



**UNIVERSIDADE DOS AÇORES**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

Carla Patrícia Costa Róias

**Autodano e ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores**

**(Campus de Ponta Delgada)**

Mestrado em Psicologia da Educação

Especialidade Contextos Educativos

Realizada sob a Orientação Científica de:

Prof.<sup>ª</sup> Doutora Célia Barreto Carvalho

**Ponta Delgada, 2015**

Carla Patrícia Costa Róias

**Autodano e ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores  
(Campus de Ponta Delgada)**

Dissertação apresentada na Universidade dos Açores para a 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, 2015**

## Resumo

Os comportamentos de autodano e a ideação suicida são fenómenos cada vez mais frequentes no quotidiano das pessoas. As situações de vida adversas, os estados emocionais desagradáveis, o isolamento social, a falta de objetivos de vida, entre outros fatores, estão na origem destes comportamentos. O comportamento de autodano e a ideação suicida reportam-se a condutas semelhantes, embora tenham subjacentes fundamentos diferentes. A chave da distinção entre estes dois comportamentos é a intencionalidade de terminar com a vida (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

Por estas razões, e por serem dois comportamentos lesivos, que põem, evidentemente, em risco a vida de quem os manifesta, pareceu-nos extremamente importante, analisar estes comportamentos na Região Autónoma dos Açores, dada a escassez de estudos deste âmbito nesta região.

Este estudo objetivou identificar e caracterizar a presença de comportamentos de autodano (14.8%) e de ideação suicida (72.6%) na população estudantil da Universidade dos Açores, polo de Ponta Delgada e, ainda, identificar quais são as variáveis com valor preditivo no autodano e ideação suicida. A recolha e análise dos dados envolveram uma abordagem quantitativa, sendo este um estudo descritivo-correlacional. Os instrumentos utilizados para este efeito foram: o Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A); o Questionário de Ideação Suicida (QIS); a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); o Inventário da Depressão de Beck (BDI-II); a Escala de Warwick-Edinburgh de bem-estar mental (SWEMWBS); a Escala de Situações e Reações ao Stress (ESRS); o Questionário da Agressividade (AQ); a Escala de Vergonha Externa – Versão breve para Adolescentes (OASB-A); a Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante (FSCR); e o Questionário de Vivências Académicas – versão reduzida (QVA-r).

Os resultados sugerem uma prevalência preocupante de autodano e ideação suicida na população em estudo ( $N=662$ ). Na origem de autodano estão fatores como a ideação suicida, a impulsividade, o autocriticismo e a ansiedade, sendo que todas estas, à exceção da ansiedade, contribuem para a intensidade/maior frequência do autodano. A sintomatologia depressiva, a vergonha externa e o autocriticismo são responsáveis pela ocorrência de ideação suicida, estando a manutenção da ideação suicida associada a estas mesmas variáveis e, inclusive, ao autodano.

Face a este quadro, alvitramos à comunidade científica, profissionais de saúde mental e decisores políticos para a exploração destes fenómenos (autodano e ideação suicida) na

Região Autónoma dos Açores, com vista à implementação de programas de intervenção e de prevenção, uma vez que verificaram-se altos índices de autodano e ideação suicida.

**Palavras-chave:** autodano; ideação suicida; tentativa de suicídio; suicídio.

## **Abstract**

Self-injury and suicidal ideation are two phenomena more frequently in daily life. Many adverse situations, negative emotional states, social isolation, lack of goal in life time, among other factors, are underlying these behaviors. The self-injury and the suicidal ideation refers to similar conduct. The key of distinction between these two behaviors is the intention to ending up with life (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

For these reasons, and for being two harmful behaviors, that, obviously, place at risk, the life of those who manifested them, it seemed extremely important to analyze these behaviors in the Azores, given the lack of studies of this scope in this region.

The present study aimed to identify and characterize the presence of self-injury behavior and suicidal ideation in college students of the University of the Azores, campus Ponta Delgada and, even, identify which variables have predictive value on self-injury and suicidal ideation. The collection and analysis data involve a quantitative approach, which is a descriptive and correlational study. The instruments used for this purpose were: Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A); Suicidal ideation questionnaire (SIQ); Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21); Beck Depression Inventory II (BDI-II); Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS); Response to Stressful Situations Scale (RSSS); Aggression Questionnaire (AQ); Other as a shamer scale brief-adolescentes (OASB-A); Forms of self-criticizing/attracting and self-reassuring scales (FSCR) and Academic Experiences Questionnaire - reduced version (QVA-r).

The results suggest a worrying prevalence of self harm (14.8%) and suicidal ideation (72.6%) in the study population (N = 662). In self-injury origin are factors such as suicidal ideation, impulsivity, the self-criticism and anxiety, and all of these, except for anxiety, contribute to the intensity / more frequent self-injury behavior. Depressive symptoms, external shame and self-criticism are responsible for the occurrence of suicidal ideation, and the maintenance of suicidal ideation are associated with these same variables and also the self-injury.

Given this situation, we advise the scientific community, mental health professionals and policy makers to explore these phenomena (self-injury and suicidal ideation) in the Azores, for the implementation of intervention programs and prevention, as verified high rates of self-injury and suicidal ideation.

**Keywords:** self-injury, self-harm; suicidal ideation; suicidal thoughts; attempted suicide; suicide.

## **Agradecimentos**

Aproveito este espaço para agradecer a todas as pessoas que me apoiaram e acompanharam nesta jornada. Por mais palavras que possa redigir não serão suficientes para expressar a enorme gratidão que sinto. Muito obrigada a todos!

Agradeço imensamente à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Doutora Célia Barreto Carvalho, por toda a sua dedicação e empenho neste trabalho, por todas as suas orientações e apoio. Transmitiu-me muita confiança e fomentou em mim a vontade de trabalhar neste estudo, com o seu apoio amadureci e aprendi a acreditar! Obrigada por ter acreditado em mim.

À Joana Cabral que viveu este estudo como se fosse seu. Dedicou-se plenamente e moveu esforços para auxiliar-me. Obrigada pelo apoio e pela fonte de motivação.

Aos meus pais pelo seu esforço que me fez chegar até aqui, pela educação que me proporcionaram, pela sua compreensão e, acima de tudo, pelo seu apoio e amor incondicionais.

Aos meus irmãos pelo ânimo e força que me deram, pela ajuda e por proporcionarem momentos de descontração.

Às minhas avós e restante família que sei que rezaram muito para que conseguisse chegar até aqui. Obrigada pelas orações e por olharem por mim.

Às minhas colegas de curso, especialmente a Vanessa, a Gorete, a Maria e a Paula, que sempre tentaram encorajar-me para ser persistente, para continuar e não desistir nunca face às adversidades. Obrigada pelo vosso apoio!

A todos os diretores de departamento, diretores de curso e professores, da Universidade dos Açores, por se terem disponibilizado e aceite a minha presença nas salas de aula para entregar e recolher os inquéritos aos alunos.

Aos alunos que fizeram parte deste estudo, sem eles este trabalho não seria possível.

A todos os meus professores pela experiência e conhecimento partilhado que certamente ajudaram-me a ser a pessoa que sou hoje e que se apaixonou pela Psicologia.

Às minhas amigas por reservarem sempre um espaço para descontração, por compreenderem a minha ausência e por me escutarem quando precisei desabafar.

Ao meu namorado, pela paciência e incansável apoio. Sempre acreditou em mim e batalhou para que eu não deixasse de acreditar neste sonho.

À Dra. Carolina da Motta pela disponibilidade e ajuda com o tratamento de dados.

Ao Marco e à Nivalda que passaram horas a ajudar-me a inserir os dados dos inquéritos.

A Deus, que foi sempre o meu alento dia e noite, a cada hora, a cada minuto, a cada segundo.

À Jéssica.

## **Abreviaturas**

**APA** – American Psychological Association

**AQ** – Questionário da Agressividade

**BDI-II** - Inventário da Depressão de Beck

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**DSM-V** – Diagnostical and Statistical Manual V

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

**ESRS** - Escala de Situações e Reações ao Stress

**EUA** – Estados Unidos da América

**FSCR** –Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante

**ISSS** – International Society for the Study of Self-injury

**OASB-A** - Escala de Vergonha Externa – Versão breve para Adolescentes

**QIS** - Questionário de Ideação Suicida

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

**QVA-r** - Questionário de Vivências Académicas – versão reduzida

**RAA** – Região Autónoma dos Açores

**SWEMWBS** - Escala de Warwick-Edinburgh de bem-estar mental

**WHO** – World Health Organization

## ÍNDICE GERAL

<b>Resumo</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>6</b>
<b>Abreviaturas</b> .....	<b>8</b>
<b>Índice de Quadros</b> .....	<b>11</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I – Enquadramento Conceptual</b> .....	<b>16</b>
<b>1. Comportamentos de autodano</b> .....	<b>17</b>
1.1. Conceptualização do autodano.....	17
1.2. As funções do comportamento de autodano .....	23
1.3. Fatores de risco associados ao comportamento de autodano .....	27
1.4. Intervenção nos comportamentos de autodano .....	31
<b>2. O comportamento suicida</b> .....	<b>33</b>
2.1. Fatores de risco para o suicídio.....	36
2.2. Fatores de Proteção para o suicídio .....	39
2.3. O comportamento de autodano associado ao suicídio .....	40
2.4. Aspetos emocionais do autodano e da ideação suicida .....	44
<b>3. Caracterização da População universitária</b> .....	<b>46</b>
3.1. O processo de transição e adaptação ao Ensino Superior .....	46
3.2. Sintomatologia psicopatológica e comportamentos autodestrutivos nos estudantes universitários.....	48
<b>CAPÍTULO II – Estudo Empírico: Caracterização do Autodano e Ideação Suicida na população estudantil da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada).</b> .....	<b>53</b>
<b>1. Objetivos</b> .....	<b>54</b>
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>54</b>
2.1. <i>Design</i> Metodológico .....	54
2.2. Procedimentos de recolha de dados.....	55
2.3. Procedimentos Estatísticos .....	55
2.4. Instrumentos de diagnóstico e medida.....	56
<b>3. Caracterização da Amostra</b> .....	<b>61</b>
3.1. Critérios de inclusão e exclusão da amostra .....	62
3.2. Caracterização sociodemográfica, académica e clínica da amostra .....	62
<b>4. Resultados e sua discussão</b> .....	<b>67</b>

4.2 Análise da existência de ideação suicida numa amostra de estudantes da Universidade dos Açores .....	82
4.3. Análise do valor preditivo das variáveis mencionadas na literatura .....	93
<b>Considerações finais .....</b>	<b>106</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>110</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>119</b>
Anexo I – Ficha de esclarecimento do estudo para professores	
Anexo II - Consentimento Informado para os alunos	

## **Índice de Quadros**

**Quadro 1** - Caracterização da amostra em função do género e da idade.

**Quadro 2** - Apresentação dos cursos e departamentos que fazem parte da presente investigação e percentagem de participantes distribuídos pelos mesmos.

**Quadro 3** – Distribuição do número de indivíduos por problemas psicológicos/psiquiátricos em comparação com a amostra total e entre indivíduos com estes problemas.

**Quadro 4** - Frequência dos comportamentos de autodano propriamente dito, comportamentos de risco associados a este comportamento e autodano total.

**Quadro 5** –Frequência/intensidade do autodano propriamente dito de acordo com a pontuação obtida.

**Quadro 6** – Correlações das funções de reforço automático e reforço social com o autodano propriamente dito e os comportamentos de risco ( $n=98$ ).

**Quadro 7** - Funções de autodano de reforço automático nos participantes com autodano.

**Quadro 8** - Funções de autodano de reforço social nos participantes com autodano.

**Quadro 9** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e das funções de reforço automático e social em função do género, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 10** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação à idade (em classes etárias), no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 11** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função do estado civil, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 12** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções, em função da deslocação do estudante para a instituição, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 13** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função do departamento a que diz respeito o curso que os alunos frequentam, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 14** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função do ano de curso que estes alunos frequentam, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 15** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função da existência ou inexistência de reprovações de ano letivo, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 16** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função da existência ou inexistência de problemas psicológicos/psiquiátricos, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

**Quadro 17** – Presença de ideação suicida em categorias, moderada, elevada e muito elevada, na amostra total ( $N=645$ ) e entre o grupo de participantes que revela ter ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 18** - Comparação das médias de ideação suicida em função do género, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 19** - Comparação das médias de ideação suicida em função da idade, em classes etárias, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 20** - Comparação das médias de ideação suicida em função do estado civil, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 21** - Comparação das médias de ideação suicida em função da deslocação do estudante para a instituição, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 22** - Comparação das médias de ideação suicida em função do departamento que os participantes frequentam, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 23** - Comparação das médias de ideação suicida em função do ano que os alunos estão a frequentar, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 24** - Comparação das médias de ideação suicida em função da existência ou não de reprovações, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 25** – Comparação das médias de ideação suicida em função da existência de problemas psicológicos/psiquiátricos, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

**Quadro 26** – Existência de autodano em função da ideação suicida ( $N=645$ ).

**Quadro 27** - Correlação do autodano e da ideação suicida com as variáveis mencionadas na literatura como preditoras destes comportamentos.

**Quadro 28**- Coeficientes do modelo logístico e a sua significância para o autodano.

**Quadro 29** – Sensibilidade e especificidade do modelo ajustado (*step 4*) para o autodano.

**Quadro 30**- Coeficientes do modelo logístico e a sua significância para a ideação suicida.

**Quadro 31** – Sensibilidade e especificidade do modelo ajustado (*step 3*) para ideação suicida.

## Introdução

Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado um acréscimo do comportamento de autodano e da ideação suicida, o que leva a um aumento do interesse pela investigação nesta área, sendo estes considerado, atualmente, um problema de saúde pública (Briere & Gil, 1998; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

Ainda não existe consenso relativamente à definição de autodano autodano. Tradicionalmente este comportamento era visto como um sintoma da Perturbação da Personalidade *Boderline* (Muehlenkamp, 2005), no entanto, hoje em dia, sabe-se que o autodano é muito mais do que um sintoma. Segundo Mangnal e Yurckovich (2008) o autodano ocorre na ausência de perturbação, sem qualquer intenção suicida e refere-se a lesões que os sujeitos causam deliberadamente em si próprios com o intuito de se magoarem. Este comportamento engloba os mais variados métodos, ou seja, não se limita a cortes da pele, podendo também surgir sob a forma de interferências na cicatrização de feridas, espetar de agulhas, arranhar, morder, queimar, entre muitos outros (Klonsky, 2009; Messer & Fremouw, 2008).

O comportamento suicida, por sua vez, é um fenómeno bastante preocupante, porque subentende uma tragédia, a morte, afetando não só a pessoa que tenta o suicídio, como também a sua família, sendo afetadas, em média, 6 pessoas por cada suicídio consumado (WHO, 2002a).

Os estudos do autodano e da ideação suicida ainda são escassos, sobretudo, na população da Região Autónoma dos Açores. Um estudo sobre o autodano e ideação suicida foi realizado na amostra de 1763 adolescentes da ilha de São Miguel, revelando dados muito preocupantes. Neste estudo, cerca de 30% (521) dos adolescentes já adotou pelo menos um comportamento de autodano, 73.7% revelaram níveis baixos de ideação suicida, 19.7% níveis moderados e 6.3% níveis elevados (Carvalho, da Motta, Caldeira, Castilho, Nunes & Pinto Gouveia, 2015).

Neste seguimento, decidimos verificar se o mesmo cenário ocorre na população estudantil da Universidade dos Açores (Pólo de Ponta Delgada). A presente dissertação insere-se, assim, no contexto da Psicologia da Educação, dado que objetivamos analisar a presença destes fenómenos, oferecendo um maior conhecimento dos mesmos para posteriores investigações e desenvolvimento de programas de intervenção e prevenção nestes comportamentos.

Esta dissertação está dividida em dois capítulos. No Capítulo I mostramos o estado da arte do autodano e da ideação suicida, sendo apresentada a definição destes fenómenos, os fatores de risco e variáveis associadas, bem com a relação entre os dois comportamentos. No Capítulo II apresentamos o estudo de campo, onde o autodano e a ideação suicida serão analisados na população estudantil da Universidade dos Açores (Pólo de Ponta Delgada), sendo estes comportamentos caracterizados na amostra em estudo (variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas). Neste capítulo iremos, também, analisar o valor preditivo, no autodano e na ideação suicida, das variáveis descritas pela literatura como associadas a este tipo de comportamento.

## **CAPÍTULO I – Enquadramento Conceptual**

## 1. Comportamentos de autodano

### 1.1. Conceptualização do autodano

O comportamento de autodano constitui um grave problema de saúde pública (Nock & Prinstein, 2004; Nock & Favazza, 2009, citado por Hamza, Willoughby & Good, 2013). De acordo com Graff e Mallin (1967, p.36, citado por Klonsky, 2007), o autodano é visto como “o principal problema psiquiátrico, sendo que os cortadores de pulso não suicidas [sujeitos com comportamentos de autodano] se tornaram os novos pacientes crônicos nos hospitais psiquiátricos, substituindo os esquizofrênicos” (“*as a mainstream psychiatric problem, stating that [nonsuicidal] wrist-slathers have become the new chronic patients in mental hospitals, replacing the schizophrenics*”).

Por estas razões, e não só, o comportamento de autodano tem captado cada vez mais a atenção da comunidade científica nos últimos anos. Contudo, sem resultados definitivos (Manganll & Yurkovich, 2008).

Durante muito tempo, os comportamentos de autodano eram vistos apenas como um sintoma da Perturbação da Personalidade *Boderline* (Muehlenkamp, 2005), pois constituíam-se como um dos oito critérios para o diagnóstico desta perturbação (Favazza & Conterio, 1988). Todavia, vários foram os estudos que verificaram a presença destes comportamentos na ausência da Perturbação da Personalidade *Boderline*, como foi o caso do estudo de Briere e Gil (1998). O estudo dos autores supracitados (1998), realizado em duas amostras, uma da população geral e outra da população clínica, revelou que o autodano deliberado afetou cerca de 4% da população adulta em geral e 21% da população clínica, mais concretamente, pacientes psiquiátricos adultos. Isto significava que o autodano não era apenas um critério para o diagnóstico desta perturbação, pois ocorrera na sua ausência.

Esta ideia é corroborada por Klonsky (2007) que refere que, sabendo que o autodano se manifesta, maioritariamente, em indivíduos com vários diagnósticos (isto é, com perturbações psiquiátricas), ele também ocorre em populações não clínicas.

Um outro estudo refere que a incidência do autodano, na população geral, é de 750 em 100.000 pessoas (Favazza & Conterio, 1988). Walsh e Rosen (1988, citado por Briere & Gil, 1998), através dos seus estudos, inferiram que 14 a 600 pessoas por cada 100.000 habitantes se autolesionam no período de um ano. Porém, estes números estão ultrapassados, pois existem estudos mais recentes que indicam que a dimensão de pessoas com comportamentos de autodano é superior ao previamente referido (Polk & Liss, 2007).

Atualmente existem estudos que referem a existência de diferenças significativas na prevalência do autodano em função do gênero, sendo esta mais comum nas mulheres (Zlotnick *et al.*, 1999, citado por Klonsky, 2007). Contudo, outros autores declinam esta informação, relatando que não existem diferenças significativas entre ambos os sexos (Briere & Gil, 1998; Stanley *et al.*, 2001, citado por Klonsky, 2007).

Os comportamentos de autodano e a própria ideação suicida parecem ser mais frequentes na adolescência, por ser um período crítico na construção de identidade, com uma prevalência destes comportamentos, nesta faixa etária, compreendida entre os 14 e os 39% (Lloyd, 1998, citado por Nock & Prinstein, 2004; Ross & Heath, 2002). De acordo com Klonsky (2007) e Castilho, Pinto Gouveia e Bento (2010), existem estudos que indicam uma maior tendência para a ocorrência do autodano entre os 14 e os 24 anos de idade.

O autodano, uma vez presente no repertório dos indivíduos, tende a ser repetido, no ano a seguir ao primeiro ato, em 15 a 23% dos casos (Bennewith, *et al.*, 2012, citado por Nunes, 2012). Todavia, Nock e Prinstein (2004) clarificam que estes aspetos básicos, como a frequência e os métodos utilizados, não estão tão claros na literatura, pois existem discrepâncias de estudo para estudo.

Claes *et al.* (2010, citado por Hasting, Andrews & Martin, 2013), afirmam que os jovens que se autolesionam conhecem mais sujeitos com estes tipos de comportamentos, do que os sujeitos que não revelam a presença de tais comportamentos. Assim, acredita-se que a disseminação dos comportamentos de autodano ocorre em função da comunicação “aberta” sobre o tema e respetiva visualização das repercussões de tais comportamentos autolesivos (Hasting, Andrews & Martin, 2013).

Em relação ao estudo do comportamento de autodano no continente português, pouquíssimos são os estudos efetuados no âmbito deste tema. Uma investigação realizada em parceria com a Organização Mundial de Saúde e coordenada pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos foi realizada numa amostra de 3494 alunos, dos 8º e 10º anos, com uma média de 14 anos de idade. Este estudo revelou que 15,6% destes alunos (o equivalente a 510 participantes) já se magoaram a si próprios com intenção. Esta mesma investigação apurou que as lesões provocadas propositadamente foram em mais do que um sítio e que se verificam sobretudo nos braços (52,9%), pernas (24,7%), barriga (16,7%) e restantes sítios (22,5%) (Matos *et al.*, 2010).

Também Guerreiro, Sampaio e Figueira (2014), realizaram uma investigação em Portugal, na zona da Grande Lisboa, com o intuito de verificar a prevalência dos comportamentos autolesivos na população adolescente. Estes autores (2014) concluíram que, de 1713 adolescentes, 7,3% já se haviam lesionado pelo menos uma vez e 6% já pensou em autodano. Somando estes dois factos, os mesmos autores pressupõem que os comportamentos de autodano são ou poderão ser, para 13,5% dos adolescentes, um potencial risco de saúde.

Nos Açores, o estudo de Nunes (2012), realizado na população não clínica adolescente de São Miguel, teve como objetivo verificar a presença de comportamentos de autodano e ideação suicida nos adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, constituindo um total de 1818 inquiridos. Neste estudo, constatou-se que 47,1% dos inquiridos já tiveram pelo menos um comportamento de autodano e que 51,5% da amostra se encontra no grau de ideação suicida moderada.

Uma das razões apontada pela literatura como justificativa das divergências na prevalência do comportamento de autodano é a falta de unanimidade na definição do comportamento de autodano (Giusti, 2013). A literatura ainda não chegou a um consenso quanto à definição de autodano (Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005; Manganall & Yurkovich, 2008), sendo este facto considerado a principal limitação para a compreensão deste fenómeno (Kumar, 2010). O próprio termo, autodano, ganha diversas denominações de estudo para estudo. Tome-se como exemplo: automutilação moderada, automutilação deliberada, autoferimento (Klonsky, 2007), para-suicídio (Saraiva, 2006) e autoinjúria não suicida (Nock, Jr. Joiner, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Andover & Gibb, 2010; Svaldi, Dorn, Matthies & Philipsen, 2012).

A Sociedade Internacional para o Estudo do Autodano (*International Society for the Study of Self-injury – ISSS*, 2013), enumera, também, outros termos para o autodano, designadamente: comportamento autoagressivo, violência autodirigida não suicida, autoferimento e lesão auto provocada deliberadamente. A mesma fonte (2013) indica, ainda, que alguns dos termos utilizados para elucidar o autodano não têm em conta se há ou não a intenção suicida subjacente a este tipo de comportamento, como é o caso do autoferimento, por exemplo, que não faz essa diferenciação.

A primeira tentativa para descrever o autodano foi concebida por Menniger's, em 1938 (Muehlenkamp, 2005; Klonsky, 2007), no seu livro "*Man against himself*", no qual o autodano é descrito como um comportamento que evitaria o suicídio e funcionaria como uma

“autocura”, ou seja, como uma forma de o indivíduo se tranquilizar (Gusti, 2013). Para Muehlenkamp (2005), o comportamento de autodano é designado *self-injury behavior* e é constituído por um conjunto único de sintomas, percecionados como uma autoajuda, que ocorre em indivíduos com ou sem desordens mentais. Klonsky (2007) refere-se ao autodano como *deliberate self-injury* e indica que este comportamento é diferente dos comportamentos autoagressivos estereotipados, observados em indivíduos com retardo mental ou com quadros psicóticos.

A definição mais referenciada por vários autores é a de que o comportamento de autodano deliberado (*deliberate self-injury behavior*) ou autoinjúria não suicida (*non-suicidal self-injury*) se reporta à destruição ou dano do tecido corporal, no qual o sujeito se magoa a si próprio, sem intenção suicida (ISSS, 2013; Polk & Liss, 2007; Svaldi *et al.*, 2012; Hamza, Willoughby & Good, 2013; Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005). De acordo com Favazza (1998, citado por Castilho, Gouveia & Bento, 2010), este tipo de comportamento causa lesões moderadas a graves no corpo e não é socialmente aceite (ISSS, 2013). Nock e Prinstein (2004) adotam esta definição, mas referem-se ao autodano como “comportamento automutilatório” (*self-mutilative behavior*) e dizem que este tipo de comportamento pode ir de uma simples lesão no tecido corporal até ao suicídio consumado.

Klonsky (2007) defende que a lesão corporal pode ser de tal modo grave, que poderá necessitar de tratamento médico, podendo mesmo conduzir à morte (embora sem a intenção de tal).

O autodano deliberado é também definido como uma ação intencional e, por isso, provavelmente dirigida a um objetivo que, geralmente, não é fatal, mas constitui uma desfiguração da natureza que não é socialmente aceite (Walsh & Rosen, 1988, citado por Briere & Gil, 1998). Contrariamente, importa, também, esclarecer que este tipo de comportamento difere de lesões causadas no próprio indivíduo, com intencionalidade e que são socialmente aceites, como é o exemplo da perfuração das orelhas ou as tatuagens (Kumar, 2010).

Neste seguimento, Suyemoto (1998) refere-se ao autodano como “automutilação”, sendo este comportamento direto, socialmente inaceitável e repetitivo, e ocorrendo quando o sujeito se encontra num estado psicologicamente perturbado.

Segundo Nock (2010), são considerados sujeitos com comportamentos autolesivos aqueles que têm a intencionalidade e o conhecimento de que as suas ações os podem

prejudicar, quer a nível psicológico, quer a nível físico. O mesmo autor (2010) refere ainda que estas ações podem ser realizadas de forma direta ou indireta. Por exemplo, os indivíduos podem lesionar o seu corpo como forma direta de se magoar, ou, como forma indireta, magoam-se a si próprios através de ações que põem em risco o seu bem-estar, como é o caso dos comportamentos de risco (Nock, 2010).

Atualmente, o autodano é considerado o produto final da interação entre diversos fatores: genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, culturais e sociais (Guerreiro, Sampaio & Figueira, 2014).

O autodano deliberado é impulsionado por afetos negativos e sentimentos de tensão e, quando realizado, origina/proporciona uma redução momentânea destes afetos negativos (Bresin, Carter & Gordon, 2013; Svaldi *et al.*, 2012). Por isso, autores como Briere e Gil (1998) e Klonsky (2007), mencionam que o comportamento de autodano pode ser explicado como um método para lidar com a emoção negativa indesejada.

Neste seguimento, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), indicam que o objetivo de tais comportamentos autolesivos se encontra na redução da dor psicológica. Para isso, os jovens transferem esta dor (psicológica) para a dor física, magoando-se a si próprios. Isto acontece pois, segundo os mesmos autores (2001), a dor psicológica é considerada inalcançável e incontrollável, ao passo que a dor física não é tao limitante e, subsequentemente, controlável.

O comportamento de autodano deliberado pode ser classificado como sendo leve, moderado ou grave, consoante a letalidade da lesão (Whitlock, 2010). A literatura aponta para a tendência de o indivíduo utilizar mais do que um método de autolesão (Favazza & Conterio, 1988; Gratz, 2001, citado por Klonsky, 2007; Herpertz, 1995, citado por Klonsky, 2007) em mais do que um sítio do corpo (Whitlock, 2010).

De entre os vários métodos de autodano são mais comuns o corte da pele, as queimaduras, os arranhões graves na pele, o bater ou atingir partes do corpo ou, até mesmo, a interferência na cicatrização de feridas (Briere & Gil, 1998; 2007; Favazza & Conterio, 1988; Herpertz, 1995, citado por Klonsky, 2007; Langbehn & Pfohl, 1993, citado por Klonsky, 2007). Suyemoto (1998) diz que o método mais utilizado entre os sujeitos com comportamentos de autodano é o cortar-se a si próprio, com uma percentagem compreendida entre os 79 e os 97%. Para além disso, a mesma autora (1998), indica que, para o fim mencionado (cortar-se), os sujeitos utilizam, maioritariamente, lâminas de barbear.

Contudo, estes danos são causados sobretudo nos braços, pernas e peito, presumivelmente porque são as áreas do corpo a que temos maior acessibilidade (Briere & Gil, 1998; Muehlenkamp, 2005). Por outro lado, Williams e Bydalek (2007, citado por Nunes, 2012) dizem que, geralmente, o autodano é escondido por quem o realiza, o que nos leva a crer que certas partes do corpo são escolhidas em função deste último pressuposto. Ou seja, estes mesmos autores querem transmitir que, muitas vezes, este tipo de comportamento é encoberto e os danos que os sujeitos causam a si próprios são escondidos pelo seu vestuário. Quando visível, este comportamento pode ser confundido com algum acidente e não como um ato intencional (Briere & Gil, 1998).

De acordo com Guerreiro (2007), os comportamentos de autodano, não estando associados à intenção de morrer, caracterizam-se como comportamentos multideterminados que se originam em situações causadoras de elevada ansiedade, tensão ou fúria. Para este autor (2007), os jovens adotam estes comportamentos com vista a amenizar as situações supramencionadas, sendo que, após o comportamento de autodano, surgem sentimentos de culpa e vergonha. Antes dos sujeitos realizarem um comportamento autolesivo sentem-se excessivamente ansiosos, extremamente tensos e amedrontados (Suyemoto, 1998; Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010). Também sentem raiva e, embora com menos frequência, relatam experiências dissociativas (Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010). Durante o ato supracitado, os sujeitos revelam não sentir dor (Suyemoto, 1998; Favazza & Conterio, 1998, citado por Muehlenkamp, 2005). Após um comportamento de autodano, surgem sentimentos pouco frequentes de culpabilização e aborrecimento (Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010). Favazza e Conterio (1988) referem que os indivíduos sentem alívio (embora este tenha uma duração curta), nos episódios de despersonalização, na ansiedade anteriormente sentida, na raiva, na depressão, nas alucinações, no mau estar causado pelas falhas percebidas como externas ou internas, nas flutuações do humor, na aceleração do pensamento, no tédio e na privação de estímulos, bem como nos sentimentos de solidão, vazio e insegurança, após se autolesionarem. O autodano reduz, também, segundo a revisão de literatura de Briere e Gil (1998), os impactos de fenómenos intrusivos, como as ruminações obsessivas (pensamentos obsessivos) ou *flashbacks*. De acordo com os mesmos autores (1998), estas sensações de alívio após o comportamento de autodano são equiparadas a um reforço positivo, ou seja, as consequências do autodano, uma vez desejadas e adquiridas, levam a que os sujeitos tendam a repetir o comportamento supramencionado.

Favazza e Conterio (1988) revelam que uma das preocupações relacionadas com o comportamento de autodano está patente na **incapacidade de resistir ao impulso**, quando o sujeito toma a decisão de se autolesionar.

Os comportamentos de autodano são, então, equiparados às estratégias de *coping* e de regulação emocional (Klonsky, 2007), expressos sob a forma de comunicação não verbal em detrimento da comunicação verbal (Guerreiro, 2007, 2014; Nock, 2008). Por outras palavras, Klonsky (2007) refere que através do autodano, constituindo-se como uma estratégia de regulação emocional, os sujeitos magoam-se a si próprios para reduzir os sentimentos negativos. Todavia, não se sabe em que é que este tipo de comportamento contribui para a diminuição de sentimentos negativos (Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010). Existe, sim, uma teoria especulativa cíclica de reforço biológico para o autodano: a dor que este comportamento causa leva à libertação de endorfina endógenas (opioides), o que, por sua vez, causa um ambiente agradável e uma sensação de alívio, de disforia, sendo esta a sensação procurada no novo episódio de autodano (Richardson & Zaleski, 1986, citado por Favazza & Conterio, 1988).

## **1.2. As funções do comportamento de autodano**

Ao longo de décadas, os comportamentos de autodano têm preocupado, cada vez mais, os profissionais de saúde (Klonsky, 2007), sendo que só mais recentemente os *media* se têm preocupado com este tipo de comportamentos (Favazza, 1998, citado por Muehlenkamp, 2005). Este fenómeno, tem perturbado, de certo modo, os clínicos, que tentam perceber por que razão alguém intencionalmente adota comportamentos de autodano, dolorosos, se o objetivo final não é o suicídio? (“why would someone intentionally engage in painful self-injury, especially if the ultimate goal was not suicide?”) (Briere & Gil, 1998, p. 609). Uma vez que o autodano não tem como fim a morte é necessário perceber o propósito deste comportamento (Mikolajczak, Petrides & Hurry, 2009). A resposta a esta questão encontra-se implícita nas funções do autodano que passamos a explicar.

Para Muehlenkamp (2005), devido à dificuldade da terminologia do comportamento de autodano, dever-se-ia considerá-lo uma síndrome separada clinicamente, isto é, dever-se-ia estipular um diagnóstico próprio e exclusivo para o comportamento supramencionado. A mesma autora (2005) assume que existem maiores conhecimentos a respeito das funções, isto é, das motivações que levam os sujeitos a adotarem comportamentos de autodano, ao invés dos fatores que predis põem o sujeito para tal comportamento.

Por outro lado, e apesar desta esfera de comportamentos constituir uma preocupação, cada vez maior, para a saúde pública (Polk & Liss, 2007; Nock & Prinstein, 2004), e das inúmeras pesquisas que têm sido feitas para compreender este fenómeno, a verdade é que pouco se sabe acerca da natureza do autodano (Nock & Prinstein, 2004; Klonsky, 2007; Hasting, Andrews & Martin, 2013). Klonsky (2007) corrobora esta noção dizendo que informações adicionais seriam necessárias, pois apesar de serem muitas as pesquisas sobre o autodano, e de se conhecer tanto a prevalência, como os fatores de risco, muito está ainda por descobrir, principalmente no que toca às funções do autodano. Ou seja, a principal limitação e escassez de informação do autodano, reporta-se, sobretudo, à razão pela qual os jovens se magoam a si próprios e aos fatores que podem estar associados a este comportamento (Hasting, Andrews & Martin, 2013). Apesar da escassez de informação, a literatura nesta área é unanime em defender que as razões pelas quais os indivíduos adotam comportamentos de autodano podem ser entendidas à luz das dimensões psicológica, social e biológica (Whitlock, 2010).

Para Hasting, Andrews e Martin (2013), a teoria social cognitiva de Bandura (1986) poderá constituir uma tentativa para explicar a razão pela qual os jovens adotam comportamentos de autodano. Os autores (2013) justificam a sua opinião através da teoria da modelagem de Bandura: quando um sujeito é admirado, respeitado e nos identificamos com ele, os comportamentos desse sujeito tenderão a ser repetidos por nós. Portanto, à luz desta teoria, se admirarmos alguém que tem comportamentos de autodano, poderemos ter a tendência de imitar este mesmo tipo de comportamento.

Klonsky (2007) desenvolveu, no seu estudo empírico, um esforço para identificar as causas deste tipo de comportamentos autolesivos. Segundo o mesmo autor (2007), existem sete principais funções do autodano. Assim, associada à etiologia deste tipo de comportamento, destaca-se a regulação afetiva (*affect-regulation*), a antidissociação (*antidissociation*) ou a função de gerir sentimento (*feeling generation*), o antissuicídio (*antissuicide*), os limites interpessoais (*interpersonal boundaries*), a influência interpessoal (*interpersonal-influence*), a autopunição (*self-punishment*) e a procura de sensação (*sensation-seeking*).

Nock e Prinstein (2004), na sua revisão de literatura, verificaram que existem quatro funções primárias do autodano, nomeadamente o reforço automático negativo, o reforço automático positivo, o reforço social negativo e o reforço social positivo.

Relativamente às funções de reforço automático, estas são desencadeadas por um reforço interno, isto é, intrapessoal. Entende-se por função de **reforço automático negativo** aquela em que o sujeito adota comportamentos de autodano para reduzir a tensão ou estados afetivos negativos que sente (Nock & Prinstein, 2004). Esta função é corroborada por Whitlock (2010), que indica ser uma função social, de regulação emocional, e também por Klonsky (2007), que explica que a regulação afetiva (*affect-regulation*) é considerada uma função do comportamento de autodano, pois quando os indivíduos se magoam, fazem-no como se fosse uma estratégia para aliviar os sentimentos negativos agudos ou a excitação afetiva, ou seja, os comportamentos lesivos acontecem porque os indivíduos têm estratégias pobres de regulação emocional, ou estratégias mal adaptadas (Klonsky, 2007; Chapman *et al.*, 2006, citado por Bresin, Carter & Gordon, 2013). O mesmo pressuposto é reconhecido por Hamza, Willoughby e Good (2013), que, por outras palavras, sugerem que os sujeitos que se envolvem em comportamentos de autodano mostram maiores dificuldades na regulação das suas experiências afetivas e sociais, o que indicia um risco acrescido de estratégias de *coping* inadequadas.

Para Nock e Prinstein (2004), o comportamento de autodano também poderá ter subjacente a função de reforço social, que compreende condutas que advêm do meio social, isto é, os comportamentos de autodano são influenciados pelas relações interpessoais. Os autores supramencionados (2004) indicam que o **reforço social negativo** especifica que o sujeito magoa-se a si próprio para escapar a tarefas que exigem o contacto interpessoal (ou, por exemplo, para evitar a punição dos outros), e o **reforço social positivo** indica que o sujeito, ao magoar-se, tenta obter algum tipo de reação dos outros, mesmo que seja negativa, cativando, assim, a atenção de outros (Nock & Prinstein, 2004).

Neste seguimento, Klonsky (2007) fala da função interpessoal (*interpersonal-influence*), que leva o sujeito a cometer autodano para evitar o abandono e/ou para ser levado mais a sério pelos outros (Allen, 1995, citado por Klonsky, 2007). Também pode estabelecer como uma forma de influenciar ou manipular os outros que o rodeiam (Chowanec, Josephson, Coleman & Davis, 1991, citado por Klonsky, 2007; Podovall, 1969, citado por Klonsky, 2007). Para alguns sujeitos, a maneira mais fácil de impor limites interpessoais (*interpersonal boundaries*) é através da autolesão (Klonsky, 2007). Marcando a sua própria pele, os sujeitos afirmam os limites do *self* (Suyemoto, 1998), da sua identidade ou da sua autonomia e da distinção entre eles próprios e os outros (Klonsky, 2007).

Para além disso, mais tarde, Nock (2008) veio confirmar esta noção, relatando que os sujeitos recorrem às autoagressões como meio de influenciar os outros quando as suas comunicações verbais falham, ou seja, quando os indivíduos não conseguem exprimir-se por meio de palavras, fazem-no através de comportamentos físicos, neste caso, através do autodano.

O recurso ao autodano pode ser visto como uma resposta às experiências dissociativas ou de despersonalização a que os indivíduos estão sujeitos, sobretudo, quando estão ausentes pessoas significativas, existindo uma tendência para a autolesão de modo a que haja uma interrupção do mencionado episódio dissociativo (Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010; Klonsky, 2007). Assim se caracterizam as funções, propostas por Klonsky (2007), de antidissociação (*antidissociation*) ou de gerar sentimento (*feeling generation*), que reportam a noção de que o autodano pode ser considerado um meio de causar sensações físicas, permitindo aos sujeitos sentirem-se reais.

Na procura de sensação (*sensation-seeking*), como o próprio termo indica, o sujeito adota comportamentos de autodano com o intuito de produzir sensação, particularmente a emoção alegria (Klonsky, 2007). Esta última característica vai ao encontro da função de **reforço automático positivo**, abordada por Nock e Prinstein (2004), que indica que os sujeitos aderem a tais comportamentos como meio de evocar um estado fisiológico desejável, ou seja, ao invés de parar sentimentos, invocam-nos.

A autopunição (*self-punishment*), explica, também, a origem do comportamento de autodano. O indivíduo fá-lo para expressar raiva ou derrogação para consigo mesmo, sendo este tipo de comportamento uma espécie de autotranquilizante do sofrimento emocional sentido (Klonsky, 2007). Hamza, Willoughby e Good (2013) concluíram o mesmo nos seus estudos, apontando que o autodano é considerado, pelas pessoas que adotam este mesmo comportamento, a melhor forma de expressar autopunição, melhor do que qualquer outra estratégia de *coping*. Ou seja, estes autores (2012) verificaram que as pessoas que têm comportamentos de autodano selecionam este comportamento como forma de estratégia, embora que mal adaptada, para regular a necessidade de autopunição.

O comportamento de autodano, pode também funcionar como uma estratégia de antissuicídio (*antissuicide*), ocorrendo quando os indivíduos se magoam como mecanismo para enfrentar a vontade de tentar o suicídio (Klonsky, 2007). Favazza e Conterio (1988) acreditam que o comportamento de autodano não é só um comportamento mórbido, mas também um comportamento de autoajuda, ou seja, este comportamento é percebido como uma

estratégia de autoajuda. Por outras palavras, estes autores (1988) explicam este comportamento afirmando que, quando os sujeitos se magoam, ao fazê-lo, estão a criar uma espécie de pausa nos sintomas desagradáveis. Contudo, esta pausa, quando fora do controlo, pode derivar em atos suicida (Favazza & Conterio, 1988). Briere e Gil (1998) refutam esta função, pois, para estes, o autodano, por si só, não indica o antissuicídio, uma vez que alguns sujeitos, que praticam automutilação poderão estar a revelar ideação suicida ou, na verdade, poderão estar a planear um suicídio real.

É de salientar que, segundo Suyemoto (1998), as funções do comportamento de autodano podem ser várias e ocorrer em simultâneo. A mesma autora (1998) refere, ainda, que as funções podem variar com o tempo e com a situação que predispõe os sujeitos para tais comportamentos.

Por fim, um facto importante que Favazza e Conterio (1988) constataram foi o de que os indivíduos recorriam ao autodano para poderem ter acesso aos serviços de saúde. Ou seja, traduzindo esta causalidade-efeito, os indivíduos tendem a magoar-se de modo a buscar ajuda. Resultaria daqui uma pressão sentida pela comunidade e os serviços de saúde mental, para fornecer o devido apoio/tratamento a estes indivíduos.

### **1.3. Fatores de risco associados ao comportamento de autodano**

A necessidade de recorrer a comportamentos de autodano pode ser desencadeada por fatores de diversa ordem. É de salientar a relevância da identificação e do conhecimento dos fatores de risco para este comportamento (Vital Oliveira, Machado & Matos, 2011) pois, através destes, os profissionais de saúde e pesquisadores poderão desenvolver estratégias e programas de prevenção para os comportamentos supraditos (Kumar, 2010). Para além disso, Guerreiro (2014) faz alusão à importância do conhecimento dos vários fatores de risco, pois não é através de apenas um fator que se poderá prever ou evitar o comportamento de autodano.

Embora Mikolajczak, Petrides e Hurry (2009) afirmem não haver muitos estudos empíricos sobre os fatores que influenciam a ocorrência dos comportamentos de autodano, sobretudo em amostras não clínicas, reconhecem-se vários fatores de risco.

Nock (2010) acredita que os comportamentos de autodano podem ser estimulados, para além da influência dos pares, também por influência dos *media*, pois é certo que, nos últimos anos, os *media* estão a dar cada vez mais importância aos comportamentos de

autodano. Este facto coincide com o aumento das taxas de autodano. Contudo, o autor (2010) indica que esta interpretação ainda não foi testada, isto é, ainda não foi representada em nenhuma investigação.

Hasting, Andrews e Martin (2013), na sua revisão de literatura, afirmam que diversos são os estudos que fazem alusão à influência dos pares como fator de risco para o comportamento de autodano sem intenção suicida. Os mesmos (2013) ainda acrescentam que o incentivo à adoção de comportamentos de autodano por parte do grupo de pares poderá ser reforçado se o jovem já estiver exposto a acontecimentos de vida stressantes. No entanto, é difícil precisar as causas da noção supramencionada, isto é, é difícil precisar se é a influência dos pares que leva à adoção de comportamentos de autodano ou se é o facto de os jovens apresentarem comportamentos semelhantes, como este (autodano), que os torna mais unidos e, subseqüentemente, amigos (Joiner 1999, citado por Hasting, Andrews & Martin, 2013).

Pelo contrário, Suyemoto (1998) notifica que as pessoas que se isolam dos outros podem estar a transmitir, embora indiretamente, que se vão magoar. A autora (1998) concluiu que o isolamento social quase sempre precede o comportamento de autodano.

Da pesquisa empírica de Briere e Gil (1998) pôde-se concluir que a perda de um dos pais, a ocorrência de alguma doença ou cirurgia na infância, o abuso físico e sexual na infância, a história de alcoolismo na família, o facto de ser testemunha de violência doméstica, os conflitos entre pares, a impulsividade, bem como os problemas na intimidade, predispõem os indivíduos para os comportamentos de autodano. De entre os fatores supracitados a relação entre o abuso físico e sexual na infância e o autodano tem sido a mais estudada, por esta ser o fator que mais poder tem no desenrolar deste tipo de comportamento (Briere & Gil, 1998). Fliege, Lee, Grimm e Klaap (2009) também verificaram associação entre o autodano e o abuso sexual, físico ou psicológico e a negligência emocional na infância, colocando as crianças, que estão nestas situações, em alto risco de adotarem comportamentos futuros de autodano.

Por sua vez, Kumar (2010) explica que os fatores de risco se subdividem em duas categorias: fatores de risco ambientais e fatores de risco individuais. Para os fatores de risco ambientais, tome-se como exemplo os maus tratos, as relações pobres entre pais e filhos e a separação dos pais e a negligência na infância, (Gratz, 2003, citado por Kumar, 2010). Estes fatores, provenientes do ambiente que rodeia o sujeito, podem aumentar a probabilidade de este desenvolver fatores de risco individuais, como é o caso da alexitimia, da incapacidade de resolução de problemas (Evans, Williams, O'Loughlin, & Howells, 1992, citado por Kumar, 2010;

Nock & Mendes, 2008, citado por Kumar, 2010) e dos estilos de pensamento rígidos (Kernberg, 1994, citado por Kumar, 2010).

Para além da verificação de uma forte associação entre o autodano e a perturbação da personalidade *boderline*, pois este comportamento é considerado um sintoma da perturbação mencionada (APPA, 2000, citado por Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005), também foram encontradas, na literatura, outras psicopatologias que se relacionam com o autodano. Glenn e Klonsky (2009) verificaram que existe uma maior prevalência de psicopatologia em sujeitos que têm comportamentos de autodano, quando comparados com sujeitos que não têm este tipo de comportamento. O comportamento supramencionado pode coocorrer com outras doenças mentais, como a depressão e a ansiedade (Whitlock, 2010). Por exemplo, Castille *et al.* (2007, citado por Mangnall & Yurkovich, 2008) verificaram a presença de transtornos de humor (56,4%), transtornos de ansiedade (30,4%), perturbações de stress pós-traumático (4,3%) e desordens alimentares (4,3%) numa amostra de 105 indivíduos que admitiram ter comportamentos de autodano.

Esta noção é corroborada por Mangnall e Yurkovich (2008), que afirmam que há associação entre este tipo de comportamentos e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Por outro lado, quem opta por tais comportamentos tem mais hipóteses de apresentar ideação suicida e tentar o suicídio (Glenn & Klonsky, 2009). Embora as conceções do comportamento de autodano e do comportamento suicida sejam diferenciadas, a verdade é que estas se encontram ligadas, havendo, assim, uma associação forte entre a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o autodano (Hastings, Andrews & Martin, 2013; Hamza, Stewart & Willoughby, 2013).

Em suma, os vários estudos sobre o autodano têm verificado que este comportamento está associado a altos níveis de ideação e comportamentos suicidas, depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, raiva, agressividade, solidão, isolamento social e falta de esperança (Darche, 1990, citado por Nock & Prinstein, 2004; Favazza, 1998, citado por Nock & Prinstein, 2004; Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson & Boergers, 2001, citado por Nock & Prinstein, 2004) e distúrbios alimentares (Muehlenkamp, 2005).

Hasting, Andrews e Martin (2013) revelaram que a ocorrência do comportamento de autodano, pode dar-se em alternativa ao consumo de substâncias ou impulsos derivados de desordens alimentares. Porém, é de salientar que, do ponto de vista de Favazza (1998, citado por Mangnall & Yurkovich, 2008), a autolesão, quando efetuada como efeito de um atraso mental, delírio ou alucinação, não é considerada um comportamento de autodano. Neste

enquadramento, qualquer tipo de automutilação realizada no curso de algum tipo de psicopatologia não é considerada autodano deliberado, pois ocorre em função de um impulso, originado biologicamente pelo problema psicológico/psiquiátrico que o confere (Mangnall & Yurkovich, 2008).

Para Castilho, Pinto Gouveia e Bento (2010), as pessoas que adotam comportamentos de autodano, geralmente, têm uma visão negativa de si próprios, chegando mesmo a desvalorizarem-se e a detestarem-se. A pesquisa destes autores (2010) permitiu-lhes inferir que associadas aos jovens que se magoam, estão, também, variáveis como hostilidade, queixas somáticas, baixa satisfação com a sua imagem, bem como problemas de relacionamentos interpessoais, de impulsividade e de desinibição. Portanto, e pelo que se sabe, a ansiedade, a depressão e a agressividade estão vinculadas ao comportamento de autodano (Fliege *et al.*, 2009).

Como previamente referido, Mikolajcak, Petrides e Hurry (2009), explicam que a motivação para o comportamento de autodano está no evitamento de sentimentos negativos e na materialização destes sentimentos, isto é, tornar tangível a emoção desagradável. Diversos autores (Favazza, 1996, citado por Nock, 2010; Strong, 1998 citado por Nock, 2010; Walsh & Rosen, 1988, citado por Nock, 2010; Klonsky, 2007) dizem que o recurso ao autodano se dá como uma tentativa de regulação emocional ou cognitiva. Quando algo é percebido como mau ou errado, envolvendo sentimentos de autodepreciação e ódio por si mesmo, a autopunição é o meio para atingir a regulação supramencionada. Por sua vez, a autopunição é concebida através do comportamento de autodano (Nock, 2010).

Janis e Nock (2009) põem em evidência que os sujeitos que têm comportamento de autodano são mais impulsivos do que os que não apresentam este tipo de comportamento. Porém, nem todos os sujeitos com autodano revelam impulsividade na ação do comportamento. Bresin, Carter e Gordon (2013) salientam que não existe consenso na literatura sobre a associação entre impulsividade e autodano.

Nock (2009, citado por Hamza, Willoughby & Good, 2013) sugere que os indivíduos que adotam comportamentos de autodano tendem, frequentemente, a adotar, também, outros comportamentos de risco, como o uso do tabaco. Provavelmente, porque estes tipos de comportamentos têm funções semelhantes. Ou, na visão de Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), porque ambos os comportamentos supramencionados (os comportamentos de autodano e os comportamentos de risco) partem da vontade do próprio sujeito e não têm intenção da ocorrência de morte. Para estes últimos autores (2001), os comportamentos para-

suicidas (isto é, os comportamentos de autodano) estão associados a **comportamentos de risco**, tais como o uso de substâncias psicoativas, o abuso de álcool, a condução de risco (sob influência de estupefacientes ou excesso de velocidade), a sexualidade desprotegida com vários parceiros, etc.. Gollust, Eisenberg e Golberstein (2008) encontraram associação entre o comportamento de autodano e o álcool, mas a associação é mais forte com o uso do tabaco. Hasting, Andrews e Martin (2013) apontam para o autodano como recurso ou alternativa ao uso de substâncias ou desordens alimentares.

Uma vez que só mais recentemente o comportamento de autodano tem vindo a ser estudado, ainda há muito por explorar nesta área, designadamente os fatores de proteção para este comportamento, por isso, não apresentamos estes fatores dada a falta de informação acerca dos mesmos (Fliege *et al.*, 2009).

#### **1.4. Intervenção nos comportamentos de autodano**

Nos tempos que correm, e apesar da crescente preocupação com os comportamentos lesivos, ainda há muito por descobrir, principalmente no que toca à prevenção e intervenção destes comportamentos.

O tratamento passa por várias modalidades desde a psicoterapia à psicocirurgia, contudo, nenhuma desta modalidade tem evidenciado resultados eficazes (Favazza & Conterio, 1988). Para além disso, Klonsky (2007) afirma que o tratamento nesta área (de comportamentos de autodano) constitui, para os terapeutas, um grande desafio.

A Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavior Therapy – DBT*), desenvolvida por Marsha Linehan (1993, citado por Klonsky, 2007), tem como intuito envolver indivíduos ou grupos de indivíduos em determinadas modalidades, num tratamento intensivo, para que estes indivíduos possam mudar e aceitar o seu *self*, através do desenvolvimento de novas estratégias de *coping* (Kumar, 2010). Contudo, a pesquisa de Kumar (2010) revelou que esta terapia se mostrou eficaz no comportamento de autodano como sintoma da perturbação da personalidade *boderline*, mas não se demonstrou eficaz na redução do comportamento de autodano na ausência desta perturbação.

Existem poucos estudos que testem a intervenção em indivíduos que adotam comportamentos de autodano. Porém, Withlock (2010) revela, na sua pesquisa empírica que, de entre os ensaios realizados neste âmbito, a terapia de resolução de problemas, o contacto com o serviço de urgência e o acompanhamento psicológico prolongado se têm revelado

estratégias bastante promissoras. Contudo, estas estratégias parecem ser, ainda, insuficientes (Hawton, Townsend, Arensman, Gunnell, Hazell, *et al.*, 1999, citado por Whitlock, 2010).

Em consequência, resta mencionar que o tratamento para o comportamento de autodano deliberado constitui um desafio. A informação das causas e tratamento deste comportamento são escassas e, sobretudo, necessita-se de informação do ponto de vista de quem recorre ao comportamento de autodano (Mangnall & Yurkovich, 2008).

**Em jeito de conclusão**, o facto de muitos autores não fazerem alusão à intencionalidade (suicida ou não suicida) dificulta, muitas vezes, a comparação entre os estudos (Kumar, 2010). Todavia, verificamos que existe a necessidade de haver uma única definição para o autodano, a fim de atingir a clarificação deste fenómeno. Alguns autores utilizam diferentes termos para este comportamento, havendo confusão em saber se há ou não a intenção de suicídio. Por exemplo, Andover e Gibb (2010) reportam-se ao autodano com o termo “autoinjúria não suicida” em vez de “automutilação”, uma vez que, para estes autores, falar em automutilação possivelmente implica os dois comportamentos (que incitam, ambos, a intenção de dano a si próprio): autodano e tentativa de suicídio, cujo último comportamento mencionado abarca a intenção de morrer.

Neste estudo adotaremos a definição de Mangnall e Yurckovich (2008). Estes autores (2008) referem que o autodano é um comportamento direto que causa leve a moderada lesão física, realizado na ausência de qualquer intenção suicida consciente e de qualquer perturbação psicológica e/ou psiquiátrica e/ou incapacidade intelectual.

Salientamos, também, que as funções por nós adotadas para explicar o comportamento de autodano serão as definidas por Nock e Prinstein (2004), em que, estes mesmos autores, explicam que as motivações para a adoção do comportamento de autodano poderão ser desencadeadas por um reforço interno (função de reforço automático) ou por influência das relações interpessoais (reforço social). Não distinguimos, porém, estes dois modelos de funções quanto ao carácter positivo e negativo do reforço.

Para um maior esclarecimento da diferença entre comportamento de autodano não suicida e um tipo de comportamento com intenção suicida, iremos, a seguir, abordar os comportamentos suicidas: ideação suicida, tentativa de suicídio, suicídio consumado e a relação destes comportamentos com o comportamento de autodano deliberado.

## 2. O comportamento suicida

O suicídio é um problema de saúde pública com uma grande difusão em todo o mundo (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008). Na segunda metade do século XX, a nível mundial, verificou-se um acréscimo do número de suicídios em cerca de 70% (Saraiva, 2006). De acordo com a *World Health Organization* (2002b), no ano de 2000 foi registada uma taxa de suicídio de 14,5 pessoas por cada 100 000 mil habitantes, o que corresponderia a uma morte em cada 40 segundos (WHO, 2006). Mundialmente, este fenómeno é considerado a quarta causa de morte em sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos de idade (WHO, 2002b), estimando-se, ainda, que o suicídio é considerado seja a segunda causa de morte na ausência de doença, havendo quase um milhão de suicídios por ano (Nordentoft, 2011). Para além do vastíssimo número de suicídios, por cada ocorrência (isto é, por cada suicídio), em média, outras seis pessoas ligadas a quem comete suicídio são afetadas (WHO, 2002a). Borges e Werlang (2006) referem que 100% dos jovens que tentam o suicídio conhecem alguém que já tentou e 64% conhecem alguém que de facto consumou o ato.

Em Portugal, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), incluídos no Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2013), demonstram que, no ano de 2011, ocorreram 206 suicídios por cada 100 000 mil habitantes, em ambos os sexos. Estes dados alarmantes não ficam por aqui, os resultados de uma investigação levada a cabo por Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), numa amostra de 628 alunos, de escolas do ensino secundário de Lisboa, demonstrou que entre os inquiridos: 48.2% já pensou em suicidar-se; 42.8% já desejou morrer várias ou muitas vezes, 35% teve comportamentos de autodano, 40% já praticou comportamentos de risco e 7% tentou efetivamente o suicídio. Estes investigadores (2001), no mesmo estudo, constataram que os indivíduos que apresentavam tentativas efetivas de suicídio eram aqueles que tinham mais ideação suicida, mais comportamentos de risco e mais comportamentos de autodano. Perante estes dados, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) chamam a atenção para o facto de todos os outros inquiridos, que nunca tentaram o suicídio mas que apresentavam comportamentos de risco, autodano e ideação suicida poderem tentar o suicídio no futuro, pois os comportamentos de risco são preditores importantes para a ocorrência de tentativas, isto é, os comportamentos de risco e de autodano, bem como a ideação suicida geralmente precedem a tentativa de suicídio (Withlock & Knox, 2007).

Para se aprofundar o fenómeno do suicídio, torna-se pertinente explicar a sua terminologia. A palavra suicídio provém de *sui* que significa si e *caedere* que representa o ato de matar, portanto, o suicídio representa a morte de si mesmo (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Segundo Durkheim (1987, citado por Saraiva, 2006) o suicídio é definido como a

ocorrência de uma morte que tenha resultado de um ato positivo ou negativo, de forma direta ou indireta, por parte do próprio sujeito, estando este ciente da letalidade do ato e intencionalidade para tal. Por outras palavras, o suicídio é a conduta propositada do sujeito para pôr fim à sua própria vida (Saraiva, 2006; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008). Esta noção é corroborada por Vaz Serra (1971, citado por Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001) que indica que o suicídio se define como sendo um comportamento de autodestruição que o sujeito pratica para consigo próprio com o propósito (intencionalidade) desta destruição.

Entre as múltiplas definições do suicídio, geram-se, por vezes, dúvidas sobre a distinção entre tentativa de suicídio quase mortal e o suicídio, no entanto, independentemente de como é descrito este fenómeno, o seu ponto-chave consensual é a ocorrência de um comportamento motivado pela intenção de o indivíduo se matar (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; WHO, 2002b), o qual só é considerado suicídio se resultar em morte (Saraiva, 2006).

Algumas vezes, o suicídio é denominado de suicídio consumado para clarificar que o ato terminou em morte. Este termo é utilizado com o intuito de facilitar a distinção entre uma tentativa de suicídio quase mortal de um suicídio (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). É, também, importante realçar, que nem todas as mortes por suicídio são planeadas, nem todas as pessoas que sobreviveram a um suicídio tinham a intenção de sobreviver (WHO, 2002b).

Os **comportamentos suicidas** são definidos como autolesões que os sujeitos provocam a si mesmos, independentemente do grau de letalidade e do reconhecimento da motivação para tais lesões (Silva, Oliveira, Botega, Barros, Oliveira, Delgarrondo e Marín-Léon, 2006). Estes comportamentos autolesivos diretos, com o intuito de pôr fim à própria vida, têm como métodos mais comuns: o estrangulamento, o corte severo do próprio corpo e o saltar de alturas elevadas (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Andover & Gibb, 2010). Na ocorrência de um comportamento suicida, há que ter em conta que a pessoa que recorre a este comportamento está a revelar grande tensão e incapacidade para adotar estratégias para lidar com a situação que gera tensão (Nordentoft, 2011). Silva *et al.* (2006) defendem que os comportamentos suicidas são analisados num continuum, isto é, primeiro surgem os pensamentos suicidas, seguindo-se as ameaças, gestos e tentativas de suicídio, que culminam no próprio suicídio. Deste modo, é de realçar que o suicídio é um fenómeno que se subdivide em três grandes categorias: a ideação suicida, o plano de suicídio e a tentativa de suicídio (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Nock, 2010; WHO, 2002a).

Os **pensamentos suicidas** referem-se aos pensamentos acerca de comportamentos autodestrutivos destinados a pôr fim à própria vida, os quais, por sua vez, são designados de ideação suicida ou pensamentos de suicídio (Nock, 2010; Nock *et al.*, 2008). A **ideação suicida** é diferente do suicídio propriamente dito (Nunes, 2012). Neste último caso a ideação suicida refere-se a pensamentos que o sujeito tem para adotar comportamentos que possam acabar com a sua vida, ou seja comportamentos que possam resultar no suicídio (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Nock, 2010). Deste modo, a ideação suicida é considerada um dos primeiros sinais de suicídio, ou seja, é considerada como a fase precedente àquela em que um determinado sujeito poderá vir a cometer suicídio (Raue, Brown, Meyers, Schullberg & Bruce, 2006, citado por Pereira, 2011) ou tentativa de suicídio (WHO, 2002a). Cândido (2010) também refere que a ideação suicida é considerada, por diversos autores, a fase mais precoce do comportamento suicida.

Fawcett, Clark e Bush (1993, citado por Silva *et al.*, 2006) verificaram que 60% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham ideação suicida prévia. Silva *et al.* (2006) indicam que a ideação suicida tem uma maior prevalência nas mulheres, o que também é comprovado pelo estudo de Borges e Werlang (2006). Porém, a literatura nem sempre é consensual quanto à prevalência de ideação suicida no género (Nunes, 2012). Por outro lado, existem autores que defendem que a ideação suicida pode ser mais comum na população clínica (e.g. Andover & Gibb, 2010; Cândido, 2010), no entanto, há outros autores que a consideram um fenómeno mais amplo, que abrange a população em geral (e.g. Joiner, 2005).

Geralmente, a ideação suicida ocorre durante a exposição de indivíduos a eventos de vida negativos, contudo, nem todas as pessoas apresentam o mesmo grau de risco para o surgimento deste tipo de pensamentos (Paykel, Prusoff & Meyers, 1975, citado por Florentine & Crane, 2010). A literatura também refere que subjacente à ideação suicida estão sentimentos como estar cansado de viver, pensar que não vale a pena viver ou, até mesmo, desejar não voltar a acordar (WHO, 2002a).

Como referido anteriormente, o suicídio também pode ser planeado. O **plano de suicídio**, como o próprio nome o indica, refere-se ao planeamento e formulação de um método que cause a morte do próprio sujeito (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Nock, 2010). Este fenómeno profetiza aspetos mais letais e intensos do que a própria ideação suicida (Witte *et al.*, 2006), uma vez que concebido o plano, que sucede a tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para o suicídio consumado (Suominen, Isometsä, Suokas, Haukka, Achte & Lönnqvist, 2004).

A **tentativa de suicídio** refere-se aos esforços que são feitos, com intenção, do indivíduo pôr fim à sua própria vida (Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). Ou seja, reporta-se à adoção de comportamentos autodestrutivos em que há a intenção de morrer (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Nock, 2010). Para outros autores a tentativa de suicídio é designada como a conduta de automutilação ou autoenvenenamento que não é fatal (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001) e ocorre com mais frequência do que o próprio suicídio (Nordentoft, 2011). As tentativas de suicídio são 10 a 40 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado (WHO, 2002a).

De acordo com a *World Health Organization* (2002a), a tentativa de suicídio não é denominada de suicídio, porque o comportamento com tal objetivo é interrompido, há cessação do comportamento e, por isso, quem tenta o suicídio, e por alguma razão não o conclui, está a necessitar de ajuda especializada com urgência. A mesma fonte (2002a) indica que quem tenta um suicídio, na verdade, não está a ver como resultado final a morte, mas sim o fim para os seus problemas e para a sua dor, desejando deixar de se sentir vivo e consciente.

Botega, Barros, Oliveira, Dalgarrondo e Marín-León (2005) verificaram que os pensamentos suicidas, ao longo da vida, são seis vezes mais frequentes do que a própria tentativa de suicídio. Por outro lado, estudos indicam que a ideação suicida aumenta o risco das tentativas de suicídio (Kessler *et al.*, 1999, citado por Cândido, 2010).

Face a este quadro, devemos considerar a ideação suicida como um primeiro momento de uma cadeia de planos, comportamentos e tentativas que podem acabar num suicídio real. Assim, e para melhor nos informarmos sobre o que propicia que alguém sinta o desejo de terminar com a sua própria vida, é necessário ter em conta os fatores que poderão estar relacionados com a adoção destes comportamentos tão destrutivos.

### **2.1. Fatores de risco para o suicídio**

Não se sabe o que ao certo pode ajudar a prever a ocorrência de um suicídio, mas existem vários fatores que predispõem as pessoas para tal ocorrência tornando-as, assim, mais vulneráveis (Vieira & Coutinho, 2008). Para a busca de estratégias de prevenção do suicídio, é fundamental conhecer os seus fatores de risco (Nordentoft, 2011), uma vez que estes fatores são as condições que se associam ou desencadeiam um evento indesejável (Benincasa & Rezende, 2006).

Várias pesquisas empíricas apontam para o suicídio como um fenómeno complexo e universal, sendo este considerado um transtorno multidimensional, desencadeado por

interação de fatores de diversa ordem e que se caracterizam pela sua complexidade e interação (Chachamovich, Stefanello, Botega, Turecki, 2009; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; WHO, 2000a; WHO, 2002b; WHO, 2006). Associados ao risco de suicídio estão, geralmente, fatores do foro biológico, genético, psicológico, social, cultural e ambiental, como, por exemplo, variantes sociodemográficas, baixo estatuto socioeconómico, baixo nível de educação e a perda de emprego (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; WHO, 2000a; WHO, 2002b; WHO, 2006). Por exemplo, o aumento da idade cronológica tem um efeito redutivo na ideação suicida, sendo que, por outro lado o estado civil *casado* e os eventos negativos e stressantes que ocorrem na vida têm influência no aumento da ideação suicida (Casey, Dunn, Kelly, *et al.*, 2006). Wittte, Joiner, Brown, Beck, Beckman, Duberstein e Conwell (2006) constataram que os sujeitos que estão empregados, independentemente do regime de trabalho, revelam menos ideação suicida, porém há que ter em conta, na análise destes resultados, que estas pessoas possuem possibilidades económicas que lhes permitem obter maiores cuidados com a sua saúde.

Vários estudos encontraram diferenças na prevalência do suicídio em zonas geográficas distintas, sendo, sobretudo nas ilhas mais isoladas, como, por exemplo, Cuba, Sri Lanka, Fiji, Mauritius, Samoa e Seicheles, que a taxa de suicídio é maior (WHO, 2002a). Por outro lado, um estudo realizado em zonas urbanas e rurais da Europa, mais concretamente na Irlanda, Espanha, País de Gales, Finlândia e Noruega, que objetivou identificar os fatores de risco para a ideação suicida e para a ideação suicida severa, não encontrou diferenças significativas no risco de suicídio de país para país, nem de zona urbana para zona rural (Casey *et al.*, 2006).

Acredita-se, também, que o comportamento suicida possa estar relacionado com o histórico familiar (especialmente se há a ocorrência deste comportamento num parente de primeiro grau), e com a presença de doença psiquiátrica no seio familiar (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

A destruição que o sujeito causa a si próprio é uma forma de expressão de um sofrimento individual profundo, o que levou Angerami-Camon (1997, citado por Coelho, Azevedo, Gauer & Neto, 2009) a defender que o suicídio é percecionado como uma saída, uma solução para os conflitos e sofrimentos dos sujeitos. As perdas, nomeadamente de um ente querido ou de relações interpessoais, bem com grandes conflitos com um parente ou namorado (a), são causas que estão presentes em cerca de 70% das tentativas de suicídio e nos casos de suicídio consumado (Dutra, 2012). Assim, o suicídio mostra-se associado a

sentimentos negativos (como a desesperança, o desamparo e o stress elevado) originados por necessidades insatisfeitas ou frustradas (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997, citado por Yglesias, 2007).

As estratégias de *coping* utilizadas para fazer face às situações adversas mencionadas não são muitas vezes as mais adequadas, resultando em comportamentos autodestrutivos (Fountoulakis, Gonda & Rihmer, 2011). A este respeito, Borges e Werlang (2006) salientam que os jovens com ideação suicida têm tendência a superestimar as dificuldades e a não solução dos problemas, aumentando a falta de esperança e a sintomatologia depressiva.

O suicídio não é considerado uma doença, muito menos um acidente, mas pode ser encarado como uma consequência de um vasto leque de doenças, sobretudo de doenças psiquiátricas (Wenzel, Berchick, Tenhave *et al.*, 2011), as quais ocupam um papel importante na vida do sujeito (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Casey *et al.*, 2006; Nordentoft, 2011). De acordo com a WHO (2002b) os transtornos mentais estão fortemente associados ao suicídio, apresentando-se em cerca de 80 a 100% dos casos de suicídios consumados. Segundo consta no DSM-V (2013) 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem devido ao suicídio, sendo que 20% destes doentes tentam o suicídio.

A depressão surge como a entidade nosológica mais frequentemente relatada, como estando presente em mais de metade dos suicidas (Saraiva, 2006), o que leva a que alguns autores afirmem que os comportamentos suicidas são uma característica sintomatológica da depressão (e.g. Vieira e Coutinho, 2008). Por exemplo, a WHO (2002b) revela que 80% dos potenciais suicidas apresentam sintomas severos de depressão. Podemos constatar que os sintomas depressivos, a desesperança e a ideação suicida são importantes preditores de suicídio (Andover & Gibb, 2010; Borges & Werlang, 2006; Casey *et al.*, 2006; Claes *et al.*, 2010).

Por outro lado, algumas doenças físicas estão também associadas ao comportamento suicida, como é o caso da SIDA, a síndrome de dor crónica, doenças neurológicas, entre outras (Bertolote, Tarsitani & Paula-Ramos, 2003).

A *World Health Organization* (2002b; 2006) sublinhou um conjunto de fatores associadas ao comportamento suicida, designadamente: o isolamento social; a doença física; o consumo de álcool e de substâncias psicoativas; a violência familiar; a impulsividade; a falta de competências para enfrentar problemas; a vergonha; a culpa; a tentativa de suicídio anterior; e o fácil acesso aos meios/métodos para a conclusão do ato suicida (Fountoulakis, Gonda & Rihmer, 2011).

Como previamente referido, também a presença de ideação suicida anuncia, por si só, um grande risco para futuras tentativas de suicídio e estas, por sua vez, ampliam o risco de suicídio consumado (Suominen, Isometsä, Suokas, Haukka, Achte & Löonqvist, 2004).

De acordo com Hamza, Stewart e Willoughby (2012), existem vários estudos que referenciam o autodano como um importante fator de risco do comportamento suicida, sendo este um preditor importante deste comportamento. O risco de suicídio na presença de comportamentos de autodano pode variar consoante a motivação deste último comportamento (Glenn & Klonsky, 2009). Todavia, ainda não está suficientemente elucidado por que razão o autodano é considerado um fator de risco para o comportamento suicida, uma vez que o autodano é facilmente confundível com a tentativa de suicídio (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

Glenn e Klonsky (2009) constataram que, normalmente, são encontradas elevadas taxas de ideação suicida em indivíduos que se autolesionam. Uma vez que estes dados nos revelam que o autodano está relacionado com a ideação suicida, torna-se fundamental abordar a relação deste comportamento (sem intenção suicida) com o suicídio.

## **2.2. Fatores de Proteção para o suicídio**

Para uma melhor compreensão do comportamento suicida, mostra-se tão importante conhecer os fatores de risco quanto os fatores de proteção, uma vez que o conhecimento destes fatores se mostra imprescindível para este comportamento, para estabelecer programas de prevenção para o suicídio, os quais devem atenuar os fatores de risco e incrementar os de proteção (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006). De acordo com Wasserman (2001, citado por Yglesias, 2007) quando não estão presentes os fatores de proteção e os fatores de risco se manifestam, a probabilidade de endossar em comportamentos suicidas é muito maior.

Suominen *et al.* (2004) destacam o facto de os indivíduos terem um companheiro fixo ou estarem casados como fator de proteção para os comportamentos suicidas. Wittte, Joiner, Brown, Beck, Beckman, Duberstein e Conwell (2006) constataram que os sujeitos que estão empregados, qualquer que seja o regime de trabalho, revelam menos ideação suicida, porém, na leitura destes resultados, há que ter em conta que estas pessoas possuem possibilidades económicas que lhes permitem obter maiores cuidados com a sua saúde, sendo que este facto pode explicar a proteção dada pelo emprego.

Nos jovens, uma boa integração social e um bom relacionamento com os colegas e professores ajuda a diminuir as probabilidades de os mesmos se envolverem em comportamentos suicidas (WHO, 2002a). Casey *et al.* (2006) corroboram estes dados, afirmando que o suporte social é um fator que impede a formulação de pensamentos suicida (ideação suicida).

A *World Health Organization* (2002a) aponta como fatores de proteção as boas habilidades sociais, a confiança do indivíduo em si próprio, a abertura do sujeito para pedir ajuda quando necessitar, a abertura ao conhecimento, bem como a capacidade de pedir conselhos a terceiros quando confrontado com decisões importantes. Também a APA (2003. Citado por Yglesias, 2007) sugere como fatores de proteção para o suicídio a satisfação com a vida e a religiosidade.

Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), a maioria dos fatores de proteção para o suicídio é identificada com base nos fatores de risco, dado que há uma escassez de estudos neste âmbito. Assim, estes autores (2010) referem que reduzir o impacto dos fatores de risco é, no fundo, a implementação de fatores de proteção.

### **2.3. O comportamento de autodano associado ao suicídio**

Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006) verificaram que diversos estudos diferenciam o autodano deliberado da tentativa de suicídio quanto às suas correlações e funções, vindo realçar que estes comportamentos são dois fenómenos distintos (Muehlenkamp, 2005).

Hamza, Stewart e Willoughby (2012) indicam três formas importantes de diferenciar o comportamento de autodano do comportamento suicida, a saber: a intenção, a repetição e a letalidade. Segundo estes autores (2012), os comportamentos de autodano são mais frequentes comparativamente aos comportamentos com intenção suicida, isto é, comparativamente à tentativa de suicídio.

Saraiva (2006, p.21) refere que a “intencionalidade é a característica, tão subtil, quanto essencial, que distingue acidente de suicídio”. Esta mesma noção aplica-se à distinção entre um comportamento de autodano e uma tentativa de suicídio. Ambos os comportamentos podem se efetuar com um mesmo método, mas diferenciam-se na intencionalidade. Apesar de nos dois comportamentos (autodano e tentativa de suicídio) haver a intencionalidade do indivíduo se magoar a si próprio, no caso da tentativa de suicídio há, também, a intenção de pôr fim à sua própria vida, o que não acontece no caso do autodano deliberado, onde não

existe o propósito de o sujeito acabar com a vida (Andover & Gibb, 2010). Todavia, esta noção produz alguma confusão, na medida em que a intenção de morrer, associada a tais comportamentos, não é passível de mensuração e observação direta, sendo muito difícil avaliar e quantificar a intenção suicida (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Muehlenkamp e Guitierrez (2004), por sua vez, afirmam que estes dois tipos de comportamento podem diferir, não só na intenção, mas, também, nas características gerais dos comportamentos que, de acordo com vários autores, se distinguem cognitivamente (Favazza & Conterio, 1989, citado por Muehlenkamp & Guitierrez, 2004; Walsh & Rosen, 1988, citado por Muehlenkamp & Guitierrez, 2004).

O comportamento de autodano é adotado como um modo dos indivíduos gerirem o seu *stress* e se sentirem melhor, enquanto a tentativa de suicídio é impulsionada pela vontade dos indivíduos se retirarem da sua vida atual, isto é, o comportamento de autodano é conduzido por uma motivação para viver melhor e o comportamento suicida por um desejo de cessar a vida (Muehlenkamp & Guitierrez, 2004). Deste modo, os sujeitos que se envolvem em comportamentos de autodano têm o desejo de viver, mas utilizam estes comportamentos como estratégias de *coping* inadequadas em situações adversas. Quando os sujeitos reportam tentativas de suicídio, estes sentem repugnância pela vida, percecionando o suicídio como a única solução para os seus problemas (Muehlenkamp & Guitierrez, 2004).

Glenn e Klonsky (2009), corroborando a ideia supramencionada, afirmam que a diferença entre o autodano e o comportamento suicida está na motivação. No primeiro caso, os sujeitos querem continuar a viver, contrariamente ao segundo caso. Para além disso, estes autores consideram o grau de severidade da lesão como ponto de diferença entre o autodano e a tentativa de suicídio, sendo menos severo no autodano e mais grave no caso da tentativa de suicídio. Este facto foi igualmente constatado por Andover e Gibb (2010) que declaram que os métodos adotados no comportamento de autodano, geralmente, têm um menor grau de letalidade quando comparados com os comportamentos suicidas.

A automutilação, por si só, não indica o antissuicídio (Briere & Gil, 1998). Vários estudos empíricos denotaram que alguns dos indivíduos que têm comportamentos de autodano também revelam ideação suicida. Alguns indivíduos que aparentemente parecem estar apenas a magoar-se, na verdade, estão a planear um suicídio real. Neste último caso, os autores referem que o autodano se deve designar de tentativa de suicídio (Briere & Gil, 1998).

Embora a tentativa de suicídio e o comportamento de autodano possam diferir quanto aos seus métodos e intenção (suicida ou não) (Muehlenkamp, 2005; Muehlenkamp & Guitierrez, 2004), ambos podem ser desencadeados pela mesma função, a de reduzir os sentimentos negativos e a busca de alívio da dor psicológica (Brown, Comtois & Linehan, 2002, citado por Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

A automutilação é frequentemente confundida com a ideação suicida (Gollust, Eisenberg & Golberstein, 2008), o que é perceptível, na medida em que, embora sejam distintos, estes comportamentos têm uma forte associação entre si, visto que os indivíduos que adotam comportamentos de autodano estão mais propensos a revelar ideação suicida e, subsequentemente, mais propícios a adotar comportamentos suicidas (Gollust, Eisenberg & Golberstein, 2008). Nock *et al.* (2006, citado por Andover & Gibb, 2010) corroboram o facto supradito, indicando que uma longa história de comportamentos de autodano e a utilização de vários métodos para este comportamento aumentam a probabilidade de posteriores casos de tentativas de suicídio e/ou suicídio consumado. Tome-se como exemplo o estudo de Cavanagh, Carson, Sharpe e Lawrie (2003, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013) que concluiu que podem ser identificados comportamentos de autodano em até 40% dos suicídios consumados.

Por outro lado, para vários autores, como Menniger (1938, citado por Favazza & Conterio, 1988) e Rosen (1972, citado por Favazza & Conterio, 1988), os comportamentos de autodano também **podem evitar o suicídio** consumado. Withlock e Know (2007) explicam o comportamento de autodano como uma estratégia para lidar com as emoções negativas e, subsequentemente, evitar o suicídio.

Muitas vezes, o autodano deliberado e as tentativas de suicídio coocorrem nos indivíduos (Dulit *et al.*, 1994 citado por Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Brown *et al.*, 2002, citado por Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). É fundamental saber a frequência com que estes dois tipos de comportamentos coocorrem (isto é, o autodano e a tentativa de suicídio) para que se possa facilitar, aos profissionais de saúde, a identificação e intervenção neste âmbito (Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006), o que passa por tentar responder à seguinte questão: por que razão os sujeitos que adotam comportamentos autodano não suicida estão em elevado risco de tentativas de suicídio? (“Why would individuals who engage in NSSI [non-suicidal self-injury] be at elevated risk for suicide attempts?”) (Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006, p. 66).

Cerca de 28 a 41% dos sujeitos que adotam comportamentos de autodano revelam ideiação suicida (Favazza, 1996, citado por Muehlenkam & Guitierrez, 2004; Pattinson & Kahan, 1993) e entre 55 e 85% contam a existência de, pelo menos, uma tentativa de suicídio (Stanley, Winchel, Molcho, Simeon, & Stanley, 1992, citado por Muehlenkamp & Guitierrez, 2004).

O autodano e a tentativa de suicido são duas variáveis indissociáveis, que ocorrem num continuum, constituídas por comportamentos autolesivos (Walsh, 2006, citado por Andover & Gibb, 2010), e que se diferenciam uma da outra (autodano vs. tentativa de suicídio) pela sua intenção de morrer e pela função deste comportamento (Andover & Gibb, 2010; Claes, Muehlenkamp, Vandereycken, *et al.*, 2010). O autodano é definido como a lesão, alteração ou destruição do tecido corporal do próprio sujeito, sem que este tenha intenção de se matar (*International Society for the Study of Self-injury-ISSS*, 2013), enquanto a tentativa de suicídio é entendida como a ação de um indivíduo se magoar a si próprio, desencadeada por pensamentos suicidas (ideação suicida), onde há a intenção de morrer (Botega, Barros, Oliveira, Dalgarrondo & Marín-Léon, 2005).

Existem dois modelos explicativos da relação entre os comportamentos de autodano e os comportamentos suicidas. O primeiro explica que os comportamentos de autodano são uma pequena parte do conjunto dos comportamentos suicidários (Skegg, 2005), enquanto o segundo modelo vê as pessoas que recorrem ao autodano e as que tentam o suicídio como duas populações distintas (Favazza & Conterio, 1989; Linehan, 1986, citado por Withlock & Knox, 2007; Linehan, 2000, citado por Withlock & Knox, 2007). Por estas razões, Mangnall e Yurkovich (2008) referem que a distinção entre comportamento de autodano e tentativa de suicídio continua a falhar, dado que há a tendência de estudar os dois fenómenos como se fossem um único acontecimento, sendo presumivelmente por isso que a literatura ainda não chegou a um consenso quanto à definição de autodano.

Pelos dados apresentados, pode subentender-se que o autodano aumenta o risco da ocorrência de tentativa de suicídio o que, por sua vez, pode levar ao suicídio consumado. Andover e Gibb (2010) referem que o número de comportamentos de autodano parece ser mais relevante na previsão do suicídio do que apenas a existência deste comportamento, porque o sujeito, ao repetir sistematicamente o comportamento de autodano, adquire hábito e capacidade para tal comportamento, colocando-o em maior risco para um futuro suicídio. De facto, e segundo a teoria de Joiner (2005, citado por Nock, Jr Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006), um indivíduo que recorre ao autodano, inicialmente, não se sente capaz de tentar o suicídio, vendo este fenómeno como um ato aterrorizador. Contudo, com o decorrer

dos episódios repetidos de autodano, o indivíduo sente-se, progressivamente, mais capaz de cometer o suicídio, facultando ao autodano o atributo de reforço crescente para tal efeito. O suicídio deixa de ser um ato aterrorizador e a morte passa a ser um objetivo ou uma estratégia de resolução dos seus problemas (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). Para além disso, sabe-se que as tentativas de suicídio são um fator de risco significativo para um futuro suicídio (Joiner *et al.*, 2005, citado por Andover & Gibb, 2010).

#### **2.4. Aspetos emocionais do autodano e da ideação suicida**

Alguns estudos referem que o autodano se constitui como uma estratégia de regulação emocional (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Klonsky, 2007).

De acordo com Glassman, Weirich, Hooley, Deliberto e Nock (2007), os adolescentes entre os 12 e os 19 anos que na sua infância sofreram de abuso e negligência emocional desenvolvem um estilo cognitivo autocrítico. Estes adolescentes crescem com uma visão autocrítica de si mesmos, adotando, assim, um excessivo autocriticismo que, subsequentemente poderá manifestar-se sob a forma de autodano. O autodano está fortemente ligado ao desenvolvimento da vergonha (Gilbert & Miles, 2000). A vergonha e o autocriticismo são característicos da adolescência, por esta ser uma fase de diversas mudanças as quais se podem mostrar um tanto adversas (Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2011). Para além disso, sabemos que os comportamentos de autodano têm início entre os 14 e os 24 anos de idade (Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2011, Klonsky, 2007). Assim, torna-se fulcral abordar estes dois conceitos (vergonha externa e autocriticismo), uma vez que estes se mostram ligados ao autodano e, subsequentemente, à ideação suicida.

A vergonha é uma emoção autoconsciente indesejada, na qual os indivíduos se avaliam globalmente de forma negativa, influenciando a forma como estes se veem aos seus próprios olhos e, conseqüentemente, os seus comportamentos (Tangney & Dearing, 2002). Quando uma pessoa sente vergonha tem a perceção de que, na mente de outra pessoa, se torna objeto de sentimentos de aversão, nojo e desprezo (Gilbert, 2002), além de que, quem sente vergonha, tende a manifestar comportamentos menos adaptativos, como a tendência de fuga e agressividade (Tangney, 2002).

A vergonha subdivide-se em duas componentes, a vergonha interna e a vergonha externa (Gilbert & Procter, 2006). A vergonha interna reporta-se ao modo como o sujeito se

avalia, negativamente, a si mesmo (o seu *self*) como, por exemplo, considerar-se frágil, inadequado, sem valor e não desejado (Gilbert & Procter, 2006).

A vergonha externa, por outro lado, refere-se ao modo como o sujeito pensa que os outros o veem (Gilbert, 1998), sendo que, tipicamente, o sujeito pensa que os outros o veem de forma negativa, pejorativa, direcionando-lhe sentimentos de raiva e desprezo (Gilbert & Procter, 2006).

Ora, os sentimentos indesejáveis, como os anteriormente mencionados e provocados pela vergonha (nojo, aversão, desprezo) são impulsionadores de autodano (Briere & Gil, 1998; Klonsky, 2007), levando à ocorrência deste comportamento com propósito de reduzir/aliviar os sentimentos indesejados (Bresin, Carter & Gordon, 2013; Svaldi *et al.*, 2012). A vergonha parece, assim, influenciar, quer os comportamentos, quer os estados emocionais de quem a sente (levando ao nojo, ansiedade ou raiva) e aumentando o autocrítico (Gilbert, 1998; 2002)

Nesta linha, o autocrítico aparece associado à vergonha mas também a comportamentos de defesa, a sentimentos de derrota, à rejeição e à perseguição social (Castilho, 2011; Gilbert, 2005). O autocrítico é uma estratégia adaptativa perante contextos de ameaça social (Rijo, Mota, Brazão, Paulo & Gilbert, 2014). De acordo com Castilho, Pinto Gouveia e Bento (2010, p.335), o autocrítico configura, aos olhos da psicologia cognitiva evolucionária, “uma relação interna do *eu-eu* de dominância-submissão”, ou seja, é a forma como o *eu* descobre os seus defeitos e os aceita, condena ou odeia ou, ainda, é a forma como o *eu* se submete (Gilbert, 2000,2007, citado por Castilho, Pinto Gouveia & Bento, 2010; Gilbert *et al.*, 2001; 2004, citado por Castilho Gouveia & Bento, 2010). A função do autocrítico centra-se em dois aspetos: a do *eu* aceitar os erros, evitar cometê-los e tentar se autocorriger; e a de autopunição/autoataque em que o *eu* deseja vingar-se, perseguir, magoar-se e atacar-se (Castilho Gouveia & Bento, 2010).

Gilbert (2010) refere que são estas funções de autocorreção e autopunição, as que vão determinar se o *eu* é inadequado ou odiado. O “*eu* inadequado” reporta-se a sentimentos de inadequação inferioridade, de desajustamento, enquanto o “*eu* odiado” se relaciona com sentimentos mais indesejados, quer sejam de desprezo e ódio, quer sejam sentimentos de repugnância/nojo por si próprio (Gilbert, 2010). Deste modo, o autocrítico é considerado uma resposta face a situações em que o indivíduo pensa ter falhado ou errado, dando origem

a sentimentos de frustração e/ou inadequação e à vergonha, contribuindo, assim, para uma visão negativa de si mesmo (Rijo *et al*, 2014).

Em suma, a vergonha e o autocrítico são dois fortes fatores de vulnerabilidade ao desenvolvimento de doença mental (Castilho Gouveia & Bento, 2010), sobretudo a depressão (Gilbert, 2002) e suicídio (Fazza & Page, 2003).

### **3. Caracterização da População universitária**

#### **3.1. O processo de transição e adaptação ao Ensino Superior**

A transição entre ciclos de ensino, segundo Abrantes (2005), constitui um momento marcante para os alunos, para os professores e, até, para os pais. Nas últimas duas décadas, esta problemática tem sido foco da literatura de modo a destacar as dificuldades e os desafios associados à necessidade de saber lidar com novas situações, um tanto adversas (Azevedo & Faria, 2006).

A entrada no ensino superior é para muitos jovens “o concretizar de um sonho” (Azevedo & Faria, 2006, p.70). Quando os alunos pensam em ingressar no mundo do ensino superior absorvem um vasto leque de conhecimentos, competências, expectativas e motivações para a sua entrada e permanência na instituição universitária (Almeida, 2007). Porém, os alunos também transportam sentimentos de ansiedade e dúvidas face a esta nova mudança (Almeida, 2007).

Aquando do/Subjacente ao processo de transição e adaptação ao ensino universitário existem algumas exigências feitas aos alunos. A Teoria de Transição, proposta por Schlossberg (citado por Seco, Casimiro, Pereira *et al.*, 2005), na década de 80, explica que um sujeito se encontra num momento de transição quando está perante um acontecimento, ou perante a ausência deste, causando mudanças, quer nos relacionamentos, quer nas rotinas e/ou nos papéis do sujeito, afetando, deste modo a noção e conceito sobre si próprio e/ou do mundo que o envolve. Almeida e Cruz (2010) descrevem que as mudanças inerentes à transição para o ensino superior se reportam: à heterogeneidade de alunos que, hoje em dia, frequentam a mesma instituição e os mesmos cursos; às exigências quanto ao nível da identidade resultantes do desenvolvimento psicológico que os alunos atravessam; e às alterações, entre o ensino secundário e o ensino superior, isto é, na forma como se conduz o processo de ensino e aprendizagem.

Para Seco *et al.* (2005) o próprio processo de transição traduz-se num momento potenciador de desafios, exigindo ao aluno que mude os seus padrões de comportamento e que utilize os seus recursos disponíveis, em prol da adaptação e ajustamento entre si próprio e as novas situações em que se encontra. Vaz Serra (1999, citado por Azevedo & Faria, 2006) afirma que a transição para o ensino superior pode ser percebida pelos alunos de duas maneiras: pode ser vista como uma situação indutora de *stress*, ou seja, como uma ameaça ao *self*, e, para outros alunos, pode ainda ser vista como um desafio, pois exige a adoção de estratégias de trabalho e de organização pessoal, diferentes das que utilizavam para o ensino secundário.

Todavia, a transição do ensino secundário para o ensino superior não tem sido bem sucedida (Almeida, 2007). A metodologia e os conteúdos curriculares existentes no ensino secundário em muito diferem das do ensino académico, levando assim a um desfavorecimento na transição e adaptação para o ensino superior (Almeida, 2007). Pode-se inferir que o ensino superior representa um meio educativo muito diferente do ensino secundário, sendo assim visível mais um desafio para os alunos que entram para a universidade.

Como referem Seco *et al.* (2005) a entrada no ensino superior implica que muitos dos alunos tenham de formular objetivos pessoais, saibam criticar as suas capacidades e recursos pessoais e tenham consciência dos seus padrões de desempenho. Na ocorrência destes saberes, os alunos são beneficiados em termos de amadurecimento e de melhores estratégias de *coping* e de resolução de problemas (Seco *et al.*, 2005). Independentemente da visão que cada aluno tenha da transição para o ensino superior, há sempre a necessidade de os alunos adotarem estratégias para a adaptação à mudança (Vaz Serra, 1999, citado por Azevedo & Faria, 2006).

Também Clare (1995, citado por Seco *et al.*, 2005) relatou algumas exigências subjacentes à transição e adaptação ao ensino superior, nomeadamente: sair de casa dos pais pela primeira vez; ter de assumir responsabilidades, tais como gerir o dinheiro, alugar uma casa/ quarto, fazer a sua própria alimentação; a competição entre pares no contexto académico; o facto de o ensino superior exigir do estudante uma maior escolha e seleção na aquisição dos conteúdos e constituir também a possibilidade de uma experiência de insucesso pessoal; e o facto de ser nesta fase em que se verificam descobertas importantes em relação à sexualidade (por exemplo, a ocorrência de uma relação amorosa prolongada e/ou descoberta da orientação sexual).

Neste seguimento, será importante referir algumas das estratégias para enfrentar as experiências supramencionadas, designadamente: a promoção de competências cognitivas, emocionais e sociais; a importância do estabelecimento do grupo de pares e do suporte social (pais e família); e, por fim, o desenvolvimento de uma relação amorosa, um bom ambiente de trabalho e a descoberta de um talento especial (Clare, 1995, citado por Seco *et al.*, 2005).

Em suma, e pelo que já foi explicitamente referido, a entrada no ensino superior é a entrada num novo contexto educativo que, subseqüentemente exige transição e adaptação. Estes processos estão associados a vários desafios para os jovens (Almeida, Soares & Ferreira, 2000). Os desafios resultantes desta transição estão ligados a vários níveis, designadamente, o social, o identitário ou pessoal, o académico e o vocacional/institucional (Rosin, 2012; Seco *et al.*, 2005; Almeida & Cruz, 2010; Almeida, Soares e Ferreira, 2000). Relativamente ao nível social, subentende-se por exemplo, a necessidade de estabelecer novas amizades (Rosin, 2012). No que concerne ao nível identitário ou pessoal, tome-se como exemplo a escolha do curso de acordo com os valores pessoais e interesses de cada indivíduo (Rosin, 2012; Seco, Casimiro, Pereira, *et al.*, 2005). Por sua vez, o nível académico sugere que os alunos ao ingressar no contexto universitário, se deparam com um contexto de ensino, aprendizagem e avaliação que em muito difere do ensino básico e do ensino secundário (Almeida & Cruz, 2010). Por fim, existe ainda o nível vocacional/institucional que se reporta à importância do desenvolvimento da identidade vocacional do aluno e dos compromissos, inclui o investimento no curso, a decisão vocacional, as perspetivas de realização profissional, etc (Almeida & Cruz, 2010; Almeida, Soares e Ferreira, 2000; Almeida Soares & Ferreira, 2002).

Estas mudanças, para Freitas, Raposo e Almeida (2007), constituem verdadeiros desafios para os alunos, não só para a sua adaptação, como também para a sua transição da adolescência para a vida adulta, pelo que os processos supraditos são considerados fenómenos complexos e vivenciados de maneira diferente de aluno para aluno (Almeida & Cruz, 2010). Desta forma, a entrada para o ensino superior pode levar ao aparecimento de dificuldades e de crises de desenvolvimento (Seco *et al.*, 2005), assim como a dificuldades de adaptação e insucesso académico, neste novo contexto educativo (Azevedo & Faria, 2006).

### **3.2. Sintomatologia psicopatológica e comportamentos autodestrutivos nos estudantes universitários**

A permanência dos estudantes na instituição universitária, segundo diversos autores, deve-se a uma boa adaptação ao novo contexto e realidade, a relações entre professor e estudante positivas, a suporte social de colegas e também professores e a níveis altos de

autoconceito e autoestima (Albuquerque, 2008). É durante o 1º ano da universidade que os alunos atravessam um período crítico, marcado pela necessidade de adaptação à mudança e às experiências académicas e é este período (durante o 1º ano) que vai determinar a permanência ou não na instituição (Cunha & Carrilho, 2005).

Porém, nem sempre a entrada no ensino superior é sinónimo de realização pessoal ou do concretizar de um sonho. Esta inserção de contexto pode caracterizar-se como sendo um período conturbado, pois os alunos estão expostos a muitos desafios e incertezas, os quais podem ser a causa de vários problemas de saúde mental (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). Mais de metade dos universitários sente dificuldades na adaptação académica, refletindo-se no seu bem-estar mental e no seu estilo de vida (Leitão & Paixão, 1999, citado por Santos, 2011). Aliás, diversos estudos indicam que o processo de adaptação ao ensino superior pode, muitas vezes, resultar num aumento dos níveis de insucesso escolar e de problemas que afetam o desenvolvimento individual (Pereira, Motta, Vaz, Pinto, Bernardino, De Melo, Ferreira, Rodrigues, Medeiros & Lopes, 2006).

De acordo com Santos (2011) vários são os estudos que verificaram que os estudantes universitários mostram índices de doença mental superiores aos da população em geral, o que leva ao aumento da preocupação com este público-alvo por parte da comunidade científica. Para além disso, estes vários estudos constataram que 20 a 40% dos alunos apresentam sintomatologia psicopatológica, fruto das dificuldades pessoais e académicas sentidas (Santos, 2011; Cunha & Carrilho, 2005). É de salientar que 86% dos estudantes portadores de algum tipo de problema mental tendem a abandonar o ensino superior ainda antes de concluírem o curso (Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995, citado por Santos, 2011).

A *American College Health Association* (ACHA, 2002) realizou uma investigação em 28 000 estudantes dos EUA, revelando que o desempenho académico é afetado por variáveis como o stress (29%), perturbações de sono (21%), preocupação com algum membro da família ou amigo (16%), dificuldades nos relacionamentos (15%), depressão e ansiedade (11%) e uso de álcool (10%) (ACHA, 2002, citado por Santos, 2011).

Melo, Lavaredas, Pereira, Marques, Martins e Coelho (2010) estudaram as diferenças de género e os problemas psicológicos de 157 alunos que foram atendidos, em consultas de psicologia, durante o ano letivo 2008/2009. De acordo com os dados destas consultas de Psicologia Clínica e da Saúde dos Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra, os problemas psicológicos/psiquiátricos mais frequentes, na população universitária, são sobretudo a ansiedade (38%), ansiedade social generalizada (12.6%), ansiedade face aos

exames (13.5%), perturbações de pânico (10%) e perturbações do humor, particularmente a depressão, (20.6%). Para além disso, constatou-se que são as mulheres que recorrem mais à ajuda profissional (Melo, Lavaredas, Pereira, Marques, Martins & Coelho, 2010). Pereira *et al.* (2006) verificaram, também, que predominam diversos sintomas psicopatológicos nos universitários, designadamente a depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e abuso de substâncias aditivas.

Os universitários, confrontados com a crescente autonomia, são os responsáveis pelas suas próprias decisões e neste sentido, muitas, vezes optam por tomar as mesmas decisões que os sujeitos que os rodeiam, levando-os à vontade de experimentar o que ainda não foi vivenciado, sem filtrar as experiências que constituem risco para eles próprios, o que leva a crer que a universidade incita a adoção de comportamentos de risco (Fromme, Corbin & Kruse, 2008, citado por, Santos, 2011). Estes comportamentos são típicos da adolescência, mas atingem o auge na adultez emergente e tendem a diminuir com o avanço da idade (Santos, 2011).

Existem diversos estudos sobre os comportamentos de risco na população universitária, especialmente sobre o uso de álcool e substâncias ilícitas, o tabagismo, o comportamento sexual promíscuo, a violência, a falta de segurança no trânsito, etc. (Franca & Colares, 2008). Os estudantes da universidade manifestam variados fatores de risco que são comuns para o suicídio e estes manifestam-se com alguma frequência (Pereira, 2011). Steptoe, Wardle, Cui, Bellisle, Zotti, Baranyai e Sanderman (2002) concluíram com o seu estudo em jovens universitários europeus que estes têm um estilo de vida menos saudável. Por conseguinte, os alunos poderão experienciar um período muito crítico na sua vida o que leva Santos (2011, p.51) a anunciar que “Quando o estudante considera que as pressões da vida universitária são demasiadas e não consegue lidar com elas, sentindo-se impotente e sem esperança, pode pensar, tentar ou mesmo executar o suicídio.”

A sintomatologia psicopatológica e os comportamentos de risco são parte inerente da população universitária, como visto pelos dados supramencionados, e sabemos que estes são fortes preditores dos comportamentos autodestrutivos, ou seja autodano e ideação suicida, daí a relevância da sua abordagem neste tipo de população (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Withlock & Knox, 2007; Nock *et al.*, 2008; Hamza, Stewart & Willoughby, 2012). Segundo Barrios, Everet, Simon e Brener (2010), 1 em cada 10 estudantes universitários considerou (ideação suicida) o suicídio no último ano (2009) e a ideação suicida está fortemente ligada aos

comportamentos de risco associados a lesões a si próprios, como, por exemplo, o comportamento sexual promíscuo, a condução sob o efeito de álcool, o tabagismo, etc.

De acordo com a pesquisa empírica de Klonsky (2007), diversos são os estudos feitos em populações universitárias que mostraram haver uma percentagem de autodano de pelo menos 14% nesta população, o que é preocupante (Favazza, DeRosear & Conterio, 1989, citado por Klonsky, 2007; Gratz, 2001, citado por Klonsky, 2007; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006, citado por Klonsky, 2007).

Uma investigação levada a cabo por Gollust, Eisenberg e Golberstein (2008), realizada num total de 2843 alunos do ensino superior, demonstrou que 7.2% destes alunos confessou ter adotado algum tipo de autolesão, nas últimas quatro semanas. Os participantes revelaram que os métodos mais utilizados foram a interferência na cicatrização de feridas (36.7%) e bater com a cabeça ou outras partes do corpo (35.8%). Porém, o método cortar-se a si próprio foi o comportamento menos frequente (11.1%). Em relação à ideação suicida, 11% dos alunos que relataram ter comportamentos de autodano revelaram ideação suicida. É de referir que 1.6% dos restantes alunos, sem a presença de comportamentos autolesivos, também revelou ideação suicida. Os estudantes do sexo masculino que apresentam comportamentos autolesivos são os que apresentam maior ideação suicida, o que significa que os homens estão mais sujeitos a comportamentos suicidários. Os mesmos investigadores (2008) verificaram, ainda, que, nesta mesma amostra universitária e nos estudantes que relataram ter comportamentos de autodano deliberado, 32.5% provavelmente têm depressão, porque apresentam sintomas deste quadro clínico, 16.6% perturbação de ansiedade e 25.9% distúrbios alimentares, o que mostra a ligação da sintomatologia psicopatológica com o autodano (Gollust, Eisenberg & Golberstein, 2008).

Por sua vez, Hamza, Willoughby e Good (2013), numa amostra de 1107 estudantes universitários, verificaram que 39.5% dos inquiridos tiveram pelo menos um episódio de autodano. Sendo que, de entre os participantes que revelaram a presença deste tipo de comportamentos, 33% já teve entre 11 a 50 episódios de autodano, 7.1% entre 51 a 100 episódios e 14.2% anunciou mais de 100 episódios.

Os autores Cavestro e Rocha (2006) realizaram um estudo com o objetivo de quantificar a prevalência do transtorno depressivo maior e o risco de suicídio na população estudantil. Assim, estes autores (2006) verificaram que, numa amostra de 342 alunos, a prevalência de transtorno depressivo maior foi de 10.5% e 9.6% para o risco de suicídio. Neste estudo, o risco de suicídio foi classificado em três categorias, sendo elas risco baixo, risco

médio e risco elevado. Apurou-se que 63.6% dos alunos que apresentavam risco se encontravam na categoria de risco baixo, 15.2% obtiveram risco médio e os restantes 21.2% possuíam risco elevado.

No Brasil, em 2007, registou-se uma taxa de suicídio de 5.4 pessoas por cada 100.000 habitantes com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, idades em que os jovens estão a construir a sua identidade, a ingressar no mercado de trabalho, outros no ensino superior etc (Dutra, 2012). Nos EUA, de acordo com o Suicide Prevention Resource Center (2004, citado por Dutra, 2012), o suicídio é considerado a terceira causa de morte nos estudantes universitários com idades entre os 20 e os 24 anos de idade

Em jeito de conclusão, podemos dizer que a população universitária é composta por uma heterogeneidade de alunos que muitas vezes sentem dificuldades em enquadrar-se no contexto da nova instituição. É certo que cada caso é um caso e cada aluno reage de maneiras diferentes às diversas mudanças, mas, geralmente os alunos adotam atitudes pouco pensadas, como é o caso da adoção dos comportamentos de risco. Posteriormente, face às dificuldades de adaptação, advêm sentimentos de angústia, sintomas psicopatológicos, comportamentos de autodano e ideação suicida.

**CAPÍTULO II – Estudo Empírico: Caracterização do Autodano e Ideação Suicida na população estudantil da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada).**

## 1. Objetivos

O principal objetivo do presente estudo é o de identificar a presença de comportamentos de autodano e de ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores, caracterizar os estudantes com estes mesmos comportamentos e, ainda, identificar quais são as variáveis mais ligadas a este tipo de comportamentos autodestrutivos (autodano e ideação suicida).

Sucedem-se como **objetivos específicos** os seguintes:

1. *Caracterizar os comportamentos de autodano na população universitária quanto às variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas.*

2. *Caracterizar a ideação suicida na população universitária quanto variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas.*

3. *Analisar o valor preditivo das variáveis identificadas na literatura como predictoras dos comportamentos de autodano, nomeadamente ideação suicida, sintomatologia psicopatológica, bem-estar mental, stress, raiva, vergonha externa, autocriticismo e adaptação académica.*

4. *Analisar o valor preditivo das variáveis identificadas na literatura como predictoras da ideação suicida, nomeadamente autodano, sintomatologia psicopatológica, bem-estar mental, stress, raiva, vergonha externa, autocriticismo e adaptação académica.*

## 2. Metodologia

### 2.1. Design Metodológico

A investigação corrente centra-se num estudo com uma abordagem quantitativa do tipo descritivo-correlacional, porque pretendemos descrever os comportamentos de autodano e ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores e, ainda, analisar, através dos coeficientes de correlação, a relação entre várias variáveis, mencionadas na literatura, que predizem os comportamentos autodestrutivos, designadamente: sintomatologia psicopatológica, vulnerabilidade ao stress, raiva, autocriticismo, vergonha externa e adaptação académica (Almeida & Freire, 2008).

## **2.2. Procedimentos de recolha de dados**

De modo a proceder à recolha de dados junto da população em estudo, e num primeiro momento, contactaram-se os diretores dos departamentos que constituem a Universidade dos Açores no seu polo de Ponta Delgada. Uma vez contactados e obtidos os respetivos consentimentos para a realização do estudo nos diferentes departamentos, foram contactados os diretores de curso, a fim de definir com estes os horários e as salas de aula a visitar para a entrega e posterior recolha dos inquéritos.

Todos os professores intervenientes neste processo foram informados sobre a motivação para a investigação, bem como a sua intenção, isto é, os objetivos e natureza do presente estudo, os quais estão explícitos no Anexo I.

A recolha de dados deu-se entre os meses de março e maio do ano letivo 2013/2014. A escolha deste período prendeu-se com a vontade de evitar o início do ano letivo, altura em que os alunos estão a entrar na rotina, e o fim do semestre, época em que os alunos estão expostos a mais situações de avaliação. Quanto aos alunos de enfermagem, a realização de estágios curriculares impossibilitou a concretização da recolha dos inquéritos nos meses supramencionados, adiando-se a recolha de dados, junto destes estudantes, para o início do primeiro semestre do ano letivo seguinte (2014/2015), época em que estes estudantes estão mais acessíveis por se encontrarem a frequentar aulas nas instalações do Pólo de Ponta Delgada.

## **2.3. Procedimentos Estatísticos**

Para efetuar o tratamento dos dados utilizou-se a versão 22.0 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), um *software* capaz de produzir diversas análises estatísticas.

Na intenção de descrever a amostra, utilizamos a análise univariada, estatística descritiva, mais concretamente, quadros de frequências e de percentagens. Relativamente ao estudo comparativo das variáveis dependentes (autodano e ideação suicida) e das variáveis independentes (sociodemográficas, académicas e clínicas) foram utilizados o teste *t-Student*, as tabelas de contingência e o teste *ANOVA*. Para averiguar as correlações entre as variáveis mencionadas na literatura, utilizamos o coeficiente de correlação de *Pearson*, adotando o Teorema do Limite Central e admitindo que a amostra é normal, uma vez que é constituída por mais de trinta elementos (Almeida & Freire, 2008; Maroco, 2014).

Para o estudo dos preditores o comportamento de autodano (avaliado pelo QIAIS-A, módulo B, itens 1 a 8), a regressão linear múltipla, com seleção de variáveis *stepwise*, foi utilizada para obter um modelo significativo que permitisse prever a intensidade do comportamento de autodano em função das variáveis independentes (ideação suicida, sintomatologia depressiva, ansiedade, bem-estar mental, intensidade do stress, impulsividade, agressividade, vergonha externa, autocrítico e adaptação académica). Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal e a independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e o pressuposto da independência foi validado com a estatística de Durbin-Watson. Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05 (Maroco, 2014).

Análise similar foi realizada para a ideação suicida (avaliada a partir do QIS), tendo-se considerado, neste último caso, as variáveis independentes autodano propriamente dito, sintomatologia depressiva, ansiedade, bem-estar mental, intensidade do stress, impulsividade, agressividade, vergonha externa, autocrítico e adaptação académica). Os pressupostos para a utilização desta análise foram alcançados.

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

##### **Questionário de caracterização sociodemográfica, académica e clínica**

Este questionário de caracterização sociodemográfica, académica e clínica permitiu-nos recolher informações sobre os inquiridos em termos sociodemográficos, académicos e clínicos. Assim, tomámos conhecimento de diversas variáveis tais como: idade, sexo, naturalidade, estado civil, estado atual de emprego, escolaridade, curso que frequenta, deslocação da zona de residência do aluno para junto da zona da instituição e presença de problemas psicológicos/psiquiátricos e respetivo acompanhamento médico.

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

Este questionário é pioneiro na área do autodano, na investigação científica portuguesa, e foi construído para a identificação de variáveis como o grau de impulsividade, a presença de comportamentos de autodano e de risco, bem como a presença de ideação suicida em adolescentes. Durante o processo de validação, este questionário foi sujeito a algumas reestruturações, as quais foram consideradas neste estudo (Barreto Carvalho, Nunes, Castilho, da Motta, Caldeira & Pinto-Gouveia, 2015). Este questionário é de autorresposta e é

composto por 4 módulos responsáveis por avaliar as seguintes variáveis: A- *Impulso* (8 itens), B- *Autodano propriamente dito* (8 itens) e *Comportamentos de risco* (6 itens), C- Funções do autodano de *Reforço Automático* (24 itens) e Funções de *Reforço Social* (7 itens) e, por fim, D – Ideação Suicida. Estas subescalas estão dispostas numa escala do tipo *Likert* de 0 a 3 pontos, em que 0 corresponde a “Nunca acontece comigo” e 3 corresponde a “Acontece-me sempre”. Quanto maior for a pontuação em cada fator (módulo), maior é a presença da variável avaliada. Relativamente à consistência interna, os alfas de *Cronbach* dos fatores da QIAIS-A revelaram-se bons e bastante bons, designadamente .77 para *Impulso*, .90 para *Autodano propriamente dito*, .81 para *Comportamentos de risco*, .82 para *Ideação suicida*, .93 para as funções de *Reforço Automático* e .77 para as funções de *Reforço Social* (Barreto Carvalho et al., 2015). No presente estudo obtivemos os seguintes alfas de *Cronbach*: .72 para *Impulso*, .92 para *Autodano propriamente dito*, .79 para *Comportamentos de risco*, .96 para as funções de *Reforço Automático* e .93 para as funções de *Reforço Social*.

#### **Questionário de Ideação Suicida - QIS (Reynolds, 1988; tradução e adaptação de Ferreira & Castela, 1993/94)**

O Questionário de Ideação Suicida foi primeiramente desenvolvido por Reynolds (1988), tendo sido utilizada neste estudo a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa de Ferreira e Castela (1993/94), a qual revelou uma consistência interna de .96. O seu objetivo é o de averiguar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. Este questionário abarca 30 itens de autorresposta numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde a “Nunca ocorreu o pensamento” e 7 corresponde a “Sempre ocorreu o pensamento”. A pontuação varia então entre 1 e 180 pontos, sendo que pontuações maiores indicam maior frequência de pensamentos suicidas. Segundo Reynolds (1988, citado por Azevedo & Matos, 2014), as pontuações superiores ou iguais a 41 indicam fortes indícios de psicopatologia e elevado risco de suicídio. No nosso estudo o questionário obteve um alfa de *Cronbach* de .98.

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

Originalmente conhecida como *DASS-21 Depression Anxiety Stress Scales*, a EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) é constituída por 21 itens que avaliam as dimensões *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*, cada uma delas composta por 7 itens. As respostas são obtidas através de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos em que 0 significa “Não se aplicou a mim” e 3

significa “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Estas respostas indicam-nos em que grau os sujeitos sentiram cada sintoma na última semana. Uma maior pontuação nas subescalas equivale, respetivamente, a um grau maior de sintomas emocionais negativos. O alfa de *Cronbach* para a subescala *Depressão* é de aproximadamente 0.60 e 0.50 para as subescalas *Ansiedade* e *Stress* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Neste estudo os fatores *Stress* e *Depressão* apresentam um alfa de *Cronbach* de .89 e o fator *Ansiedade* de .87. A EADS-21 revela no seu total um alfa de .89. No entanto, apenas utilizaremos a subescala que avalia a *Ansiedade*, uma vez que usufruímos de outros instrumentos responsáveis por avaliar o *stress* e a sintomatologia depressiva.

**Inventário da Depressão de Beck – BDI-II (Beck Depression Inventory II; Beck, A., 1961; tradução e adaptação T. McIntyre & S. McIntyre, 1995)**

O inventário da depressão de Beck é um instrumento traduzido e adaptado para a população portuguesa por T. McIntyre e S. McIntyre (1995). Neste instrumento o indivíduo autoavalia a sua sintomatologia depressiva, através de 21 itens determinados numa escala *Likert* de 4 pontos sendo 0 o equivalente a “Inexistente” e 3 o equivalente a “Grave”. A pontuação varia entre 0 e 63 pontos, e quanto maior esta for, mais intensos serão os sintomas depressivos. Contudo, Figueiredo (2007) afirma que na população portuguesa os pontos de corte definem o seguinte: os resultados entre 0 e 9 revelam ausência da depressão, de 10 a 15 indicam a existência de depressão embora média, de 16 a 19 identificam uma depressão moderada, de 20 a 29 a depressão é moderada a severa e a partir de 29 pontos estamos perante uma situação de depressão severa.

No estudo de McIntyre e Araújo-Soares (1999), onde a BDI-II foi aplicada junto de portugueses com dor crónica, o instrumento revelou um alfa de *Cronbach* de .86. A BDI-II, no nosso estudo, apresenta um alfa de *Cronbach* de .91 para o seu total.

**Escala de Warwick-Edinburgh de bem-estar mental - SWEMWBS (Stewart-Brown, Tennant, Tennant, Platt, Parkinson & Weich, 2009)**

SWEMWBS é uma versão reduzida da WEMWBS (Tennant, Hiller, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker & Stewart-Brown, 2007). A SWEMWBS – versão reduzida, é constituída por 7 itens numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, com valores entre 1 que corresponde a “Nenhuma das vezes” e 5 que corresponde a “Sempre”. Os itens refletem pensamentos e sentimentos que pretendem avaliar a saúde mental positiva (bem-estar mental) sendo que os sujeitos deverão responder em conformidade com a sua experiência

durante as últimas duas semanas. O resultado é obtido através da soma das pontuações obtidas na globalidade dos itens. Quanto maior for a pontuação, maior será o bem-estar dos sujeitos. Na versão inglesa original, a escala apresentou um alfa de *Cronbach* de .845 (Stewart-Brown, Tennant, Tennant, Platt, Parkinson & Weich, 2009). Neste estudo, a SWEMWBS apresenta um alfa de *Cronbach* de .83 para o seu total.

#### **Escala de Situações e Reações ao Stress - ESRS (Barreto Carvalho, C., da Motta, C. & Cabral, J., 2014)**

A ESRS é instrumento construído e validado para a população portuguesa por Barreto Carvalho, da Motta e Cabral (2014). Contém 22 itens dispostos numa escala de tipo *Likert* de 10 pontos, sendo que 1 corresponde a “Nenhum stress” e 10 corresponde a “Extremo stress”, que avaliam/medem a intensidade do *stress* em diversos cenários. Os vários cenários estão expressos em três subescalas: *Cenários Positivos* (a situação provoca algum tipo de ganho), *Cenários Negativos* (a situação causadora de stress será um cenário de perda) e *Cenários Neutros* (aparentemente as situações não têm valência positiva ou negativa), cuja análise de fiabilidade revelou alfas de *Cronbach* de .82, de .79 e de .73 respetivamente, no processo de validação mais recente de Barreto Carvalho, da Motta, Cabral, Sousa, Carvalho e Peixoto (2015). Quanto mais elevado o valor total da escala maior serão a vulnerabilidade ao stress, a sintomatologia depressiva e ansiedade e menores os níveis de bem-estar.

Nesta investigação, a ESRS apresenta um alfa de *Cronbach* de .89 para o seu total. Quanto aos seus fatores, apuramos que os *Cenários Positivos* apresentam um alfa de .83, os *Cenários Negativos* um alfa de .78 e os *Cenários Neutros* um alfa de .76.

#### **Questionário da Agressividade - AQ (Aggression Questionnaire; Buss & Perry, 1992; tradução e adaptação de Barreto Carvalho & Pereira, 2012)**

É um instrumento de autorresposta composto por 29 itens que agregam 4 subescalas, as quais avaliam as dimensões: *Agressão Física* (9 itens), *Agressão Verbal* (5 itens), *Raiva* (7 itens) e *Hostilidade* (8 itens). Foi traduzido e validado para a população portuguesa por Barreto Carvalho e Pereira (2012), sendo necessária, no processo de tradução do questionário original, a inversão, apenas, do item 13. As respostas são dadas segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos, compreendidos entre 1 que significa “Não tem nada a ver comigo” e 5 que significa “Tem muito a ver comigo”. É de salientar que quanto maior for a pontuação da escala ou subescalas maior é o grau de hostilidade/agressão. Garcia-Léon, Reyes, Vila, Pérez, Robles e Ramos (2002) verificaram, numa amostra de estudantes, um alfa de *Cronbach* para a escala

total de .82 e um alfa de *Cronbach* de .63 para o fator *Agressão física*, de .57 para o fator *Agressão verbal*, de .77 para o fator *Raiva* e de .67 para o fator *Hostilidade*.

O AQ revela neste estudo um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total, de .76 para o fator *Agressão Física*, de .54 para o fator *Agressão Verbal*, de .73 para o fator *Raiva* e de .65 para o fator *Hostilidade*.

**Escala de Vergonha Externa – Versão breve para Adolescentes – OASB-A (Other as a Shamer Scale; Goss, Gilbert & Allan, 1994; tradução e adaptação de Pinto-Gouveia, Cunha, Matos & Gilbert, 2013)**

A Escala de Vergonha Externa (versão breve para adolescentes) foi traduzida e adaptada para a população adolescente portuguesa por Pinto-Gouveia, Cunha, Matos e Gilbert (2013). É uma escala que avalia a percepção que a pessoa tem da forma como os outros a veem. É composta por 8 itens avaliados numa escala de tipo *Likert*, variando entre 0 e 4 pontos, em que 0 significa “Nunca” e 4 significa “Sempre”. Pontuações maiores indicam maior vergonha externa. A globalidade dos itens reportou um alfa de *Cronbach* de 0.93 no estudo original. A OASB-A, no presente estudo, apresenta um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total.

**Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante - FSCR (Forms of Self-criticizing/ Attacking and Self-Reassuring Scale; Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação de Castilho & Pinto-Gouveia, 2005)**

A Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante, traduzida e validada para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia (2005), compreende 22 itens de resposta numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a “Nada como eu” e 4 corresponde a “Exatamente como eu”. Este instrumento pretende avaliar as formas como as pessoas se autocriticam, atacam e/ou autotranquilizam diante de fracassos e erros. Subentende três subescalas que avaliam três dimensões: a sensação de ser inadequado perante situações de fracasso e recuo - *Eu inadequado*; a capacidade de ter compaixão por si mesmo e se animar - *Eu Tranquilizador*; e o sentimento martirizador para consigo próprio e respostas destrutivas perante situações de erro e fracasso - *Eu Detestado*. Valores altos nas subescalas *Eu inadequado* e *Eu detestado* significam altos índices de autocriticismo/ataque e valores altos na escala *Eu tranquilizador* indicam valores aceitáveis de formas de tranquilização. Na versão portuguesa os alfas de *Cronbach* para as subescalas *Eu Inadequado*, *Eu Detestado* e *Eu Tranquilizador* foram de .89, .62 e .87 respetivamente.

A FSCR apresentou no atual estudo um alfa de *Cronbach* de .72 para o seu total, de .88 para o fator *Eu Inadequado*, de .78 para o fator *Eu Detestado* e de .86 para o fator *Eu Tranquilizador*.

### **Questionário de Vivências Académicas – versão reduzida - QVA-r (Almeida, Ferreira & Soares, 2001)**

O Questionário de Vivências Académicas (versão reduzida) é um instrumento composto por 60 itens que estão dispostos numa escala de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos. Tem como objetivo avaliar diversas dimensões subjacentes ao processo de adaptação no contexto universitário. Por isso mesmo, o questionário subdivide-se nas seguintes 5 subescalas: *Pessoal* (averigua diversas variáveis pessoais do estudante), *Vocacional/Carreira* (diz respeito ao envolvimento do aluno no curso e projeto vocacional), *Interpessoal* (avalia o relacionamento interpessoal do aluno), *Estudo/Aprendizagem* (refere-se ao envolvimento do aluno no estudo e na aprendizagem), e, por fim, *Institucional* (calcula a satisfação do aluno com a instituição que frequenta, bem como com as atividades extracurriculares que esta oferece).

Maiores pontuações quer no instrumento no seu todo, quer nas subescalas que o compõem significam maiores índices de adaptação/ envolvimento académico. Contudo, são necessárias as inversões dos seguintes itens, por estarem formulados pela negativa: 4, 6, 9, 11, 13, 17, 18, 21, 26, 28, 30, 31, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 55 e 59.

No presente estudo o QVA-r apresenta um alfa de *Cronbach* de .84 para o fator *Interpessoal*, de .90 para *Vocacional*, de .70 para *Institucional*, de .90 para *Pessoal* e de .86 para *Estudo-Aprendizagem*. O questionário apresentou, no seu total, um alfa de *Cronbach* de .936.

### **3. Caracterização da Amostra**

O presente estudo foi desenvolvido na Universidade dos Açores, Pólo de Ponta Delgada. Neste estudo participaram alunos de diversos cursos de licenciatura e de alguns mestrados, englobando os seguintes departamentos: Escola Superior de Enfermagem, Línguas e Literaturas Modernas, Economia e Gestão, Ciências da Educação, Biologia, História, Filosofia e Ciências Sociais, Ciências Tecnológicas e Desenvolvimento, Geociências e Matemática. Assim, obtivemos um total de 662 inquiridos, dos quais 97.7% ( $n=647$ ) frequentam um curso de licenciatura e 2.3% ( $n=15$ ) frequentam um curso de mestrado.

### 3.1. Critérios de inclusão e exclusão da amostra

O objetivo foi inquirir o número máximo possível de alunos de licenciatura e do 1º ano de mestrado da Universidade dos Açores. Depois de estabelecido o contacto com os diretores de departamento e de curso, bem como depois de nos ter sido fornecido o consentimento, por parte dos participantes para a realização da investigação, procedemos ao contacto com os alunos, em situação de sala de aula, altura em que foram entregues os protocolos de investigação.

Como fatores de inclusão estipulamos a frequência, como alunos na Universidade dos Açores do Pólo de Ponta Delgada, ou seja, indivíduos a frequentar cursos de licenciatura e de mestrado. Como fatores de exclusão o facto de os alunos se encontrarem no 2º ano de mestrado ou em outros ciclos superiores de ensino. A opção por não incluir alunos do 2º ano de mestrado ou os alunos de doutoramento deveu-se à ausência de aulas para estes alunos, impossibilitando um contacto direto/ pessoal com os mesmos e, conseqüentemente, com uma maior dificuldade na recolha de dados destes alunos. Deste modo, utilizou-se, neste estudo, o método de amostragem não probabilística por conveniência (Almeida & Freire, 2003; Marôco, 2014).

### 3.2. Caracterização sociodemográfica, académica e clínica da amostra

Da amostra total de 662 alunos, 229 (34.6%) são do sexo masculino e 433 (65.4%) do sexo feminino. As idades variam entre os 17 anos e os 56 anos, sendo que a média de idades é de aproximadamente 22 anos e o desvio padrão de 4.857 anos ( $M=21.86$ ;  $D.P. = 4.857$ ). No quadro 1 a amostra total é representada em função da idade e do género (ver quadro 1).

**Quadro 1** - Caracterização da amostra em função do género e da idade.

Idade	Género				Total
	Masculino		Feminino		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
17 aos 26 anos	201	33.7	396	66.3	597 100%
27 aos 36 anos	20	41.7	28	58.3	48 100%
37 aos 46 anos	5	38.5	8	61.5	13
					62

					100%
47 aos 56 anos	3	75	1	25	4
					100%
Total	229	34.6	433	65.4	662
					100%

Quanto ao **estado civil** dos inquiridos, a maioria destes são solteiros, reunindo esta condição uma percentagem de 92.4% ( $n=612$ ) da amostra total, em união de facto estão 2% ( $n=13$ ) dos participantes, .5% ( $n=3$ ) são divorciados e .3% ( $n=2$ ) viúvos. Em relação ao **estatuto socioeconómico**, constatamos que 94% ( $n=622$ ) dos inquiridos não têm trabalho remunerado. Dos que têm trabalho remunerado, 1.5% ( $n=10$ ) têm um estatuto socioeconómico baixo, 3.9% ( $n=26$ ) têm um estatuto socioeconómico médio e os restantes .3% ( $n=2$ ) têm um estatuto socioeconómico alto.

No momento da recolha dos dados, os **participantes residiam** maioritariamente em Ponta Delgada, cerca de 65.6% ( $n=434$ ), 15% ( $n=99$ ) moravam na cidade de Ribeira Grande, 7.9% ( $n=52$ ) moravam na cidade de Lagoa. Seguidamente 6.9% ( $n=46$ ) residiam no concelho de Vila Franca do Campo, 1.7 % ( $n=11$ ) moravam na Povoação, .3% ( $n=2$ ) no Nordeste e os restantes participantes, 2.7% ( $n=18$ ), não responderam à questão. Mais de metade dos alunos [74.3% ( $n=492$ )], não são deslocados, sendo que os alunos deslocados representam apenas um quarto (1/4) da amostra [25.7% ( $n=170$ )].

No que concerne às variáveis académicas, a amostra é maioritariamente representada por alunos que frequentam o primeiro ciclo de estudos, [97.7% ( $n=647$ )] e apenas 2.3% ( $n=15$ ) dos inquiridos estão matriculados no segundo ciclo de estudos. Como podemos ver no quadro 2, incluem-se vários cursos, dos oito departamentos em funcionamento na Universidade dos Açores, Pólo de Ponta Delgada.

**Quadro 2** - Apresentação dos cursos e departamentos que fazem parte da presente investigação e percentagem de participantes distribuídos pelos mesmos.

Departamento	Curso	Distribuição por Curso		Distribuição por Departamento	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Línguas e Literaturas	Comunicação Social e Cultura	37	5.6	129	19.5

Modernas	Relações Públicas e Comunicação	72	10.9		
	Estudos Europeus e Política Internacional	20	3.0		
História, Filosofia e Ciências Sociais	História	5	.8	58	8.8
	Património Cultural	3	.5		
	Serviço Social	32	4.8		
	Sociologia	18	2.7		
	Gestão	67	10.1		
	Economia	18	2.7		
Economia e Gestão	Turismo	35	5.3	121	18.3
	Mestrado em Gestão do Turismo Internacional	1	.2		
	Informática Redes e Multimédia	9	1.4		
Matemática	Engenharia Eletrotécnica e de Computadores	4	.6	13	2.0
	Arquitetura	15	2.3		
Ciências Tecnológicas e Desenvolvimento	Engenharia Civil	4	.6	27	4.1
	Engenharia Mecânica	8	1.2		
Geociências	Proteção Civil e Gestão de Riscos	25	3.8	25	3.8
Escola Superior de Enfermagem	Enfermagem	130	19.6	130	19.6
	Biologia	37	5.6		
	Ciências Biológicas da Saúde	22	3.3		
Biologia	Mestrado em Ciências Biomédicas	3	.5	63	9.5
	Mestrado em Biodiversidade e Biotecnologia Vegetal	1	.2		
	Psicologia	49	7.4		
	Educação Básica	37	5.6	96	14.5
Ciências da Educação	Mestrado em Psicologia da Educação	9	1.4		
	Mestrado em Educação Pré-escolar	1	.2		
Total		662	100	662	100

Relativamente **ao ano de curso** dos inquiridos, a maioria está a frequentar o 1º ano de licenciatura [36.3% ( $n=240$ )], logo de seguida 35.8% ( $n=237$ ) dos alunos estão no 2º ano, 21.1% ( $n=140$ ) frequentam o 3º ano e os restantes alunos [6.8% ( $n=45$ )] são estudantes do 4º ano de licenciatura. Neste último caso, é de salientar que os alunos que frequentam o 4º ano são apenas os alunos do curso de Enfermagem e os alunos que frequentam mestrado. Quanto aos mestrados estes representam cerca de 2.3% da amostra total ( $n=15$ ). Tal como referido anteriormente, estão incluídos apenas alunos do 1º ano, uma vez que o facto de os alunos se encontrarem no 2º ano constituiu um fator de exclusão. A maioria dos alunos [86% ( $n=569$ )] **nunca reprovaram**, sendo que 93 (14%) dos alunos já reprovaram pelo menos uma vez.

Por fim, mas não menos importante, decidimos averiguar se existem participantes com **problemas psicológicos/psiquiátricos**. Descobrimos que 6.2% ( $n=41$ ) dos inquiridos referiram ter problemas deste âmbito, sendo que a maioria da amostra [93.8% ( $n=621$ )] não tem qualquer problema deste tipo. O Quadro 3 demonstra a distribuição dos inquiridos pelos vários problemas psicológicos/psiquiátricos que foram agrupados de acordo com o DSM-V.

**Quadro 3** – Distribuição do número de indivíduos por problemas psicológicos/psiquiátricos em comparação com a amostra total e entre indivíduos com estes problemas.

Problema	Amostra total ( $N=662$ )		Grupo de indivíduos com problemas psiquiátricos ( $n=41$ )
	$n$	%	%
Transtornos Depressivos	24	3.6	58.5
Transtornos de Ansiedade	7	1.1	17.1
Transtornos de Stress Traumático e distúrbios relacionadas	3	0.5	7.3
Transtornos da Personalidade	1	0.2	2.4
Transtorno Obsessivo-Compulsivo e distúrbios relacionados	1	0.2	2.4
Não identificaram o problema	5	0.8	12.2
Não tem problema em problemas psiquiátricos	621	93.8	
Total	662	100	100

Dentro do grupo dos alunos que possuem problemas psicológicos/psiquiátricos, mais de metade [58.5% ( $n=24$ )] relatou ter depressão. Seguidamente, 17.1% ( $n=7$ ) referiu sofrer de algum tipo de transtorno de ansiedade, 7.3% ( $n=3$ ) sofre de transtorno de stress traumático e distúrbios relacionados, 2.4% ( $n=1$ ) sofre de transtornos de personalidade e 2.4% ( $n=1$ ) transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbios associados. Quanto aos restantes 12.2% ( $n=5$ ), sabemos que os inquiridos responderam sofrer de algum tipo de problema psicológico/psiquiátrico, contudo, estes inquiridos não identificaram de que tipo de problema padeciam.

#### 4. Resultados e sua discussão

De forma a caracterizar o autodano e a ideação suicida na população universitária da Universidade dos Açores (Pólo de Ponta Delgada), quer seja em relação às variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas, quer seja em relação ao valor preditivo das variáveis mencionadas pela literatura como estando associadas a estes comportamentos, apresentaremos de seguida os resultados do nosso estudo, os quais se encontram de acordo com os objetivos do mesmo.

##### 4.1. Análise da ocorrência/Existência de comportamentos de autodano numa amostra de estudantes da Universidade dos Açores

Importa antes de mais referir que os dados que se seguem, sobre o autodano, são avaliados através dos itens associados ao *autodano propriamente dito* (itens 1 a 8 do módulo B da QIAIS-A), aos *comportamentos de risco* (itens 9 a 14 do módulo B da QIAIS-A) e ao *autodano total* que abarca o *autodano propriamente dito* e os *comportamentos de risco*. No quadro 4 está representada a frequência com que ocorre, na amostra total, os comportamentos de *autodano propriamente dito*, os *comportamentos de risco associados ao autodano* e o *autodano total*.

Como podemos verificar no quadro 4, 37.0% ( $n= 245$ ) da amostra já teve comportamentos de autodano total, sendo que, dos indivíduos inquiridos, 63% ( $n=417$ ) nunca emitiu esse comportamento. Relativamente aos comportamentos de risco associados ao autodano, 31.3% ( $n=207$ ) da amostra refere já os ter adotado, enquanto os restantes 68.7% ( $n=455$ ) não indicam a ocorrência destes comportamentos de risco. Contudo, os comportamentos de risco associados ao autodano, de acordo com a definição de autodano dano adotada neste estudo, são apenas comportamentos que poderão levar à adoção do comportamento de autodano e não são este comportamento em si. Assim, nas análises subsequentes, iremos apenas fazer a análise do comportamento de autodano propriamente dito, ao qual nos iremos referir como autodano.

Efetivamente 14.8% dos participantes já adotaram comportamentos de autodano propriamente dito, sendo que 85.2% da amostra nunca adotou tais comportamentos. Isto significa que de 662 inquiridos, 98 destes já se magoaram deliberadamente em algum momento ou ainda continuam a magoar-se a si próprios sem intenção suicida consciente e na ausência de qualquer perturbação psicológica e/ou psiquiátrica e/ou incapacidade intelectual (Mangnall & Yurkovich, 2008).

**Quadro 4** - Frequência dos comportamentos de autodano propriamente dito, comportamentos de risco associados a este comportamento e autodano total.

	Autodano Propriamente dito		Comportamentos de risco		Autodano Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Nunca	564	85.2	455	68.7	417	63.0
Já teve o comportamento	98	<b>14.8</b>	207	31.3	245	37.0
Total	662	100	662	100	662	100

#### Nível/intensidade do autodano propriamente dito

Procurámos perceber a intensidade/frequência dos comportamentos de autodano nos indivíduos que mostraram adotar este comportamento. A fim de realizarmos este estudo, selecionamos da amostra total ( $N=662$ ) os indivíduos com comportamentos de autodano ( $n=98$ ), amostra que passará a ser usada em todas as análises seguintes. O quadro 5 mostra-nos a pontuação obtida nos itens que avaliam o autodano propriamente dito e que pode variar de 0 a 24 pontos, sendo que a uma maior pontuação corresponde uma maior intensidade/ocorrência de autodano.

A maioria dos sujeitos com comportamentos de autodano [85.7% ( $n=84$ )] obteve pontuações entre 1 e 6 valores, mostrando uma frequência relativamente baixa deste comportamento. Entre os 7 e os 12 valores encontram-se 7 indivíduos (7.1%), sendo que um número semelhante (6 indivíduos) apresenta uma pontuação compreendida entre os 13 e 18 valores. Apenas 1 sujeito (1%) endossou valores entre os 19 e os 24, os quais correspondem aos valores máximos permitidos pela escala.

**Quadro 5** –Frequência/intensidade do autodano propriamente dito de acordo com a pontuação obtida.

<i>Autodano propriamente dito</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1 a 6 valores	84	85.7
7 a 12 valores	7	7.1
13 a 18 valores	6	6.1
19 a 24 valores	1	1.0

Total	98	100
-------	----	-----

### **Funções do autodano propriamente dito no grupo de indivíduos com este comportamento e comportamentos de risco**

Relativamente às **funções** do autodano, estas serão analisadas apenas no grupo dos participantes que têm este comportamento, pois apenas este grupo respondeu ao módulo C da QIAIS-A, responsável por avaliar estas mesmas funções ( $n=98$ ). No entanto, como no grupo destes sujeitos alguns endossam igualmente com a ocorrência de comportamentos de risco, foram estudadas estas duas classes de comportamentos. Tal como referido anteriormente, segundo o modelo de Nock e Prinstein (2004) as funções do autodano subdividem-se em duas categorias, as de reforço automático (o comportamento é impulsionado por uma força intrínseca) e as de reforço social (provêm do meio extrínseco, social, ou seja as relações interpessoais influenciam a adoção do comportamento).

O quadro 6 mostra-nos as correlações existentes entre as funções do autodano (reforço automático e reforço social), quer com o autodano propriamente dito, quer com os comportamentos de risco associados ao autodano. Constata-se que as correlações das funções de reforço automático e de reforço social são mais elevadas no autodano propriamente dito do que nos comportamentos de risco associados ao autodano. As correlações das funções afetas ao autodano propriamente dito variam entre 0.805 e 0.869 e, por isso, a relação é considerada forte. As correlações entre os comportamentos de risco e as funções do autodano variam entre 0.667 e 0.682 o que traduz uma relação moderada entre estas últimas variáveis (Maroco, 2014).

**Quadro 6** – Correlações das funções de reforço automático e reforço social com o autodano propriamente dito e os comportamentos de risco ( $n=98$ ).

	Autodano	Comportamentos de risco
Função 1 (r. automático)	0.866**	0.667**
Função 2 (r. social)	0.805**	0.673**
Total	0.869**	0.682**

\*\* $p < 0,01$

Nos quadros 7 e 8 apresentamos, na coluna da esquerda, os itens afetos às funções de reforço automático e de reforço social e, na coluna da direita, a percentagem de sujeitos com autodano que escolheram a função explícita em cada item.

Entre as várias funções de reforço automático, verifica-se que os participantes que têm autodano escolhem com mais frequência (56.1%) a função descrita no item 11: “Magoar-me ajuda-me a autocontrolar.”. A função menos escolhida pelos mesmos sujeitos é a referente ao item 14: “Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).” (13.3%).

**Quadro 7** - Funções de autodano de reforço automático nos participantes com autodano.

<i>Reforço Automático</i>	<i>Autodano propriamente dito (N=98)</i>
	<i>%</i>
1.Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.	45.9
2.Magoar-me para não me sentir aborrecido ou entediado.	18.4
3.Magoar-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.	18.4
4.Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.	27.6
5.Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).	56.1
6.Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.	29.1
7.Magoar-me para me sentir menos inferior.	14.3
8.Quando me magoo procuro castigar-me.	37.8
9.Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.	38.8
10.Magoar-me para me lembrar que sou mau, que não presto.	20.4
11.Magoar-me ajuda-me a autocontrolar.	37.8
12.Magoar-me ajuda-me a acalmar.	54.1
13.Magoar-me para aliviar as emoções negativas que sinto.	46.9
14.Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).	13.3
15.Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.	19.4
19.Magoar-me para conseguir sentir alguma coisa.	19.4
20.Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.	19.4
21.Magoar-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	23.5
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.	17.3
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.	17.3
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.	25.5

29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.	14.3
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.	22.4
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer.	15.3

Nas funções de reforço social verificamos que a mais escolhida é a correspondente ao item 23: “Magoo-me para não magoar os outros.” (29.6%).

**Quadro 8** - Funções de autodano de reforço social nos participantes com autodano.

<i>Reforço Social</i>	<i>Autodano propriamente dito (N=98)</i> %
16.Magoo-me para chamar a atenção dos outros.	17.3
17.Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.	18.4
18.Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.	16.3
22.Magoo-me para me vingar dos outros.	16.3
23.Magoo-me para não magoar os outros.	29.6
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.	15.3
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.	16.3

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

Passaremos a apresentar a análise feita ao comportamento de autodano em comparação com as variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas. A caracterização do autodano em função do estatuto socioeconómico não foi realizada, uma vez que a amostra total ( $N=662$ ) e o grupo dos participantes com autodano ( $n=98$ ) são maioritariamente constituídas por alunos (94% e 96.9% respetivamente).

De forma a clarificar melhor como o autodano se comporta entre as diversas variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas, optámos por realizar análises de comparações entre estas variáveis, com recurso ao teste *t* e ANOVA. Assim, poderemos observar a forma como as médias de autodano obtidas variam em conformidade com as variáveis em questão, e se estas

diferenças (de médias) são estatisticamente significativas. Ou seja, depois de descrevermos a frequência de determinada variável do grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ), mostraremos a intensidade deste comportamento através das médias obtidas pelos participantes. É importante dizer que, para além das médias do autodano, também apresentaremos as médias dos comportamentos de risco, do autodano total (autodano propriamente dito e comportamentos de risco) e das funções de reforço automático e social deste comportamento.

### Género

Dos 98 participantes com comportamentos de autodano, que representam 14.8% da amostra total, 60.2% ( $n=59$ ) são do género feminino e os restantes 39.8% ( $n=39$ ) são do género masculino.

Como se pode constatar no quadro 9, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a média de autodano, comportamentos de risco associados ao autodano e autodano total com o género dos participantes que adotam autodano. Também verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a função de autodano e o género dos inquiridos. Significando que, apesar de haver mais mulheres com autodano, a intensidade do mesmo, dos comportamentos de risco e as funções de autodano não são estatisticamente diferentes da dos homens.

**Quadro 9** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e das funções de reforço automático e social em função do género, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

Fator	Género Feminino ( $n=59$ )		Género Masculino ( $n=39$ )		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Autodano	3.49	3.866	4.49	4.662	1.106	.272
Comportamentos de Risco	1.75	3.105	2.85	3.528	1.626	.107
Autodano total	5.24	6.704	7.33	7.484	1.446	.151
Reforço Automático	8.41	11.706	11.95	13.930	1.359	.177
Reforço Social	1.63	3.478	2.44	4.122	1.046	.298

## Idade

No grupo de participantes com autodano as idades variam entre os 18 e os 33 anos, sendo a média de 21 anos. A maior parte dos inquiridos com este comportamento tem 19 anos de idade, 20.4% ( $n=20$ ), seguido de 20 e 21 anos com uma percentagem de 19.4% ( $n=19$ ). Quando se agrupam os dados por classes etárias, observamos aos 17 e 26 anos que concentra mais indivíduos do grupo de autodano, 92.9% ( $n=91$ ), seguida das idades compreendidas entre os 27 e os 36 anos com a restante percentagem, 7.1% ( $n=7$ ).

Quando procuramos ver a intensidade do autodano, de acordo com a idade, como demonstra o quadro 10, não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas médias do autodano, dos comportamentos de risco associado ao autodano, do autodano total e da função de reforço automático com a idade dos inquiridos. Porém, encontramos diferenças estatisticamente significativas na função de autodano de reforço social. Neste caso, os sujeitos que adotam mais funções de reforço social são os que têm entre 17 e 26 anos, porque foram os únicos a assinalar os itens que medem este tipo de função.

**Quadro 10** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação à idade (em classes etárias), no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

Idade	17-26 anos ( $n=91$ )		27-36 anos ( $n=7$ )		<i>t</i>	<i>P</i>
	M	DP	M	DP		
Autodano	3.92	4.277	3.43	3.359	.298	.766
Comportamentos de risco	2.13	3.314	2.86	3.388	-.557	.579
Autodano total	6.05	7.175	6.29	5.851	-.083	.934
Reforço Automático	10.31	12.975	3.43	5.127	1.389	.168
Reforço Social	2.10	3.850	.00	.000	5.200	<b>.000</b>

## Estado civil

No grupo dos participantes com comportamentos de autodano, 96.9% ( $n=95$ ) estão solteiros e os restantes 3.1% ( $n=3$ ) estão casados. As médias obtidas para o autodano, comportamentos de risco associado ao autodano, autodano total e as suas funções variam em

função do estado civil, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas (quadro 11).

**Quadro 11** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função do estado civil, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

Fator	Solteiro ( $n=95$ )		Casado ( $n=3$ )		$t$	$p$
	M	DP	M	DP		
Autodano	3.83	4.127	5.67	7.234	-.742	.460
Comportamentos de risco	2.23	3.344	.67	1.155	.806	.422
Autodano total	6.06	7.069	6.33	8.386	-.065	.948
Reforço Automático	9.57	12.482	17.67	19.757	-1.089	.279
Reforço Social	1.93	3.745	2.67	4.619	-.335	.738

### Aluno deslocado

Relativamente à questão que se colocou se ou alunos eram ou não deslocados, isto é, se existem alunos que não são residentes dos Açores e que tiveram de se deslocar do seu local de residência para estudar na Universidade dos Açores, pudemos verificar que, do grupo de participantes com autodano, 24.5% ( $n=24$ ) são deslocados e 75.5% ( $n=74$ ) não são. Embora a maioria do grupo de sujeitos com autodano é constituída por alunos não deslocados, quando comparamos a intensidade do autodano, dos comportamentos de risco, do autodano total e das suas funções não verificamos diferenças estatisticamente significativas (quadro 12).

**Quadro 12** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções, em função da deslocação do estudante para a instituição, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

Fator	Alunos deslocados		Alunos não deslocados		$t$	$p$
	M	DP	M	DP		
Autodano	3.17	3.345	4.12	4.444	-.966	.336
Comportamentos de risco	1.79	3.243	2.31	3.339	-.666	.507
Autodano total	4.96	6.342	6.43	7.285	-.888	.377

Reforço Automático	9.46	12.094	9.93	12.953	-.158	.875
Reforço Social	2.00	4.212	1.93	3.616	.076	.939

### Curso/Departamento

Como se pode observar no quadro 13, os alunos que reportam ter autodano estão distribuídos por todos os departamentos que fazem parte da presente investigação. O departamento com maior incidência de autodano é o de Economia e Gestão com 21.4% ( $n=21$ ), seguido da Escola Superior de Enfermagem com 19.4% ( $n=19$ ); Ciências da Educação com 16.3% ( $n=16$ ); Línguas e Literaturas Modernas com 13.3% ( $n=13$ ); Biologia e Ciências Tecnológicas e Desenvolvimento com 8.2% ( $n=8$ ) cada; História, Filosofia e Ciências Sociais com 6.1% ( $n=6$ ); Geociências com 5.1% ( $n=5$ ) e, por fim, Matemática com 2% ( $n=2$ ). Não verificamos diferenças estatisticamente significativas no autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções quanto aos vários departamentos.

**Quadro 13** - Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função do departamento a que diz respeito o curso que os alunos frequentam, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

	Autodano		Comportamentos de risco		Autodano total		Reforço Automático		Reforço Social	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
História, Filosofia e Ciências Sociais ( $n=6$ )	4.00	3.16	2.67	3.204	6.67	4.84	6.00	6.84	.33	.816
Biologia ( $n=8$ )	2.13	2.03	1.88	2.100	4.00	2.39	5.88	7.24	.75	1.035
Economia e Gestão ( $n=21$ )	3.76	4.87	2.38	3.471	6.14	8.12	10.05	11.04	2.38	3.442

Geociências (n=5)	3.60	4.22	.60	.894	4.20	5.07	9.40	12.321	.80	1.789
Ciências da Educação (n=16)	4.31	4.16	1.88	2.872	6.19	6.76	9.81	11.167	2.25	3.856
Ciências Tecnológicas e Desenvolvimento (n=8)	4.88	5.52	2.88	3.796	7.75	8.21	11.50	17.444	2.88	5.276
Matemática (n=2)	6.00	5.66	3.00	4.243	9.00	9.89	20.00	28.284	5.50	7.778
Línguas e Literaturas Modernas (n=13)	4.15	4.18	2.62	4.388	6.77	8.34	11.31	14.180	2.08	4.873
E. S. Enfermagem (n=19)	3.63	4.28	1.95	3.613	5.58	7.69	9.74	15.427	1.68	3.845
<i>F</i>	.316		.276		.247		.347		.627	
<i>P</i>	.958		.972		.981		.945		.753	

### Ano do Curso

Dentro dos participantes que têm autodano, a maioria encontra-se a frequentar o 1º ano, [42.9% (n= 41)]. Estão a frequentar o 2º ano 34 indivíduos (34.7%), seguindo-se os alunos do 3º ano, que são 20 (20.4%), e, por último, os do 4º ano com 3 alunos (2%). Tal como se pode observar no quadro 14, comparando as médias de autodano, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação ao ano que estes alunos frequentam, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos de risco e no autodano total, sendo estas médias maiores no grupo de sujeitos que frequentam o 2º ano, comparativamente com os alunos que frequentam o 4º ano (os quais não indicam a existência de comportamentos de risco).

**Quadro 14** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função do ano de curso que estes alunos frequentam, no grupo de participantes com autodano (n=98).

	1º ano (n=41)		2º ano (n=34)		3º ano (n=20)		4º ano (n=3)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Autodano	3.39	3.34	5.32	4.95	3.05	4.19	2.50	2.12	2.057	.158
Comportamentos de risco	1.67	2.49	3.06	3.95	2.00	3.58	.00	.00	5.278	<b>.007</b>
Autodano total	4.86	5.32	8.38	8.37	5.05	7.51	2.50	2.12	3.707	<b>.031</b>
Reforço Automático	8.74	10.15	13.32	13.75	6.10	14.88	10.00	14.14	1.156	.376
Reforço Social	1.31	2.57	3.15	4.73	1.00	3.37	4.50	6.36	1.423	.298

### Existência de reprovações

No quadro 15 podemos observar que cerca de 75.5% (n=74) dos alunos com comportamentos de autodano nunca reprovaram e 24.5% (n= 24) já reprovaram pelo menos uma vez. As médias de autodano, comportamentos de risco e autodano total variam consoante a existência/inexistência de reprovações, mas estas diferenças não são estatisticamente significativas. Quanto às funções de autodano, apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre as funções de autodano de reforço automático, as quais deixam de ter nível de significância após a adoção da correção de Bonferroni (Maroco, 2014).

**Quadro 15** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função da existência ou inexistência de reprovações de ano letivo, no grupo de participantes com autodano (n=98).

Fator	Nunca reprovou (n=74)		Já reprovou (n=24)		t	P
	M	DP	M	DP		
Autodano	4.28	4.489	2.67	2.929		
Comportamentos de risco	2.15	3.463	2.29	2.836	.183	.855
Autodano total	6.43	7.565	4.96	5.196	-.888	.377
Reforço Automático	11.32	13.378	5.17	9.006	-2.102	<b>.038**</b>
Reforço Social	2.19	3.916	1.21	3.134	-1.115	.267

\*\* nível de significância de .025 segundo a correção de Bonferroni

### Presença ou ausência de problemas psicológicos/psiquiátricos

A maioria dos indivíduos com comportamentos de autodano [87.8% (n=86)] não sofre de algum quadro de doença psicológica/psiquiátrica, sendo que apenas 12.2% (n=12) sofrem

de algum tipo destas perturbações. Como o quadro 16 nos indica, e após a correção de Bonferroni, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções e a existência de problemas psicológicos/psiquiátricos.

**Quadro 16** – Comparação das médias de autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em função da existência ou inexistência de problemas psicológicos/psiquiátricos, no grupo de participantes com autodano ( $n=98$ ).

Fator	Tem psicopatologia ( $n=12$ )		Não tem psicopatologia ( $n=86$ )		<i>t</i>	<i>P</i>
	M	DP	M	DP		
Autodano	4.67	3.916	3.78	4.255	.683	.496
Comportamentos de risco	1.33	1.435	2.30	3.478	-1.734	.092
Autodano total	6.00	4.306	6.08	7.384	-.037	.970
Reforço Automático	15.42	11.349	9.03	12.728	1.646	.103
Reforço Social	4.00	3.717	1.66	3.683	2.057	<b>.042**</b>

\*\* nível de significância de .025 segundo a correção de Bonferroni

## Discussão

Neste estudo, verificamos que, num total de 662 inquiridos, 14.8% dos estudantes ( $n=98$ ), ou seja, aproximadamente um sexto da população inquirida revelou que, em algum momento, já adotou comportamentos de *autodano propriamente dito*. A frequência deste tipo de comportamento na população jovem universitária é elevada, uma vez que se esperaria que o autodano diminuísse ao longo do desenvolvimento do indivíduo (Lloyd, 1998, citado por Nock & Prinstein, 2004; Ross & Heath, 2002, citado por Nock & Prinstein, 2004). Por outras palavras, o autodano é um comportamento característico da adolescência, porque esta é uma fase vital em que os adolescentes estão sujeitos a diversas mudanças, experiências e aprendizagens, havendo uma prevalência de autodano elevada neste período (Carvalho, da Motta, Caldeira, Castilho, Nunes & Pinto-Gouveia, 2015). Por outro lado, pode ser que esta presença de autodano se deva ao facto de termos uma amostra maioritariamente composta por estudantes com idades entre 17 e os 26 anos (90.2%), pois sabemos que o autodano ocorre, tendencialmente, entre os 14 e os 24 anos de idade (Castilho, Pinto Gouveia, Bento, 2010; Klonsky, 2007).

A ocorrência de autodano na população jovem estudantil da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada) é quase a mesma que a população adolescente do continente português, apresentando esta última uma percentagem de 15.6% (Matos *et al.*, 2010).

Como alguns estudos englobam os comportamentos de risco no próprio comportamento de autodano e os avaliam juntos (Gratz, 2001), decidimos averiguar a presença de comportamentos de risco isoladamente e em conjunto com o comportamento de autodano. Neste último caso, quando verificamos a sua presença (isto é, de autodano total que abrange o autodano propriamente dito e os comportamentos de risco) a percentagem de ocorrência/frequência destes nos estudantes aumenta para 37%. Isoladamente, os comportamentos de risco ocorrem em aproximadamente 31% dos estudantes inquiridos, demonstrando, assim, que os comportamentos de risco ocorrem, na população estudantil universitária, na ausência de autodano. Este é um resultado espetável, uma vez que os comportamentos de risco são parte integral da própria vontade do sujeito. Ou seja, isto sugere que os estudantes podem adotar comportamentos de risco por livre vontade e não com o único propósito de causar lesão (autodano) a si mesmos.

Para além de averiguar a presença dos comportamentos de autodano, optámos também por analisar com que intensidade/frequência este se apresenta na população em estudo. Deste modo, e sabendo que a escala que mede o *autodano propriamente dito* varia entre 1 e 24 valores, decidimos categorizar estes valores (1 a 6 valores; 7 a 12 valores; 13 a 18 valores; 19 a 24 valores) para verificar em que nível de intensidade/frequência se encontram os participantes que têm autodano. Os resultados mostram que a grande maioria dos inquiridos tem entre 1 e 6 valores (85.7%) com tendência a diminuir o número de participantes por níveis mais elevados de autodano. Para clarificar, imaginemos um estudante que obteve um total de 6 valores na subescala que avalia o *autodano propriamente dito* (QIAIS-A, módulo B, itens 1 a 8). Isto pode significar uma de duas coisas: ou o sujeito tem seis comportamentos diferentes de autodano (métodos) que realizou ao longo do tempo, ou seja, escolheu a opção “Acontece-me algumas vezes” (que corresponde a 1 valor) em seis itens, ou tem dois comportamentos de autodano, escolhendo apenas dois itens, que realiza sempre (sendo que “Sempre acontece-me” corresponde a 3 valores). Daí que quando falamos em nível de autodano, tanto poderemos estar a referir-nos à frequência do autodano (por exemplo, um só comportamento, mas muitas vezes) como à intensidade deste (vários comportamentos de autodano, mas realizados poucas vezes). Contudo, isto não significa que o autodano seja menos grave na população universitária, pelo contrário, segundo Joiner (2005, citado por Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006), uma vez que o sujeito já adotou o

comportamento de autodano, este poderá agravar-se progressivamente, isto é, ser mais frequente, ser mais intenso e até mesmo evoluir para tentativa de suicídio. É fulcral identificar a presença de comportamentos de autodano, mesmo que este seja pouco frequente e intenso, pois este é indicador de que algo não está bem com quem o manifesta e que, por algum motivo, o indivíduo está a utilizá-lo como uma estratégia inadequada de *coping* (Carvalho *et al.*, 2014; Fliege *et al.*, 2009; Hamza *et al.*, 2013; Klonsky, 2007).

Relativamente às funções de autodano por nós estudadas de acordo com o modelo de Nock e Prinstein (2004), verificamos que estas se correlacionam positivamente com o autodano, sendo a relação forte com este último e moderada em relação aos comportamentos de risco associados ao autodano. Todavia, nota-se uma ligeira diferença entre as funções de autodano, sendo a de reforço automático levemente maior do que a de reforço social, o que poderá indicar que os estudantes do ensino superior endossam em comportamentos de autodano mais como estratégia de regulação emocional, ou seja, os estudantes poderão recorrer ao autodano como forma de produzir estados psicológicos desejáveis ou como forma de aliviar, fazer parar, estados psicológicos indesejáveis (Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004; Withlock, 2010)

Embora, no grupo de participantes que revelou ter autodano ( $n=98$ ) não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas entre o género e a idade, podemos constatar que este grupo é maioritariamente composto por estudantes do género feminino (60.2%) o que vai ao encontro de alguns estudos que referem ser as mulheres quem mais adota comportamentos de autodano (e.g. Borges & Werlang, 2006; Madge, Hewitt, Hawton *et al.*, 2008; Ross & Heath, 2002). Em relação às idades, a maior parte dos indivíduos com autodano tem entre 17 e 26 anos (92.9%) e alguns têm, inclusive, entre 27 e 36 anos (7.1%), o que nos sugere que o autodano ocorre muito para além da adolescência e que, de facto, ele ocorre na população adulta (Briere & Gil, 1998). Isto mostra a necessidade de se estudar melhor este comportamento na população adulta.

De entre as variáveis académicas estudadas, a única que revelou ter relação com a presença de autodano foi a variável que diz respeito à existência de reprovações ( $\chi^2=.10.386$ ;  $p=.001$ ). Embora, na análise do teste  $t$ , poderemos verificar que as médias de autodano obtidas são maiores nos estudantes que nunca reprovaram, comparativamente aos alunos que já reprovaram, estas não são estatisticamente significativas devido à correção de Bonferroni. Apesar da não significância estatística, estes dados mostram, ainda assim, uma tendência que

pode sugerir que a reprovação obriga a pessoa a lidar com situações de fracasso e de frustração (ter de repetir o ano, mudar de turma, etc.) o que, de alguma forma, leva a que o indivíduo seja obrigado a aprender a lidar com sentimentos negativos. Contrariamente, os estudantes que nunca reprovaram provavelmente não desenvolveram estratégias de *coping* adequadas para situações adversas (isto é, indesejáveis, como é o exemplo da reprovação de ano letivo), recorrendo ao autodano como estratégia de *coping* inadequada. Para além disso, estes alunos que não reprovaram podem ser muito perfeccionistas, dando primazia a um estilo cognitivo autocrítico. Ou seja, os alunos que nunca reprovaram podem sentir-se demasiados pressionados em não reprovar, em obter bons resultados, originando um aumento do autocriticismo, logo o autodano poderia ser provocado pelo perfeccionismo e autocriticismo perfeccionados por estes alunos. Em suma, estes dados sugerem que nem sempre o sucesso é indicador de satisfação pessoal e que é importante estudar a relação do autocriticismo com autodano.

Tentamos também ver a existência de autodano em função dos cursos e departamentos, porém não obtivemos resultados estatisticamente significativos. Através da frequência de alunos com autodano nos diversos cursos, verificamos que são os cursos de Enfermagem (19.4%), Gestão (13.3%) e Relações Públicas e Comunicação (12.2%) os que mais representam os alunos com autodano, embora as diferenças entre grupos não sejam estatisticamente significativas. Isto leva-nos a acreditar que o autodano não sofre influência da área de estudo em que os alunos estão inseridos.

Porém, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas para os comportamentos de risco e autodano total e os anos de curso, sendo os alunos do 2º ano os responsáveis por esta diferença significativa, quando comparados com os alunos do 4º ano, porque estes últimos não apresentam comportamentos de risco. Isto poderá querer dizer que os alunos do 2º ano ainda estão a apresentar comportamentos de risco por estarem há menos tempo na universidade, comparativamente com os alunos do 4º ano, que já estão há mais tempo e, por isso, já estão mais integrados no mundo universitário. Para além disso, os alunos do 2º ano têm menos idade do que os alunos do 4º ano, e os comportamentos de risco, característicos da adolescência, atingem o seu auge na adultez emergente e atenuam-se com o avançar da idade (Santos, 2011).

Quanto à caracterização do autodano em função das variáveis clínicas, constatamos que existe relação entre este comportamento e a presença de problemas psicológicos/psiquiátricos ( $\chi^2=7.251$ ;  $p=.007$ ). Na da comparação de médias do autodano nos

subgrupos, através do teste *t*, verificamos que o autodano tem uma média maior, e por isso um nível de intensidade/frequência maior, em quem reporta ter problemas psicológicos/psiquiátricos. Porém as diferenças de médias não são estatisticamente significativas. Estes dados não são congruentes com o que Glenn e Klonsky (2009) verificaram. Estes autores (2009) relatam que a existência de algum tipo de psicopatologia é um fator de risco para a adoção de comportamentos de autodano, uma vez que os mesmos verificaram um índice maior de autodano em quem tem psicopatologia, comparativamente em quem não tem (e.g., Glenn & Klonsky, 2009). No entanto, estes dados vão ao encontro dos resultados das investigações mais recentes que defendem que o comportamento de autodano não se restringe a um sintoma de um qualquer quadro clínico, podendo surgir sem que exista qualquer psicopatologia (e.g. Gollust *et al.*, 2008; In-Albon, Ruf, Schmid, 2012; Trepal, Wester & Merchant, 2015).

De forma a melhor percebermos que fatores ou variáveis conduzem à vulnerabilidade para a adoção de comportamentos de autodano, realizámos análises de correlações entre diversas variáveis mencionadas pela literatura como perditoras deste tipo de comportamentos, bem como regressões logísticas e lineares para avaliar o efeito preditor de tais variáveis. Esta análise será apresentada logo após à caracterização da ideação suicida na nossa população em estudo.

#### **4.2 Análise da existência de ideação suicida numa amostra de estudantes da Universidade dos Açores**

Para o estudo da existência de ideação suicida na amostra total de estudantes da Universidade dos Açores, utilizamos o Questionário de Ideação Suicida (QIS), o qual será o instrumento principal nas análises que se seguem. De acordo com Reynolds (1988, citado por Azevedo & Matos, 2014) os inquiridos que neste questionário tenham pontuação total igual ou superior a 41 pontos são considerados casos de potencial risco de suicídio. Atendendo a este pressuposto, categorizamos as pontuações do QIS. Deste modo, os participantes que tiveram pontuações de 0 mostram inexistência de ideação suicida, participantes com pontuações entre 1 e 20 têm ideação moderada, participantes com 21 a 40 pontos têm ideação suicida elevada e participantes com cotação igual ou superior a 41 são, então, os que revelam ideação suicida muito elevada (potencial risco de suicídio).

O Questionário de Impulso, Autodano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A) fornece uma subescala para avaliar a ideação suicida, com o propósito de averiguar se na presença de comportamentos de autodano coocorre ideação suicida. Porém, esta subescala dispõe de apenas 3 itens para avaliar a presença de ideação suicida, pelo que se considerou

preferível utilizar o QIS como instrumento principal da avaliação de ideação suicida, por este ser mais completo. Contudo, quando comparamos as médias de ideação suicida em função das diferentes variáveis sociodemográficas, acadêmicas e clínicas, utilizamos os dois instrumentos (QIS e QIAIS-A módulo D).

É também muito importante referir que nestas análises a amostra total ( $N= 662$ ) foi reduzida para um total de 645 inquiridos, uma vez que retiramos desta os sujeitos com idade igual ou superior a 37 anos em virtude de serem poucos os casos presentes nesta classe etária ( $n= 17$ ). Este pressuposto não se aplicou à análise feita ao autodano porque o grupo que possui este comportamento não tem sujeitos com idade igual ou superior a 37 anos, contrariamente ao grupo de sujeitos com ideação suicida. Face a isto e para não enviesar os resultados, decidimos excluí-los das próximas análises, destinadas à análise de existência e caracterização do grupo com ideação suicida.

O quadro 17 demonstra a ocorrência de ideação suicida na amostra total ( $N=645$ ). Análises similares foram realizadas para o grupo de sujeitos que reporta ter ideação suicida. Constatámos que a ocorrência de ideação suicida na amostra total é alarmante, uma vez que de entre 645 sujeitos (100%) muito mais da metade destes tem ideação suicida, quer moderada, quer elevada e muito elevada [72.6% ( $n=468$ )]. Além disso, muitos são os que têm a ideação suicida muito elevada, constituindo-se como indivíduos em risco potencial de suicídio [11.3% ( $n=73$ )].

**Quadro 17** – Presença de ideação suicida em categorias, moderada, elevada e muito elevada, na amostra total ( $N=645$ ) e entre o grupo de participantes que revela ter ideação suicida ( $n=468$ ).

Ideação Suicida	Amostra total ( $N=645$ )		Entre o grupo com ideação suicida ( $n=468$ )	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem ideação suicida	177	27.4	---	---
Com ideação suicida	468	<b>72.6</b>	468	100
Inexistente	117	27.4	---	---
Moderada	355	<b>55.0</b>	355	75.9

Elevada	40	6.2	40	8.5
Muito elevada	73	11.3	73	15.6
Total	645	100	468	100

**Caracterização da ideação suicida em função das variáveis sociodemográficas, acadêmicas e clínicas.**

À semelhança do que foi feito para a análise do autodano, passaremos a apresentar a análise do grupo de sujeitos que tem ideação suicida ( $n=468$ ) em relação às variáveis sociodemográficas, acadêmicas e clínicas. Em cada variável estudada, apresentamos as médias de ideação suicida nas suas diferentes categorias, a saber: inexistente, moderada, elevada e muito elevada (risco potencial de suicídio). Para tal, utilizámos o *teste t* e *ANOVA*.

**Género**

Tal como se pode observar no quadro 18, verificámos que dos participantes com ideação suicida (moderada, elevada e muito elevada), que constituem 72.6% ( $n=468$ ) da amostra total ( $N=645$ ), 33.1% ( $n=155$ ) são indivíduos do género masculino e 66.9% (313) são do género feminino, ou seja, as mulheres constituem maioritariamente, o grupo dos sujeitos com ideação suicida nas diferentes categorias (moderada, elevada e muito elevada). No entanto, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias obtidas no Questionário de Ideação Suicida (QIS) e no módulo D do Questionário de Impulso, Autodano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A) em relação ao género dos participantes. Ou seja, embora existam mais mulheres com ideação suicida, nos casos em que esta existe os seus valores não se mostram mais graves do que os apresentados pelos homens.

**Quadro 18** - Comparação das médias de ideação suicida em função do género, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

Fator	Sexo Feminino ( $n=313$ )		Sexo Masculino ( $n=155$ )		t	p
	M	DP	M	DP		
Id. Suicida (QIAIS-A)	2.13	1.816	1.80	1.952	-1.820	.069
Id. Suicida (QIS)	17.9094	26.25235	20.7188	31.10242	1.038	.300

## Idade

A ideação suicida é mais frequente nos mais jovens (da classe etária de 17 a 26 anos), os quais apresentam uma percentagem de ideação suicida 91.9% ( $n=430$ ). Já os jovens da classe etária dos 27 aos 36 anos têm uma percentagem de 8.1% ( $n=38$ ). No entanto, e tal como observamos no ponto anterior, não existem diferenças estatisticamente significativas na média de ideação suicida entre as duas classes etárias, o que significa que apesar de haver mais jovens (entre os 17 e os 26 anos) com ideação suicida, não traduz maior intensidade desta, quando comparada com o grupo de participantes com idades entre os 27 e os 36 anos (quadro 19). Por exemplo, apesar de a prevalência de ideação suicida ser maior nos mais jovens, os participantes com mais idade poderiam reportar mais intensidade (maior gravidade) de ideação suicida, demonstrando, assim, a importância do nosso estudo na população adulta.

**Quadro 19** - Comparação das médias ideação suicida em função da idade, em classes etárias, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

Fator	17-26 anos ( $n=430$ )		27-36 anos ( $n=38$ )		F	p
	M	DP	M	DP		
Ideação suicida (QIAIS)	2.03	1.852	2.08	2.097	.335	.800
Ideação suicida (QIS)	19.0535	28.28533	18.1579	25.76246	.654	.581

## Estado civil

Quanto ao estado civil dos participantes com ideação suicida, e como se pode observar no quadro 20, a maioria encontra-se solteiro [94.7% ( $n=443$ )]. Estão casados 3.2% ( $n=15$ ) dos participantes e em união de facto 1.7% ( $n=8$ ). Encontramos também um participante divorciado (0.2%) e um participante viúvo (0.2%). Mais uma vez, não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de ideação suicida entre os vários estados civis dos inquiridos, pelo que não podemos dizer que a intensidade de ideação suicida é maior em determinados participantes de algum dos estados civis.

**Quadro 20** - Comparação das médias ideação suicida em função do estado civil, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

	Solteiro (n=443)		Casado (n=15)		Divorciado (n=1)		União de facto (n=8)		Viúvo (n=1)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Ideação suicida (QIAIS- A)	2.05	1.88	1.48	1.70	2.00	2.83	1.78	1.56	2.50	3.54	.581	.676
Ideação suicida (QIS)	19.12	27.75	15.69	34.31	6.00	.00	10.33	13.20	45.00	57.98	.834	.504

### Aluno deslocado

Os alunos com ideação suicida são na sua maioria, residentes dos Açores [74.6% (n=349)], sendo os restantes 25.4% (n=119) os alunos que se deslocaram do seu local de residência para poderem estudar na Universidade dos Açores. No quadro 21, verificamos que existem diferenças nas médias de ideação suicida (medida pelo fator D da QIAIS-A e pelo QIS) entre os alunos deslocados e os alunos não deslocados, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas, não se podendo concluir em que subgrupo a intensidade de ideação suicida é maior.

**Quadro 21** - Comparação das médias ideação suicida em função da deslocação do estudante para a instituição, no grupo de participantes com ideação suicida (n=468).

Fator	Alunos deslocados (n=119)		Alunos não deslocados (n=349)		T	p
	M	DP	M	DP		
Ideação suicida (QIAIS)	1.78	1.743	2.10	1.901	-1.601	.110
Ideação suicida (QIS)	16.1429	25.60299	19.7368	28.67422	-1.217	.224

### Curso

No grupo dos participantes com ideação suicida, verificamos que estes também estão distribuídos por todos os departamentos. Neste caso, é a Escola Superior de Enfermagem que apresenta maior número de participantes com ideação suicida, cerca de 20.9% (n=98). Logo a seguir, com 19.9% (n=93) encontra-se o departamento de Línguas e Literaturas Modernas; 18.2% (n=85) o departamento de Economia e Gestão; 13.5% (n=63) o departamento de Ciências da Educação; 9% (n=42) o departamento de Biologia; com 8.5% (n=40) o departamento de História, Filosofia e Ciências Sociais; com 4.3% (n=20) o departamento de Ciências Tecnológicas e Desenvolvimento; 3.6% (n=17) no departamento de Geociências e com

2.1% ( $n=10$ ) no departamento de Matemática. À semelhança do observado na distribuição do autodano pelos cursos, os participantes com ideação suicida encontram-se mais nos cursos de Enfermagem, Relações Públicas e Comunicação e Gestão com uma percentagem de 20.9%, 11.3% e 9.4% respetivamente.

Apesar de as médias obtidas na ideação suicida variarem em função dos departamentos que os participantes frequentam, estas diferenças de médias não são estatisticamente significativas (quadro 22), não se podendo concluir que a intensidade de ideação suicida varia de departamento para departamento.

**Quadro 22** -Comparação das médias de ideação suicida em função do departamento que os participantes frequentam, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

	Ideação suicida (QIAIS-A)		Ideação suicida (QIS)	
	M	DP	M	DP
Escola Superior de Enfermagem ( $n=98$ )	2.23	1.896	17.5300	28.01351
Línguas e Literaturas Modernas ( $n=93$ )	2.03	1.811	19.0928	26.96490
Economia e Gestão ( $n=85$ )	1.86	2.030	20.0581	28.41348
Ciências da Educação ( $n=63$ )	2.11	1.742	18.3333	24.76209
Biologia ( $n=42$ )	2.20	1.972	19.50000	26.51766
História, Filosofia e Ciências Sociais ( $n=40$ )	1.95	1.464	19.5476	29.45042
Ciências Tecnológicas e Desenvolvimento ( $n=20$ )	1.80	2.262	22.6000	44.37092
Geociências ( $n=17$ )	1.00	1.715	12.7222	23.38628
Matemática ( $n=10$ )	2.30	1.767	20.1000	26.94624
F		1.052		.210
p		.396		.989

### Ano do Curso

Como se pode observar no quadro 23, estão a frequentar o 1º ano cerca de 180 indivíduos com ideação suicida (38.5%), no 2º ano estão 163 destes alunos (34.8%), no 3º ano 96 sujeitos (20.5%) e 29 pessoas com ideação suicida (6.2%) frequentam o 4º ano (que diz respeito ao 4º ano de Enfermagem e ao 1º ano dos cursos de mestrado). Contudo, não verificamos nenhuma diferença estatisticamente significativa nas médias de ideação suicida

medida de acordo com o ano de curso que os participantes frequentam. O que significa que apesar da maior parte dos alunos frequentarem o 1º e o 2º ano, não quer dizer que a ideação suicida tenha um maior peso nestes alunos do que nos alunos do 3º e 4º anos.

**Quadro 23** - Comparação das médias de ideação suicida em função do ano que os alunos estão a frequentar, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

	1º ano ( $n=180$ )		2º ano ( $n=163$ )		3º ano ( $n=96$ )		4º ano ( $n=29$ )		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Ideação suicida (QIAIS-A)	2.13	1.89	1.98	1.92	1.85	1.71	2.15	2.00	.563	.640
Ideação suicida (QIS)	18.1832	25.74	20.76	31.15	17.13	26.05	17.55	30.23	.439	.725

#### Existência ou não de reprovações

O grupo com ideação suicida mostra que são poucos os alunos com esta ideação que já reprovaram pelo menos uma vez [13.7% ( $n=64$ )], sendo muitos os que nunca reprovaram [86.3% ( $n=404$ )]. As médias com ideação suicida são maiores em quem já reprovou, pelo menos uma vez, do que em quem nunca reprovou de ano, mas estas não são estatisticamente significativas, logo não podemos afirmar que a ideação suicida é mais intensa em quem já reprovou do que em quem nunca reprovou (quadro 24).

**Quadro 24** - Comparação das médias de ideação suicida em função da existência ou não de reprovações, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

Fator	Nunca reprovou ( $n=404$ )		Já reprovou ( $n=64$ )		t	P
	M	DP	M	DP		
Ideação suicida (QIAIS)	1.97	1.875	2.30	1.801	1.375	.170
Ideação suicida (QIS)	18.8078	27.99416	19.0725	27.96864	.073	.942

### Presença ou ausência de problemas psicológicos/psiquiátricos

Quanto à presença de problemas psicológicos/psiquiátricos no grupo de participantes que tem ideação suicida, observamos que 92.7% ( $n=434$ ) não sofre de algum tipo de distúrbio, sobrando os restantes 7.3% ( $n=34$ ) que relatam ter problemas psicológicos/psiquiátricos.

A média de ideação suicida difere significativamente quanto à presença/ausência de problemas psicológicos/psiquiátricos, sendo o grupo de sujeitos que padece dos problemas mencionados o que maior média apresenta, o que significa que, como o quadro 25 nos demonstra, os participantes com quadro clínico revelam maior intensidade de ideação suicida.

**Quadro 25** – Comparação das médias de ideação suicida em função da existência de problemas psicológicos/psiquiátricos, no grupo de participantes com ideação suicida ( $n=468$ ).

Fator	Tem psicopatologia ( $n=34$ )		Não tem psicopatologia ( $n=434$ )		t	P
	M	DP	M	DP		
Ideação suicida (QIAIS)	3.51	2.650	1.90	1.741	3.542	<b>.001**</b>
Ideação suicida (QIS)	44.2857	45.51572	16.8449	25.09587	3.525	<b>.001**</b>

\*\* nível de significância de .025 segundo a correção de Bonferroni

### Ocorrência do autodano em função da ideação suicida

O Questionário de Ideação Suicida (QIS) deu-nos a indicação de que quem apresenta comportamentos de autodano tem tendência a ter maior ideação suicida (em níveis mais elevados) do que quem não adota este comportamento. Por exemplo, apenas 6.9% ( $n=38$ ) dos sujeitos que nunca adotaram comportamentos de autodano endossam na categoria *ideação suicida muito elevada*, enquanto os indivíduos que já manifestaram tal comportamento representam 35.7% ( $n=35$ ) da mesma categoria de ideação suicida (quadro26).

Todavia, salientamos o facto de a categoria *ideação suicida moderada* revelar maior percentagem em sujeitos que nunca adotaram comportamento de autodano [56.9% ( $n=311$ )], comparativamente aos que manifestam esse comportamento [44.9% ( $n=44$ )].

Para além disso, avaliamos a relação entre as duas variáveis através do *qui-quadrado*, o que nos deu a indicação de que estas se relacionam significativamente (quadro 26).

**Quadro 26** – Existência de autodano em função da ideação suicida ( $N=645$ ).

Ideação suicida	Autodano			
	Nunca ( $n=547$ )		Já teve ( $n=98$ )	
	N	%	n	%
Inexistente	169	30.9	8	8.2

Moderada	311	56.9	44	44.9
Elevada	29	5.3	11	11.2
Muito elevada	38	6.9	35	35.7
Total	547	100	98	100

$\chi^2 (3) = 83.281; p=.000$

Em suma, quando comparamos o autodano e a ideação suicida com as variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas da amostra em estudo verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de autodano e de ideação suicida distribuídas em função da maior parte das outras variáveis. Porém, averiguamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias da ideação suicida dos sujeitos com problemas psicológicos/psiquiátricos e dos sujeitos sem este tipo de problemas.

### Discussão

Os resultados referentes ao autodano e à ideação suicida são apresentados separadamente, em virtude de estes fenómenos se apresentarem como distintos (Suyemoto, 1998), no entanto, constatámos que estas duas variáveis coocorrem. Apresentamos Seguidamente a discussão referente aos dados que fazem alusão à presença e intensidade de ideação suicida, bem como a sua caracterização na amostra universitária da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada).

No que concerne aos dados obtidos para a avaliação da ocorrência e intensidade da ideação suicida, reduzimos a amostra para 645 inquiridos, de forma a estudarmos a ideação suicida em sujeitos com idades compreendidas entre os 17 e os 36 anos de idade, por serem estas as idades dos participantes com autodano, tal como previamente referido.

Analisámos a presença desta ideação suicida na amostra estudantil da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada) e constatamos que mais de metade dos inquiridos, isto é, 72.6% destes revela ideação suicida (moderada, elevada e muito elevada). Esta é uma enorme prevalência, sendo estes dados muito preocupantes, uma vez que a ideação suicida é o primeiro indicador de um futuro suicídio consumado (Raue *et al.*, 2006, citado por Pereira, 2011; Suominen *et al.*, 2004).

Quanto à intensidade de ideação suicida, categorizámos esta em *inexistente*, *moderada*, *elevada* e *muito elevada* (*risco potencial de suicídio*) e verificámos que, na amostra total ( $N=645$ ), a maior percentagem dos participantes se encontra com ideação suicida moderada (55%), seguida dos que apresentam ideação suicida muito elevada (11.3%), *elevada*

(6.2%) e *inexistente* (27.4%). Embora as maiores percentagens sejam de ideação suicida moderada, a verdade é que notámos a existência de casos de intensidade de ideação suicida grave o que leva a uma crescente preocupação. Apesar disso, consideramos que não obstante o grau de intensidade da ideação suicida esta, é sempre algo inquietante e que merece atenção por parte dos especialistas em saúde mental (Carvalho *et al.*, 2015). Assim, mostra-se urgente estudar esta ideação, a fim de percebermos o que a causa e podermos atenuar os fatores que causam vulnerabilidade para esta ideação, recorrendo a intervenções e programas de prevenção.

Pretendemos, também, caracterizar a presença de ideação suicida em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas. Os estudos nesta área apontam para uma maior prevalência de ideação suicida nas mulheres (e.g. Borges & Werlang, 2006; Botega *et al.*, 2005; Silva *et al.*, 2006), sendo este dado corroborado pelo presente estudo onde se verificou que o grupo de sujeitos com ideação suicida, moderada a muito elevada, é maioritariamente composto por estudantes do género feminino (66.9%). No entanto, não encontramos relação entre estas duas variáveis, o que faz-nos sentido, pois os dados existentes na literatura de especialidade mostram-se controversos acerca da prevalência de ideação suicida em função do género.

À semelhança do que acontece no grupo de indivíduos com autodano, o grupo de estudantes com ideação suicida tem, na sua maioria, idades entre os 17 e os 26 anos (91.9%), sendo que alguns têm idades compreendidas entre os 27 e os 36 anos (8.1%). Estes dados sugerem que, tal como defendido na literatura, a ideação suicida diminui com o aumento do desenvolvimento global do indivíduo (e.g. Borges & Werlang, 2006; Hawton & Harriss, 2008, citado por Cooper, Rantell, Blanchard *et al.*, 2015), embora não tenhamos encontrado diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis de idade.

Em relação às variáveis académicas, e contrariamente ao que se passou no grupo de participantes com autodano, não encontramos diferenças estatisticamente significativas e estas variáveis, inclusive com a existência de reprovações de anos letivos e o ano que os alunos frequentam. Quando comparamos as médias obtidas de ideação suicida, através do teste *t*, constatamos que estas são maiores em alunos que já reprovaram de ano, comparativamente com os alunos que nunca reprovaram. Estes resultados podem ter explicação similar à apresentada para o autodano ou seja, embora estas diferenças não sejam significativas, pode ser indicativo de que o grupo de estudantes que já reprovou, já foi forçado a enfrentar situações adversas (isto é, a reprovação), causadoras de tensão, frustração, angústia, etc. O

que, no fundo, são sentimentos que causam sofrimento psicológico e que, subsequentemente, poderão dar lugar a pensamentos suicidas, tal como alguns autores defendem (e.g. Andover & Gibb, 2010; Angerami-Camon, 1997, citado por Coelho, Azevedo, Gauer & Neto, 2009; Dutra, 2012; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997, citado por Yglesias, 2007).

Em relação ao ano letivo que os alunos frequentam, também não se verificaram diferenças significativas nas médias de ideação suicida. A ideação suicida está presente em todos os anos de curso, não sendo influenciada por estes. A presença de comportamentos de risco parece não influenciar a existência de ideação suicida, pois, como previamente referido, verificámos a presença destes comportamentos em todos os alunos, à exceção dos que frequentam o 4º ano, sendo que existe ideação suicida nestes últimos alunos, estes dados apontam para a existência de ideação suicida na ausência destes comportamentos de risco. Isto mostra a necessidade de se estudarem outras variáveis, que não os comportamentos de risco, a fim de percebermos o que leva à ideação suicida nos alunos que não referem ter estes comportamentos.

Quando comparado o nível de ideação suicida existente nos diferentes departamentos, e similarmente ao que ocorreu no grupo de participantes com autodano, os cursos que têm mais sujeitos com ideação suicida são os cursos de Enfermagem (20.9%), Relações Públicas e Comunicação (11.3%) e Gestão (9.4%). Porém, não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis, sugerindo, uma vez mais, que tanto a área da saúde, como a área das letras ou da gestão, não têm, provavelmente, influência no aparecimento de ideação suicida.

Quando se trata de relacionar a ideação suicida com a presença de problemas psicológicos/psiquiátricos encontramos diferenças estatisticamente significativas nas médias de ideação suicida existente entre quem tem e quem não tem este tipo de problemas. Neste estudo, os sujeitos que têm algum problema psicológico/psiquiátrico são os que apresentam maior média de ideação suicida. Estes dados vão ao encontro da literatura quando refere que são os sujeitos com algum tipo de transtorno mental os que estão em maior risco de cometer suicídio (WHO, 2002b).

### 4.3. Análise do valor preditivo das variáveis mencionadas na literatura

#### Correlação entre o autodano e a ideação suicida e as variáveis mencionadas pela literatura como preditores destes comportamentos.

No quadro 27, verificamos que o autodano mantém correlações positivas moderadas com a ideação suicida (QIS) e o fator *Eu detestado* do autocrítico (FSCR), correlações positivas fracas com o fator *Ansiedade* (EADS), com a depressão (BDI II), com o stress (ESRS), com o fator *Eu inadequado* do autocrítico (FSCR) e com o total do autocrítico (FSCR). Estas correlações significam que quanto mais elevado o autodano for maiores serão os valores das variáveis avaliadas pelas escalas mencionadas, sendo que o seu nível de relação varia entre fraco a moderado.

Por outro lado, o autodano correlaciona-se negativamente com o bem-estar mental (SWEMWBS), a raiva (AQ), a adaptação académica (QVA-r) e o fator *Eu tranquilizador* do autocrítico (FSCR), embora a relação destes seja muito fraca. Ou seja, quanto mais autodano, menores são as pontuações obtidas nestas escalas.

Em relação à ideação suicida (QIS), averiguamos que a mesma se correlaciona positivamente, e com um nível de relação moderada, com o fator *Ansiedade* (EADS), a depressão (BDI II), a vergonha externa (OASB-A), o fator *Eu detestado* e o fator *Eu inadequado* do autocrítico (FSCR). O stress (ESRS) também correlaciona-se com a ideação suicida (QIS), mantendo uma relação fraca. Tudo isto significa que quanto mais ideação suicida os sujeitos têm mais sintomatologia psicopatológica (*Ansiedade*, EADS, BDI II), mais vergonha externa (OAS-A), mais autocrítico (*Eu detestado*, *Eu inadequado*, FSCR total) e mais stress (ESRS) esses têm.

Porém, quanto mais ideação suicida os alunos têm, menores são as pontuações nas escalas que avaliam a adaptação académica (QVA-r), a capacidade de se autotranquilizar (fator *Eu Tranquilizador* da FSCR), a raiva (AQ) e o bem-estar mental (SWEMWBS), porque a ideação suicida (QIS) se correlaciona negativamente com estas variáveis, sendo as relações fracas a moderadas.

(quadro 27)

**Quadro 27** - Correlação do autodano e da ideiação suicida com as variáveis mencionadas na literatura como preditoras destes comportamentos.

	Autodano	QIS	Impulsividade	Ansiedade (EADS)	BDI-II	SWEMWBS	ESRS	AQ	OAS-A	Eu inadequado (FSCR)	Eu detestado (FSCR)	Tranquilizador (FSCR)	FSCR	QVA- r
Autodano	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
QIS	.503**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Impulsividade	.287**	.272**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Ansiedade (EADS)	.374**	.467**	.349**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
BDI-II	.350**	.604**	.392**	.558**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SWEMWBS	-.197**	.346**	-.244**	-.394**	.577**	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ESRS	.132**	.214**	.196**	.354**	.348**	.254**	---	---	---	---	---	---	---	---
AQ	-.197**	.280**	-.525**	-.355**	.401**	.310**	.257**	---	---	---	---	---	---	---
OAS-A	.246**	.473**	.221**	.417**	.510**	-.448**	.234**	-.263	---	---	---	---	---	---
Eu inadequado (FSCR)	.233**	.483**	.386**	.469**	.626**	-.453**	.336**	.431**	.515**	---	---	---	---	---
Eu detestado (FSCR)	.455**	.560**	.401**	.493**	.566**	-.426**	.258**	.348**	.463**	.651**	---	---	---	---
Eu Tranquilizador (FSCR)	-.277**	.356**	-.219**	-.339**	.510**	.535**	.257**	.267**	.381**	-.390**	-.505**	---	---	---
FSCR	.212**	.370**	.323**	.345**	.385**	-.172**	.200**	-.342**	.807**	.577**	.167**	---	---	---



## Efeito preditivo de variáveis mencionadas na literatura como explicativas da presença de comportamentos de autodano

### *Regressão logística do autodano*

De forma a explorar o efeito preditor de algumas variáveis mencionadas na literatura (isto é, a impulsividade, a sintomatologia depressiva, a ansiedade, a ideação suicida, o bem-estar mental, a intensidade do stress, a raiva, a vergonha externa, o autocrítico e a adaptação académica), como explicativas da presença de comportamentos de autodano, foi realizada uma análise de regressão logística. Para tal, definiram-se como variáveis predictoras os resultados obtidos nos instrumentos responsáveis por avaliar: a impulsividade (QIAIS-A fator *Impulsividade* - módulo A); a sintomatologia depressiva (BDI II); a ansiedade (EADS fator *Ansiedade*); a ideação suicida (QIS); o bem-estar mental (SWEMWBS); o stress (ESRS); a raiva (AQ); a vergonha externa (OASB-A); o autocrítico (FSCR total e seus fatores) e a adaptação académica (QVA-r), como variável dependente o fator *autodano propriamente dito*, avaliado pela QIAIS-A (como medida nominal, isto é, ter ou não ter autodano).

A regressão logística, com todas as variáveis acima mencionadas, revelou que o QIS ( $\beta = .013$ ;  $X^2_{Wald(1)} = 7.901$ ;  $p = .005$ ; OR =1.013), o fator *Impulsividade* do QIAIS ( $\beta = .101$ ;  $X^2_{Wald(1)} = 7.999$ ;  $p = .005$ ; OR =1.106), o FSCR fator *Eu detestado* ( $\beta = .128$ ;  $X^2_{Wald(1)} = 12.024$ ;  $p = .001$ ; OR =1.137) e a *Ansiedade*, fator da EADS, ( $\beta = .097$ ;  $X^2_{Wald(1)} = 11.114$ ;  $p = .001$ ; OR =1.102) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de haver comportamento de autodano de acordo com o modelo *Logit* ajustado ( $G^2(4) = 122.667$ ;  $P < 0.000$ ;  $X^2_{Wald(8)} = 8.010$ ;  $p = 4.32$ ;  $R^2_{CS} = .169$ ;  $R^2_N = .298$ ;) (quadro 28).

**Quadro 28-** Coeficientes do modelo logístico e a sua significância para o autodano.

Variável	B	S.E.	$X^2_{Wald}$	d.f.	p-value	Exp(B)	I.C. a 95% para Exp(B)
Ideação suicida (QIS)	.013	.005	7.901	1	.005	1.013	1.004;1.023
Impulsividade	.101	.036	7.999	1	.005	1.106	1.031;1.186

(QIAIS)							
Eu detestado (FSCR)	.128	.037	12.024	1	.001	1.137	1.057;1.222
Ansiedade (EADS)	.097	.029	11.114	1	.001	1.102	1.041;1.167
Constant	-3.738	.328	129.788	1	.000	.024	

O quadro 29 demonstra que a percentagem de classificações correta é de 86.1%. O modelo ajustado apresenta ainda pouca sensibilidade (23.5%), uma elevada especificidade (97%) e uma capacidade discriminante aceitável (AUC= .766;  $p < .001$ ; AUC= .707;  $P < .001$ ; AUC= .786;  $p < .001$ ; AUC= .764;  $p < .001$ ).

**Quadro 29** – Sensibilidade e especificidade do modelo ajustado (*step 4*) para o autodano.

Passo 4		Classificação correta %
Existência de comportamentos de autodano	Nunca teve o comportamento	97.0
	Já teve o comportamento	23.5
Percentagem geral		86.1

Mediante os dados supramencionados, decidimos realizar uma regressão linear múltipla para apurar o valor preditivo das variáveis independentes (mencionadas pela literatura) na intensidade do autodano (isto é, na pontuação obtida para o autodano, ao invés da ocorrência de autodano, como variável de medida nominal).

#### ***Regressão linear múltipla do autodano***

Para determinarmos o efeito preditor das variáveis mencionadas na literatura (impulsividade, sintomatologia depressiva, ansiedade, ideação suicida, bem-estar mental, stress, raiva, vergonha externa, autocrítico e adaptação académica) na explicação da intensidade do autodano na população universitária, recorreremos à análise de regressão linear múltipla. Assim, definimos como variáveis predictoras os resultados obtidos nos instrumentos

que avaliam as seguintes variáveis: impulsividade (QIAIS-A fator *Impulsividade* - módulo A); sintomatologia depressiva (BDI II); ansiedade (fator *Ansiedade* EADS); ideação suicida (QIS); bem-estar mental (SWEMWBS); *stress* (ESRS); raiva (AQ); vergonha externa (OASB-A); autocrítico (FSCR total e seus fatores) e adaptação académica (QVA-r), sendo como variável dependente o total obtido na escala de *autodano propriamente dito* (QIAIS-A módulo B, itens 1 a 8). O modelo que se revelou mais significativo foi o modelo composto pelas variáveis ideação suicida (QIS), fator *Eu detestado* (FSCR), fator *Eu inadequado* (FSCR), e fator *Impulsividade* (QIAIS-A, módulo A). As restantes variáveis foram excluídas pela análise “Stepwise”. O modelo referido explica 47.1% da variabilidade total do *autodano propriamente dito* [F(4, 93) = 20.687 p = .000; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = .47]. Os coeficientes de regressão estandardizados permitiram identificar as variáveis QIS ( $\beta = .403$ ;  $t_{(93)} = 4.299$ ;  $p = .000$ ), fator *Eu detestado* (FSCR) ( $\beta = .352$ ;  $t_{(93)} = 3.305$ ;  $p = .001$ ), fator *Eu inadequado* (FSCR) ( $\beta = -.212$ ;  $t_{(93)} = -2.336$ ;  $p = .022$ ) e fator *Impulsividade* (QIAIS-A, módulo A) ( $\beta = .244$ ;  $t_{(93)} = 3.065$ ;  $p = .003$ ) como predictoras significativas do autodano (QIAIS-A, módulo B, itens 1 a 8).

#### **Efeito preditivo de variáveis mencionadas na literatura como explicativas da ideação suicida**

##### ***Regressão logística da ideação suicida***

Em relação à presença de ideação suicida, foram realizadas análises semelhantes às previamente descritas. Assim, foi realizada uma análise de regressão logística, de forma a explorar o efeito preditor de algumas variáveis mencionadas na literatura (isto é, a impulsividade, a sintomatologia depressiva, a ansiedade, o autodano, o bem-estar mental, a intensidade do stress, a raiva, a vergonha externa, o autocrítico e a adaptação académica), na presença da ideação suicida.

Para tal, definiram-se como variáveis predictoras os resultados obtidos nos instrumentos responsáveis por avaliar a impulsividade (QIAIS-A - módulo A), a sintomatologia depressiva (BDI II), a ansiedade (EADS fator *Ansiedade*), o *Autodano propriamente dito* (QIAIS-A, módulo B), o bem-estar mental (SWEMWBS), o *stress* (ESRS), a raiva (AQ), a vergonha externa (OASB-A), o autocrítico (FSCR total e seus fatores) e a adaptação académica (QVA-r). Como variável dependente seleccionámos a ideação suicida (QIS, mas como medida nominal: ter ou não ter ideação suicida).

A regressão logística, com todas as variáveis acima mencionadas, revelou que a BDI II ( $\beta = .061$ ;  $X^2_{Wald (1)} = 9.397$ ;  $p = .002$ ; OR =1.063), a OAS ( $\beta = .114$ ;  $X^2_{Wald (1)} = 17.758$ ;  $p = .000$ ; OR =1.120), o fator Eu inadequado (FSCR) ( $\beta = .070$ ;  $X^2_{Wald (1)} = 14.171$ ;  $p = .000$ ; OR =1.073) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de existir ideação suicida, de acordo com o modelo *Logit* ajustado ( $G^2 (3) = 126.274$ ;  $p < 0.000$ ;  $x^2_{Wald (8)} = 6.053$ ;  $p = .641$ ;  $R^2_{CS} = .174$ ;  $R^2_N = .251$ ) (quadro 30).

**Quadro 30-** Coeficientes do modelo logístico e a sua significância para a ideação suicida.

Variável	B	S.E.	$X^2_{Wald}$	d.f.	p-value	Exp(B)	I.C. a 95% para Exp(B)
BDI II	.601	.020	9.397	1	.002	1.063	1.022;1.105
OAS	.114	.027	17.758	1	.000	1.120	1.063; 1.181
Eu inadequado (FSCR)	.070	.019	14.171	1	.000	1.073	1.0731.034; 1.112
Constant	-.899	.206	19.035	1	.000	.407	

O quadro 31 mostra que a percentagem de classificações correta é de 86.1%. O modelo ajustado apresenta ainda uma elevada sensibilidade (91.5%), uma especificidade baixa (34.1%) e uma capacidade discriminante aceitável (AUC= .729;  $p < .001$ ; AUC= .720;  $P < .001$ ; AUC= .707;  $p < .001$ ).

**Quadro 31** – Sensibilidade e especificidade do modelo ajustado (*step 3*) para ideação suicida.

Passo 3		Classificação correta %
Existência de ideação suicida	Não tem ideação suicida	34.1
	Tem ideação suicida	91.5
Percentagem geral		75.7

### ***Regressão linear múltipla da ideação suicida***

De forma a explorar o efeito preditor de algumas variáveis mencionadas na literatura (isto é, a sintomatologia depressiva, a ansiedade, o autodano propriamente dito, a adaptação académica, a intensidade do stress, a impulsividade, a agressividade, a vergonha externa, o bem-estar mental e o autocriticismo) na explicação da presença de ideação suicida na população geral universitária, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. Para tal, definiram-se como variáveis predictoras os resultados obtidos nos instrumentos responsáveis por avaliar: a impulsividade (QIAIS-A - módulo A), a sintomatologia depressiva (BDI II), a ansiedade (EADS fator *Ansiedade*), o *Autodano propriamente dito* (QIAIS-A, módulo B), o bem-estar mental (SWEMWBS), o *stress* (ESRS), a raiva (AQ), a vergonha externa (OASB-A), o autocriticismo (FSCR total e seus fatores) e a adaptação académica (QVA-r) e como variável dependente a ideação suicida (QIS). O modelo que se revelou mais significativo foi o modelo composto pelas variáveis BDI II; QIAIS-A fator *Autodano propriamente dito*; FSCR fator *Eu detestado*; OAS e SWEMWBS; sendo que as restantes variáveis foram excluídas pela análise "Stepwise". O referido modelo, explica 51% da variabilidade total da ideação suicida [ $F_{(4, 463)} = 120.386$   $p = .000$ ;  $R_a^2 = .51$ ]. Os coeficientes de regressão estandardizados permitiram identificar as variáveis BDI II ( $\beta = .333$ ;  $t_{(463)} = 7.987$ ;  $p = .000$ ), *Autodano propriamente dito* ( $\beta = .308$ ;  $t_{(463)} = 8.251$ ;  $p = .000$ ), FSCR fator *Eu detestado* ( $\beta = .165$ ;  $t_{(463)} = 3.707$ ;  $p = .000$ ), OAS ( $\beta = .124$ ;  $t_{(463)} = 3.221$ ;  $p = .001$ ) como predictoras significativas da presença de ideação suicida (QIS).

### **Discussão**

Glenn e Klonsky (2009) fazem alusão à importância de se estudar em quais as variáveis que colocam os sujeitos que se magoam a si próprios em risco de tentarem o suicídio. Ou seja, é importante considerar outras variáveis, que não a história de autodano e o método utilizado para este, na explicação da ideação suicida, o que justifica a nossa vontade (objetivo) de avaliar quais são as variáveis, mencionadas pela literatura, com efeito preditivo quer no autodano, quer na ideação suicida.

O autodano correlaciona-se positivamente com a ideação suicida, sendo a sua relação moderada. Era de esperar que estes dois comportamentos, apesar de distintos (Suyemoto, 1998), se relacionassem entre si, uma vez que sabemos que estes podem coocorrer, ou seja, um indivíduo pode magoar-se a si próprio sem ser com o intuito de se matar e ter, simultaneamente, ideação suicida, não se influenciando estes dois fatores mutuamente (Fliege *et al.*, 2009; Nock, Joiner, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). Ou seja, o sujeito pode magoar-se, por exemplo, para lidar com a raiva sentida e, ter, também, ideação suicida, embora no ato em que se está a magoar esteja a procurar uma como estratégia de regulação emocional e não tenha o intuito de realizar uma tentativa de suicídio.

Neste estudo, verificamos que, de facto, alguns alunos não conseguem resistir ao impulso de se magoar quando tomam esta decisão (Favazza & Conterio, 1988), demonstrando que a impulsividade mantém uma relação positiva, embora fraca, com o autodano. O mesmo se sucede para a ideação suicida. Embora estas duas variáveis apresentem uma relação fraca entre si, verificámos que a ideação suicida se relaciona positivamente com a impulsividade, o que pode ser explicado pelo facto de que o comportamento impulsivo e agressivo influenciarem a tentativa de suicídio (Turecki, 1999) e esta, por sua vez, ser a continuação da ideação suicida (Raue, Brown, Meyers, Schullberg & Bruce, 2006, citado por Pereira, 2011; Fawcett, Clark & Bush, 1993, citado por Silva *et al.*, 2006).

No que concerne à sintomatologia psicopatológica (depressão, ansiedade e stress), medida pela EADS, e à sintomatologia depressiva, medida pela BDI-II, verificámos que o autodano apresenta uma correlação fraca positiva com estas variáveis, enquanto a ideação suicida mantém uma correlação positiva moderada com esta sintomatologia. O *stress* (ESRS) aparece associado ao autodano e à ideação suicida, todavia a associação é mais forte com esta última. Talvez estas correlações sejam mais fracas no autodano pelo facto de ser utilizado como um meio desadequado de regulação emocional (Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004; Withlook, 2010), sendo que, depois de manifestado o comportamento, os estados emocionais indesejados tendem a amenizar/desaparecer (Favazza & Conterio, 1988), o que não acontece no caso da ideação suicida, uma vez que esta se reporta apenas a pensamentos e não a ações (Nock, 2010).

Como era expectável, observamos correlações negativas muito fraca entre o bem-estar mental (SWEMWBS) e o autodano e fracas entre esta e a ideação suicida. Logicamente, os indivíduos que têm pensamentos e sentimentos que não refletem o seu bem-estar mental, como por exemplo a solidão, a desesperança e a frustração e à partida, são os mais vulneráveis

a adotar estratégias de *coping* inadequadas face às mais diversas situações (Bresin, Carter & Gordon, 2013), não podem revelar bem-estar emocional, o que justifica esta correlação negativa. Assim, perante estas situações, os sujeitos ou adotam comportamentos de autodano ou veem a morte como a solução para os seus problemas (Klonsky, 2007; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; WHO, 2002a; 2002b).

Curiosamente a raiva mantém uma relação fraca e negativa com o autodano. A raiva constitui-se como fator de risco para o autodano (Castilho, Gouveis & Bento, 2010; Guerreiro, 2007; Nock & Prinstein, 2004) porque quando os indivíduos não têm estratégias de *coping* adequadas para esta emoção recorrem ao autodano como forma de aliviar um estado psicológico indesejável, neste caso, a raiva (Bresin, Carter & Gordon, 2013). Assim, após o comportamento de autodano a raiva pode descer, o que poderá justificar o facto de a relação entre autodano e raiva ser negativa, ou seja, quando uma sobe (por exemplo, autodano), a outra, desce (raiva), o que pode ser indicador de que após o comportamento de autodano a raiva desaparece (Suyemoto, 1998). Por outras palavras, quanto mais um indivíduo recorrer ao autodano, menor será a sua raiva, porque aliviada com este comportamento.

Relativamente à vergonha externa e ao autocriticismo (em que se englobam os fatores *eu inadequado* e *eu detestado*) estes relacionam-se com o autodano e ainda mais com a ideação suicida, porque, como previamente referido, estas variáveis se reportam a sentimentos indesejados que causam falsas perceções da maneira como o indivíduo se vê e da maneira como ele julga que os outros o veem. Assim, a autocrítica e a vergonha externa, como ativadores de estados emocionais desagradáveis, influenciam também a adoção de comportamentos de autodano e/ou ideação suicida (Castilho Gouveia & Bento, 2010; Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Fazza & Page, 2003; Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004).

Pelo contrário a autocompaixão que o sujeito tem por si próprio, medida pelo fator *Eu tranquilizador* (FSCR), correlaciona-se negativamente com o autodano e a ideação suicida, sugerindo, assim, que quando o indivíduo sabe utilizar estratégias de *coping* adequadas, isto é, possui estratégias de regulação emocional adequadas (como é o caso de o eu se tranquilizar), não necessita de recorrer ao autodano como estratégia para fazer frente à adversidade, ou de pensar que não existe solução para os seus problemas (Klonsky, 2007).

Por último, em relação à adaptação académica, constatamos que esta se correlaciona negativamente com o autodano e a ideação suicida. A correlação é fraca com o autodano e moderada com a ideação suicida. Provavelmente as correlações são um pouco baixas porque a adaptação académica é um processo mais característico do 1º ano de universidade e, neste

estudo, esta adaptação foi medida em alunos desde o 1º até ao 4º ano universitários. Como considerámos importante estudar em que medida a adaptação académica se relaciona com o autodano e a ideação suicida e se esta adaptação tem ou não valor preditivo em tais comportamentos, procedemos à sua análise. É verdade que os alunos que frequentam outros anos letivos, que não o 1º ano, já passaram pelo processo de transição e adaptação e, no momento da presente investigação, é provável que já se sintam mais integrados, refletindo-se este facto, naturalmente, em correlações mais baixas. No entanto, e como seria de esperar, os dados mostram que quando os comportamentos de autodano e a ideação suicida aumentam, a adaptação académica torna-se mais baixa, o que mostra que a existência destas situações interfere com a adaptação académica.

Uma vez averiguadas as correlações entre as variáveis em estudo e o autodano e a ideação suicida, que vimos ser sempre mais elevadas na ideação suicida em comparação com o autodano, decidimos averiguar o valor preditivo destas variáveis no aparecimento do autodano e da ideação suicida.

Em relação ao autodano, realizamos uma regressão logística (variável nominal: já teve comportamentos de autodano, nunca teve comportamentos de autodano vs as variáveis acima mencionadas), a fim de apurarmos que variáveis predizem a ocorrência do autodano. Desta análise observámos que a ideação suicida, a impulsividade, os sentimentos martirizadores e de ódio para consigo mesmos (*eu detestado*) e a ansiedade se revelaram variáveis preditoras do aparecimento do comportamento de autodano. No entanto, o modelo logístico apresentou um nível relativamente baixo de sensibilidade (23.5%) e um nível de especificidade (97%) alto. Por outras palavras, a sensibilidade do modelo refere que as variáveis escolhidas pelo modelo explicam em 23.5% a ocorrência do comportamento de autodano e a especificidade indica com 97%, logo com muito mais certeza, quais os fatores que não dão origem ao autodano. Então, à luz da regressão logística, indivíduos que não apresentam ideação suicida, impulsividade, ódio para consigo próprios e ansiedade têm maiores probabilidades de não manifestarem comportamentos de autodano. Deste modo, este modelo sugere com maior certeza quais os fatores de proteção para o autodano do que propriamente os fatores de risco para este comportamento.

É neste sentido que optámos por fazer uma regressão linear múltipla das variáveis em estudo (as mesmas que utilizamos para a regressão logística) a fim de ver quais as variáveis preditoras da intensidade do autodano (como variável quantitativa). Este modelo revelou-nos que 47.1% da variabilidade total do comportamento de autodano é explicada pela que a

ideação suicida, impulsividade e autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*), ou seja, que estas são bons preditores da intensidade do autodano.

Em suma, quando verificamos que variáveis explicam a ocorrência do autodano vimos que a ideiação suicida, a impulsividade, os sentimentos de ódio para com o *self* e a ansiedade são as variáveis que explicam o aparecimento de tal comportamento. Porém, o modelo explica melhor o que prevê a não ocorrência do autodano (fatores de proteção) do que o que prevê (fatores de risco). Assim, realizámos a análise através da regressão linear múltipla, que permite determinar o que explica a variabilidade total da intensidade do autodano (o que mantém o comportamento e o faz adotar frequentemente). Nesta última análise, a ideiação suicida, a impulsividade e o autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*) revelaram-se preditores da intensidade do autodano. Parece-nos que o fator *Ansiedade* apenas explica o aparecimento do comportamento e não a sua manutenção, isto deve-se ao facto de que em muitos comportamentos de autodano há subjacente a função de reduzir o estados emocionais negativos, como a ansiedade, sendo, esta, então um fator que leva ao aparecimento, mas não o mantém, uma vez que realizado o comportamento a ansiedade reduz (Briere & Gil, 1998; Favazza & Conterio, 1988). Estes dados são congruentes com estudo feito aos adolescentes da ilha de São Miguel ( $n=521$ ) com comportamentos de autodano, que verificou que o autocriticismo, a vergonha externa e a sintomatologia depressiva são preditores do autodano (Carvalho *et al.*, 2015).

Quanto à ideiação suicida procedemos à sua análise do mesmo modo que fizemos para com o autodano, isto é, primeiro estudamos o que prevê o aparecimento de ideiação suicida (regressão logística) e o que mantém esta (regressão linear múltipla). O modelo logístico selecionou a sintomatologia depressiva, a vergonha externa e a sensação de ser inadequado perante situações de fracasso (*eu inadequado*) como variáveis predictoras do aparecimento da ideiação suicida. Porém, a especificidade do modelo é baixa (34.1%) o que indica que o modelo explica com um baixo nível de certeza, os fatores de risco para a ideiação suicida, isto é, o que provoca o surgimento desta. A sensibilidade do modelo é elevada (91.5%), explicando-nos com confiança o que prevê a ausência de ideiação suicida. A sintomatologia depressiva, a vergonha externa e a sensação de ser inadequado perante situações de fracasso (*eu inadequado*), quando presentes, não explicam melhor o aparecimento da ideiação suicida, pelo contrário, quando estas variáveis estão ausentes, explicam melhor a inexistência de ideiação suicida.

Relativamente à intensidade da ideiação suicida, o modelo da regressão linear múltipla que melhor explica a intensidade desta é composto pelas variáveis: sintomatologia depressiva,

vergonha externa, sensação de ser inadequado perante situações de fracasso (*eu inadequado*) e adiciona uma nova variável (comparativamente com a regressão logística da ideação suicida), o autodano. O modelo indica-nos, ainda, que 51% da probabilidade de desenvolver ideação suicida, em algum momento, da vida, é explicada pela presença destas variáveis.

Resumindo, quando se trata de averiguar o que causa a presença de ideação suicida verificamos que a sintomatologia depressiva, a vergonha externa e a sensação de ser inadequado perante situações de fracasso (*eu inadequado*) têm valor preditivo no surgimento da ideação suicida, porém quando averiguamos a intensidade desta, o autodano adiciona-se às variáveis com valor preditivo e a sensação de ser inadequado perante situações de fracasso (*eu inadequado*) é substituída pelo sentimento de ser detestado (*eu detestado*) que é também uma forma de autocrítica. Comparando os estudantes universitários de São Miguel com os adolescentes vemos que estes dados são similares, uma vez que Carvalho *et al.* (2015) identificaram a impulsividade, a sintomatologia depressiva, a vergonha externa e o autocrítica como preditores da ideação suicida nos adolescentes.

## **Considerações finais**

### **Limitações do estudo empírico**

Tal como muitos estudos, o presente estudo empírico apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a recolha de dados, uma vez efetuada em situação de sala de aula, não permitiu chegar a todos os alunos. A verdade é que nem todos os alunos podem frequentar todas as aulas, como é o caso dos alunos com estatuto trabalhador-estudante. Achamos, também, que não fizemos chegar os protocolos aos alunos mais afectados psicologicamente, provavelmente, por não se sentirem capazes de frequentar as aulas, porque estão em risco de abandonar a instituição na medida em que, por exemplo, se sentem ansiosos, apresentam sintomatologia depressiva, revelam dificuldades na adaptação académica, nos relacionamentos interpessoais ou no estudo (Albuquerque, 2008). Para além disso, como é um estudo feito na população universitária (em geral) não sabemos a gravidade dos problemas psicológicos/psiquiátricos que alguns destes alunos reportaram.

Seria interessante utilizar a escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) de Veloso e Pinto-Gouveia, uma vez que se verificou o recurso ao autodano como estratégia de regulação emocional e, com esta escala, poderíamos, de facto, identificar em que medida estes alunos têm dificuldades na sua regulação emocional.

Este estudo revela, também, pontos inovadores. Um deles é a utilização de análises de regressão logística e de regressão linear múltipla tendo em vista o conhecimento dos fatores que predizem a ocorrência de autodano e de ideação suicida e, ainda, que variáveis predizem a manutenção de tais comportamentos. Tal como Guerreiro (2014) sugere é muito importante o conhecimento de vários fatores de risco, pois não é somente um fator que irá predizer e/ou evitar o suicídio. O nosso estudo refere vários fatores e inclusive conseguiu determinar que variáveis devem ser trabalhadas, no sentido de as minimizar, a fim de prevenir a ocorrência de tais comportamentos.

Outra parte inovadora deste estudo empírico é que este poderá ser considerado uma continuação do estudo realizado por Carvalho, da Motta, Caldeira, Castilho, Nunes e Pinto-Gouveia (2015), o qual objetivou caracterizar a população adolescente da ilha de São Miguel, quanto ao autodano e ideação suicida. Além disso, o nosso estudo empírico é o único que caracteriza a população estudantil da Universidade dos Açores (Pólo de Ponta Delgada).

## Conclusão

Este estudo empírico teve como finalidade caracterizar o autodano e a ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada) quanto às variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas e às mencionadas pela literatura como preditoras de tais comportamentos.

Existem muitos estudos, sobretudo internacionais, acerca do autodano na população adolescente (não clínica) e na população clínica (Hawton, Zahl & Weatherall, 2003). Todavia, os estudos sobre este tipo de comportamento na população adulta em geral não são abundantes, uma vez que, primitivamente, o autodano não ocorria com muita frequência na população adulta. Tome-se como o exemplo, o estudo de Briere e Gil (1998) que encontraram uma prevalência de autodano, na população adulta, de 4%. Assim, pensava-se ser mais importante estudar o autodano na adolescência, por ser neste período onde estes comportamentos ganhariam maior impacto e, subseqüentemente, aumentavam a preocupação com a saúde dos adolescentes que estariam a recorrer cada vez mais às autolesões (Currie *et al.*, citado por Vital, Oliveira, achado & Matos, 2011). Neste sentido, o nosso estudo empírico torna-se inovador, uma vez que estuda o autodano na população adulta. Para além disso, e do que sabemos, são escassos os estudos de autodano e ideação suicida na população universitária, em Portugal.

Para o estudo, obtivemos uma amostra claramente representativa da população universitária, uma vez que obtivemos, maioritariamente alunos: de idades compreendidas entre os 17 e os 26 anos (90.2%), do sexo feminino (65.4%) e solteiros (92.4%).

O estudo Carvalho, da Motta, Caldeira, Castilho, Nunes e Pinto-Gouveia (2015), realizado nos adolescentes da ilha de São Miguel, Açores, apurou que, em 521 adolescentes, a prevalência de autodano nestes é duas vezes mais que a população adolescente do continente português (29.5% e 15.6% respetivamente) (Carvalho *et al.*, 2015; Matos *et al.*, 2010), sugerindo-nos que a população geral (não clínica) dos Açores é mais vulnerável a este tipo de comportamentos.

Com o nosso estudo verificamos que estes comportamentos continuam a ser endossados na população jovem/adulta, ou seja, continuam a existir embora com menos frequência. Uma das razões justificativas dos nossos resultados prende-se com o facto da continuidade nos estudos dos adolescentes que frequentavam o 12º ano, na altura em recolheram os dados da população adolescente de São Miguel, e que, atualmente, se encontram a frequentar a

Universidade dos Açores, sugerindo, assim, que o autodano não desapareceu com o culminar da adolescência e o desencadear da adultez.

Em relação à ideação suicida, os dados do presente estudo são alarmantes. Existe uma prevalência de 72.6% de ideação suicida nos estudantes universitários, da Universidade dos Açores (Campus de Ponta Delgada) e, à partida, estes estudantes têm objetivos (por exemplo, alcançar um curso superior) e estão a mover ações para concretizá-los, isto leva-nos a pensar que na população adulta em geral (não clínica) da ilha de São Miguel, a prevalência da ideação suicida poderá ser ainda mais alta, ainda para mais quando se sabe que as regiões periféricas e isoladas geograficamente, como é o caso de ilhas, têm maior na incidência de ideação suicida (WHO, 2002a). O mesmo se constatou para a adoção de comportamentos de autodano, o qual para além de ser mais frequente em serem zonas mais isoladas, é agravado pelo facto de o acesso aos cuidados de saúde poder ser mais limitado nestes locais (Saraceno, van Ommeren, Batniji, *et al.*, 2007).

Logo, os Açores, posicionados geograficamente no meio do oceano Atlântico, podem ser uma região propícia ao desenvolvimento de ideação suicida, para além de que, quer dentro da própria ilha, quer entre ilhas, as pessoas têm maior probabilidade de se conhecerem umas às outras, o que, de facto, também constitui um risco, na medida em que é reconhecido pela literatura que quando ocorre um suicídio outras seis pessoas são afetadas (WHO, 2002a). Para além disso, as pessoas que tentam o suicídio, na sua grande maioria, conhecem alguém que já o consumou, logo, quem conhece alguém que já se suicidou tem maiores probabilidades de vir a cometer suicídio do que quem não conhece (Borges & Werlang, 2006; WHO, 2002a). Isto pressupõe que, perante a residência numa ilha e a probabilidade de as pessoas se conhecerem umas às outras, a qual é maior do que quem reside no continente português, ou noutro país de grande dimensão, faz dos residentes dos Açores um grupo de risco para a ocorrência de suicídios.

Estes argumentos, o estudo realizado na população adolescente de São Miguel (Carvalho *et al.*, 2015) e o presente estudo, mostraram, nitidamente, a necessidade urgente de programas de intervenção e prevenção, nos comportamentos de autodano e na ideação suicida, quer para a população adolescente, estudantil, quer para a população em geral, da Região Autónoma dos Açores.

Apelamos para a necessidade de mais estudos na área do autodano, uma vez que estes são escassos (mesmo eram inexistentes na população universitária dos Açores), de modo a compreender este fenómeno para, futuramente, se delinear estratégias de promoção mental e

prevenção de comportamentos autodestrutivos, isto é, de autodano e tentativas de suicídio, já que o autodano se pode considerar como continuum para a tentativa de suicídio (Joiner, 2005, citado por Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

A urgência destas medidas é ainda realçada pelo facto de ser nos primeiros meses ou anos subsequentes à tentativa de suicídio que o sujeito está em alto risco de consumir o suicídio, sendo que se este não ocorre imediatamente e se nada for feito entretanto, o tempo levará a que, a vontade de terminar com a vida culmine em morte (Suominen *et al.*, 2004). Então, porquê esperar se a cada 40 segundos (WHO, 2002a, 2002b) se perde uma vida? Se o tempo não pára e quanto mais este avança mais pessoas são afetadas?

## Referências Bibliográficas

- Abrantes, P. (2005). As transições entre ciclos de ensino: Entre problema social e objecto sociológico. *Interacções*, 1, 25-53.
- American College Health Association [ACHA]. (2002). *National College Health Assessment: Reference Group. Executive Summary Spring 2002*. Baltimore American College Health Association.
- Albuquerque, T. (2008). Do abandono a permanência num curso de ensino superior. *Revista de Ciências da Educação*, 7, 19-28.
- Almeida, L. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educação*, 15 (2), 203-215.
- Almeida, L. & Cruz, J. (2010). Transição e adaptação académica: Reflexões em torno dos alunos do primeiro ano da Universidade do Minho. *Ensino Superior em Mudança: Tensões e Possibilidades*, Atas do congresso ibérico, 429-440.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª Ed.). Psiquilibrios Edições. Braga.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilibrios Edições. Braga.
- Almeida, L.; Soares, A. & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à universidade: Apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Psicologia*, 14 (2), 189-208.
- Almeida, L.; Soares, A. & Ferreira, J. (2002). Questionário de vivências académicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 2, 81-93.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ªed.). Arlington: Copyright.
- Andover, M. & Gibb, B. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178, 101-105.
- Azevedo, A. & Faria, L. (2006). Motivação, sucesso e transição para o ensino superior. *Psicologia*, 20 (2), 69-93.
- Azevedo, A & Matos, A. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 180-191.

- Barrios, L., Everet, S., Simon, T. & Brener, N. (2010). Suicide ideation US College Students associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health, 48*, 228-233.
- Benincasa, M. & Rezende, M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia, 56* (124), 93-110.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. & Botega, N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32* (2), 87-95.
- Bertolote, J.M., Tarsitani, L. & Ramos, F. (2003). La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS. *Átopos, 56-60*.
- Borges, V. R. & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescents de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7* (2), 195-209.
- Bresin, K., Carter, D. & Gordon, K. (2013). The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Psychiatry Research, 205*, 227-231.
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68* (4), 609-620.
- Cândido, S. N. J. M. (2010). Cultura suicida no Alentejo os fatores promotores de ideação suicida e desesperança. *Dissertação de Mestrado*. Universidade do Algarve, Faro. Portugal.
- Carvalho, C. B., da 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. Manuscrito submetido para publicação.
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B., Birkbeck, G., Dalgard, O., Lehtinen, V., Britta, S., Ayuso-Mateos, L. & Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population. *British Journal of Psychiatry, 189*, 410-415.
- 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.
- 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.

- 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.
- Cavestro, J. & Rocha, F. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 264-267.
- 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.
- Chapman, A. L., Gratz, K. & Brown (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- 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.
- Coelho, E., Azevedo, F., Gauer, G. & Neto, A. (2009). Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (2), 92-96.
- Cooper, C., Rantell, K., Blanchard, M., McManus, S., Dennis, M., Brugha, T., Jenkins, R., Meltzer, H. & Bebbington, P. (2015). Why are suicidal thoughts less prevalent in older age groups? Age differences in the correlates of suicidal thoughts in the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Journal of Affective Disorders*, 177, 42–48.
- Cunha, S. & Carrilho, D. (2005). O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento académico: adaptação e rendimento académico. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9 (2). 215-224.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Portugal Saúde mental em números – 2013: Plano Nacional para a Saúde Mental*. Letra Solúvel: Lisboa.
- Dutra, D. (2012). Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13 (2). 924-937.
- Fazza, N. & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide & life-threatening behavior*, 33 (2), 172-185.
- Favazza, A. & Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24 (1), 22-30.
- 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.

- Florentine, J. B. & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626-1632.
- Fountoulakis, N., Gonda, X. & Rihmer, Z. (2011). Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*, 130, 10-16.
- Franca, C. & Colares, V. (2008). Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista Saúde Pública*, 42 (3), 420-427.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In Gilbert, P. & Andrews B. (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (3-36). New York: Oxford University Press.
- 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.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*, London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2010) *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London: Routledge.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: It"s relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P., & 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. doi: 10.1002/cpp.507
- Giusti, J. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L. & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483-2490.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25-29.
- 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.
- Guerreiro, D. F. (2007). Comportamentos auto-lesivos. Acedido Novembro 18, 2013, em doi: [psiaadolescentes.com/compautolesivos/](http://psiaadolescentes.com/compautolesivos/).

- Guerreiro, D.F. (2014). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping. *Dissertação de Doutoramento*, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D. & Figueira, M. L. (2014). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping. *Relatório de investigação*. Universidade de Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, A., Freitas, P., Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- 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.
- 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.
- Hawton, K., Zahl, D. & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- 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. doi:10.1155/2013/159208.
- International Society for the Study of Self-injury (2013). *Definition of Non-Suicidal Self-Injury*. International Society for the Study of Self-injury (ISSSI) Web site. Acedido Dezembro 18, 2013, em <http://www.itriples.org/iss-aboutself-i.html>.
- Janis, I.B. & Nock, M.K. (2009). Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*, 169, 261-267.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. (1st ed.). Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Kessler, R. C., Foster, C., Saunders, W., & Stang, P. (1995). Social consequences of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1026-1032.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.

- Kumar, S. (2010). Understanding non-suicidal self-injury in college populations. *Dissertação de Mestrado*. Whitman College, Walla Walla, Washington.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., ... 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, and Allied Disciplines*, 49 (6), 667–77. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879>.
- Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (3), 175-184.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Ed.). Report Number. Portugal.
- 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. Acedido Janeiro 22, 2014, em [doi:aventurasocial.com/verartigo.php?article\\_id=66](http://doi:aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=66).
- Melo, A., Lavaredas, C., Pereira, A., Marques, M., Martins, J., & Coelho, M. (2010). Porque são elas que procuram a consulta de psicologia clínica e da saúde? In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 57-63). Lisboa: ISPA
- 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.
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (2), 324-333.
- 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.
- 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.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- 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.

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.
- 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.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
- 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. Portugal.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (19), 509-521.
- 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.
- Pattinson, G. C. & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Pereira, A. A. 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.
- Pereira, A., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M., Medeiros, A. & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1 (24), 51-59.
- Polk, E. & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, 43, 567-577.
- Rijo, D., da Motta, C., Brazão, N., Paulo, M. & Gilbert, P. (2014). Terapia focada na compaixão. in W. Melo (Eds.), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*, 1- 27, São Paulo: Synopsis.
- 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.
- Santos, M. (2011). Saúde Mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de Aveiro. Portugal.
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar,

- D. & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 1164-1174.
- Saraiva, C.B. (2006). *Estudos Sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. (1ªed.) Coimbra: Redhorse.
  - Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M. & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: *pontes e alçapões*. Artes Gráficas Lda. Leiria. Portugal.
  - 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.
  - Skegg, K. (2005). Self-harm. *Seminar*, 366, 1471-1483.
  - Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D. & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4, 149-155.
  - Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A., Baranyai, R. & Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise and attitudes toward health in european university students from 13, 1990-2000. *Preventive Medicine*, 35, 97-104.
  - Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 531-554.
  - 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.
  - Tangney, P., & Dearing, L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
  - Trepal, H. C., Wester, K. & Merchant, E. (2015). A cross-sectional matched sample study of nonsuicidal self-injury among young adults: support for interpersonal and intrapersonal factors, with implications for coping strategies. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 36 (9), 1-10.
  - Turecki, G. (1999). O suicídio e a sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21.
  - Vieira, K. & Coutinho, M. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727.

- Vital, E., Oliveira, R., Machado, M. C. & Matos, M. G. (2011). Injuries and risk-taking behaviours in Portuguese adolescents: Highlights from the health behaviour in school-aged children survey. *Journal of Safety Research*, 42, 327-331.
- Wenzel, A., Berchik, E., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G. & Beck, A. (2011). Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: A 30-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 132, 375-382.
- Wihtlock, J. (2010) Self-Injurious Behavior in Adolescents. *PLOS Medicine*, 7 (5), 1-4.
- Wihtlock, J. & Knox, K. L. (2007). The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine Journal*, 161 (7), 634-640.
- Witte, T. K., Joiner Jr., T. E., Brown, G. K., Beck, A. T., Beckman, A., Duberstein, P. & Conwell, Y. (2006). Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 9, 165-172.
- WHO - World Health Organization (2002a). Multisite intervention study on suicidal behaviours – Supre Miss. Geneva.
- WHO - World Health Organization (2002b). World report on violence and health. Geneva.
- WHO - World Health Organization (2006). Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros. Genebra.
- Yglésias, D. (2007). Indicadores de proteção e de risco para o suicídio por meio de escalas de auto-relato. *Tese de Doutorado*. Universidade de Brasília, Brasília. Brasil.

## Anexos





Exmo. Professor,

no âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Educativos, da Universidade dos Açores, encontra-se em curso a realização de uma investigação, sob a orientação da Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho, que tem como objetivo avaliar a ideação suicida e os comportamentos de auto-dano nos estudantes da Universidade dos Açores.

Esta investigação é de interesse não só da comunidade científica, como também da comunidade em geral, devido à gravidade e frequência desta problemática, que é confirmada a partir dos seguintes dados:

- a) A investigação realizada no continente Português, em parceria com a Organização Mundial de Saúde e coordenada pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos<sup>i</sup>, realizada numa amostra de 3494 alunos, dos 8º e 10º anos, com uma média de 14 anos de idade, revelou que 15,6% destes alunos (o equivalente a 510 participantes) já se magoaram a si próprios com intenção. Esta mesma investigação apurou que as lesões provocadas propositadamente se verificam 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).
- b) O estudo de Nunes (2012)<sup>ii</sup>, realizado na população adolescente de São Miguel, teve como objetivo verificar a presença de comportamentos de auto-dano e ideação suicida nos adolescentes com idades entre os 14 e os 19 anos, constituindo um total de 1818 inquiridos. Neste estudo, constatou-se que 47,1% dos inquiridos já tiveram pelo menos um comportamento de auto-dano e 51,5% da amostra encontra-se no grau de ideação suicida moderada.

Face ao exposto, mostra-se importante alargar o estudo destes comportamentos a populações de faixas etárias mais velhas, como é o caso dos estudantes universitários.

A presente investigação pretende dar resposta a este objetivo, procurando estudar a ideação suicida e os comportamentos auto-lesivos nos estudantes de ensino superior da Universidade dos Açores. Para levar a cabo esta investigação será necessária a colaboração do pessoal docente desta Universidade. É neste contexto que vimos solicitar a colaboração de V. Ex., a qual passará pela disponibilização de cerca de 15 minutos no início ou final de duas

aulas. Este tempo destina-se a permitir a entrega e recolha dos protocolos de investigação e o esclarecimento dos alunos participantes acerca do mesmo, procedimentos da responsabilidade da equipa de investigação.

Agradecemos desde já a atenção disponibilizada e colocamo-nos à sua disposição no caso de eventuais dúvidas ou necessidade de esclarecimento adicional, através dos seguintes contactos:

Correio eletrónico: [carlapatricia-cr@hotmail.com](mailto:carlapatricia-cr@hotmail.com)  
Telemóvel: 912285850

Com os melhores cumprimentos, aguarda deferimento,

---

Carla Róias

(Mestranda da Universidade dos Açores)

---

Prof. Doutora Célia Barreto Carvalho  
(Professora Auxiliar da Universidade dos Açores)

---

<sup>1</sup> 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. Acedido em 22/01/2014, de [http://aventurasocial.com/verartigo.php?article\\_id=66](http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=66).

<sup>2</sup> 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.



---

### Declaração de Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, especialidade em Contextos Educativos, está a decorrer uma investigação que tem como finalidade avaliar os comportamentos de auto-dano e a ideação suicida, na população da Universidade dos Açores.

Neste sentido, vimos solicitar-lhe o seu consentimento para a aplicação de algumas escalas sobre os comportamentos a avaliar. Existem determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente e que lhe damos a conhecer:

- a) A participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou abandono do estudo em qualquer momento;
- b) A confidencialidade dos dados que nos fornecer e a sua privacidade encontram-se completamente asseguradas;
- c) Os dados que nos fornecer não se destinam a avaliá-lo individualmente, o que significa que não obterá resultados;
- d) 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 electrónico: [carlapatricia-cr@hotmail.com](mailto:carlapatricia-cr@hotmail.com)

Eu, (nome do participante) \_\_\_\_\_,  
abaixo-assinado, declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e aceito/ não aceito\* participar de livre vontade.

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

\*Riscar a opção que não se aplica.

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

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura da investigadora: \_\_\_\_\_

