



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Uma Porta de Entrada para o Suicídio:
os Comportamentos Auto Lesivos e as suas Funções**

Carolina Tendinha da Silva

Orientador de Dissertação:

Maria Gouveia-Pereira

Professor de Seminário de Dissertação:

Maria Gouveia-Pereira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2018/2019

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

À professora Maria Gouveia-Pereira por toda a orientação e acompanhamento ao longo desta caminhada, pela paciência infinita, pelos telefonemas e encontros... Agradeço tanto!

À equipa da Unidade da Adolescência do Hospital de Santa Maria e às escolas que visitámos obrigada pela disponibilidade, principalmente à Dona Celeste, espero que tenha gostado dos chocolates!

À Rita por ter viajado comigo neste desafio ao longo destes meses.

A toda a família, em particular aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio e motivação, por terem amparado os dias menos bons e conseguido entender os medos e anseios da reta final.

Aos meus avós por me terem munido de tantas ferramentas para chegar até aqui, sem dúvida que foram e são pessoas fundamentais deste percurso, a vida.

Aos meus e minhas bisavós que me viram crescer e caminhar ao longo deste percurso, que estiveram sempre atentos e curiosos a cada novidade que trazia ao almoço. Obrigada! Tenho saudades, minhas estrelinhas...

À tia Isabel pelos conselhos, dicas e paciência, obrigada por todas as leituras e releituras.

Ao Francisco pelo amor, carinho, paciência... Obrigada pelo teu coração gigante e por todos os abraços.

Ao António pelo que representa, pela amizade, pelos betas e pelos alfas! Sem ti não tinha conseguido! Mil obrigadas, génio!

À Bea pelas pausas e longas conversas e por todos os dias me fazer não esquecer como é importante ter ao nosso lado quem gosta de nós.

À turma do seminário pelas “dicas” e conselhos, em especial à Catarina e à Sofia.

À minha psicoterapeuta, Dr.^a Cláudia Martins... “Por onde começar?”.

À Yaqi pelo que me ensinou, mostrou e pelo que me fez sentir.

E porque terminar a tese é também o marco do fim desta etapa agradeço também às pessoas que no ISPA marcaram o meu percurso. Ao professor António Melo e Teresa Almeida Rocha pelas oportunidades e pelo voto de confiança. À professora Maria Antónia Carreiras pela sensibilidade, humanidade e humildade. Ao professor Victor Cláudio pela visão diferente e única da vida e das gentes.

Obrigada!

Resumo

As investigações sobre os comportamentos auto lesivos incidem em grande maioria sobre estudos comparativos entre os jovens que se envolvem em comportamentos auto lesivos sem intenção suicida e aqueles que fazem tentativas de suicídios e concentram-se no conceito tentativa de suicídio e nos “*attempters*” para se referirem aos participantes com ideação suicida e intenção suicida. A literatura tem sido pouco clara quanto à distinção entre sujeitos com ideação suicida e com intenção suicida, e em explicar como é que pessoas com ideação suicida passam a ter intenção suicida. Em Portugal, a informação ainda é escassa relativamente às funções das dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos e, principalmente, quando se adiciona a ideação suicida e intenção de suicídio. Alguns estudos têm associado o bullying aos CAL, porém a informação ainda é parca face este assunto em Portugal. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos em relação à ideação e intenção suicida, e perceber que funções estão mais associadas às dimensões dos CAL, à ideação e à intenção suicida. Além disso, colocou-se uma questão de investigação relativamente ao bullying. O estudo incluiu 238 participantes de contexto escolar e clínico, dos 13 aos 23 anos. Os dados foram recolhidos a partir do ICAL, *Suicidal Ideation Questionnaire*, Escala da Intenção Suicida, Questionário das Representações das Funções dos Comportamentos Auto Lesivos para Adolescentes. Os resultados mostraram evidência que suporta a existência de um *continuum* de gravidade dos comportamentos auto lesivos. O bullying mostrou ser uma variável importante para os CAL. As representações das funções intrapessoais foram as mais frequentes. Discutem-se estas questões no fim. A investigação oferece dados importantes no âmbito da prevenção, intervenção e investigação em psicologia.

Palavras-chave: comportamentos auto lesivos deliberados, ideação suicida, intenção suicida, funções

Abstract

Investigations of deliberate self-harm behaviours (DSH) focus largely on comparative studies between young people who engage in no suicide self-injury behaviours and those who attempt suicide, moreover investigations that focus on the concept of suicide attempt and “attempters” to refer to participants with suicidal ideation and suicidal intent. The literature has been unclear as to the distinction between subjects with suicidal ideation and suicidal intent, and explaining how people with suicidal ideation develop suicidal intent. In Portugal, data is still scarce regarding the functions of the severity dimensions of deliberate self-harm behaviours, and especially when suicidal ideation and suicide intent are added. Some studies have associated bullying with DSH, but information is still scarce on this subject in Portugal. Thus, the objective of this study was to investigate the dimensions of severity of DSH in relation to suicidal ideation and intention, and to understand which functions are more associated with DSH dimensions, ideation and suicidal intention. In addition, a research question was raised regarding bullying. Several studies have investigated the relationship between DSH behaviour and bullying, so a research question has been raised regarding this issue. This study included 238 participants from school and clinical context, aged 13 to 23 years. Data was collected from the ICAL, Suicidal Ideation Questionnaire, Suicidal Intent Scale and Questionnaire of Representations about the Functions of Deliberate Self-Harm for Adolescents. The results indicated evidence that supports the existence of a *continuum* in severity of deliberate self-harm behaviours. Bullying resulted as an important variable for deliberate self-harm behaviours. Representations of intrapersonal functions were the most frequent. These issues are discussed at the end. The present research provides important data on prevention, intervention and research in psychology field.

Key-words: deliberate self-harm, suicide ideation, suicide intention, functions

Índice

Resumo	IV
Abstract	V
Índice de Siglas	VII
Índice de Tabelas	VIII
Índice de Anexos	X
Adolescência e os comportamentos auto lesivos	1
Comportamentos Auto Lesivos, Ideação Suicida e Intenção suicida.....	3
A) Definição de conceitos e as diferentes nomenclaturas	3
B) Teorias explicativas dos comportamentos auto lesivos	10
C) Visão geral dos CAL, tentativas de suicídio, ideação suicida e intenção suicida: prevalências internacionais e em Portugal.....	13
D) Fatores de risco dos comportamentos suicidários	21
Representação sociais das funções dos comportamentos auto lesivos	22
Visões gerais das representações das funções dos comportamentos auto lesivos	29
Objetivos e hipóteses do estudo	32
Método	36
Participantes	36
Materiais	37
Procedimento	39
Resultados	41
Discussão	49
Limitações e estudos futuros	60
Referências	64
Anexos.....	80

Índice de Siglas

Atos suicidas - tentativas de suicídio e suicídio consumado

CAL - Comportamentos Auto Lesivos

CALLM - Comportamentos Auto Lesivos Leves/Moderados

CALSTS – Comportamentos Auto Lesivos Severos/Tentativas de Suicídio

CASE - Child and Adolescent Self-harm in Europe

CSP – Consumo de Substâncias Psicoativas

DSH – Deliberate Self-Harm; em língua portuguesa comportamentos auto lesivos deliberados

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HBS - Health Behaviour in School-aged Children

IMV - Integrated Motivational-Volitional Model

IPTS - Interpersonal Theory of Suicide

NSSI – Non Suicide Self-Injury

OMS – Organização Mundial da Saúde

RS – Representações Sociais

SEYLE - Saving and Empowering Young Lives in Europe

3ST - Three-Step Theory

Índice de tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos	36
Tabela 2. Frequências por ano de escolaridade	36
Tabela 3. Prevalências dos comportamentos auto lesivos	36
Tabela 4. Distribuição dos CAL por contexto de recolha e por sexo	41
Tabela 5. Prevalência de bullying	41
Tabela 6. Participantes com comportamentos auto lesivos e episódios de bullying	41
Tabela 7. Diversidade dos métodos auto lesivos	42
Tabela 8. Cruzamento entre diversidade de métodos de CAL e tentativas de suicídios	43
Tabela 9. Correlações entre as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos e a intenção suicida	44
Tabela 10. Gravidade dos métodos dos CAL como preditores da ideação suicida	45
Tabela 11. Gravidade dos métodos dos CAL como preditores da intenção suicida	45
Tabela 12. Gravidade dos métodos dos CAL como preditores da tentativa de suicídio	45
Tabela 13. Correlações entre as dimensões individuais das funções interpessoais, dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos, ideação e intenção suicida	46
Tabela 14. Correlações entre as dimensões individuais das funções intrapessoais, dimensões de gravidade dos CAL, tentativa de suicídio, ideação suicida e intenção suicida	47
Tabela 15. Confiabilidade para 3 itens da intenção suicida	81
Tabela 16. Output item 4 da escala da intenção suicida	81
Tabela 17. Nacionalidades dos participantes	83
Tabela 18. Prevalência de reprovações	83
Tabela 19. Frequências da questão "estás sozinho quando realizas estes comportamentos" em função do sexo	84
Tabela 20. Frequências do lugar de realização dos CAL em função do sexo	84
Tabela 21. Frequências de "onde retiraram as ideias para os comportamentos auto lesivos?"	84
Tabela 22. Frequência dos comportamentos auto lesivos	84
Tabela 23. Percentagem dos métodos auto lesivos nos participantes	85
Tabela 24. Prevalência de tentativas de suicídio nos participantes	86
Tabela 25. Prevalência de tentativas de suicídio em contexto clínico e escolar	86
Tabela 26. Matriz de correlações entre tentativa de suicídio e métodos auto lesivos	86
Tabela 27. Prevalências da ideação suicida nos participantes	88
Tabela 28. Prevalências de ideação suicida por sexo	88
Tabela 29. Prevalências da ideação suicida por contexto de recolha	88
2.5. Intenção suicida	89
Tabela 30. Prevalências da intenção suicida por contexto	89

Tabela 31. Prevalência de intenção suicida por sexo	89
Tabela 32-36. Análise de regressão para variável dependente intenção suicida	90
Tabelas 37-41. Análises de regressão para variável dependente ideação suicida	91
Tabela 42-47. Análise de regressão para variável dependente tentativa de suicídio	92
Tabela 48. Distribuição das dimensões globais das funções por participantes com e sem CAL	94
Tabela 49. Distribuição das funções por sexo em participantes com e sem CAL	94
Tabela 50. Frequência dos episódios de bullying	95
Tabela 51. Prevalência de bullying por sexo nos participantes em geral	95
Tabela 52. ANOVA: Estatística descritiva da prevalência de bullying por sexo	95
Tabela 53. ANOVA Two-way para bullying nos participantes em função do sexo e dos comportamentos auto lesivos	96

Índice de Anexos

Anexos.....	80
Anexo 1. Análise Fatorial Exploratória das questões da Intenção suicida	81
Anexo 2. Caracterização dos participantes.....	83
2.1.Dados sociodemográficos.....	83
2.2. Comportamentos auto lesivos	84
2.3. Tentativa de suicídio	86
2.4. Ideação suicida	88
2.5. Intenção suicida.....	89
Anexo 4. Hipótese 1	90
Anexo 3. Representações das funções	94
Anexo 4. Bullying.....	95
Anexo 5. Pedido de autorização	97
Anexo 6. Consentimento informado	98
Anexo 7. Pedido aos pais	99

Adolescência e os comportamentos auto lesivos

A etiologia da palavra adolescência significa, em latim, “crescer” (Marcelli & Braconnier, 2005). A adolescência é uma transição para o indivíduo que se sente e se vê mudar. Diz-se que o adolescente é criança e adulto em simultâneo no seu desejo de assumir os direitos e privilégios, mas muitas vezes sem aceitar as suas responsabilidades e deveres (Marcelli & Braconnier, 2005; Matos, 2017), na sua tendência para o agir, no aventureiro e explorador dos seus radicalismos, riscos e provocações (experimentais ou atacantes), na visão absoluta e autoconvencimento, numa luta pela sua identidade, independência e autonomia; mas sempre acompanhado pelos seus medos, inseguranças, dúvidas, variações de humor, quebra escolar, por uma certa depressão que demonstra a necessidade de dependência e de amor - heis o paradoxalismo (Relvas, 1996; Alarcão, 2006; Sampaio, 2006).

Dividida em várias fases, dos 12 aos 14, dos 14 aos 16 e dos 16 aos 19/21 anos, o adolescente vive o seu corpo em crescimento, investido ou desinvestido, valorizado ou detestado, mas sempre um corpo como veículo de expressão e comunicação desde as formas de se movimentar, comportar, vestir, falar e cuidar de si (Marcelli & Braconnier, 2005; Alarcão, 2006). É comum que experimente alguns comportamentos de risco, como o consumo de drogas, álcool, sexo desprotegido e que é preciso estar atento para avaliar a frequência da sua repetição, pelo risco da fixação em condutas que põem em causa o seu desenvolvimento (Sampaio & Guerreiro, 2014).

Nos adolescentes que se envolvem em comportamentos auto lesivos o foco está na ação agressiva e violenta virada contra o próprio corpo, recetáculo de sentimentos e instintos incontroláveis e difíceis de gerir, e não na mentalização do que magoa e dói (Marcelli & Braconnier, 2005; Brady, 2014). Na ilusão de ter controlo, de dominar a morte com o sonho voluptuoso da imortalidade, o adolescente age no lugar da palavra e encontra na auto lesão um novo vocabulário e uma forma de exprimir a vivência passiva do sofrimento (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Marcelli & Braconnier, 2005; Brady, 2014). As sucessivas perdas, conflitos e dias de sofrimento acumulado tornam difícil e mesmo impossível o adolescente olhar para si. A única forma de escapar, de sobreviver, de renascer, de encontrar a paz é suicidar-se (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Estes são adolescentes em sofrimento que precisam, essencialmente, de ser escutados, acolhidos e compreendidos para que possam alcançar o equilíbrio, a harmonia, a paz e novas formas de compreender que é possível ser-se feliz (Matos, 2002, 2017).

Revisão de literatura

Os comportamentos auto lesivos e o suicídio são temas narrados ao longo da história do Homem, o único capaz de refletir sobre a sua existência e de tomar decisões sobre a continuidade ou o fim da sua vida (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014).

Desde a Idade Média aos dias de hoje a visão sobre o suicídio foi mudando quanto ao grau de aceitação e tolerância, oscilando entre a punição e a equiparação a um pecado mortal, a uma inspiração no demónio ou uma intervenção do diabo, um crime contra Deus, contra a natureza e a sociedade, loucura, e o extremo da visão heróica e glorificadora do indivíduo suicida, propagada pelas obras escritas sobre heróis medievais, principalmente quando se referia a categorias sociais superiores, como o clérigo e o cavaleiro (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Os comportamentos auto lesivos eram mencionados como pessoas possuídas pelo demónio que se auto lesionavam e eram curadas pelo exorcismo, pessoas que se sacrificavam por um favor divino ou para preservarem os seus grupos (Favazza, 2011). Práticas sacrificantes podem ser encontradas em diversas religiões, como a autoimolação da viúva hindú (*sati*) e como no Japão o *hara-kiri* ou *inseki-jisatsu* (suicídio de honra dos gurerreiros japoneses) e *shinju* (um pacto de suicídio, suicídio assistido seguido de suicídio e situações de assassínio-suicídio) (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Contudo, salienta-se que em religiões como no cristianismo, no judaísmo e no islamismo o indivíduo é visto à imagem de Deus, e, por isso, atentar contra si é um crime em muitos países (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). No hinduísmo e no budismo o mesmo não se verifica, o suicídio é visto de maneira mais liberal com significados associados ao renascimento (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Com os avanços do estudos da fisiologia, da medicina, da psiquiatria, da sociologia, da política e das ciências humanas nas Idades Moderna e Contemporânea, o suicídio passou a ser compreendido a partir das fragilidades individuais e da própria sociedade, bem como fragilidades psicológicas e genéticas que predisõem o indivíduo ao ato suicida (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Hoje, numa altura acompanhada pelos progressos tecnológicos e científicos, não só se manipula a qualidade de vida, mas também a qualidade da morte, resultando no crescimento de discussões sobre atitude éticas e morais em relação ao suicídio (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014).

Comportamentos Auto Lesivos, Ideação Suicida e Intenção suicida

A) Definição de conceitos e as diferentes nomenclaturas

Comportamentos auto lesivos

A literatura tem sido divergente em relação à nomenclatura usada para se referir aos comportamentos suicidários e comportamentos auto lesivos (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; James & Stewart, 2017). Uma meta-análise encontrou cerca de 11 formas de se referir a estes comportamentos em 35 artigos, com 20 métodos diferentes para os medir (e.g., *no-suicide-self-injury*, *deliberate self-harm*, *self-injury behaviour*, *self-harm*, *self-mutilation*, *parasuicide*, *self-inflicted injury*, *suicide gesture*, *suicidal attempt*, *non-suicidal self-harm*, *deliberate self-poisoning*) (Meszaros, Horvath & Balazs, 2017). Outras formas clássicas são as auto lesões Major, Estereotipadas, Compulsivas e Impulsivas (Favazza, 2011).

A diferença existente entre comportamentos auto lesivos (CAL) e comportamentos suicidários centra-se essencialmente na intencionalidade do sujeito de cometer suicídio ou de se magoar. Quanto à distinção entre tentativas de suicídio e comportamentos auto lesivos, a diferença reside nos métodos de auto lesão, nas motivações e nas atitudes em relação à morte e na psicopatologia (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock, Joiner, Gordon & Lloyd-Richardson, 2006; Klonsky & Glenn, 2009; Nock, 2010). Alguns métodos, como a ingestão medicamentosa e os envenenamentos, não são considerados comportamentos auto lesivos pela sua aparente intenção de suicídio (Favazza & Rosenthal, 1993, citado em Andover, Morris, Wren & Bruzzese, 2012). Porém, desde a proposta de introdução dos comportamentos auto lesivos como diagnóstico no DSM-V, surgiram debates em torno da fenomenologia dos dois comportamentos, questionando-se se fará sentido separar os comportamentos auto lesivos das tentativas de suicídio, uma vez que vários estudos indicam que existem pessoas com CAL e tentativas de suicídio (Andover, et al., 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Outro conceito, comportamento auto lesivo deliberado (*deliberate self-harm*, DSH) é mais abrangente, incluindo comportamentos auto lesivos menos graves e mais graves sem fazer a distinção quanto à intenção de morte, como se verá posteriormente (Madge, et al., 2008; Andover, et al., 2012).

A preocupação com nomenclaturas e definições adequadas surge no sentido de melhor caracterizar e compreender os adolescentes com estes comportamentos e orientar a prática clínica e a investigação.

É comum encontrar-se o termo “parasuicídio”, que foi adotado pela OMS num estudo que decorreu entre 1989-1992 (Schmidtke, et al., 1996, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013).

O parassuicídio era descrito como um “ato com resultado não fatal em que um indivíduo inicia um comportamento não habitual que, sem intervenção de outros irá causar auto lesão” (Guerreiro & Sampaio, 2013). Este conceito era usado em casos de suicídio de baixa letalidade ou alta intencionalidade (Guerreiro & Sampaio, 2013). Contudo, este termo tem sido abandonado devido à sua pouca clareza em termos conceituais e, mesmo em termos semânticos levanta algumas dificuldades, pois o prefixo “para” significa “semelhante a”, “que mimetiza”, “que finge” em diferentes línguas, o que pode descrever corretamente os comportamentos auto lesivos sem intenção suicida, mas é pouco claro, por exemplo, em casos de tentativa de suicídio falhada (Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013).

Segundo a meta-análise de Hamza, Shannon e Willoughby (2012), o campo de investigação está essencialmente dividido em duas nomenclaturas, *deliberate self-harm* (DSH) e *non-suicidal self-injury* (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012). Também estes são os conceitos mais mencionados nos 35 artigos do estudo de Meszaros, Horvath & Balazs (2017), acima referido.

O termo “*non suicidal self-injury*” (NSSI) é utilizado pela comunidade americana e canadense e está atualmente inserido no DSM-5, referindo-se especificamente à ausência de intencionalidade expressa pela pessoa ou inferida pelo envolvimento repetido em comportamentos auto lesivos que o sujeito sabe ou aprendeu que não vão resultar em morte, como cortes, arranhões, queimaduras (Madge et al., 2008; Muehlenkamp, et al., 2012; American Psychiatric Association 2012, citado por Schade, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013). Contudo, os dados mostram que os comportamentos auto lesivos com intenção e sem intenção suicida estão altamente associados, visto que muitas vezes a intenção suicida é uma experiência transitória, sendo difícil de definir intencionalidade zero aos “*non suicidal self-injury*” (Muehlenkamp et al., 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013) e é difícil de avaliar e de determinar (James & Stewart, 2017).

Ao pensar nos comportamentos auto lesivos de forma dicotômica, com e sem intencionalidade suicida, o estudo de James e Stewart (2017), incidiu sobre a nomenclatura usada na prática clínica de profissionais da saúde mental, como enfermeiros e terapeutas ocupacionais. A partir dos resultados do estudo, os autores sugeriram que a separação dos CAL em dois tipos de nomenclaturas não é aconselhável, uma vez que na pequena amostra que tiveram, estes profissionais não associaram a possibilidade dos dois comportamentos estarem correlacionados e associaram os dois tipos de CAL a dois tipos diferentes de pessoas. Além disso, a separação dicotômica pode levar ao uso desadequado dos termos intenção suicida, tentativa de suicídio e provocar impactos na relação entre os técnicos-paciente e no seu acompanhamento (Low et al.,

1997; Drew, 2001; Paul, Tsypes, Eidlitz, Ernhout, & Whitlock, 2014; James & Stewart, 2017). Assim, a proposta dos autores é que estes comportamentos sejam analisados quanto à gravidade dos métodos, às circunstâncias em que ocorrem e à experiência fenomenológica (James & Stewart, 2017).

Um estudo com 30477 jovens estudantes de 7 países investigou os comportamentos auto lesivos deliberados (*deliberate self-harm*, DSH) (Madge, et al., 2008). Neste estudo os DSH foram abordados como comportamentos auto lesivos deliberados, mas não fatais, em que o jovem inicia comportamentos com a intenção de causar lesões, através de cortes, ingestão excessiva de drogas, medicamentos, objetos não ingeríveis. Esta definição, utilizada em países europeus e australianos (Muehlenkamp et al., 2012), não aborda a intencionalidade de suicídio, mas a intencionalidade de se magoar, não diferenciando se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013). O estudo Stanford e Jones (2009) mostrou que as percepções da amostra do seu estudo foram concordantes com a definição dada pelo estudo CASE de Madge et al. (2008), e dado o tamanho da amostra do estudo de Madge et al. (2008), Guerreiro e Sampaio (2013) adotaram a definição de DSH para os comportamentos auto lesivos (CAL), atualmente utilizada no Plano Nacional de Prevenção para o Suicídio 2013-2017, em Portugal (Guerreiro & Sampaio, 2013). Esta é a definição que é utilizada neste estudo.

Estudos mais recentes têm tentado classificar os DSH com e sem tentativas de suicídio com o propósito de ‘permitir uma maior precisão sobre esta temática (Muehlenkamp et al., 2012; Cheung, et al., 2013). Os investigadores que se baseiam nesta definição argumentam que a intenção é muitas vezes fluída, podendo estar umas vezes presente e noutras vezes ausente (James & Stewart, 2017). Apesar das diferenças entre NSSI e DSH, a literatura tem mostrado que a prevalência destes comportamentos em adolescentes é muito semelhante, pelo que é sugerido que se possa estar a medir comportamentos semelhantes (Muehlenkamp et al., 2012). As diferenças centram-se em termos qualitativos e fenomenológicos das vivências das pessoas com CAL (Muehlenkamp et al., 2012).

Sempre que se aborda os comportamentos auto lesivos surgem 4 conceitos importantes: método, resultado, gravidade e intencionalidade. O método refere-se ao meio, forma ou processo utilizado nos CAL (Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Alguns dos métodos utilizados são os cortes, arranhões até fazer sangue, a precipitação para o vazio (e.g., saltar de um lugar alto), ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas, ingestão de drogas ilícitas ou substâncias psicoativas com o propósito autoagressivo, ingestão de substâncias ou objetos não ingeríveis – lixívia, detergentes, vidro,

plástico, lâminas, pregos -, enforcamento, afogamento, utilização de armas de fogo (Nock, 2010; Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; Carvalho et al., 2013; Schade, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014).

Em Portugal, os métodos mais empregues no suicídio entre os anos 1987-2013 foram os enforcamentos e a intoxicação (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Os comportamentos autolesivos mais encontrados na literatura são os cortes, queimaduras, arranhões, morder e bater em si próprio ou com o próprio corpo, sobredosagens, interferência com a cicatrização de feridas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Madge et al., 2008; Plener, Libal, Keller, Fegert & Muehlenkamp, 2009; Nock, 2010; Gonçalves et al., 2012; Brunner et al., 2014; Guerreiro; Sampaio, Figueira & Madge, 2017; Duarte, 2018).

O resultado pode ser a morte por acidente ou suicídio, ou a sobrevivência com ou sem lesões (Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio 2014).

A gravidade diz respeito ao potencial perigo de morte relacionado com o método empregue (Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Métodos com alta gravidade na avaliação do risco de suicídio são, por exemplo, a utilização de armas de fogo, enforcamento, precipitação no vazio, e métodos de baixa letalidade são, por exemplo, os cortes e sobredosagem medicamentosa (Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Uma meta-análise referiu que em três estudos os cortes, as queimaduras e cravar na pele são métodos de alta gravidade quando analisada a relação entre CAL e atos suicidas (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012). Duarte, Gouveia-Pereira e Gomes (2019) encontraram um estrutura fatorial com três grupos distintos de gravidade dos comportamentos autolesivos com boa consistência interna: severos/tentativas de suicídio (cortes, queimaduras, engolir substâncias perigosas e/ou medicação com intenção de se magoar ou morrer), leves/moderados (morder-se, cravar na pele, puxar ou arrancar cabelo, coçar e arranhar-se até ferir, espetar-se com agulhas, bater em si próprio ou com o próprio corpo) e consumos de substâncias (consumos em excesso de álcool e/ou drogas com intenção de se magoar). A gravidade pode ser vista do ponto de vista objetivo, avaliada por um especialista, ou subjetiva, avaliada pelo próprio e muito importante aquando a avaliação incorreta do especialista (a rondar os 50%) (Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014).

Ideação suicida

Pensar na morte não é patológico, faz parte do processo de desenvolvimento do adolescente que se questiona sobre temas existenciais e procura respostas para compreender o sentido da vida e da morte (Borges & Werlang, 2006). Mas pensamentos sistemáticos, ameaças e tentativas de suicídio mostram um adolescente em colapso (Borges & Werlang, 2006). Por ideação suicida entende-se os pensamentos ocasionais ou persistentes, as fantasias, ideias, ruminções, preocupações acerca da morte, auto lesão e ainda se incluem os desejos, atitudes e planos pormenorizados do momento, lugar, método, e as precauções para não ser descoberto que o indivíduo tem para pôr fim à sua vida (Reynolds, 1991; Borges & Werlang, 2006; Carvalho, et al., 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). A ideação suicida surge antes das tentativas de suicídio, sendo que o risco de suicídio é mais elevado quanto maior for a ideação suicida (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Segundo os estudos, mais de um terço dos adolescentes com ideação suicida faz tentativas de suicídio e é mais provável que os adolescentes que se suicidaram tenham feito tentativas anteriores (Nock et al., 2013).

No entanto, torna-se difícil de avaliar a ideação suicida quanto à sua gravidade em relação ao risco para o suicídio, pois nem todos os indivíduos com ideação suicida se tentam suicidar, nem todos revelam os seus pensamentos (Coric, Stock, Pultz & Sheehan, 2009, em Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Alguns estudos têm investigado as representações mentais do suicídio dos pacientes em momentos de crise. Os autores explicam que muitas vezes uma imagem mental conduz à ação, e dão o exemplo análogo de que pedir a alguém que se imagine a votar nas eleições aumenta a probabilidade dessa pessoa ir votar (Libby, Shaeffer, Eibach & Slemmer, 2007). Imaginar eventos ajuda a desimpedir barreiras e a criar pistas para a ação (Crane, Shah, Barnhofer & Holmes, 2012). Desta forma, a proposta defendida é a de que ter imagens mentais de suicídio pode aumentar a probabilidade do sujeito se envolver em comportamentos de risco como se se tratasse de um *flash forward* (Crane et al., 2012). Por um lado ter a imagem mental pode ser mais potente na evocação de sentimentos e emoções de valência negativa com maior facilidade do que ter apenas pensamentos suicidas que reduzem o desejo do suicídio (Crane, et al., 2012). Por outro lado, estas imagens podem reduzir o medo do suicídio a partir da habituação (Crane, et al., 2012; Joiner, 2005). No estudo de Crane e colegas (2012), a média de imagens mentais diretamente relacionadas com o suicídio (e.g., imagens da preparação ou planeamento do suicídio ou a auto lesão, imagens do que aconteceria a outras pessoas se o próprio se suicidasse) foi maior em indivíduos com ideação suicida e em indivíduos com tentativas de suicídio. Noutro estudo, os jovens com métodos auto lesivos moderados/graves pensavam mais

sobre os comportamentos auto lesivos nos momentos anteriores à lesão do que os jovens com métodos menos graves (Lloyd-Richardson, et al., 2007).

Na literatura, porém, tem havido um lapso no que toca à explicação da transição entre a ideação suicida para a intenção suicida (Klonsky, Saffer & Bryan, 2018). A distinção está entre aqueles que têm ideias de morte contínuas e persistentes, mas que nem sempre fazem tentativas de suicídio (Klonsky, Saffer & Bryan, 2018). Por isso torna-se de grande utilidade clínica compreender a transição existente para a intenção suicida. A teoria de Joiner (2007) foi das primeiras a explicar esta passagem, ao afirmar que existem duas condições necessárias para a transição: desejo de cometer suicídio e a capacidade para cumprir o desejo. Algumas teorias, como a Teoria Interpessoal do Suicídio (IPTS), a Teoria dos 3 Passos (3ST) e o Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV), sugerem que o desejo de cometer suicídio pode ser desenvolvido a partir do sentimento de humilhação, derrota, desesperança, sobrecarga e sem o sentimento de pertença a alguém ou a algo. Articulado com a impulsividade, com o aumento da frequência dos comportamentos auto lesivos, com habituação à dor e diminuição do medo da morte, a capacidade para cometer suicídio é aumentada (Joiner, 2007; Van Orden, et al., 2010; O'Connor, 2011; Dhingra, Boduszek & O'Connor, 2015; Klonsky & May, 2015; Ma, Batterham, Callear & Han, 2016).

Em termos investigacionais tem sido difícil encontrar consistência quanto à prevalência e comparação de resultados. As explicações pautam-se pelos instrumentos utilizados, que nem sempre medem a frequência e a gravidade dos pensamentos fazendo divergir as prevalências da ideação suicida e remetendo para um grau mais grave ou menos grave. Estas explicações pautam-se também pelo tipo de questões utilizadas, que por vezes são apenas um ou dois itens para avaliar a variável (e.g., “pensou seriamente em suicidar-se?”) e, muitas vezes, não especificam se tratam a ideação suicida como um estado persistente ou como uma experiência num dado momento (Klonsky, May & Saffer, 2016).

Intenção suicida

Segundo Saraiva, Peixoto e Sampaio (2014), a intenção suicida refere-se às expectativas da pessoa morrer por suicídio, na crença subjetiva, mais do que a objetiva, da letalidade do método. A determinação da intenção suicida é difícil não só pelos inviesamentos dos autorrelatos imprecisos mas também pela ambivalência em relação ao suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Segundo Ajzen (1975; 1980; 1985, citado por Holdershaw & Gendall, 2008) e Fishbein (2010, citado por Gold, 2011), dois dos maior fatores determinantes da intenção de uma pessoa

realizar um qualquer comportamento prende-se na atitude, nas crenças e na perceção de controlo do comportamento. As crenças são determinantes na medida em que se baseiam na observação direta ou na informação recebida, e as atitudes na medida em que é a partir delas que se observa o movimento em direção ao comportamento. Segundo os autores acima citados, a intenção de realizar um comportamento pode ser bloqueada pelo tempo desde o momento em que existe a intenção de realizar um comportamento e o tempo em que o comportamento é realizado. Neste espaço de tempo podem ocorrer fatores situacionais intervenientes que bloqueiam ou alteram a intenção de realização do comportamento.

Assim, a avaliação da intenção suicida passa pela exploração da explicação verbal que a pessoa faz da letalidade dos métodos que utiliza, da frequência, duração, intensidade e gravidade das ideias de suicídio, do desejo de morrer superior ao desejo de viver, se garante o acesso ao meio pelo qual se quer suicidar, quão planeado e premeditado é o plano, se existe uma carta de despedida, a preparação do testamento, ou até algo mais discreto e nem sempre perceptível (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Segundo Barr e Thomas, as cartas ou notas de suicídio são um forte indicador da determinação da pessoa (2007, citado por Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). A existência de tentativas de suicídio anteriores são também fatores de risco a ter em conta, lembrando que os estudos indicam que existe uma forte probabilidade de se repetir uma tentativa de suicídio entre 1 a 12 meses depois da tentativa de suicídio anterior (Hawton & Fagg, 1988; Cedereke & Öjehagen; 2005; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). Na avaliação da intencionalidade deve-se ter em conta o sentimento de desespero que costuma acompanhar a pessoa e a presença dos fatores psicopatológicos (e.g., impulsividade, ansiedade, depressão, *stress*, ideação suicida) (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). O método mais utilizado nas tentativas de suicídio é a ingestão medicamentosa, o recurso a armas de fogo e enforcamentos (Santos, 2014; Marcelli & Braconnier, 2005). Quanto maior for a frequência, a diversidade e letalidade de métodos, mais graves são os CAL e maior é o risco de suicídio (Victor & Klonsky, 2014; Meszaros, Horvath & Balazs, 2017).

Em termos de investigação, grande parte dos estudos separa os comportamentos auto lesivos das tentativas de suicídio, trabalhando-se muitas vezes com grupos de jovens com comportamentos auto lesivos apenas, comportamentos auto lesivos e tentativas de suicídio e tentativas de suicídio apenas (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; 2014; Cheung, et al., 2013). Estudos mais recentes têm defendido que se deve ter cuidado com o estudo de grupos de jovens com tentativas de suicídio e grupos de jovens com comportamentos auto lesivos, dado que ambos têm a ideação suicida em comum, e possíveis comparações podem correr o risco de sobrepôr os

fatores de risco da ideação suicida aos da intenção suicida (Cheek, Nestor & Liu, 2016; Klonsky, May & Saffer, 2016). Além disso, muitos estudos referem-se ao termo “comportamentos suicidários” sem clarificar e distinguir ao que se refere (e.g., plano suicida, tentativas de suicídio não fatal, suicídio consumado, gesto suicida, ameaça suicida, etc.) (Klonsky, May & Saffer, 2016). Neste estudo, a tentativa de suicídio é trabalhada como um método auto lesivo, distinta da intenção suicida. Diversos estudos aferem a relação da ideação suicida com potenciais fatores de risco, porém, poucos identificam variáveis mais fortemente relacionadas com as tentativas de suicídio e menos ainda com o conceito intenção suicida (Klonsky, Qiu & Saffer, 2016).

O estudo de Cheung e colegas (2013) contém um conjunto de 3 questões de resposta dicotômica (“sim”, “não”) que aborda comportamentos auto lesivos suicidários (e.g., “nos últimos 12 meses consideraste seriamente suicidares-te?”; “tentaste intencionalmente suicidar-te?”; “a tentativa de suicídio resultou em lesão e foi tratada por profissionais médicos?”). Porém, dicotomizar a escala de resposta pode não medir a intensidade destes pensamentos e comportamentos. O Inventário dos Comportamentos Auto Lesivos (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019) incluiu recentemente um conjunto de 3 questões com uma escala de resposta de tipo Likert, que exploraram a intenção suicida, porém, até onde se sabe, ainda não foram testadas.

B) Teorias explicativas dos comportamentos auto lesivos

Os CAL são comportamentos desadaptativos que levam os técnicos a questionarem o porquê do envolvimento intencional das pessoas nesta forma de lidar com os problemas. Algumas teorias ajudam a explicar a relação entre os CAL, a ideação e tentativas de suicida, como a teoria Gateway, a teoria de Joiner, a teoria da Terceira variável e o Modelo integrativo e funcional. Nesta investigação foca-se a teoria Gateway e o Modelo Integrativo e Funcional.

Teoria Gateway

Alguns autores propõe a existência de um *continuum* ao longo dos comportamentos suicidários, em que os comportamentos auto lesivos são um dos lados do extremo e o suicídio consumado o outro lado (Madge, et al., 2008; Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; Grandclerc, et al., 2016). A teoria Gateway sugere que, uma vez que os CAL e os atos suicidas infligem lesões no corpo de forma intencional, os comportamentos auto lesivos precedam o desenvolvimento de comportamentos suicidas com intenção de morte (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012). Assim, segundo esta teoria os comportamentos suicidas provêm da escalada dos comportamentos auto lesivos (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012). Os estudos têm indicado que os CAL são

um fator preditor unidirecional do comportamento suicida, ou seja, os CAL são vistos como a porta de entrada para os comportamentos suicidas futuros (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011, citado por Hamza, Shannon & Willoughby, 2012).

Segundo a meta-análise de Hamza, Shannon e Willoughby (2012), esta teoria suporta-se em estudos que mostram que:

- a idade de início no envolvimento em CAL é anterior à primeira tentativa de suicídio (e.g., Nock & Prinstein, 2004; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Whitlock & Knox, 2007; Nock et al., 2008; Glenn & Klonsky, 2009; Nock, 2010);

- em estudos transversais e longitudinais que concluem que os CAL são preditivos dos comportamentos suicidas (e.g., Nock et al., 2006; Whitlock & Knox, 2007; Favaro et al., 2008; Whitlock et al., 2008; Asarnow et al., 2011; Tang et al., 2011). Cerca de 40%-60% dos suicídios consumados em amostras clínicas e comunitárias têm antecedentes de comportamentos auto lesivos (Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001; Plener, et al., 2009; Wilkinson, et al., 2011, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013; Young, Sproeber, Groschwitz, Preiss & Plener, 2014; Barata, 2016; James & Stewart, 2017). A meta-análise de Hamza, Shannon e Willoughby (2012) e a de Victor e Klonsky (2014) mostraram que a maior parte dos adolescentes com CAL tem maior propensão para demonstrar maiores níveis de ideação suicida e tentativas de suicídio do que os adolescentes sem CAL (e.g., Glenn & Klonsky, 2009; Plener et al., 2009; Claes et al., 2010; Wilcox et al., 2012; Paul et al., 2014; Barata, 2016). Em três estudos mencionados concluiu-se que, em amostras clínicas, jovens com CAL e tentativas de suicídio percecionavam as suas tentativas de suicídio como mais letais, referiram ter mais coragem, menos medo e competência para fazer uma tentativa de suicídio do que outros adultos e jovens sem CAL mas com tentativas de suicídio (e.g., Stanley et al., 2001; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Adover & Gibb, 2010; Claes et al., 2010).

- em estudos que mostram que a frequência dos CAL é preditiva da frequência e gravidade das tentativas de suicídio (e.g., Whitlock & Knox, 2007; Prinstein et al., 2008; Andover & Gibb, 2010; Darke et al., 2010). Segundo Hamza, Shannon e Willoughby (2012), o envolvimento em diversos métodos auto lesivos e a frequência expõe o jovem a diversas experiências de risco que reduzem as barreiras em direção à morte. Diversos estudos e meta-análises encontraram associações fortes entre métodos mais severos/moderados (e.g., cortes, queimaduras, gravações na pele) e a frequência de CAL com os comportamentos suicidas em comparação com adolescentes sem ideação suicida (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007; Plener, et al., 2009; Tang et al., 2011; Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; Tanner, Hasking & Martin,

2015; Stewart et al., 2016). Outros estudos mostram que a ideação suicida tem muitas vezes um caráter crônico, estando presente antes e depois de uma tentativa de suicídio (Prinstein et al., 2008, citado por Victor & Klonsky, 2014).

Modelo Integrativo e Modelo Funcional

O modelo integrativo propõe a existência de três proposições teóricas que integram várias investigações que têm sido feitas sobre os CAL, de modo a descreverem como é que estes comportamentos levam ao desenvolvimento e à manutenção dos comportamentos auto lesivos (Nock, 2010). A primeira proposição refere-se à manutenção e à repetição dos CAL pela existência de um método que é imediato e eficaz na regulação das experiências afetivas e cognitivas, e/ou que pode influenciar de forma desejada o ambiente social em que a pessoa se insere, em contraste com a ineficácia do uso das palavras, que em muitos casos escalam para discussões insolúveis (Nock, 2010). A segunda proposição sugere que alguns fatores de risco predispõem o sujeito a maiores dificuldades na regulação afetiva e cognitiva, influenciam o seu ambiente de uma forma geral, contribuem para um aumento do risco no envolvimento dos CAL e estes, por sua vez aumentam a probabilidade do sujeito se envolver em outros comportamentos desadaptativos, como é o caso dos consumos de álcool e drogas e perturbações alimentares (Nock, 2010). A terceira proposição alvitra que alguns fatores, como o desejo de auto-punição e a modelagem social, bem como a identificação e a associação que a pessoa faz aos CAL aumentam o risco do envolvimento em CAL e levam a que a pessoa escolha os CAL como forma de resposta às funções pretendidas (Nock, 2010).

O processo de manutenção e repetição dos CAL é explicado por Nock (2010) através de quatro vias de reforço possíveis: intrapessoal positivo e negativo e interpessoal positivo e negativo. Quando o indivíduo com CAL consegue cessar ou diminuir pensamentos e sentimentos de valência negativa a partir do seu envolvimento em CAL, então fala-se em reforço intrapessoal negativo; e se conseguir parar ou diminuir, por exemplo, uma discussão entre familiares ou ser vítima de bullying, então fala-se em reforço interpessoal negativo (Nock, 2010). Se o indivíduo se sente satisfeito por se ter auto lesionado, então fala-se em reforço intrapessoal positivo; e, se a partir das auto lesões conseguir aumentar o desejo de uma situação ou evento social, como receber apoio ou atenção, então fala-se em reforço interpessoal positivo (Nock, 2010).

C) Visão geral dos CAL, tentativas de suicídio, ideação suicida e intenção suicida: prevalências internacionais e em Portugal

A nível global, o suicídio está entre as primeiras causas de morte na adolescência entre os 15 e os 24 anos (Carvalho, et al., 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014; WHO, 2014, citado por Evans et al., 2017) e algumas teorias avançam que os comportamentos auto lesivos são uma porta de entrada para o suicídio (Hamza, Shannon, & Willoughby, 2012).

As amostras comunitárias e clínicas revelam que os comportamentos auto lesivos têm início na adolescência antes dos 17 anos (Heath et al., 2008; Plener, et al., 2009; Lewis & Arbuthnott, 2012) havendo estudos que reportam o início destes comportamentos por volta dos 10 anos (Nock, 2010; Brunner et al., 2014; Hasking, Rees, Martin & Quigley, 2015). A sua ocorrência é mais comum entre os 13 e 15 anos (Glenn & Klonsky, 2009; Plener, et al., 2009). Os estudos têm revelado que a frequência do envolvimento em CAL é maior em idades mais novas do que em jovens mais velhos (Victor & Klonsky, 2014; Carvalho, Motta, Sousa & Cabral, 2017). Tais resultados remetem para uma possível explicação das neurociências, que demonstraram que o desenvolvimento do sistema límbico, da área do córtex pré-frontal dos adolescentes só se completa por volta dos 21 anos de idade, pelo que até essa altura os jovens têm maior dificuldade em lidar com as situações mais stressantes, adotando e mantendo estratégias desadaptadas (Steinberg, 2006; Klonsky, 2013, citado por Carvalho et al., 2017).

Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017, os estudos acerca do suicídio na adolescência têm sido desenvolvidos, essencialmente, por países europeus, como os Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão, ficando muito por se conhecer em outros países (Carvalho, et al., 2013).

O CASE Study de Madge, et al. (2008) é uma investigação sobre os comportamentos auto lesivos que engloba sete países, Austrália, Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda e Noruega, com uma amostra total de 30.000 adolescentes, entre os 15 e os 16 anos. Neste estudo foi possível observar uma prevalência de comportamentos auto lesivos no último ano e em algum momento da vida do jovem. A prevalência de comportamentos auto lesivos quanto ao sexo nos diferentes países foi significativamente diferente (Madge, et al., 2008). Observou-se que as raparigas têm prevalências maiores de comportamentos auto lesivos no último ano e em algum momento da vida que os rapazes em todos os países (Madge, et al., 2008). No último ano e ao longo da vida, verificou-se que as raparigas na Austrália (11,7%; 17%), em Inglaterra (11,1%; 16,7%), na Noruega (10,6%; 16,4%) e na Bélgica (10,5%; 15,3%) tiveram prevalências mais altas do que nos restantes países em estudo. Os rapazes, no último ano e em algum momento da sua

vida, mostraram prevalências mais altas em Inglaterra (3,2%; 4,8%), na Bélgica (4,2%; 6,5%) e na Noruega (1,7%; 5%) (Madge, et al., 2008).

No CASE Study, os métodos mais utilizados no último ano pelos rapazes e pelas raparigas foram os cortes (22%) e as ingestões de álcool, drogas e medicamentos (11,7%) (Madge, et al., 2008). Os cortes foram o comportamento mais praticado em todos os países, à exceção da Hungria. Porém, existem diferenças significativas entre a Hungria e a Noruega, que relatam ocorrência de cortes em 24,6% e 71,4% dos episódios, respetivamente, e de 49,3% e 9,8% de ingestões excessivas de álcool drogas e medicamentos (Madge, et al., 2008). O estudo concluiu também que a repetição de comportamentos auto lesivos estava associada a métodos diversificados de auto lesão e a repetição dos comportamentos auto lesivos era mais frequente na Irlanda e Noruega e menos na Hungria (Madge, et al., 2008).

O SEYLE, um estudo comparativo com 12.068 estudantes, de idade média 14 anos, incluiu 11 países, Áustria, Alemanha, Irlanda, França, Estónia, Hungria, Israel, Itália, Roménia, Eslovénia e Espanha, mostrou prevalências gerais de 27,6% de comportamentos auto lesivos em algum momento da vida, sendo maior em França (38,5%), na Alemanha (35%), na Estónia (33%) e em Israel (33%) e no sexo feminino em todos os países com exceção da Roménia (20% vs. 22%) (Brunner, et al., 2014). Os métodos mais comuns foram a lesão da pele (e.g., cravar/gravar símbolos na pele, arranhar-se até fazer ferida, impedir a cicatrização) (65%) e os cortes (46%) mais praticados pelo sexo feminino, e as queimaduras (33%) e bater em si próprio foram menos comuns, mas mais praticados pelo sexo masculino (34%) (Brunner, et al., 2014).

Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo em meio escolar com 633 participantes do 9º ao 12º ano, mostrou prevalências que de 46,5% de comportamentos auto lesivos no último ano, dos quais 7% foram tentativas de suicídio, 38% reportou ter tido CAL em algum momento da vida (Lloyd-Richardson, et al., 2007). Em média, os adolescentes praticavam dois métodos de auto lesão, e 42% dos jovens tinha um método de auto lesão, 52% envolvia-se em dois a cinco métodos e 6% em seis ou mais métodos de auto lesão (Lloyd-Richardson, et al., 2007). Neste estudo, a percentagem de adolescentes com comportamentos auto lesivos moderados/graves (e.g., cortar-se, cravar na pele, queimar-se) foi cerca de 28%, enquanto cerca de 19% se envolvia em comportamentos auto lesivos menos graves (e.g., bater em si, arrancar o próprio cabelo, moderar-se, espetar objetos em si) (Lloyd-Richardson, et al., 2007). Os autores concluíram também que os jovens com comportamentos auto lesivos moderados/graves se envolviam em mais métodos de CAL e com mais frequência do que os jovens com CAL menos graves e que o grupo com métodos moderados/severos apresentava taxas de ocorrência de

tentativas de suicídio e ideação suicida superiores ao grupo de métodos menos graves e sem comportamentos auto lesivos (Lloyd-Richardson, et al., 2007).

Dois estudos americanos com 390 e 540 estudantes mostraram que 16% tinha comportamentos auto lesivos, na maioria eram rapazes e a data de início mais referida foi os 13 e 14 anos, sendo os métodos mais comuns os cortes, arranhões e bater em si próprio, e na maioria os jovens praticavam entre dois e três métodos (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; 2014). Nos mesmos estudos, 5,6% e 7% fizeram tentativas de suicídio e tinham CAL, e destes 33% fizeram tentativas de suicídio no último ano sendo mais praticadas por raparigas do que por rapazes (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; 2014). O estudo de Plener, et al. (2009) com amostra em solo americano e alemão mostrou resultados semelhantes aos estudos de Muehlenkamp e Gutierrez (2004; 2014), embora com uma prevalência superior de CAL (26%) e de 20% no último ano. As tentativas de suicídio tiveram prevalências 6,5% e os métodos mais comuns foram arranhões (27%; 27%) e os cortes (25%; 48%) nos participantes da Alemanha e dos EUA, respetivamente (Plener et al., 2009). Houve diferenças significativas entre rapazes e raparigas quanto à ameaça de tentativa de suicídio e ideação suicida, mas não quanto às tentativas de suicídio efetuadas. Porém, o sexo feminino teve prevalências superiores nas três variáveis (Plener, et al., 2009). Na investigação de Young et al., (2014), na Alemanha, foram encontradas prevalências de CAL, ideação suicida e tentativas de suicídio semelhantes ao estudo de Plener et al. (2009).

Uma meta-análise referiu que a ideação suicida nos EUA são de 17% e que 8% dos jovens estudantes fazem tentativas de suicídio dentro dos 12 meses seguintes (Evans, et al., 2017). Os resultados do *National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement* 10.148 participantes, dos 13 aos 17 anos, mostraram prevalências de 12% de ideação suicida, 4% de planos suicidas, 4% de tentativas de suicídio, sendo que 61% dos jovens com ideação suicida e plano fazem tentativas de suicídio (Nock, et al., 2013). O estudo mostrou que a idade em que a ideação suicida inicia é por volta dos 10 anos, aumentando entre os 12 e 17, sendo entre os 15 e os 17 que os planos e as tentativas de suicidas geralmente acontecem (Nock, et al., 2013). As raparigas têm níveis mais elevados de ideação suicida e tentativas de suicídio do que os rapazes (Nock, et al., 2013).

Um estudo conduzido em 15 bairros de Wuhan, na China, com 2.013 participantes dos 10 aos 24 anos, mostrou prevalências no último ano de cerca de 16% de comportamentos auto lesivos, em que 10,5% e 5% se envolviam em métodos menos graves e moderados/graves, respetivamente (Tang, et al., 2011). O sexo masculino mostrou prevalências mais altas do que o sexo feminino quanto ao envolvimento em métodos mais graves de CAL (Tang, et al., 2011). O

estudo encontrou ainda prevalências de 9% de ideação suicida e 3,5% de tentativas de suicídio, havendo correlações significativas entre as variáveis e mostrando que 27,4% dos jovens com ideação suicida apresentavam tentativas de suicídio, em comparação com 2% de jovens que não tinha ideação suicida nos últimos 12 meses (Tang, et al., 2011). Dos jovens com comportamentos auto lesivos 11% fizeram tentativas de suicídio nos últimos 12 meses, sendo menor a prevalência nos jovens com métodos menos graves (5,6%) do que nos jovens com métodos moderados/graves (22%) (Tang, et al., 2011). Um conjunto de regressões efetuadas no estudo mostraram que ter ideação suicida no último ano, ter comportamentos auto lesivos, controlando variáveis como a depressão e características demográficas, aumentava o risco de suicídio (Tang, et al., 2011). Um estudo em Hong-Kong com 2.331 estudantes do 13 aos 21 anos, mostrou que dos jovens com CAL nos últimos 12 meses, 13% eram rapazes e 20% eram raparigas, a prevalência de ideação suicida foi maior nas raparigas (28%) do que nos rapazes (21%) e a prevalência de tentativas de suicídio foi de 10% para ambos os sexos (Cheung, et al., 2013). Estes resultados são consistentes com os estudos internacionais e nacionais (Plener, et al., 2009; You, Leung, Fu & Lai, 2011; Moran , et al., 2012).

De forma geral, os estudos mostram diversos resultados quanto à diferença de sexo nos comportamentos auto lesivos, ideação suicida e tentativas de suicídio. Os CAL e a ideação suicida são mais frequentes em raparigas do que em rapazes, sendo elas também a apresentarem maiores índices de depressão e ansiedade (Joiner, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Madge, et al., 2008; Matos & Sampaio, 2009; Plener et al., 2009; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013; Cheung et al, 2013; Barata, 2016). Contudo, apesar de existirem divergências quanto à diferenciação entre sexos, parece existir consistência quanto aos métodos que rapazes e raparigas empregam (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Plener et al., 2009; Muehlenkamp et al., 2012). Neste sentido, os estudos apontam para diferenças no método utilizado e zona do corpo dos comportamentos auto lesivos (Whitlock et al., 2006, citado por Lewis & Arbuthnott, 2012; Brunner et al., 2014). As raparigas tendem a recorrer aos cortes, sobredosagens e arranhões, e auto lesionam-se nos pulsos, enquanto os rapazes enveredam pelos murros a si próprios ou a um objeto (e.g., numa parede) e queimaduras e auto lesionam-se mais frequentemente nas mãos (Madge, et al., 2008; Lewis & Arbuthnott, 2012; Brunner et al., 2014). Segundo Joiner (2007), Brunner e colegas (2014) e Barata (2016), os rapazes têm uma maior tendência para comportamentos mais violentos do que as raparigas, e as raparigas apesar de terem comportamentos menos violentos têm comportamentos auto lesivos mais frequentes.

Contexto clínico internacional

Em amostras clínicas os comportamentos auto lesivos estão presentes em cerca de 40-80% em adolescentes (Nock & Prinstein, 2005; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klerk et al., 2011; Odelius & Ramklint, 2014). Por exemplo, uma amostra recolhida na Suíça e nos EUA mostraram 71% e 88% de CAL, respetivamente (Nock, et al., 2006; Odelius & Ramklint, 2014). Um estudo qualitativo realizado em Inglaterra e Escócia com 35 participantes dos 14 aos 28 anos, mostrou que 29 (82%) jovens tinham comportamentos auto lesivos, sendo a maioria do sexo feminino (Ferrey, et al., 2015). A idade do primeiro episódio auto lesivo foi aos 15 anos e os métodos auto lesivos mais referidos foram os cortes e as overdoses (Ferrey, et al., 2015).

No estudo americano, realizado em contexto clínico, 87% dos adolescentes (13-18 anos) teve comportamentos auto lesivos no último ano e 75% no último mês e 33% na última semana (Stewart, et al., 2016). Nesta amostra, a prevalência de tentativas de suicídio no último ano foi de 84% e de 47% no último mês. O resultados das análises univariadas mostraram que os comportamentos auto lesivos estavam mais associados aos jovens com ideação e tentativas de suicídio do que aos jovens com apenas ideação e aos jovens sem ideação nem tentativas de suicídio (Stewart, et al., 2016). Os comportamentos auto lesivos estavam também relacionados com maior diversidade de métodos e maior frequência (Stewart, et al., 2016).

Em diversos estudos a ideação suicida estava relacionada com os comportamentos auto lesivos, e a frequência e a gravidade das tentativas de suicídio estavam correlacionadas com a frequência, a diversidade e duração de CAL (Nock, et al., 2006; Andover & Gibb, 2012; Odelius & Ramklint, 2014). No estudo de Nock e colegas (2006) dos 89 adolescentes, dos 12 aos 17 anos, 55% fizeram duas ou mais tentativas de suicídio na vida. Apesar das raparigas terem feito mais tentativas de suicídio do que os rapazes, as diferenças não foram significativas, e também não o foram quanto à frequência e diversidade de CAL. Neste estudo, a idade, a frequência, a diversidade de CAL e a frequência de tentativas de suicido também não estavam estatisticamente correlacionadas. Outros estudos mostram que associações entre CAL, ideação suicida e tentativas de suicídio são maiores em amostras clínicas do que em amostras não clínicas (Nock et al., 2006; Albon, Rufa & Schmidt, 2013; Guerreiro et al., 2013).

Em Portugal

Em Portugal, um estudo semelhante ao CASE Study, com 1.713 adolescentes em meio escolar, dos 12 aos 20 anos, encontrou prevalências de comportamentos auto lesivos no último ano e em algum momento da vida de 5,7% e 10,5% para as raparigas, respetivamente, e 1,8% e 3,3% para os rapazes, respetivamente (Guerreiro, et al., 2017). Estas percentagens são

semelhantes às da Hungria e inferiores aos países europeus e à Austrália. Outro estudo em meio escolar, entre os 12 e os 20 anos, encontraram prevalências de 28% de comportamentos auto lesivos em algum momento da vida e 10% no último mês (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado & Silva, 2012). Outros estudos em meio escolar mostraram que entre 26,5%-29,5% dos adolescentes se envolvem pelo menos em um método de comportamentos auto lesivos mais do que uma vez (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Barata, 2016; Carvalho, Motta, Sousa & Cabral, 2017; Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019). O *Health Behaviour in School-aged Children* (HBS), é um estudo em colaboração com a Organização Mundial de Saúde que pretende estudar o estilo de vida dos adolescentes em diversas áreas, nomeadamente os comportamentos auto lesivos (Matos & Aventura Social, 2018). O estudo incluiu 42 agrupamentos de escolas de todo o país, fazendo um total de 387 turmas e 6.997 adolescentes dos 11 aos 15 anos, incluindo jovens do 12º ano no último estudo. Decorreram 4 estudos, de 4 em 4 anos, realizados por Matos e Aventura Social (e.g., 2000; 2003; 2006; 2012; 2015; 2018) entre 1994 e 2014. Os resultados mostram que as prevalências dos comportamentos auto lesivos se mantiveram estáveis desde 2014, rondando os 20% no último ano, e dos adolescentes que já se auto lesionaram, 59% dizem ter sido nos braços (Matos e Aventura Social, 2018). Os jovens do 8º ano (22%) tiveram percentagens maiores de comportamentos auto lesivos dos que os do 10º (16%) e 12º ano (13%) (Matos & Aventura Social, 2018).

Uma investigação com 569 adolescentes mostrou que dos 35,4% de adolescentes com comportamentos auto lesivos no último mês, 30,4% realizava um método auto lesivo, 23% realizava 2 métodos auto lesivos, 21,4% realizava 3 métodos auto lesivos, 7% realizava 5 métodos auto lesivos e 3,6% realizava 6 métodos auto lesivos (Gonçalves, et al., 2012). Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes e Sampaio (2019) apresentaram resultados que indicam que os 26,5% dos participantes que tinham comportamentos auto lesivos apresentavam em média cerca de 3 métodos diferentes, sendo que os mais referidos foram bater em si (15,4%), morder-se (14,4%), cortar-se (12,2%), arrancar cabelo (10,7%), arranhar-se até fazer ferida (9,8%). Estes métodos são também os mais referidos nos estudos de Carvalho et al. (2017), Gonçalves et al. (2012), Barata (2016). Porém as prevalências dos métodos variam consoante os estudos. No estudo açoriano de Carvalho et al. (2017), por exemplo, os cortes têm uma prevalência de 32,4%, enquanto no estudo de Guerreiro et al. (2017) os cortes têm uma prevalência de 64,8% seguindo-lhe as *overdoses* como as mais prevalentes (18,4%).

As conclusões do estudo de Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) mostram que o aumento da frequência dos comportamentos auto lesivos aumenta a situação de risco que se aproxima da

tentativa de suicídio. O estudo de Guerreiro e colegas (2017), mostrou que os jovens que repetiam os comportamentos auto lesivos referiam com maior ênfase os cortes (73,3%) e uma combinação de cortes e ingestão medicamentosa (8,8%). O estudo de Cordovil, Crujo e Guerreiro (2009) mostrou que 4% a 12% dos internamentos foram motivados por comportamentos auto lesivos em jovens dos 12 aos 17 anos, correspondendo às percentagens apresentadas por Trinco e Santos (2017).

Os estudos realizados em Portugal indicam que os comportamentos auto lesivos são mais frequentes em raparigas do que em rapazes (Matos & Aventura Social, 2018), porém nem sempre são encontradas diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos auto lesivos em relação ao sexo (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado & Silva, 2012; Carvalho, Motta, Sousa & Cabral, 2017).

Os comportamentos auto lesivos em Portugal são realizados mais frequentemente em casa, com uma prevalência de 87,1%, sendo que as raparigas se auto lesionam mais do que os rapazes em casa (91% vs. 72%). Na escola existe uma prevalência de 17,7% (Guerreiro, et al., 2017). O estudo de Madge, et al. (2008) mostra que 83,3% dos episódios acontecem em casa, sendo as estatísticas mais elevadas para as raparigas (86,8%) dos que para os rapazes (71,8%) e, principalmente, quando envolve apenas um tipo de método auto lesivo (54,9%).

A ideação suicida tem mostrado prevalências de 22%-34,4% nos jovens em meio escolar (Sampaio, et al., 2000; Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Carvalho, Motta, Sousa, & Cabral, 2017), e 1,5% a 7% dos jovens já se tentaram suicidar (Sampaio, et al., 2000; Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019). Os métodos de tentativa de suicídio mais referidos na literatura são as ingestões medicamentosas utilizadas principalmente por raparigas e, no caso dos rapazes, a precipitação para o vazio e armas de fogo (Carvalho, et al., 2013). No estudo de Guerreiro e colegas (2017), ao questionar os participantes com comportamentos auto lesivos se queriam mesmo matar-se quando fizeram uma ingestão medicamentosa ou se tentaram magoar-se de qualquer outra forma, 42% responderam que se queriam matar, sendo 60% do sexo masculino.

Contexto Clínico

A investigação de Cordovil, Crujo e Guerreiro (2009) com 28 adolescentes dos 12 aos 17 anos, teve como critério de inclusão a existência de pelo menos uma tentativa de suicídio. Os resultados mostraram um predomínio do sexo feminino sobre o masculino, sendo que o método mais frequente foi a ingestão medicamentosa.

Segundo Guerreiro e colegas (2009), um estudo realizado com 98 adolescentes dos 12 aos 21 anos, de um serviço de psiquiatria, mostrou que 49% (N=48) tinham comportamentos auto lesivos e destes 43% (N= 21) fizeram tentativas de suicídio. Os métodos mais comuns foram a ingestão medicamentosa e os cortes. Os resultados mostraram também relações estatisticamente significativas entre a ideação suicida e os comportamentos auto lesivos anteriores como motivo de referência para o serviço de psiquiatria, fazendo um total de 38 jovens. Os 21% restantes foram referenciados por outros motivos (e.g., perturbações do comportamento). Dos 48 participantes, 33 (69%) verbalizaram ideação suicida, e dos jovens sem comportamentos auto lesivos 9 (18%) tinham ideação suicida. O estudo de Santos, Saraiva e Sousa (2009) mostrou prevalências de CAL semelhantes (50%) e mostrou que 54% dos participantes se tinha tentado suicidar uma vez e o método mais usado foi a ingestão medicamentosa (87%).

O estudo qualitativo de Jorge, Queirós e Saraiva (2015) em adolescentes de contexto clínico apresentou 44% de ideação suicida, 52% de tentativas de suicídio e 40% teve comportamentos auto lesivos no último mês. A idade média de início de CAL foi aos 13,6 anos e os métodos mais utilizados foram os cortes. O estudo de Cruz, Narciso e Sampaio (2016) mostraram que, dos 13 aos 21 anos, em contexto ambulatorio, a percentagem de ideação suicida, de tentativas de suicídio e de comportamentos auto lesivos foi de 38%, 33% e 29%, respetivamente.

Trinco e Santos (2017) realizaram uma investigação com 38 adolescentes, dos 13 aos 17 anos, em meio hospitalar, nos distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria e Guarda. Os resultados mostraram que os internamentos motivados por comportamentos auto lesivos são 84% por ingestões medicamentosas voluntárias e 53% empregam dois métodos auto lesivos. Segundo os autores, as raparigas (79%) apresentam mais comportamentos auto lesivos do que os rapazes (21%). Dos distritos incluídos no estudo, Coimbra mostrou maior percentagem de proveniência dos jovens (74%).

No estudo de Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio (2013), em contexto clínico e escolar com participantes dos 11 aos 21 anos, o sexo feminino apresentou maior prevalência de comportamentos auto lesivos no contexto clínico e escolar. Segundo os resultados, ser do sexo feminino foi um fator que aumentava a probabilidade da pessoa vir a pertencer ao grupo de jovens com comportamentos auto lesivos e ao grupo de participantes de contexto clínico. O estudo também concluiu que a probabilidade de pertencer ao grupo dos jovens com CAL diminuía com o aumentar da idade (Cruz, et al., 2013).

D) Fatores de risco dos comportamentos suicidários

Vulnerabilidade psiquiátrica e psicológica. Segundo Bertolote & Fleischmann (2002), 90% dos sujeitos que cometem suicídio têm perturbação mental. Em indivíduos com CAL é comum encontrar-se maiores níveis de ansiedade e depressão (Sampaio, et al., 2000; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nixon, Cloutier & Jansson, 2008; Prioste, Cruz & Narciso, 2010; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013; Bentley, et al., 2015; Guerreiro, et al., 2017; Carvalho et al., 2017). A depressão é um dos maiores preditores da ideação suicida em adolescentes (Klonsky, May & Saffer, 2016; Carvalho et al., 2017). Diversas patologias são frequentemente encontradas nas pessoas com comportamentos auto lesivos, ideação suicida e tentativas de suicídio, como a borderline, esquizotípica, esquizoide, paranoide, narcisista, histriónica, evitante, dependente, antissocial, Perturbação Bipolar, Perturbação do Stress Pós-Traumático, Depressão (Nock, et al., 2009; Lewis & Arbuthnott, 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013; Schade, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014; Leszaros, Horvath & Balazs, 2017), perturbações alimentares (Fenning & Hadas, 2010; Claes, Klonsky & Muehlenkamp, 2010; Lewis & Arbuthnott, 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013), impulsividade, agressividade, dificuldade na tolerância à frustração, envolvimento em comportamentos aditivos (Madge, et al., 2008; Nixon, Cloutier & Jansson, 2008; Lewis & Arbuthnott, 2012; Figueira, Sampaio & Afonso, 2014).

Funcionamento familiar. A existência de um ambiente disfuncional ou desequilibrado, onde são frequentes elevados níveis de conflito e fraco ou excessivo envolvimento familiar, baixos ou excessivos níveis de coesão e de apoio, fraca capacidade de adaptação em relação às mudanças do desenvolvimento do sistema e do adolescente em particular, ausência ou baixos níveis de comunicação entre membros da família, perceção de controlo excessivo comprometem o desenvolvimento e bem-estar psicológico dos adolescentes (Nunes, 2007; Cruz, Narciso, Pereira & Sampaio, 2013; Kelada, Hasking, & Melvin, 2016; Palmer, Welsh & Tiffin, 2016; Sousa, 2017), e estão associados a maiores riscos de pensamentos e comportamentos suicidas (Cruz, Narciso, Pereira & Sampaio, 2014; Palmer, Welsh & Tiffin, 2016; Serra, 2017).

Relações interpessoais. Contextualmente, um nível baixo de ligação à escola, resultados escolares baixos, integração em grupos de risco, experiências de vitimização, relações malsucedidas ou rompimentos, perdas (e.g., morte, separação), *(cyber)bullying*, pressão social, necessidade de aprovação dos pares, dificuldades de enquadramento são fatores de risco

associados aos CAL (Nunes, 2007; Tuval-Mashiach et al., 2008; Carvalho, et al., 2013; Cruz, Narciso & Sampaio, 2016; Evans e Hurrell 2016, citado por Duarte, 2018).

Alguns estudos têm analisado a relação entre os comportamentos auto lesivos e o bullying encontrando associações significativas e positivas, ou seja, os participantes com maior índices de bullying apresentam mais propensão para se envolverem em comportamentos auto lesivos do que aqueles que têm menos índices de bullying (e.g., Affonso & Kaur, 2012; Bakken & Gunter, 2012; Barker, Arseneault, Brendgen, Fontaine & Maughan, 2008; Claes, Luyckx, Baetens, de Ven & Witteman, 2015; Karanikola, Lyberg, Holm & Severinsson, 2018). Diversas investigações têm mostrado resultados semelhantes em estudos longitudinais (e.g., Fisher, et al., 2012; Lereya, Copeland, Costello & Wolke, 2015) e transversais (e.g., O'Connor, Rasmussen, Miles & Hawton, 2009; Brunner, et al, 2014; Elgar, et al., 2014; Klomek, 2016). Porém, os estudos acerca desta relação ainda são escassos (Barker et al. 2008; O'Connor et al. 2009; Noble, et al., 2011; Fisher, et al., 2012). Grande parte do estudos mostra que o bullying é mais prevalente no sexo feminino do que no sexo masculino, bem como os comportamentos auto lesivos (Klomeck et al., 2007; Barker, et al., 2008; Luukkonen et al., 2008; Claes, Luyckx, Baetens, de Ven & Witteman, 2015; Karanikola, et al., 2018), e que cerca de 11-32% da população escolar é vítima de bullying e cerca de 10% têm comportamentos auto lesivos (Nansel, et al., 2004; WHO, 2012).

Internet, social media. Os estudos indicam que os adolescentes com CAL se envolvem mais em atividades *online* do que aqueles sem CAL (Mitchell & Ybarra, 2007, citado por Lewis & Arbuthnott, 2012). O envolvimento nestas atividades pode ter a função de procura de suporte e validação para os CAL (Lewis & Arbuthnott, 2012; Rowe, French & Henderson, 2014). As investigações mostram que 20 a 27% dos indivíduos com CAL obtiveram a ideia de se envolverem em CAL a partir da internet, dos filmes e séries e cerca de 40% se sentiram encorajados pelos filmes (Heath, et al., 2009; Radovic & Hasking, 2013).

Representação sociais das funções dos comportamentos auto lesivos

As representações sociais (RS) podem ser entendidas como as construções que o sujeito faz para compreender o mundo, elaborar comportamentos e para comunicar com os outros (Moscovici, 1978, citado por Pacheco, 2016; Moscovici, 1961, citado por Duarte, 2018). As construções baseiam-se no conhecimento do senso comum, informações e impressões elaboradas

socialmente acerca de determinado referencial (Moscovici, 1984, citado por Valsiner, 2003; Moscovici, 1978, citado por Pacheco, 2016). As RS podem ser vistas como produto no sentido não desenvolvimental (Valsiner, 2003), ou seja, são uma versão da realidade imbuída de imagens, discursos, atitudes construídas a partir dos diversos canais de informação (Moscovici, 1961, 1976, citado por Sampaio et al., 2000). Por outro lado, as RS podem ser vistas do ponto de vista do desenvolvimento (Valsiner, 2003), no sentido em que são um processo de construção seletiva dos significados do mundo que se modificam, transformam e organizam consoante a contínua verificação (Moscovici, 1984, citado por Sampaio, et al., 2000). São a forma como as pessoas constroem um mundo estável e previsível na sua diversidade (Moscovici, 1984, citado por Valsiner, 2003). As RP têm a função de orientação de comportamentos e práticas que guiam e determinam a ação dos indivíduos uma vez que definem a natureza dos estímulos (Moscovici, 1961, citado por Sampaio, et al., 2000).

As funções dos comportamentos auto lesivos referem-se às motivações ou razões das pessoas se envolverem nestes comportamentos (Jacobson & Batejan, 2014; Suyemoto, 1998, citado por Duarte, 2018). Desta forma, estudar as representações sociais das funções dos comportamentos auto lesivos é compreender de que forma é que as pessoas, em particular os adolescentes, pensam e sentem esta problemática em relação à sua realidade e de que modo é que essa noção influencia os seus comportamentos (Vieira, Saraiva & Coutinho, 2010, citado por Pacheco, 2016; Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019).

Nos últimos anos os estudos sobre as funções dos comportamentos auto lesivos têm ganho importância. Contudo, o estudo das funções dos CAL ainda carece de investigação, principalmente em Portugal. A falta de informação pode ser explicada por várias razões. Em primeiro salienta-se a dificuldade em encontrar consistência quanto à definição de comportamentos auto lesivos, como foi referido anteriormente; a centralização nas atitudes e experiências dos jovens com CAL e no grupo de pares dos adolescentes, e na atitude e experiências dos pais, profissionais, psicoterapeutas e professores; o facto das investigações se centrarem principalmente em estudos qualitativos das funções, o que não permite generalizações nem replicações (Klonsky & Glenn, 2008; Batejan, Swenson, Jarvi & Muehlenkamp, 2015; Duarte, 2018); os estudos sobre as funções enfatizam os adolescentes com CAL, deixando de parte os adolescentes com representações sobre as funções dos comportamentos auto lesivos sem estarem envolvidos nestes comportamentos (Batejan et al., 2015; Duarte, 2018); a falta de diferenciação entre CAL com e sem ideação e intenção suicida; a falta de estudos comparativos em diversos grupos amostrais em relação às representações das funções dos CAL (Duarte, 2018);

maior ênfase nas funções fronteiras interpessoais, regulação de afeto, dissociação e auto punição e carência de investigação quanto às outras funções (Edmondson, Brennan & House, 2016). Acrescendo a estas dificuldades, está o facto de muitas vezes os adolescentes não compreenderem as funções do seu envolvimento nestes comportamentos e imaginarem explicações para tais funções (Klonsky, 2007; Bresin, Sand & Gordon, 2013, citado por Duarte, 2018).

Deste modo, a exploração das representação das funções dos CAL, no sentido do conhecimento, da construção da representação e do significado e a sua modificação torna-se relevante, no sentido de se estar mais consciente, atento, sensibilizado ao adolescente, ajudar compreender e a explicar a persistência dos comportamentos auto lesivos em determinados adolescentes, poder trabalhar com aqueles que não têm os comportamentos mas que de alguma maneira são influenciados, como os pais, irmãos, amigos, técnicos, e para ajudar a preparar uma intervenção e acompanhamento mais adequado aos adolescentes e ainda contribuir para evitar o estigma, atitudes negativas e respostas desadequadas (Klonsky, 2009; Edmondson, Brennan & House, 2016; Duarte, 2018).

Segundo Klonsky (2007) e Wilcox e colegas (2012) as funções dos CAL podem ser vistas por dois pontos vista, o intrapessoal e o social. A literatura indica que o mesmo sujeito pode referir várias funções para um mesmo comportamento e que essas funções podem mudar ao longo do tempo (Madge, et al., 2008; Lewis & Arbutnott, 2012; Jorge, Queirós & Saraiva, 2015). Além disso, é sugerido por Klonsky que existem funções primárias secundárias e terciárias, podendo explicar porque é que em determinados estudos há funções com maiores prevalências do que em outros (2006, citado por Klonsky, 2007), por exemplo, a prevalência da função auto punitiva varia entre prevalências de 10% e 30% (Herpertz, 1995, citado por Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004, citado por Klonsky, 2007).

Funções intrapessoais

Regulação afetiva. A a maior parte das pessoas com CAL reporta razões intrapessoais, principalmente relacionadas com a regulação afetiva e/ou forma de lidar com experiências de valência emocional negativa como, por exemplo a ansiedade e o desespero (Nock e Prinstein, 2005; Klonsky, 2007, 2009; Muehlenkamp et al., 2009; Claes, Klonsky & Muehlenkamp, 2010).

Esta função baseia-se na ideia de que os comportamentos auto lesivos levam ao alívio e à cessação de uma excitação extrema e intolerável proveniente de acontecimentos stressantes, a partir da libertação de endorfinas ou outro mecanismo ainda por se investigar (Nock & Mendes, 2008, citado por Duarte, 2018). Esta função está conotada com respostas do tipo “para libertar pressão emocional que cresce dentro de mim”, para parar sentimentos negativos/maus”, “para lidar com o stress” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Edmondson, Brennan & House, 2016). Por vezes, esta função surge associada a justificações de proteção dos outros, tais como “eu prefiro magoarme a mim do que expressar a raiva aos outros”, “eu faço-o porque não quero magoar ninguém” (Heslop & Macaulay, 2009; Power et al., 2013, citado por Edmondson, Brennan & House, 2016).

Resistência à ideação suicida e anti-suicídio. A função de auto regulação acaba também por funcionar como uma forma de resistência a fortes ideações ou desejos suicidas e prevenir o suicídio a partir da expressão dos pensamentos suicidas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). A teoria psicanalítica oferece uma visão em que os CAL surgem não em direção à morte, mas antes ao apaziguamento de conflitos internos na busca de um estado de normalidade (Favazza, 1990, citado por Jorge, Queirós & Saraiva, 2015). Como refere Failler (2008), os CAL são o meio de sobrevivência de experiências traumáticas e que, neste sentido, segundo a autora, se tornam reparadores dessas experiências dolorosas. Reparadoras não pelo facto de desfazerem, reverterem ou anularem as experiências traumáticas, mas porque os comportamentos auto lesivos reúnem em si a possibilidade de encontrar e articular as condições necessárias para dar sentido as essas experiências traumáticas com experiência de dor emocional impensável (Failler, 2008). Neste sentido, e de forma patológica, os CAL são como um fator protetor da rutura emocional, ou como uma forma de cuidar de si face a algo emocionalmente perturbador (Failler, 2008). É comum encontrar-se nestes casos respostas como “para parar a ideação e as tentativas suicidas”, “para me prevenir de fazer fazer alguma coisa” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Função auto punitiva. A função mais referida, a seguir à auto regulação afetiva, é a auto punição como forma de expressão da raiva e zanga contra si ou outros (Klonsky, 2009; Claes, Klonsky, & Muehlenkamp, 2010; Barreto Carvalho et al., 2017; Duarte, 2018). A função auto punitiva vai ao encontro de resultados que mostram indivíduos muito auto criticismo e com baixa autoestima (Klonsky, 2007b; Nock, 2010). Associado a esta função estão métodos como os cortes, as queimaduras, gravações na pele de palavras como “falhado” e “perdedor” (Nock, 2010; Claes, Klonsky & Muehlenkamp, 2010). Respostas associadas a esta função, são por exemplo,

“para expressar raiva contra mim mesmo”, “para me castigar”, “para me castigar pelos pensamentos maus”, “porque não gosto de mim próprio”, “porque me sinto um falhado”, “porque estava zangado comigo mesmo”, “porque sou feio” (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Edmondson, Brennan & House, 2016). Nock (2010) explica que esta função poderá estar associada a modelos aprendidos pelo sujeito para responder a situações em que falha e se auto critica.

Função de anti dissociação ou procura de sensações. Outros dados informam que as auto lesões surgem como função de anti dissociação, no sentido de interromperem episódios dissociativos e trazem as pessoas de volta à realidade (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Por outro lado, existem sujeitos que se sentem irrealis ou simplesmente não sentem nada. O desejo de procurar e experimentar novas sensações, como a excitação e satisfação, ou o medo são também apresentados como funções para os CAL, mas menos comum em populações clínicas (Klonsky, 2007b). Os CAL podem também servir a função do restauro do sentimento de coesão e de se sentir intacto, como foi o caso do artista Rudolf Schwarzhogler, que usou o próprio corpo como obra de arte ao cortar-se até à morte (Anzieu, 2016). Pelo contrário, também há indivíduos que procuram estados de dormência ou entorpecimento (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Quando esta função está presente é comum encontrarem-se respostas como “para sentir qualquer coisa, mesmo que seja dor”, “para me sentir real novamente”, “para parar de me sentir entorpecido”, “para me sentir num estado de dormência” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Edmondson, Brennan & House, 2016).

Mecanismo instrospectivo, função de substituição, mecanismo de fuga. Outras funções de natureza intrapessoal começam a surgir na literatura, como é o caso do mecanismo instrospectivo, da função de substituição do sofrimento e do mecanismo de fuga. A primeira, leva a que a pessoa se concentre nos seus pensamentos (Duarte et al., 2019a). Algumas respostas para esta função são “para imaginar outras coisas, para pôr a cabeça noutros mundos, nos próprios pensamentos”, “para me ajudar a pensar e a ligar outras ideias” (Duarte, et al., 2019a). A função de substituição do sofrimento, de forma simples, consiste em substituir o sofrimento emocional por um sofrimento físico (Duarte, et al., 2019a). Algumas respostas podem ser do tipo “criar dor física para esquecer a dor psicológica”, “substituir a dor da alma pela dor do corpo” (Duarte, et al., 2019a). O mecanismo de fuga consiste em escapar ou ignorar os problemas (Duarte, et al.,

2019a). Como tal, respostas para esta função são semelhantes a “escapar do que está mal”, “fugir dos problemas” (Duarte, et al., 2019a).

Segundo Duarte et al. (2019a), embora estas funções pudessem ser incluídas na função de regulação de afetos pelo seu caráter de redução de estados emocionais com valência negativa, o seu estudo qualitativo demonstrou discursos específicos relacionados com a fuga/escape e ignorar os problemas. Como tal, estas funções foram colocadas à parte.

Funções interpessoais ou sociais

Função de comunicação. Os comportamentos auto lesivos também são descritos como uma linguagem (Failler, 2008), uma espécie de “voz da pele quando a própria voz é proibida” (McLane, 1996, citado por Failler, 2008). Como tal, as funções a eles associadas são funções sociais, que embora menos referidas, servem para comunicar, expressar e libertar o sofrimento interno a outros (“para mostrar como eu estava desesperado/a”) (Rodham, Hawton & Evans, 2004; Klonsky, 2007, 2007b; Klonsky & Glenn, 2009; Lewis & Arbutnott, 2012; Rabi, Sulochana & Pawan, 2017). Apesar do seu caráter muitas vezes privado e íntimo, os CAL são uma tentativa dizer que algo que não está bem, é um comportamento que visa a comunicação.

Função de integração e ligação aos pares. A solidão, o isolamento e a alienação são alguns dos preditores dos comportamentos auto lesivos e do suicídio (Joiner, 2007; Nock, 2009; Young et al., 2014). Deste modo, recorda-se a questão da modelagem e imitação abordada anteriormente na questão do relacionamento entre o jovem e o grupo de pares. Os CAL podem surgir por via direta (e.g., o grupo de pares) ou indireta (e.g., *media*) no sentido de devolver ao jovem o sentimento de pertença ao grupo (Jarvi, Jackson, Swenson & Crawford, 2013, citado por Young et al., 2014). Relembrando Durkheim, estar demasiado integrado ou demasiado afastado do grupo, da sociedade leva a que a pessoa se sinta desesperada e sem propósito contribuindo para a possibilidade de se suicidar (1987, citado por Joiner, 2007). De forma oposta, se a pessoa está demasiado integrada no grupo pode perder o sentido da sua individualidade e tornar-se capaz de se sacrificar em prol dos interesses do grupo (Durkheim, 1987, citado por Joiner, 2007).

Vingança. Esta função baseia-se na ideia da pessoa tentar magoar alguém que lhes é próximo e/ou tentar culpar alguém por não ter feito o que eles desejavam (“eu queria vingar-me de alguém”) (Rodham, Hawton & Evans, 2004; Klonsky, 2007; Klonsky, 2007b; Klonsky & Glenn, 2009; Lewis & Arbutnott, 2012; Rabi, Sulochana & Pawan, 2017).

Função de influência interpessoal. Esta função consiste na influência ou manipulação das pessoas, por exemplo, os ganhos secundários no sentido de evitar o abandono, ou a tentativa de modificar o comportamento de alguém, ou a procura de despoletar determinadas respostas dos pares ou figuras de autoridade, em particular no contexto clínico (Gratz, 2003; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp et al., 2013; Chowanec, Josephson, Coleman & Davis, 1991, citado por Duarte, 2018). Esta função é abordada de maneiras diferentes consoante a perspetiva dos adolescentes com CAL e sem CAL, ora como procura de ajuda, ora como uma forma negativa de chamar à atenção (Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019b). A última está frequentemente sob influência do estigma e das crenças de que os comportamentos auto lesivos têm uma natureza manipulativa (Law, Rostill-Brookes & Goodman, 2009). Associadas a esta função estão as respostas “eu queria alguma atenção”, eu queria apoio/ajuda”, “eu queria controlar o comportamento dos outros”, eu queria sentir-me ligada a alguém” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Função de fronteira/limite interpessoal. Os comportamentos auto lesivos surgem também com a função de afirmar os limites do self (Elemendorf, 2007, citado por Failler, 2008; Klonsky, 2007b; Suyemoto, 1998, citado por Duarte, 2018). Se se olhar para o mundo de forma biológica percebe-se que quase tudo tem uma capa, uma carapaça, uma membrana ou camadas que protegem, que separam o interno do externo e permitem trocas entre eles (Anzieu, 2016). A capa das pessoas é a pele. A pele mostra a relação entre o vivido biológico e o vivido emocional interno (Failler, 2008; Anzieu, 2016). Anzieu falava no Ego-pele, compreendido à luz de uma camada ou folhado interno, o chamado envelope psíquico e continente, e um folhado externo, o lugar de contacto do psiquismo com o mundo exterior (1985, citado por Chabert, 1998). Assim, quase que se pode falar em duas peles, uma psíquica/emocional e outra física. As auto lesões resultam numa espécie de segunda pele, uma camada protetora que se forma a partir das crostas provocadas pelos ferimentos auto infligidos, “tornando visível o limite da pele psíquica violada de maneira invisível” (Failler, 2008). É neste sentido que os CAL surgem como barreiras, afirmando os limites e fronteiras entre si e os outros (Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019a). Para além disso, estar envolvido com o outro promove o sentimento de se sentir mais vulnerável, o que constitui um risco para o sujeito que se envolve em comportamentos auto lesivos (Failler, 2008). Como tal, as auto lesões surgem também como uma fronteira que mantém os outros

distantes (Failler, 2008). Respostas associadas a esta função são por exemplo “eu tenho o controlo e mais ninguém pode controlar” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Autonomia e resistência. A repetição dos CAL testa e retesta a capacidade de contenção, ou seja, a partir da auto lesão o sujeito controla ilusoriamente a interpenetração do mundo interno e externo, e como o faz sem o envolvimento de outros, cria a ilusão de que alcança sentimentos de independência e autonomia (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Failler, 2008). Além disso, as auto lesões vêm demonstrar a resistência face à dor, o quanto aguentam, o quão fortes e resistentes são, provar a si e a outros que aguentam a dor física (Duarte, 2018).

Visões gerais das representações das funções dos comportamentos auto lesivos

De uma forma geral, as funções intrapessoais, especialmente a regulação do afeto, são mais referidas do que as funções interpessoais em adolescentes com e sem comportamentos auto lesivos, sem se encontrarem diferenças significativas (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2008; Trewavas, Hasking, & McAllister, 2010; Wilcox, et al., 2012; Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Barata, 2016; Carvalho et al., 2017; Chu, et al., 2017; Ong, Tan & Liang, 2017; Brausch & Muehlenkmp, 2018; Taylor, et al., 2018; Duarte, et al., 2019a). Por exemplo, os resultados do estudo de Carvalho et al. (2017), numa amostra de 1.763 participantes dos 14 aos 22 anos, mostrou uma prevalência de ideação suicida de 22%, de CAL de 30%, os métodos mais comuns foram os moderados (e.g., morder-se, 67%) e severos (e.g., ingestão de substâncias tóxicas, 15%). Neste estudo as funções intrapessoais, nomeadamente a regulação do afeto (80%), foram mais referidas do que as funções interpessoais (42%). Porém, o estudo não distingue grupos com e sem comportamentos auto lesivos, pois analisa apenas as funções no grupo que tem CAL. O estudo de Guerreiro e colegas (2017) e de Jorge, Queirós e Saraiva (2015) mostraram resultados semelhantes, a dimensão global das funções intrapessoais (e.g., auto regulação dos afetos, auto punição, mecanismo de fuga, anti suicídio, respetivamente) foi mais referida do que as funções interpessoais nos adolescentes com CAL. Nestes estudos, a maioria dos jovens com CAL respondeu mais do que uma função para os seus comportamentos (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Guerreiro, et al., 2017). Outro estudo português, mostrou médias mais altas nas funções intrapessoais do que interpessoais nos jovens com CAL, e o comportamento auto lesivo morder-se teve médias maiores nas funções auto regulação do afeto, auto punição, anti suicídio e evitar ou suprimir imagens ou memórias dolorosas (Gonçalves, et al., 2012).

O estudo de Batejan et al. (2015), com 367 estudantes, mostraram uma prevalência de 56% de comportamentos auto lesivos, cujos métodos mais referidos foram moderados/severos (47%), como impedir a cicatrização de feridas (37%), cortes (20%), bater em si próprio (18%) e beliscões (14%). Neste estudo, não existiram diferenças estatisticamente significativas nas 13 funções dos comportamentos auto lesivos analisadas entre os grupos de CAL moderados/severos, o grupo de CAL menos graves e o grupo que não tinha comportamentos auto lesivos. Apesar disso, verificou-se que o grupo sem comportamentos auto lesivos referiu mais funções interpessoais (e.g., autonomia, fronteiras interpessoais) do que o grupo com comportamentos auto lesivos. Entre os grupos com métodos menos graves e moderados/graves, a função intrapessoal de regulação do afeto foi mais relevante para o grupo dos métodos moderados/graves do que menos graves.

Outros estudos têm indicado que as representações das funções dos comportamentos auto lesivos mostram diferenças estatisticamente significativas consoante os adolescentes terem ou não terem estes comportamentos (Klonsky, 2007; Lloyd-Richardson, et al., 2007; Klonsky & Glenn, 2008; Brausch & Muehlenkamp, 2018; Duarte, et al., 2019b,c). Por exemplo, algumas investigações encontraram resultados que mostraram que os participantes sem comportamentos auto lesivos presentes ou passados referiram mais funções interpessoais do que os participantes com comportamentos auto lesivos, que referiram mais funções intrapessoais (Klonsky, 2007; Madge, et al., 2008; Batejan et al., 2015; Brausch & Muehlenkamp, 2018). No estudo de Duarte e colegas (2019b), com 411 adolescentes do contexto escolar, 26,5% tinham comportamentos auto lesivos. Os métodos menos graves/leves foram os mais referidos (e.g., bater em si próprio, morder-se, arrancar cabelo, impedir a cicatrização). O estudo mostrou que as funções interpessoais, intrapessoais e os grupos com e sem comportamentos auto lesivos estavam significativa e positivamente relacionados. As funções interpessoais (e.g., fronteira interpessoal, ligação aos pares, vingança, influência interpessoal) foram significativamente diferentes entre o grupo de jovens com e sem comportamentos auto lesivos, sendo mais referidas pelos jovens sem comportamentos auto lesivos. As funções intrapessoais da regulação do afeto, anti dissociação, mecanismo introspectivo, substituição do sofrimento e auto punição foram mais mencionadas pelos jovens com comportamentos auto lesivos.

Alguns estudos têm relacionado as funções com a ideação suicida e com as tentativas de suicídio. No estudo de Klonsky e Glenn (2008) as funções intrapessoais estavam mais associadas do que as funções interpessoais à ideação suicida. No estudo de Nock e Prinstein (2005) as tentativas de suicídio estavam relacionadas com as funções de reforço automático negativo, o

fim ou redução de pensamentos e sentimentos dolorosos a partir dos comportamentos auto lesivos (Nock, 2010). Dadas as relações entre as tentativas de suicídio e os comportamentos auto lesivos em diversos estudos, os autores propõem os comportamentos auto lesivos como um escape às experiências emocionais adversas, à semelhança do que os jovens referem acerca das tentativas de suicídio (Nock & Prinstein, 2005).

Paul e colegas (2014) analisaram associações entre os comportamentos auto lesivos, tentativas de suicídio e as funções associadas numa amostra de 14.372 participantes. Neste estudo, 14% dos jovens tinha comportamentos auto lesivos e 8% pensaram seriamente em se suicidar. No grupo de participantes com comportamentos auto lesivos e com tentativas de suicídio prévias, as funções mais comuns foram as intrapessoais, nomeadamente a anti dissociação e geração de emoções em contraste com o grupo sem comportamentos auto lesivos. As funções de evitamento do suicídio ou evitamento de auto lesão foram mais referidas pelo grupo com tentativas de suicídio do que pelo grupo com ideação suicida. O teste Post-Hoc mostrou que o grupo de participantes com tentativas de suicídio mencionava uma maior quantidade de funções para os comportamentos auto lesivos do que o grupo de participantes sem ideação suicida e que os últimos mencionavam mais funções para os comportamentos auto lesivos do que os participantes sem comportamentos auto lesivos (Paul, et al., 2014). A função influência interpessoal (e.g., mostrar que algo não está bem) foi a única significativa para o aumento do risco de ideação suicida, planos suicidas e tentativas suicidas. A função evitamento do suicídio foi a que teve relação mais forte com as tentativas de suicídio (Paul, et al., 2014).

Outros estudos (Lloyd-Richardson, et al., 2007; Grandclerc, et al., 2016) apresentaram diferenças significativas entre a gravidade dos métodos auto lesivos e a quantidade de funções mencionadas, concluindo que participantes com métodos moderados/severos referiram maior quantidade de funções do que os participantes com métodos menos graves e, os últimos, reportavam mais funções intrapessoais. Grandclerc et al (2016) sublinha ainda que o envolvimento em métodos auto lesivos com baixa gravidade mas com alta frequência realça as funções que os CAL servem, a regulação e o alívio do sofrimento psicológico (Grandclerc, et al., 2016).

O estudo de Brausch e Muehlenkamp (2018) mostrou, a partir de análises de regressões lineares, que a eficácia percebida das funções intrapessoais foi positiva e significativamente preditiva da gravidade e da frequência dos métodos auto lesivos, da intensidade e frequência da ideação suicida e das tentativas de suicídio, destacando-se as funções auto-punição, anti suicídio e anti-dissociação. A dimensão global das funções interpessoais relacionou-se negativamente

com a gravidade dos métodos, positivamente com a frequência da ideação suicida e não se relacionou com a intensidade da ideação suicida nem com as tentativas de suicídio (Brausch & Muehlenkamp, 2018).

As funções intrapessoais são mais comuns no sexo feminino do que no sexo masculino, porém nem sempre se verificam diferenças estatísticas significativas (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson, et al., 2007; Klonsky e Glenn, 2008). Alguns autores referem que o sexo feminino surge mais ligado às funções auto punitiva e regulação do afeto e o sexo masculino às funções de comunicação, influência interpessoal, integração e ligação aos pares, procura de sensações e o evitamento do suicídio (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Trewavas, Hasking, & McAllister, 2010).

Lloyd-Richardson e colegas (2007) verificaram que as funções intrapessoais foram as mais mencionadas do que as interpessoais. Contudo, não encontraram diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino. Apesar disso, as raparigas mencionaram mais a função de auto punição do que os rapazes e os rapazes mencionaram mais a função “fazer com que outros se zanguem” do que as raparigas. O estudo de Guerreiro et al. (2017) também não encontrou diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino com exceção da função vingança, mais referida por rapazes.

Objetivos e hipóteses do estudo

A investigação incide em adolescentes dos 13 aos 23 anos, recolhida em escolas do distrito de Lisboa e no serviço de psiquiatria de um hospital público. Em suma, pretende-se caraterizar estes jovens quanto (1) ao tipo de relação existente entre as dimensões de CAL, a tentativa de suicídio, a ideação suicida e a intenção suicida; (2) que representações das funções dos comportamentos auto lesivos estão mais associadas aos CAL, tentativa de suicídio, ideação e intenção suicida. Por último (3) analisar as prevalências quanto a), diversidade e frequência de CAL, b) prevalências de CAL consoante o contexto de recolha dos participantes, c) de onde retiraram a ideia dos CAL, d) lugares onde acontecem os comportamentos, e) se estão sozinhos quando fazem os CAL e f) diferenças quanto ao sexo e g) bullying.

Segundo uma meta-análise, as investigações sobre os comportamentos auto lesivos incidem em grande maioria sobre estudos comparativos entre os jovens que se envolvem em comportamentos auto lesivos e aqueles que fazem tentativas de suicídio; entre os jovens que se envolvem em comportamentos auto lesivos e tentam o suicídio em comparação com os que ou

apenas se auto lesionam ou apenas tentam o suicídio (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012), mas são menos frequentes os estudos que abordam as dimensões de gravidade dos métodos dos comportamentos auto lesivos. Os autores James e Stewart (2017) sugerem não dicotomização dos CAL com e sem intencionalidade suicida, mas antes a análise destes comportamentos a partir da gravidade dos métodos auto lesivos, de forma a evitar o uso desadequado dos termos comportamentos auto lesivos, tentativa de suicídio e intenção suicida. Acrescenta-se que, da revisão bibliográfica efetuada, a literatura tem sido pouco clara quanto à distinção entre sujeitos com ideação suicida e com intenção suicida (Klonsky, Saffer & Bryan, 2018). Os estudos revistos concentram-se no conceito de tentativa de suicídio e nos “*attempters*” para se referirem aos participantes com ideação suicida e intenção suicida (Stewart, et al., 2016). No sentido de colmatar estas divergências, neste estudo a definição utilizada para se referir aos comportamentos auto lesivos é a correspondente comportamentos auto lesivos deliberados ou *deliberate self-harm (DSH)*, uma vez que inclui os comportamentos com intenção de se magoar, sem diferenciar se é ou não uma tentativa de suicídio (Madge, et al., 2008). A gravidade dos métodos auto lesivos seguiram o critério definido na validação do Inventário dos Comportamentos Auto Lesivos para a população portuguesa por Duarte, Gouveia-Pereira e Gomes (2019). Ainda no sentido de colmatar as falhas acima enunciadas, este estudo é, do que se sabe, o primeiro em Portugal a explorar 3 questões relacionadas com a intenção suicida.

O primeiro objetivo deste estudo é a exploração das dimensões de gravidade dos métodos auto lesivos. Algumas investigações que suportam esta teoria mostraram que os métodos graves e moderados de auto lesão, como cortes, ingestão de medicamentos em excesso, queimaduras e gravações na pele estão correlacionados fortemente com as tentativas de suicídio e com a ideação suicida (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007; Plener, et al., 2009; Tang, et al., 2011; Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; Tanner & Martin, 2015; Stewart et al., 2016). Em participantes com comportamentos auto lesivos, ideação suicida e tentativas de suicídio o risco de suicídio é maior. Desta forma e no sentido de colmatar falhas na literatura, pretende-se explorar como é que as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos estão relacionadas com a tentativa de suicídio, com a ideação suicida e com a intenção suicida e de que dimensões têm maior impacto na explicação destas variáveis. Assim, colocam-se como hipóteses:

H1: Os comportamentos auto lesivos severos (e.g., “cortes”; “engolir substâncias perigosas com intenção de se magoar”) estão mais correlacionados com a tentativa de suicídio, com a intenção suicida e com a ideação suicida do que os comportamentos auto lesivos

leves/moderados (e.g., “mordi-me”; “cravar/gravar símbolos ou palavras na minha pele”; “espetar-me com agulhas”) e consumos de substâncias psicoativas (e.g., “consumi drogas com a intenção de me magoar”; “bebi em excesso com a intenção de me magoar”).

H2: A dimensão severa dos comportamentos auto lesivos (e.g., “cortes”; “engolir substâncias perigosas com intenção de se magoar”) tem maior impacto na ideação suicida, na intenção suicida e nas tentativas de suicídio do que os comportamentos auto lesivos leves/moderados e os consumos de substâncias psicoativas.

Alguns estudos longitudinais e transversais têm relacionado os comportamentos auto lesivos com o bullying mostrando que existem correlações significativas e positivas entre as duas variáveis (Affonso & Kaur, 2012; Bakken & Gunter, 2012; Young, et al., 2014; Karanikola, et al., 2018). Porém a investigação nesta área ainda é escassa. Assim, colocou-se como questão de investigação:

Questão de investigação: “Será que existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino e entre os adolescentes com e sem comportamentos auto lesivos no bullying?”.

Diversos estudos têm investigado a relação entre as funções e os comportamentos auto lesivos, mostrando que as funções intrapessoais são as mais referidas pelos jovens com e sem comportamentos auto lesivos (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Barata, 2016; Carvalho et al., 2017; Chu, et al., 2017; Ong, Tan & Liang, 2017; Brausch & Muehlenkamp, 2018; Taylor, et al., 2018; Duarte, et al., 2019a). As funções interpessoais são, geralmente, mais associadas aos jovens sem comportamentos auto lesivos (Klonsky, 2007; Madge, et al., 2008; Batejan et al., 2015; Brausch & Muehlenkamp, 2018), existido estudos em que são encontradas diferenças estatisticamente significativas e outros em que não se encontram diferenças (e.g. Ong, Tang & Liang, 2017; Taylor, et al., 2018). Porém, em Portugal a investigação ainda é parca nesta área, principalmente quando se adicionam variáveis como a ideação suicida, intenção suicida e dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos. Alguns estudos mostram associações significativas entre a ideação suicida, as tentativas de suicídio e as funções intrapessoais (Nock & Prinstein, 2005; Klonsky & Glenn, 2008; Paul, et al., 2014; Brausch & Muehlenkamp, 2018). Outras investigações mostram que as funções intrapessoais são mais referidas por adolescentes com métodos mais graves de auto lesão do que por jovens com métodos menos graves, destacando-se a auto punição, auto regulação do afeto (Batejan, et al., 2015; Grandclerc, et al., 2016; Guerreiro, et al., 2017; Brausch & Muehlenkamp, 2018; Duarte, et al., 2019b). Deste

modo, o segundo objetivo desta investigação centra-se na compreensão das representações das funções na relação com as dimensões de gravidade dos CAL, com a tentativa de suicídio, com a a ideação e com a intenção suicida. Assim, colocam-se as seguintes hipóteses:

H3: Existem relações positivas e significativas entre as dimensões globais das funções, a ideação suicida, a intenção suicida, tentativa de suicídio e as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos.

H4: As funções auto regulação do afeto, auto punição e substituição do sofrimento têm relações mais fortes e positivas com as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos, com a tentativa de suicídio, com a ideação e com a intenção suicida.

Método

Participantes

O estudo é constituído por 238 adolescentes entre os 13 e 23 anos (\bar{x} =16,96; DP=1,408). Vinte e seis (10%) participantes provêm de um meio clínico e 89% de 3 escolas do distrito de Lisboa e dois estabelecimentos universitários.

Nesta amostra 64,7% participantes são do sexo feminino e 35,3% do sexo masculino (Tabela 1). Do total 95,3% são portugueses, 2,1% são brasileiros, 0,9% angolanos, 1,6% são portugueses e angolanos, russos, americanos e portugueses-romeno (anexo 2, Tabela 17).

Tabela 1. **Dados sociodemográficos**

Sexo	Sexo	
	Frequência	Percentagem
Masculino	84	35,3
Feminino	154	64,7
Total	238	100,0

Dos participantes, 50,4% (N=120) frequentam o 12º ano de escolaridade (Tabela 2) e 25,2% (N=60) já reprovaram, sendo o 10º o ano com maior frequência de reprovações num total de 53 participantes (N=8,4%; N= 20) (anexo 2, Tabela 18).

Tabela 2. **Frequências por ano de escolaridade**

	Ano de escolaridade	
	Frequência	Percentagem
7º ano	1	,4
8º ano	4	1,7
9º ano	7	3,0
10º ano	45	19,1
11º ano	55	23,4
12º ano	120	51,1
Licenciatura	3	1,3
Total	235	100,0

Nesta amostra 66% (N=160) dos participantes afirmaram não ter comportamentos auto lesivos, 33% (N=79) afirmaram estar envolvidos nestes comportamentos (Tabela 3).

Tabela 3. **Prevalências dos comportamentos auto lesivos**

Prevalência dos comportamentos auto lesivos

	Frequência	Percentagem
Não tem CAL	156	66,4
Tem CAL	79	33,6
Total	235	100,0

Materiais

Questionário sociodemográfico. Foi pedido aos adolescentes que respondessem a questões sobre a idade, género, nacionalidade, escolaridade e respetivas reprovações, bullying e se já fizeram tentativas de suicídio e quantas.

Suicidal Ideation Questionnaire. Foi utilizado o questionário da ideação suicida (SIQ, Reynolds, 1988), traduzido e adaptado por Ferreira e Castela (1999). O SIQ é um instrumento de auto preenchimento desenvolvido por Reynolds, que permite avaliar hierarquicamente a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. O instrumento é composto por 30 itens (e.g., “pensei suicidar-me”; “pensei quando me suicidaria”; “desejei estar morto”). A escala de resposta varia entre 0 (“o pensamento nunca ocorreu”) e 6 (“o pensamento ocorreu sempre”). Os resultados da escala variam entre 0-180 e são obtidos a partir do somatório das pontuações dos 30 itens. Assim, quanto maior for a pontuação maior a ideação suicida. Segundo o autor do questionário, uma pontuação igual ou superior a 41 pode indicar a existência psicopatologia e de potencial risco de suicídio (Reynolds, 1988). O instrumento ainda não apresenta pontos de corte para a população portuguesa, pelo que se optou por seguir o critério proposto pelo autor.

O alfa de Cronbach encontrado por Ferreira e Castela (1999) foi de 0.96, ligeiramente superior ao coeficiente referido pelo autor original. No presente estudo, o questionário apresentou boa consistência interna ($\alpha=0.98$; $\bar{x}=0.865$; DP =1,219).

Inventário dos Comportamentos Auto Lesivos (ICAL). O inventário dos comportamentos auto lesivos foi validado para adolescentes portugueses por Duarte, Gouveia-Pereira e Gomes (2019). Este instrumento foi desenvolvido a partir da primeira secção do Inventário das Afirmações sobre os Comportamentos Auto Lesivos (Klonsky & Glenn, 2009). O Inventário é constituído por 3 fatores: Comportamentos Auto Lesivos Severos (CALs), Comportamentos Auto Lesivos Leves/Moderados (CALLM) e Consumo de Substâncias Psicoativas (CSP). É pedido ao

participante que diga a frequência ou ausência de cada comportamento ao longo da vida (“Não”; “Sim – 1 vez”; “Sim – 2 a 10 vezes”; “Sim, mais de 10 vezes”).

O fator comportamentos auto lesivos severos é constituído por 5 itens (e.g., “cortei-me”, “queimei-me”, “engoli substâncias perigosas com intenção de me magoar”). Neste estudo, retirou-se o método tentativa de suicídio à dimensão. Este fator apresentou boa consistência interna ($\alpha = .767$; $\bar{x} = .63$; DP = 1,773).

O fator comportamentos auto lesivos leves/moderados é composto por 6 itens (e.g., “mordi-me”, “cravei/gravei símbolos ou palavras na minha pele, sem contar com tatuagens”, “cocei/arranhei-me até fazer ferida sem ser por causa de comichão”, “espetei-me com agulhas”). Este fator apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0.821$; $\bar{x} = 1,47$; DP = 2,993)

O fator consumos de substâncias psicoativas é constituído por 2 itens (e.g., “consumi drogas com intenção de me magoar” e “bebi em excesso com intenção de me magoar”). Este fator apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0.535$; $\bar{x} = .20$; DP = .785).

Escala da Intenção suicida. Esta escala é composta por 3 itens que avaliam a intenção de suicídio em adolescentes (e.g., “Quando realizas/tens estes comportamentos pensas num plano para acabar com a tua vida?”) (Gouveia-Pereira, 2019). Os itens são auto preenchidos pelos jovens numa escala de 0 a 4, em que 0 corresponde a “nunca” e 4 corresponde a “sempre” (Gouveia-Pereira, 2019). A escala apresenta boas propriedades métricas ($\alpha = .918$; M= 3,50; DP= 3,26).

Questionário das representações das funções dos comportamentos auto lesivos para adolescentes. Este questionário encontra-se validado para os adolescentes portugueses e apresenta boas propriedades psicométricas (Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019a). O questionário inclui itens de três fontes diferentes: a tradução da segunda secção do Inventário das Afirmações sobre os Comportamentos Auto Lesivos (Klonsky & Glenn, 2009), itens que resultaram da análise das entrevistas e itens das análises dos jornais Portugueses (Duarte, et al., 2019a).

Como este instrumento se destina às representações sociais dos CAL, ou seja, não inclui apenas os adolescentes com comportamentos auto lesivos mas também os que não têm CAL, o questionário tem uma introdução que menciona que existem alguns jovens que têm este comportamento, e caso o adolescente esteja envolvido nos CAL, então deverá responder consoante a sua experiência (Duarte, et al., 2019a). Neste sentido, é possível diferenciar as representações que os adolescentes fazem dos CAL, quer estejam envolvidos ou não nestes

comportamentos. Os itens começam com “quando os jovens têm estes comportamentos, estão...” e as respostas são dispostas numa escala de Likert que vai desde “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente” (Duarte, et al., 2019a)

Este inventário tem 35 itens que avaliam as experiências e as representações de 11 funções dos comportamentos auto lesivos, que podem ser categorizadas de acordo com duas dimensões, a dimensão intrapessoal e interpessoal (Duarte, et al., 2019a). A dimensão interpessoal ($\alpha = .815, \bar{x} = 2,540, DP = .643$) é composta pelas funções Autonomia e Resistência (e.g., “demonstrar que eles são resistentes e fortes”; $\alpha = .799, \bar{x} = 2,407, DP = .776$), Fronteiras/Limites Interpessoais (e.g., “criar uma fronteira entre eles próprios e os outros”; $\alpha = .793, \bar{x} = 2,889, DP = .983$), Influência Interpessoal (e.g. “Procura de apoio ou ajuda dos outros”; $\alpha = .819, \bar{x} = 2,905, DP = .931$), Ligação aos pares (e.g. “Tentar integrar-me”; $\alpha = .394, \bar{x} = 2,269, DP = 1,406$) e Vingança (e.g. “Tentar magoar alguém perto deles”; $\alpha = .787, \bar{x} = 2,345, DP = .903$). A dimensão intrapessoal ($\alpha = .878, \bar{x} = 3,457, DP = .516$) inclui a Regulação de Afeto (e.g. “Reduzir a ansiedade, frustração, raiva, e outras emoções”; $\alpha = .715, \bar{x} = 3,887, DP = .723$), Anti Dissociação (e.g. “Infligir dor para sentir alguma coisa”; $\alpha = .756, \bar{x} = 3,056, DP = .745$), Mecanismo de Fuga (e.g. “Fugir dos problemas”; $\alpha = .850, \bar{x} = 3,577, DP = .806$), Mecanismo Introspectivo (e.g. “Organizar as ideias”; $\alpha = .582, \bar{x} = 2,543, DP = .810$), Substituição de Sofrimento (e.g. “Criar dor física para esquecer a dor psicológica”; $\alpha = .901, \bar{x} = 3,811, DP = .796$) e Auto Punição (e.g. “Faço porque sinto culpa”; $\alpha = .650, \bar{x} = 3,647, DP = .771$). A consistência interna das dimensões globais teve resultados semelhantes aos do artigo de Duarte et al. (2019a).

Procedimento

A amostra foi recolhida no distrito de Lisboa, em dois contextos diferentes, em 4 escolas e no serviço de psiquiatria de um hospital público em Lisboa.

As escolas foram contactadas previamente com o objetivo de apresentar e explicar a investigação. Depois do consentimento da administração da escola, foram selecionadas algumas turmas do 7º ao 12º ano. Foi pedido aos encarregados de educação autorização para a colaboração dos seus educandos neste estudo. Após a recolha das autorizações, os questionários foram aplicados aos alunos. Aos alunos foi dado a conhecer os objetivos da investigação e foram informados sobre a participação ser voluntária, que em caso de desistência ou abandono não teriam qualquer penalização. Foi-lhes também garantido a confidencialidade dos dados e o anonimato e explicado que os dados seriam apenas usados com a finalidade científica. Foram

também providenciados contactos e moradas do centro de saúde mais próximo de cada escola e de hospitais a que jovens pudessem recorrer em caso de necessidade.

No hospital os questionários foram aplicados de forma semelhante. A amostra foi recolhida na consulta de Psiquiatria e Pedopsiquiatria, nas triagens do risco de suicídio e nas primeiras consultas para acompanhamento psicoterapêutico a adolescentes dos 13 aos 21 anos.

Resultados

Comportamentos auto lesivos

A prevalência de comportamentos auto lesivos para os participantes de origem clínica foi de 69,2% (N=18) relativamente a 26 participantes; e no contexto escolar foi de 29,1% (N=61) relativamente a 209 participantes (Tabela 4). O sexo masculino apresentou uma prevalência geral de comportamentos auto lesivos de 21,4% relativamente a 84 participantes e o sexo feminino uma prevalência de 40,3% (N=61) relativamente a 151 participantes (Tabela 4). No contexto clínico e no contexto escolar as percentagens de CAL foram maiores nas raparigas (66%; 33%, respetivamente) do que nos rapazes (33%; 19,6%, respetivamente). Dos 68 participantes que responderam à questão da data de início dos comportamentos auto lesivos, a idade mais referida pelos participantes foi os 13,5 anos (\bar{x} =13,51; DP=2,01).

Tabela 4. **Distribuição dos CAL por contexto de recolha e por sexo**

Distribuição dos CAL por contexto de recolha				Distribuição dos CAL por sexo			
		Grupo		Total	Sexo		Total
		Clínico	Escola		Masculino	Feminino	
CAL	Não tem cal	8	148	156	66	90	156
	Tem cal	18	61	79	18	61	79
Total		26	209	235	84	151	235

Em 232 participantes que responderam à questão, 56,9%, (N=132) nunca foram nem são vítimas de bullying e 43% (N=100) foram vítimas de bullying alguma vez (Tabela 5). A partir da análise das tabulações cruzadas, verificou-se que os 19% (N=44) de 229 participantes apresentavam comportamentos auto lesivos e episódios de bullying (Tabela 6). Dos participantes com comportamentos auto lesivos, as raparigas apresentaram mais bullying que os rapazes (45% vs. 13,3%, respetivamente) (anexo 4, Tabela 51).

Tabela 5. **Prevalência de bullying**

Bullying		
	Frequência	Percentagem
Não tem bullying	132	56,9
Tem bullying	100	43,1
Total	232	100,0

Tabela 6. **Participantes com comportamentos auto lesivos e episódios de bullying**

CAL e Bullying

		Bullying		Total
		Não tem bullying	Tem bullying	
CAL	Não tem cal	99	55	154
	Tem cal	31	44	75
Total		130	99	229

Foi colocada a questão de investigação “será que existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino e entre os adolescentes com e sem comportamentos auto lesivos no bullying?”. Para analisar esta questão foi realizada uma ANOVA (anexo 4, Tabela 52 e 53).

Os resultados mostraram que os adolescentes do sexo feminino com comportamentos auto lesivos (\bar{x} =.596; DP=.495) apresentam mais bullying do que os adolescentes do sexo masculino com comportamentos auto lesivos (\bar{x} =.555; DP=.511) (anexo 4, Tabela 52).

Dos efeitos principais observa-se que o bullying difere de forma estatisticamente significativa entre ter e não ter os comportamentos auto lesivos porém o sexo não. Os efeitos de interação entre o sexo e os comportamentos auto lesivos também não são estatisticamente significativos, ou seja, não existe efeito de interação entre as variáveis no bullying. A análise global, com os efeitos de principais e de interação, mostrou a existência de um modelo significativo, que explica 4% da variação do bullying (R^2 =.040; p -value <.05) e 96% são explicados por outros fatores.

Quanto à frequência dos comportamentos auto lesivos, 6% (N=15) participantes praticaram-nos uma vez, 17% (N=40) participantes praticaram-nos entre duas a dez vezes e 10% (N=24) participantes mais de dez vezes (anexo 2.2, Tabela 22).

A maioria dos jovens relatou envolver-se entre 2 e 4 métodos auto lesivos (15%), existindo 9 sujeitos (3,8%) que se envolveram em 8 ou mais métodos (tabela 7). Dos jovens com comportamentos auto lesivos, os métodos mais referidos correspondem à dimensão dos CAL leves/moderados (\bar{x} =.241; DP=.501) e foram os métodos morder-se (20,2%), bater em si próprio ou com o corpo (18,4%), cortar-se (16,3%) e puxar/arrancar o cabelo (14,5%) que apresentaram percentagens mais altas (anexo 2.2, Tabela 23) e os mais repetidos (entre 2 a 10 vezes ou mais).

Tabela 7. Diversidade dos métodos auto lesivos

Diversidade de métodos auto lesivos		
	Frequência	Porcentagem
Não tem	156	66,7
Um método	18	7,7
2 a 4 métodos	36	15,4
5 a 7 métodos	15	6,4

8 ou mais métodos	9	3,8
Total	234	100,0

No geral, 8,9% (N=21) dos participantes tentaram suicidar-se (anexo 2.3, Tabela 24). Os participantes de origem clínica (37,5%) tiveram prevalências mais altas de tentativas de suicídio do que os participantes de contexto escolar (5,7%) (anexo 2.3, Tabela 25). A partir da análise do quadro de referência cruzada, foi possível observar que os participantes com mais tentativas de suicídio (mais de duas) se envolviam em pelo menos 5 métodos auto lesivos (Tabela 8). A partir de uma matriz correlacional entre as tentativas de suicídio e os métodos auto lesivos observaram-se relações significativas com os métodos ingerir medicamentos para se magoar ($\alpha = .628$; p -value $< .01$) e morrer ($\alpha = .690$; p -value $< .01$), engolir substâncias perigosas ($\alpha = .534$; p -value $< .01$), morder-se ($\alpha = .523$; p -value $< .01$) e cortar-se ($\alpha = .509$; p -value $< .01$) (anexo 2.3, Tabela 26).

Tabela 8. Cruzamento entre diversidade de métodos de CAL e tentativas de suicídios

		Diversidade de métodos * Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?				Total
		Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?				
		Nunca	Uma vez	Duas vezes	Mais de duas vezes	
Diversidade de métodos	não tem	155	0	0	0	155
	um método	17	1	0	0	18
	2 a 4 métodos	31	5	0	0	36
	5 a 7 métodos	5	4	2	2	13
	8 ou mais métodos	2	1	2	4	9
Total		210	11	4	6	231

Dos 70% de participantes que responderam à questão “estás sozinho quando realizas estes comportamentos?”, 64% (N=45) e 14,3% (N=10) responderam estar sempre e quase sempre sozinhos, respetivamente, sendo o valor mais alto nas raparigas (83% vs. 64,7%) (anexo 2.2, Tabela 19). Dos 71 participantes que responderam à questão “onde costumavas realizar estes comportamentos?”, 90% (N=64) respondeu realizá-los em casa e 4,2% (N=3) na escola (anexo 2.2, Tabela 20). Quanto à questão “onde retirou a ideia para fazer estes comportamentos?”, dos 70 participantes que responderam as respostas mais frequentes foram internet (28,4%), filmes e séries (14,3%), amigos/colegas (28,6%) e outros (34,3%) (e.g., “da minha cabeça”, “de mim próprio”) (anexo 2.2, Tabela 21).

A ideação suicida foi calculada de acordo com o ponto de corte estabelecido pelo autor do instrumento. Assim, abaixo do valor 41 os participantes referem não ter potencial risco de suicídio e acima deste valor apresentam ideação suicida. Dos participantes desta amostra, 21% (N=50) mostraram ter ideação suicida (anexo 2.4, Tabela 27), sendo que as raparigas apresentam 25,3% (N=38) e os rapazes 14,6% (N=12) (anexo 2.4, Tabela 28). A análise das tabulações cruzadas mostrou que os participantes de contexto clínico mostraram 56,2% (N=13) de ideação suicida e os participantes de contexto escolar mostraram 17,7% (N=37) de ideação suicida (anexo 2.4, Tabela 29).

No sentido de responder às hipóteses, começou-se pelo primeiro objetivo desta investigação, a exploração da possível existência de um *continuum* de gravidade dos pensamentos e comportamentos auto lesivos e como se relacionam com a tentativa de suicídio, com a ideação e a intenção suicida. Assim, para responder à hipótese 1, “os comportamentos auto lesivos severos (CALs) estão mais correlacionados com a tentativa de suicídio, com a ideação suicida e com a intenção suicida do que os comportamentos auto lesivos leves/moderados (CALLM) e consumos de substâncias psicoativas (CSP)”, realizou-se uma matriz de correlações entre a intenção suicida e as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos.

A análise da matriz de correlações mostrou que todas as variáveis em estudo estão correlacionadas entre si positiva e significativamente, como mostra a tabela abaixo (*p-value* <.01). Observam-se correlações mais fortes entre as tentativas de suicídio, a ideação e a intenção suicida com os comportamentos auto lesivos severos do que com os CAL leves/moderados e consumos de substâncias psicoativas (Tabela 9).

Tabela 9. Correlações entre as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos e a intenção suicida

	I	II	III	IV	V	VI
I. Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio	1					
II. CALs	,681**	1				
III. CALLM	,566**	,671**	1			
IV. CSP	,371**	,573**	,408**	1		
V. Intenção suicida	,599**	,692**	,302**	,329**	1	
VI. Ideação suicida	,518**	,649**	,626**	,454**	,716**	1

** . A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Nota. CALs = comportamentos auto lesivos severos; CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados; CSP = consumo de substâncias psicoativas

Para analisar e clarificar o poder preditivo das dimensões de letalidade dos CAL na ideação e na intenção suicida, observadas na hipótese 1, foram realizadas análises de regressão pelo método de *Stepwise*. Colocou-se como hipótese que a dimensão severa dos comportamentos auto lesivos é estatisticamente significativa para explicar a ideação suicida, a intenção suicida e as tentativas de suicídio.

Os resultados mostraram que os comportamentos auto lesivos severos e leves moderados foram preditores da ideação suicida, explicando 48,5% da sua variabilidade (Tabela 10). Porém, os comportamentos auto lesivos severos foram os únicos preditores da intenção suicida, explicando 69,2% da intenção suicida (Tabela 11). Os consumos de substâncias psicoativas (CSP) foram excluídos nos dois modelos. Quanto à tentativa de suicídio, observou-se que as três dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos foram preditivos desta variável, explicando 50,4% da sua variância (Tabela 13). Abaixo, os valores de β mostram o impacto que cada variável tem no modelo (Tabelas 10, 11 e 12).

Tabela 10. Gravidade dos métodos dos CAL como preditores da ideação suicida

Dimensões de gravidade dos CAL	Ideação suicida	
	β	<i>p</i>
CALS	,417	.000*
CALLM	,350	.000*
CSP	n.s	
R^2 ajustado= ,485		

* $p < .05$;

Nota. β = coeficientes padronizados; *p* = teste de significância; n.s.= estatisticamente não significativo; CALS = comportamentos auto lesivos severos; CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados

Tabela 11. Gravidade dos métodos dos CAL como preditores da intenção suicida

Dimensões de gravidade dos CAL	Intenção suicida	
	β	<i>p</i>
CALS	,692	.000*
CALLM	n.s	
CSP	n.s	
R^2 ajustado= ,471		

* $p < .05$;

Nota. β = coeficientes padronizados; *p* = teste de significância; n.s.= estatisticamente não significativo; CALS = comportamentos auto lesivos severos; CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados

Tabela 12. Gravidade dos métodos dos CAL como preditores da tentativa de suicídio

Dimensões de gravidade dos CAL	Tentativa de suicídio
--------------------------------	-----------------------

	β	p
CALS	,631	.000*
CALLM	,222	.000*
CSP	-.147	.000*
$R^2_{ajustado} = ,504$		

* $p < .05$;

Nota. β = coeficientes padronizados; p = teste de significância; n.s.= estatisticamente não significativo; CALS = comportamentos auto lesivos severos; CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados; CSP = consumo de substâncias psicoativas

Representações das funções dos comportamentos auto lesivos

Para responder à hipótese 3 “existem relações positivas e significativas entre as dimensões globais das funções, a ideação suicida, a intenção suicida, tentativa de suicídio e as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos” foram realizadas duas matrizes de correlações de *Pearson* (Tabela 13 e 14). E esperou-se ainda que a função auto regulação do afeto, auto punição e substituição do sofrimento tivessem relações mais fortes e positivas com as dimensões de gravidade dos CAL, com a tentativa de suicídio, com a ideação e a intenção suicida (hipótese 4).

A análise dos resultados mostrou que a dimensão global das representações das funções interpessoais está correlacionada significativamente com os CAL severos e moderados e com a ideação suicida (Tabela 13). Porém, estas associações são negativas e fracas, ou seja, quanto mais comportamentos auto lesivos severos/moderados e ideação suicida menos representações das funções interpessoais. Da análise das correlações das sub dimensões interpessoais, observou-se que os comportamentos auto lesivos severos e moderados estão correlacionados negativamente com as funções autonomia e resistência, ligação aos pares e vingança. A tentativa de suicídio está correlacionada negativamente com a vingança. A ideação suicida está correlacionada negativamente com as funções fronteiras e limites, ligação aos pares e vingança (Tabela 13).

Tabela 13. Correlações entre as dimensões individuais das funções interpessoais, dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos, ideação e intenção suicida

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I. Já alguma vez fizeste alguma TS?	1											
II. CALS	,687**	1										
III. CALLM	,579**	,671**	1									
IV. CSP	,354**	,573**	,408**	1								

V. Intenção suicida	,597 **	,692 **	,302 **	,329 **	1								
VI. Ideação suicida	,518 **	,649 **	,626 **	,454 **	,716 **	1							
VII. Interpessoais	n.s.	-,239 **	-,221 **	n.s.	n.s.	-,214 **	1						
VIII. Auton. e Resistência	n.s.	-,218 **	-,164 *	n.s.	n.s.	n.s.	,813 **	1					
IX. Fronteiras e limites	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-,148 *	,406 **	,220 **	1				
X. Influência interpessoal	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,640 **	,338 **	n.s.	1			
XI. Ligação aos pares	n.s.	-,143 *	-,157 *	n.s.	n.s.	-,166 *	,682 **	,402 **	,139 *	,286 **	1		
XII. Vingança	-,144 *	-,266 **	-,227 **	n.s.	n.s.	-,304 **	,732 **	,514 **	,220 **	,454 **	,383 **	1	

*. A correlação é significativa no nível 0,05.

** . A correlação é significativa no nível 0,01.

Nota. ; n.s.= estatisticamente não significativo; CALS = comportamentos auto lesivos severos; CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados; CSP = consumo de substâncias psicoativas

As funções intrapessoais mostraram relações significativas e positivas com todas as dimensões dos comportamentos auto lesivos, com a tentativa de suicídio, com a ideação suicida e com a intenção suicida, sendo que é com a intenção suicida que a associação é mais forte (Tabela 14). Quanto às sub dimensões das funções intrapessoais, observa-se que as tentativas de suicídio, os comportamentos auto lesivos, a ideação suicida e a intenção suicida estão correlacionados com a auto regulação do afeto e com a substituição do sofrimento, à exceção da intenção suicida. A ideação suicida está também relacionada com a auto punição e com o mecanismo introspectivo (Tabela 14).

Tabela 14. Correlações entre as dimensões individuais das funções intrapessoais, dimensões de gravidade dos CAL, tentativa de suicídio, ideação suicida e intenção suicida

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
I. Já alguma vez fizeste alguma TS?	1												
II. CALS	,687 **	1											
III. CALLM	,579 **	,671 **	1										
IV. CSP	,354 **	,573 **	,408 **	1									
V. Intenção suicida	,597 **	,692 **	,302 **	,329 **	1								
VI. Ideação suicida	,518 **	,649 **	,626 **	,454 **	,716 **	1							
VII. Intrapessoais	,212 **	,243 **	,282 **	,211 **	,307 *	,294 **	1						
VIII. Anti dissociação	,170 *	,147 *	,178 **	,167 *	n.s.	,169 *	,741 **	1					
IX. Auto punição	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,193 **	,602 **	,297 **	1				
X. Regulação Afeto	,206 **	,250 **	,338 **	,168 *	,232 *	,345 **	,716 **	,292 **	,458 **	1			

XI. Mec. Fuga	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	,674 **	,304 **	,449 **	,331 **	1		
XII. Mec. Introspectivo	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	,196 **	,266 **	,197 **	n.s	n.s	,138 *	1	
XIII. Sub. sofrimento	,262 **	,260 **	,324 **	,156 *	n.s	,323 **	,789 **	,497 **	,331 **	,659 **	,295 **	n.s	1

*. A correlação é significativa no nível 0,05.

** . A correlação é significativa no nível 0,01.

Nota. ; n.s.= estatisticamente não significativo; CALS = comportamentos auto lesivos severos; CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados; CSP = consumo de substâncias psicoativas

Discussão

O presente estudo teve como objetivo primeiramente explorar as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos, observando as relações entre os participantes com comportamentos auto lesivos, com tentativas de suicídio, com ideação suicida e com intenção suicida, procurando compreender de que forma é que estas variáveis se relacionam com as dimensões de gravidade dos métodos de CAL. Em segundo, propôs-se o estudo das representações das funções dos comportamentos auto lesivos. Procurou-se saber que tipo de relações existem entre as dimensões das funções e as dimensões de gravidade dos métodos de CAL, as tentativas de suicídio, a ideação suicida e a intenção suicida, e que subfunções têm relações mais fortes com estas variáveis. Por último, colocou-se uma questão de investigação relativamente ao bullying, questionando se existirão diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino e entre os adolescentes com e sem comportamentos auto lesivos no bullying.

Comportamentos auto lesivos

Neste estudo, a prevalência de comportamentos auto lesivos encontradas em participantes dos 13 aos 23 anos foi de 33%. Em contexto escolar foi de 29%. A nível internacional esta percentagem é superior a alguns países chineses (Plener, et al., 2009; Tang, et al., 2011; You, Leung, Fu & Lai, 2011; Moran, et al., 2012; Cheung, et al., 2013), é inferior aos Estados Unidos da América (46,5%) (Lloyd-Richardson et al. (2007), embora seja superior a outros estudos americanos (e.g., Plener et al., 2009; Muehlenkamp & Gutierrez, 2014), e é semelhante às prevalências encontradas nos países europeus (e.g., Plener, et al., 2009; Brunner, et al., 2014), com exceções na Alemanha, França e Estónia que apresentam prevalências superiores (Brunner, et al., 2014). A nível nacional esta percentagem vai ao encontro das prevalências de estudos realizados em Portugal, onde se verificam valores entre os 26% e os 29% (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado & Silva, 2012; Barata, 2016; Carvalho, Motta, Sousa & Cabral, 2017; Matos & Aventura Social, 2018; Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes & Sampaio, 2019). Em contexto clínico, neste estudo encontrou-se uma percentagem de 69% de comportamentos auto lesivos, sendo inferior aos valores encontrados em países europeus e nos EUA (Nock, et al., 2006; Odelius & Ramklint, 2014; Ferrey, et al., 2015; Stewart, et al., 2016). Comparativamente com algumas investigações realizadas em Portugal, este valor foi superior em mais de 20% (Guerreiro, et al., 2009; Santos, Saraiva & Sousa, 2009; Jorge, Queirós & Saraiva,

2015; Cruz, Narciso & Sampaio, 2016). Tais diferenças podem ficar a dever-se à especificidade da recolha dos participantes num serviço de psiquiatria maioritariamente direcionado para os comportamentos auto lesivos.

Dadas as percentagens encontradas nesta e em outras investigações, pode-se concluir que a adolescência é uma fase do ciclo de vida dos jovens com particularidades no seu desenvolvimento. É um período em que se inicia a elaboração da consolidação da identidade do adolescente, da escolha do seu papel social, da seleção dos valores e ideais que pode ser vivido como uma janela aberta para novas oportunidades e aventuras e/ou pode ser um período de rutura (Matos, 2017). É a altura em que o jovem vive um conjunto de separações do seu eu infantil, do seu corpo ameninado, das figuras significativas outrora heroicas, do confronto com a dependência mas também com a tendência para o agir, para a exploração dos radicalismos, riscos e provocações experimentais ou atacantes, pela visão absoluta e autoconvencimento. Desta fase, vivida com intensidade podem fazer parte a depressão, os pensamentos de morte, os comportamentos de risco, como os comportamentos auto lesivos, as tentativas de suicídio, entre outros, como veículo de expressão das dificuldades de adaptação às mudanças da transição para e por esta fase do ciclo vital, ou seja, são comportamentos que comunicam o seu sofrimento (Marcelli, 2002).

Tal sofrimento verifica-se também ao olhar para o valor percentual de ideação suicida nos participantes em geral, cerca de 21% e de tentativas de suicídio, quase 9%. São mais as raparigas do que os rapazes que apresentam pensamentos de morte com risco potencial de suicídio. O sexo feminino é também aquele que mostra valores mais altos de comportamentos auto lesivos. A razão destas diferenças tem sido explicada pela tendência de internalização das emoções no caso das raparigas, mostrando muitas vezes maiores índices de depressão e ansiedade (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Joiner, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Madge, et al., 2008; Matos & Sampaio, 2009; Cheung et al., 2013; Barata, 2016), enquanto que os rapazes tendem a externalizar mais as emoções, utilizando métodos mais violentos e públicos do que as raparigas (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Além disso, a depressão é olhada como uma doença feminina, pelo que o sexo masculino tem, geralmente, mais relutância em identificar fatores psicopatológicos bem como pedir ajuda (Branney & White, 2008; Riska, 2009), apesar do suicídio consumado ser maior nos homens do que nas mulheres (Rudmin, Ferrada-Noli & Skolbekken, 2003). Segundo Laye-Gindhu e Schonert-Reichl (2005), os comportamentos auto lesivos nos rapazes podem também ser vistos como um teste de força ou superação no contexto de jogos com os pares (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005) e podem ser usados como forma

de camuflar a depressão sem transgredir os ideais da masculinidade (Pease, 2002; Oliffe, et al., 2012). Estas diferenças talvez sejam visíveis quando se comparam as percentagens entre raparigas e rapazes quanto à prática dos CAL com ou sem companhia, sendo os valores diferentes em quase 20% neste estudo.

Verificou-se ainda que 90% dos adolescentes se auto lesionam em casa, sendo mais as raparigas do que os rapazes com uma diferença de cerca de 10%. Sendo a percentagem tão alta, questiona-se acerca dos possíveis significados que este espaço possa ter no contexto da realização dos CAL pelos adolescentes. Se por um lado os jovens procuram um espaço pouco visível, mais íntimo onde seja possível guardarem o “segredo”, por outro lado não deixa de ser intrigante que esse lugar, a sua casa, o seu lar, devesse ser aquele onde se deviam sentir seguros e protegidos mas é, no entanto, o lugar onde auto dirigem a sua agressividade. Neste sentido, sugere-se que mais investigações sejam feitas no âmbito sistémico-familiar dos adolescentes com CAL para que se compreendam as dinâmicas familiares e possíveis dificuldades de adaptação do sistema face a esta fase. A adolescência é simultaneamente difícil para os adolescentes e para a sua família, pois é uma fase de separações, distanciamentos, desidealizações, reconhecimentos e redefinições mútuas (Relvas, 1996; Machado, Branco & Sousa, 2008).

A exploração e a experimentação são cruciais para o desenvolvimento, e nesta fase ganham novamente ênfase a partir das relações com os pares, permitindo viver diversos papéis, afetos, atitudes, comportamentos, valores e ideias, confrontar-se com a diferença, com a rivalidade, com a negociação, com a partilha, sendo que quanto mais heterogéneo for o grupo, mais possibilidade o adolescente tem de ampliar as suas experiências (Alarcão, 2006). Quando os adolescentes deste estudo foram questionados acerca de onde retiraram as ideias dos comportamentos auto lesivos, a maioria respondeu a partir da internet (28,4%) e de amigos/colegas (28,6%). Estes dados confirmam os dados referidos em outras investigações, mostrando a importância das relações com os pares, principalmente por fatores como a modelação e o contágio social na prática de CAL (Hasking, et al., 2015; Duarte, 2018), e demonstraram o que alguns autores sublinham na relação entre o grupo homogéneo e o risco de perturbação psicoafectiva, explicando que, por identificação do grupo ao jovem sintomático, o grupo “adota” o sintoma ou alia-se (Winnicott; 1975, citado por Marcelli, 2005; Alarcão, 2006). A literatura tem mostrado que os adolescentes com CAL têm uma maior tendência para terem amigos que também se auto lesionam do que os adolescentes que não têm CAL (Hasking, et al., 2015; Guerreiro et al., 2017). Se por um lado, estas situações são tanto mais prováveis quanto maiores forem os riscos do adolescente, como dificuldades de integração, experiências

relacionais mal-sucedidas, bullying, etc (Nunes, 2007; Carvalho, et al., 2013; Tuval-Mashiach et al., 2008; Cruz, Narciso & Sampaio, 2016), por outro, saber que outros adolescentes para além do próprio jovem, se auto lesionam reduz o estigma e facilita que os adolescentes contem uns aos outros o envolvimento em comportamentos auto lesivos (Hasking, et al., 2015).

Acerca da utilização da internet, no estudo de Radovic e Hasking (2013) aqueles que viram os filmes sobre CAL com capacidade de normalizar estes comportamentos responderam terem-se sentido menos sozinhos e mais apoiados. Outros estudos indicam que os adolescentes com CAL se envolvem mais em atividades *online* do que aqueles sem CAL (Mitchell & Ybarra, 2007, citado por Lewis & Arbuthnott, 2012). O envolvimento nestas atividades pode ter a função de procura de suporte e validação para os CAL (Lewis & Arbuthnott, 2012; Rowe, French & Henderson, 2014). As investigações mostram que 20 a 27% dos indivíduos com comportamentos auto lesivos obtiveram a ideia de se envolverem em CAL a partir da internet, dos filmes e séries e cerca de 40% sentiram-se encorajados pelos filmes (Nixon, Cloutier & Jansson, 2008; Heath, et al., 2009, citado por Radovic & Hasking, 2013).

Para este estudo, um dos objetivos foi testar a teoria da existência de um *continuum* de gravidade entre os comportamentos auto lesivos e o suicídio. Para tal, colocou-se como hipótese que os comportamentos auto lesivos estão mais correlacionados com a tentativa de suicídio, com a intenção suicida e com a ideação suicida do que os comportamentos auto lesivos leves/moderados e consumos de substâncias psicoativas” (hipótese 1). No geral, os resultados obtidos foram ao encontro do esperado. A Tabela 9, mostra que os comportamentos auto lesivos severos têm relações moderadas e positivas com a tentativa de suicídio, com a intenção de suicídio e com a ideação suicida. Estes resultados levam à conclusão de que os comportamentos auto lesivos severos e as variáveis tentativa de suicídio, ideação suicida e intenção suicida são moderadamente interdependentes numa relação linear positiva, ou seja, se há o aumento numa variável, então a outra aumentará. Estes dados estão de acordo com a literatura (Lloyd-Richardson, et al., 2007; Guerreiro, et al., 2009; Santos, Saraiva & Sousa, 2009; Tang, et al., 2011; Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; Carvalho, et al., 2013; Stewart, et al., 2016).

Estes resultados são coerentes com as análises de regressão lineares efetuadas. Foi hipotetizado que a dimensão severa dos comportamentos auto lesivos explicasse a ideação suicida, a intenção suicida e as tentativas suicídio (hipótese 2). As análises corroboraram a hipótese ao mostrarem que os CAL severos foram preditores das três variáveis.

A Tabela 13 mostrou que a tentativa de suicídio foi predita por todas as dimensões dos comportamentos auto lesivos, sendo a dimensão severa aquela com maior impacto no modelo. Os consumos de substâncias psicoativas mostraram que por cada aumento desta variável, há uma diminuição das tentativas de suicídio. Olhando para as dimensões, apenas os itens referentes aos consumos de substâncias psicoativas especificam a intencionalidade de se magoarem, enquanto os restantes não especificam a intencionalidade. A tentativa de suicídio encerra em si um grau de intenção de morte, de risco de suicídio, sendo o risco maior quanto mais graves e letais foram os métodos (Carvalho, et al., 2013; Odellius & Ramklint, 2014; Victor & Klonsky, 2014; Meszaros, Horvath & Balazs, 2017), explicando então o maior impacto dos comportamentos auto lesivos graves (e.g., cortes, ingestão de substâncias perigosas e medicação em excesso) tanto neste modelo, como na explicação da intenção suicida (Tabela 12). Por exemplo, os estudos em contexto clínico e escolar mostraram que, associado às tentativas de suicídio, os métodos mais utilizados foram a ingestão medicamentosa voluntária, precipitação para o vazio, cortes, o recurso a armas de fogo e enforcamentos (Marcelli & Braconnier, 2005; Cordovil, Crujo & Guerreiro, 2009; Guerreiro, et al., 2009; Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Santos, 2014; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014; Trinco & Santos, 2017), ou seja, métodos graves, com alta probabilidade de morte. Segundo a teoria Gateway e de Joiner (2007), o aumento da gravidade, da diversidade e da frequência dos comportamentos auto lesivos são fatores de risco para o suicídio (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Joiner, 2007; Whitlock & Knox, 2007; Madge, et al., 2008; Prinstein et al., 2008; Andover & Gibb, 2010; Darke et al., 2010; Hamza, Shannon & Willoughby, 2012; Guerreiro et al., 2017). Nesta investigação, os jovens com pelo menos 5 métodos auto lesivos diferentes são os que apresentam mais tentativas de suicídio, sendo as ingestões medicamentosas e de substâncias perigosas, morder-se e cortar-se os métodos que aparecem mais correlacionados com as tentativas de suicídio, confirmando o exposto acima.

Quanto à ideação suicida, a análise de regressão mostrou que tanto a dimensão grave como a dimensão leve/moderada dos comportamentos auto lesivos foram significativas para o modelo, sendo novamente a dimensão severa a que tem maior impacto. Estes dados estão de acordo com a literatura (Lloyd-Richardson, et al., 2007; Tang, et al., 2011). Por exemplo, o estudo de Lloyd-Richardson e colegas (2007) apresentou resultados semelhantes que indicaram que os jovens com ideação suicida e tentativas de suicídio se envolviam em métodos auto lesivos mais graves. Apesar da dimensão leve/moderada incluir métodos menos letais, esta foi a dimensão com valores percentuais mais altos. Os métodos moderar-se, bater em si próprio ou com o próprio corpo, cortar-se e puxar/arrancar o cabelo foram os mais referidos e foram os que a

maioria dos jovens repetiu entre 2 a 10 vezes ou mais. Além do risco do aumento da gravidade, diversidade e frequência já referido, alguns autores teorizam que a manutenção e utilização de métodos auto lesivos moderados podem cumprir determinadas funções, como a de anti-suicídio e auto regulação afetiva, ou seja, os adolescentes que repetem estes métodos resistem à ideação e desejos suicidas, apaziguando e regulando os estados emocionais aversivos e aliviando pensamentos intoleráveis (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, 2007, 2009; Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Edmondson, Brennan & House, 2016). Poderão funcionar também como substituição do sofrimento psicológico transformado em experiências físicas (Failler, 2008). A análise correlacional das funções dos comportamentos auto lesivos com a ideação suicida vai no mesmo sentido (Tabela 14).

Quanto à dimensão dos consumos de substâncias psicoativas (CSP), esta não surge nos modelos da intenção suicida nem da ideação suicida, e surge associada positiva e significativamente à ideação suicida e intenção suicida (Tabela 9). Na proposta da existência de um *continuum* de gravidade dos CAL, torna-se difícil de precisar a posição que estes comportamentos ocupam. Duarte, Gouveia-Pereira e Gomes (2019) sugerem que os consumos de substâncias psicoativas possam ser como uma porta de entrada para comportamentos auto lesivos mais graves, ou coexistir com os comportamentos auto lesivos, explicando as correlações significativas e o pouco impacto nos modelos de regressão quando inserido com as dimensões leve e severa dos CAL.

É importante ressaltar que os três modelos encontrados para a tentativa de suicídio, ideação suicida e intenção suicida são explicados em quase 50% pelas dimensões dos CAL. Esta percentagem mostra que outros fatores poderão ajudar a explicar os modelos, tais como a psicopatologia (e.g., depressão, ansiedade, *stress*), relações interpessoais, família, etc. A exploração futura destas variáveis trará dados relevantes que ajudaram a explicar a complexidade dos comportamentos auto lesivos.

Em suma, os dados obtidos a partir das análises de correlações e regressões mostram evidência estatística que vai ao encontro da existência de um *continuum* de gravidade dos comportamentos auto lesivos. De um lado estão métodos auto lesivos mais moderados e/ou severos muito associados à ideação suicida, e há medida que se tornam mais graves e frequentes o impacto dos comportamentos auto lesivos severos ganha maior expressão, sendo a única dimensão a predizer a intenção suicida. A teoria Gateway é enfatizada quando se observa que todos os jovens deste estudo que fizeram tentativas de suicídio praticaram comportamentos auto

lesivos anteriormente pelo menos uma vez, sendo que a maioria se envolveu em mais do que um método auto lesivo, repetindo-os maioritariamente entre 2 a 10 vezes ou mais.

Representações das funções dos comportamentos auto lesivos

O segundo objetivo deste estudo explora as representações das funções dos comportamentos auto lesivos nos adolescentes com e sem CAL e que relações existem entre as funções e a tentativa de suicídio, a ideação suicida e a intenção suicida.

Primeiramente, questionou-se que tipo de relações existem entre as dimensões globais e individuais das funções, com as dimensões de gravidade dos CAL, com as tentativas de suicídio, com ideação suicida e com a intenção suicida. Colocou-se como hipótese que existiriam relações positivas e significativas entre as dimensões globais das funções, a ideação suicida, a intenção suicida, tentativa de suicídio e as dimensões de gravidade dos comportamentos auto lesivos, e que as funções auto regulação do afeto, auto punição e substituição do sofrimento mostrariam correlações mais fortes e positivas (hipótese 4). Os resultados não foram ao encontro das hipóteses.

A nível global das dimensões das funções, observou-se que enquanto as funções intrapessoais tiveram relações positivas com as dimensões de gravidade dos CAL, com as tentativas de suicídio, com a ideação e a intenção suicida, as funções interpessoais mostraram relações significativas e negativas com os comportamentos auto lesivos severos e moderados e com a ideação suicida. Estes resultados assemelham-se aos do estudo de Brausch e Muehlenkamp (2018), no qual as funções intrapessoais estavam associadas à gravidade dos métodos, à ideação suicida e às tentativas de suicídio, enquanto as funções interpessoais não mostraram relações positivas nem significativas. Para tais resultados, os autores avançaram que as funções sociais podem não ser as motivações ou razões mais satisfatórias para atingir os resultados ou objetivos pretendidos (Nock, 2010; Brausch & Muehlenkamp, 2018).

As funções intrapessoais estão mais relacionadas com o sofrimento íntimo podem significar menos ambivalência em relação ao suicídio (Klonsky, May & Saffer, 2016), pelo que é mais frequentemente encontrado a associação entre estas funções e os comportamentos auto lesivos severos e moderados, tentativas de suicídio e ideação suicida (Nock e Prinstein, 2005; Klonsky & Glenn, 2008; Nock, 2010; Gonçalves et al., 2012; Paul et al., 2014 Grandclerc, et al., 2016).

Em contrapartida, as funções interpessoais podem ter um significado de comunicação do sofrimento a alguém, numa tentativa de dizer que algo não está bem (Klonsky, 2007, 2007b;

Failler, 2008; Klonsky & Glenn, 2009; Lewis & Arbuthnott, 2012) e orientadas para a tentativa de manutenção da ligação com pessoas significativas e, assim, um maior investimento na vida que contrabalança o desejo de morte e protege o indivíduo (Klonsky, May & Saffer, 2016). Será que se pode pensar que há medida que os adolescentes se aproximam do suicídio, e com o agravamento dos métodos auto lesivos, da ideação e da intenção suicida, as funções interpessoais, a tentativa de manter as ligações com outros significativos tornam-se menos expressivas? Segundo alguns autores, a passagem dos pensamentos suicidas para o ato suicida tem sido defendido pela ausência do sentimento de pertença a alguém ou algo, pela desesperança, pelo sentimento de derrota e humilhação, pela sobrecarga, e quando articulado com outros fatores, como a habituação à dor, a diminuição do medo da morte, psicopatologia, o sujeito ganha uma capacidade para cometer suicídio (Joiner, 2007; Van Orden, et al., 2010; O'Connor, 2011; Dhingra, Boduszek & O'Connor, 2015; Klonsky & May, 2015; Ma, Batterham, Calear & Han, 2016).

De forma geral, da análise das sub funções interpessoais na Tabela 13, a autonomia e resistência, a vingança, a ligação aos pares foram as funções que se salientaram com correlações negativas com os comportamentos auto lesivos severos e moderados, com a ideação suicida e com a tentativa de suicídio. Estas funções remetem para a capacidade do adolescente provar a si e a outros que é autónomo e independente ao sentir que é capaz de controlar a interpenetração do mundo interno e externo (Failler, 2008; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). A ligação aos pares remete para a integração num grupo (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019). A vingança está associada à mensagem que se pretende transmitir a outras pessoas dos seus erros e das suas falhas, tentando culpá-los e/ou magoá-los (Lewis & Arbuthnott, 2012; Rabi, Sulochana & Pawan, 2017). As associações com estas funções foram, no entanto, negativas. Sendo a adolescência uma fase do ciclo de vital marcada pelo desenvolvimento e maturação do adolescente em vários aspetos cognitivos, fisiológicos, afetivos, relacionais e sendo o momento fulcral na construção da sua autonomia (Relvas, 1996; Machado, Branco & Sousa, 2008), esta fase é vivida com mais dificuldade pelos adolescentes em sofrimento. Os adolescentes com comportamentos auto lesivos e/ou tentativas de suicídio e com ideação suicida são jovens psicopatologicamente mais fragilizados (e.g., Figueira, Sampaio & Afonso, 2014; Carvalho et al., 2017), geralmente com maiores dificuldades de integração, com relacionamentos mal-sucedidos (e.g., Carvalho, et al., 2013), ambientes familiares desequilibrados (e.g., Cruz, Narciso, Pereira & Sampaio, 2014; Palmer, Welsh & Tiffins, 2016), ou seja, um conjunto de fatores de risco que contribuem para a manutenção homeostática do seu sofrimento e dependência face a outros, principalmente a

figuras de vinculação preferenciais, dificultando o processo de autonomização do adolescente. Assim, apesar da adolescência ser a altura da busca pelo desconhecido e inédito, esta procura só é vivida se o adolescente se sentir seguro e as experiências de sucesso compensarem o sofrimento até então sentido, pois se assim não for, o jovem entristece e esvazia-se (Relvas, 1996; Marcelli, 2002; Alarcão, 2006; Machado, Branco & Sousa, 2008).

A análise da matriz correlacional entre as sub funções intrapessoais e as três dimensões de gravidade dos CAL, a tentativa de suicídio, a ideação e a intenção suicida mostrou que quatro funções foram estatisticamente significativas com as variáveis em estudo, a auto punição, a auto regulação do afeto, a substituição do sofrimento, a geração de sensações ou anti dissociação (Tabela 14).

Os comportamentos auto lesivos leves/moderados e severos mostram relações moderadas com as funções anti dissociação, auto regulação do afeto e substituição do sofrimento, que vai ao encontro de alguns estudos (e.g., Glenn & Klonsky, 2010; Brausch e Muehlenkamp, 2018). Estes resultados sugerem que os adolescentes com CAL leve/moderado e severo usam os comportamentos auto lesivos como forma de lidar com estados psicológicos aversivos, principalmente a partir da substituição da dor psicológica pela dor física, que teve relações mais fortes com as duas dimensões de gravidade dos CAL. O sofrimento psicológico dos jovens com CAL é de tal maneira insuportável, que a dor física será preferível ao sofrimento psicológico e às ideias suicidas que daí decorrem, explicando a relação desta função com a ideação suicida. O corpo é mais controlável pelo jovem, enquanto que as relações interpessoais e algumas situações não o são. O estudo de Orri et al. (2014) mostrou que os comportamentos auto lesivos tinham subjacente uma necessidade dos jovens em controlar a sua vida e ações. Os autores explicam que em momentos anteriores ao episódio auto lesivo os jovens experienciam situações que não estão sob o seu controlo e que provocam estados emocionais aversivos (Orri, et al., 2014). Passar ao ato agredindo o próprio corpo será a forma de ter, ilusoriamente, controlo da situação, das emoções e estados aversivos.

A auto regulação do afeto é uma função que se baseia na ideia de que pelos comportamentos auto lesivos um estado emocional aversivo é cessado ou diminuído (Nock & Mendes, 2008, citado por Duarte, 2018). Os estudos que relacionam as funções com as emoções que os jovens sentem antes e depois dos episódios auto lesivos têm concluído que os CAL ajudam a diminuir a intensidade de alguns estados aversivos (e.g., ansiedade) e a aumentar o sentimento de alívio e calma (Muehlenkamp et al., 2009; Klonsky, 2009; Claes, Klonsky & Muehlenkamp, 2010). Grandclerc et al. (2016) refere que métodos auto lesivos de baixa gravidade e alta

frequência sublinham as funções de auto regulação do afeto e alívio do sofrimento. Assim, embora a relação entre a ideação e a intenção suicida com esta função não seja forte, os dados podem indicar que os comportamentos auto lesivos ajudam a aliviar as ideias de morte e a diminuir a determinação de possíveis expectativas, planos, crenças em direção à morte, e neste sentido, os CAL podem cumprir a função de anti suicídio. Observa-se que os comportamentos auto lesivos leves/moderados têm correlações mais fortes com esta função do que os comportamentos auto lesivos severos.

A função geração de sensações ou anti dissociação mostrou associações fracas com as 3 dimensões dos comportamentos auto lesivos, com a ideação suicida e com a tentativa de suicídio. Esta função está relacionada com a procura e a experimentação de sensações aprazíveis ou com a interrupção de episódios dissociativos (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, 2007b; Klonsky, 2009; Edmondson, Brennan & House, 2016). Vertentes psicanalíticas veem as experiências traumáticas como separadores entre o pensamento e o afeto, e entre a psique e o soma, compartimentalizando-os (Farber, 2006; 2008). A separação e/ou compartimentalização do afeto e do pensamento, permite que no corpo sejam vividas e revividas experiências traumáticas que a mente não mentalizou (Farber, 2006; 2008). Deste modo, a dissociação surge como um escape quando não há outra alternativa, e os comportamentos auto lesivos dão a possibilidade ao sujeito de se adaptar a situações de grande sofrimento, acalmando-os, uma vez que o sofrimento psicológico passa a estar dissociado do comportamento dirigido ao corpo (Farber, 2006).

A auto punição apenas se correlacionou com a ideação suicida. Esta função está associada à expressão da raiva e da zanga contra si ou outros a partir dos comportamentos auto lesivos (Klonsky, 2009; Claes, Klonsky, & Muehlenkamp, 2010; Nock, 2010; Barreto Carvalho et al., 2017; Duarte, 2018). Está também relacionada com pessoas com grande auto crítica, com baixa auto estima, com depressão e com a ideação suicida (Klonsky, 2009; Claes, Klonsky, & Muehlenkamp, 2010; Nock, 2010; Carvalho et al., 2017; Duarte, 2018). A culpa e a vergonha têm sido também associados à ideação suicida e às tentativas de suicídio (McKenzie & Gross, 2013; Crowder & Kimmelmeier, 2018). Diversos autores explicam que viver com o sentimento de culpa e/ou com uma imagem de si comprometida e irreparável torna o suicídio como uma opção viável (McKenzie & Gross, 2013; Crowder & Kimmelmeier, 2018).

Bullying

Neste estudo, a prevalência geral de bullying foi de 43% e para os participantes com bullying e com comportamentos auto lesivos foi de 19%, ou seja, dos participantes com bullying, 44% têm CAL. (Tabela 17 e 18). Estes resultados são superiores aos encontrados na literatura (e.g., Nansel, et al., 2004; WHO, 2012; Kowalski, et al., 2014; Aventura Social, 2018).

Face à questão de investigação levantada, “será que existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino e entre os adolescentes com e sem comportamentos auto lesivos no bullying?”, os resultados mostraram que dos participantes com comportamentos auto lesivos, existem mais raparigas vítimas de bullying do que rapazes. Da ANOVA concluiu-se que o bullying diferiu apenas entre os participantes com e sem comportamentos auto lesivos, e não existiu efeito de interação entre o sexo e os comportamentos auto lesivos.

Estes dados confirmam as análises em outros estudos, que mostram que ser vítima de bullying é um fator de risco para o envolvimento em comportamentos auto lesivos (Bakken & Gunter, 2012; Affonso & Kaur, 2012; Elgar, et al., 2014; Claes, Luyckx, Baetens, de Ven & Witteman, 2015; Klomek, 2016; Karanikola, Lyberg, Holm & Severinsson, 2018). WHO (2012) mostrou que 32% dos estudantes de 38 países eram vítimas de bullying, e destes, 10% se envolviam em comportamentos auto lesivos. Os jovens que são vítimas de bullying estão sob experiências emocionais de stress, grande agressividade física e psicológica, marginalização social e humilhação (Knack, Kensen-Campbell & Baum, 2011; Chan, 2013; Straiton, Roen, Dieserud & Hjelmeland, 2013), que ao serem combinados com baixa autoestima e sentimentos de rejeição dos pares, ausência do sentimento de pertencer e de estar ligado a alguém, pode levar à internalização de atitudes e comportamentos que evocam culpa, sentimentos de desvalorização, vergonha, sintomas depressivos (McMahon et al., 2010; Corrigan & Rao, 2012). Além disso, ser Em estudos futuros, é necessário analisar a relação entre o bullying, os comportamentos auto lesivos e psicopatologia.

Em suma, os dados desta investigação mostraram evidências estatísticas quanto à existência de um *continuum* de gravidade dos comportamentos auto lesivos, tal como sugere a teoria Gateway. Pôde-se concluir que o aumento da gravidade, da frequência e da diversidade dos comportamentos auto lesivos são fatores de risco para o suicídio e que a tentativa de suicídio, a ideação suicida e a intenção suicida são têm relações mais fortes com a dimensão severa dos CAL.

As representações das funções foram ao encontro da literatura ao mostrarem que mais adolescentes sem comportamentos auto lesivos fazem representações interpessoais das funções

do que jovens com CAL, que referem mais funções intrapessoais. A análise das sub funções mostrou a necessidade de mais investigação nesta temática, principalmente quanto às funções interpessoais.

A variável bullying apenas diferiu entre adolescentes com e sem comportamentos auto lesivos, mostrando que ser vítima de bullying pode ser um fator de risco para os comportamentos auto lesivos, tal como revisto em estudo anteriores. Porém, mais estudos são necessários nesta área.

Limitações e estudos futuros

Uma das principais limitações é o conceito e definição de comportamentos auto lesivos na literatura. Como foi referido, existem cerca de 11 definições de CAL (Meszaros, Horvath, & Balazs, 2017) e uma grande diversidade de metodologias investigacionais, contribuindo para diferentes prevalências dos comportamentos auto lesivos (Muehlenkamp, et al., 2012) e dificultando o estudo do conceito.

A diversidade e a gravidade de métodos auto lesivos variam na literatura. Por exemplo, quanto aos métodos, as perturbações do comportamento alimentar, a negligência do auto cuidado são métodos que nem sempre são incluídos nas investigações. Quanto à gravidade dos métodos, em alguns estudos, os cortes e cravar na pele aparecem como um método moderadamente letal (e.g., Carvalho, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014), enquanto noutros aparecem como um método gravemente letal (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012).

A variabilidade dos resultados encontrados poderá ser também explicada pela heterogeneidade da amostra, no que concerne o método de recolha, a origem da amostra e as características dos participantes. Quanto ao método de recolha, como já foi explicado, a recolha foi feita em escolas e no serviço de psiquiatria de um hospital, em locais como a sala de aula e a sala de espera em que dificilmente se controlou variáveis parasitas, por exemplo, a presença dos colegas, professores ou da família que poderão ter condicionado as respostas dos adolescentes. Por outro lado, os participantes poderão ter considerado o tema demasiado pessoal ou mesmo doloroso para conseguirem responder com honestidade às questões enviesando as respostas.

A amostra provém do meio clínico e meio escolar, pelo que as características dos participantes também poderão ter influenciado os resultados. Sabe-se que as amostras clínicas têm percentagens de comportamentos auto lesivos mais elevadas, bem como de ideação e de intenção suicida (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Assim, teria sido importante homogeneizar

a amostra para que se pudesse obter resultados que fossem mais significativos e explicativos. Acrescenta-se que o reduzido tamanho da amostra não permite generalizações dos resultados para a população em geral.

Existem várias limitações quanto aos questionários aplicados. A primeira centra-se na desejabilidade social a que os questionários auto preenchidos estão sujeitos. Este tipo de enviesamento é comum em questionários de personalidade, atitudes, comportamentos em que os participantes respondem consoante o que consideram ser socialmente desejável, aceitável ou correto (Almiro, 2017). O facto de ser um questionário de auto preenchimento relativamente longo não facilitou a sua aplicação, pelo que poderão ter respondido apenas os jovens mais motivados para tal. Outra limitação prende-se com a escala de resposta do tipo Likert usada ao longo de todo o questionário que poderá ter incentivado a produção de respostas quase automáticas influenciadas pela rotina ou inércia (Haro, et al., 2016).

O presente estudo é transversal e correlacional permitindo apenas ter uma visão da amostra no tempo em que o estudo foi feito e, por isso, impede relações de causa-efeito entre as variáveis em análise (Haro, et al., 2016). Porém, a natureza correlacional oferece dados novos para investigações futuras.

As limitações referidas acima constituem-se em si próprias como fatores a ter em conta em estudos futuros. Embora uma larga investigação tenha começado na última década em relação aos comportamentos auto lesivos, existem pontas soltas por abordar que trarão um maior contributo para a compreensão do sofrimento dos adolescentes com esta problemática. Assim, abaixo são apresentados alguns dados para possíveis de abordar futuramente.

Como se pôde verificar, a data de início dos CAL foi em média os 13/14 anos, confirmando resultados de estudos anteriores (Glenn & Klonsky, 2009; Plener, et al., 2009; Lewis & Arbutnott, 2012). Porém, 18 participantes tinham idades inferiores aos 13 anos e a idade mínima encontrada foi os 6 anos. Estes dados mostram que, possivelmente, os comportamentos auto lesivos estejam a iniciar em idades precoces, confirmando os resultados que alguns estudos têm encontrado (e.g., Nock, 2010; Brunner et al., 2014; Hasking, Rees, Martin & Quigley, 2015). Em estudos futuros seria importante analisar o estilo e qualidade de vida dos jovens e das suas famílias para compreender a precocidade destes comportamentos. Acrescenta-se ainda que, nos estudos mais recentes, têm-se observado a inclusão de jovens com mais de 20 anos. Uma possível explicação está associada às neurociências, a área do córtex pré-frontal, responsável pela expressão das emoções, perceção, coordenação do comportamento social, etc., dos adolescentes só está completamente formado a partir dos 21 anos de idade, pelo que antes os

jovens têm mais dificuldades no controlo das suas emoções (Steinberg, 2006; Klonsky, 2013, citado por Carvalho et al., 2017). Neste sentido, seria interessante investigar os comportamentos auto lesivos em idades superiores aos 20 anos e perceber que variáveis podem explicar estes comportamentos em idades mais tardias (ver estudo de Oliffe, Ogradniczuk, Bottorff, Johnson & Hoyak, 2012).

Quanto às funções dos comportamentos auto lesivos, torna-se difícil encontrar convergência quanto a esta temática. Algumas explicações prendem-se com o facto de um sujeito poder identificar mais do que uma função para os seus comportamentos, estas poderem oscilar ao longo do tempo (Nock & Prinstein, 2005; Klonsky, 2007; Madge, et al., 2008; Lewis & Arbuthnott, 2012; Jorge, Queirós & Saraiva, 2015); e porque as funções podem ser hierárquicas (Klonsky, 2007). Outra explicação deve-se ao facto de existirem poucos estudos que relacionem as funções, as dimensões de gravidade dos CAL, a ideação e a intenção suicida. De uma forma geral, as funções ajudam a explicar os modelos entre as variáveis, mas não explicam a totalidade. Neste sentido, seria necessário testar diferentes variáveis que possam ajudar a explicar a relação entre os CAL, a ideação e intenção suicida, como por exemplo, variáveis psicopatológicas, por exemplo, a depressão, a ansiedade, o *stress*, a impulsividade, testando a teoria da Terceira Variável, que propõe que seja a patologia “psi” o motor de aumento do risco de suicídio e não os comportamentos auto lesivos (Hamza, Shannon & Willoughby, 2012).

Dadas as altas percentagens de episódios auto lesivos como fruto de ideia da internet, cada vez é mais urgente compreender a utilização dos ecrãs na vida dos adolescentes e que impacto tem no seu dia-a-dia relacional.

Por fim, outro aspeto importante será investigar os significados culturais do suicídio e dos comportamentos auto lesivos em diferentes etnias (Chu, et al., 2017). Por exemplo, em etnias minoritárias Latino-americanas e asiático-americanas os aspetos interpessoais e contextuais estão mais associados com o suicídio (e.g., baixa coesão familiar e conflitos familiares, suicídio como alívio da sobrecarga familiar, desemprego, pobreza, discriminação racial, desvantagens sociais e económicas, baixo nível de escolaridade) (Chu et al., 2017). Esta investigação será útil para a compreensão do significado do suicídio, por exemplo, no caso de intervenção mais adaptada junto de pessoas provenientes de diferentes contextos culturais (Chu, et al., 2017).

Utilidade do estudo

A utilidade deste estudo prende-se com o aumento do conhecimento e compreensão da relação entre os comportamentos auto lesivos com a ideação e a intenção suicida, à luz da teoria

Gateway. Prende-se também pela maior compreensão das representações das funções dos comportamentos auto lesivos em adolescentes com e sem CAL. Os dados obtidos ajudam a compreender as funções dos CAL atribuídas pelos jovens com e sem estes comportamentos. Ter maior consciência acerca das representações existentes dos comportamentos auto lesivos permite ajudar a modificar estigmas e a construir novas compreensões acerca destes comportamentos, através da criação de estratégias de prevenção no trabalho com os jovens. Quando se trabalha o nível das representações das funções e não apenas as funções, permite-se que se incluam jovens com e sem CAL. Esta vantagem pode ser uma base para futuros modelos de intervenção na adolescência, visto que os pares têm um importante papel nesta fase, sendo muitas vezes a rede de suporte e o primeiro alvo na procura de ajuda (Nixon, Cloutier & Jansson, 2008; Wilcox, et al., 2012; Hasking et al., 2015).

Assim, intervir em escolas informando e consciencializando jovens, professores, auxiliares e encarregados de educação é trabalhar na prevenção e ajudar a diminuir o tabu de temas relacionados com a morte. Em termos clínicos, compreender as funções que servem os comportamentos auto lesivos pode dar pistas sobre comunicações e significados que possam estar subjacentes ao comportamento e à dinâmica interna e relacional do jovem. No contexto social e *media*, a literatura defende que, por um lado a influência dos *media* pode ser benéfica pelo fator terapêutico de suporte e validação dos problemas das pessoas (Trewavas, Hasking, & McAllister, 2010), por outro pode ser um fator de risco que normaliza e promove comportamentos auto lesivos como foi o caso dos dois jogos mais recentes, a Baleia Azul e a Momo, que incentivavam crianças e adolescentes a se auto lesionarem. Embora, existam outros fatores subjacentes a esta questão, retém-se a ideia de que estar atento à forma como os jovens encaram a divulgação de conteúdos mais agressivos e com potencial risco pela modulação ou contágio social pode ser uma forma de trabalhar para a prevenção.

Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Quarteto.
- Alfonso, M. L., & Kaur, R. (2012). Self-injury among early adolescents: Identifying segments protected and at risk. *Journal of School Health, 82*.
- Andover, M. S., & Gibbs, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6 (11)*.
Obtido de <http://www.capmh.com/content/6/1/11>
- Anzieu, D. (2016). *The Skin Ego: a new translation by Naomi Segal*. London: Karnac Books Ltd.
- atherine C. McKenzie, & James J. Gross. (2013). Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective. *Psychopathology*. doi:10.1159/000358097
- Au, A. C., Lau, S., & Lee, M. T. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence, 44 (176)*, 851-868.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Leeuwen, K. V., . . . Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *Journal of Early Adolescence, 34 (3)*, pp. 387-405. doi:0.1177/0272431613494006
- Bakken, N. W., & Gunter, W. D. (2012). Self-Cutting and Suicidal Ideation among Adolescents: Gender Differences in the Causes and Correlates of Self-Injury. *Deviant Behavior, 33*. doi:10.1080/01639625.2011.584054
- Barata, C. V. (2016). A Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stress e os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário). Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5280/1/20700.pdf>
- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., & Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescence: Relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47 (9)*.
- Batejan, K. L., Swenson, L. P., Jarvi, S. M., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Perceptions of the Functions of Nonsuicidal Self-Injury in a College Sample. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 36 (5)*, pp. 338-344. doi:10.1027/0227-5910/a000332

- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 37*, 72-88. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. (2006). Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 13 aos 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças, 7* (2), pp. 195-209.
- Brady, M. T. (2014). Cutting the silence: initial, impulsive self-cutting in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy, 40* (3).
- Branney, P., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2012). Big boys don't cry: depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment, 14* (4).
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2018). Perceived effectiveness of NSSI in achieving functions on severity and suicide risk . *Psychiatry Research, 265*, pp. 144-150. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.038>
- Bresin, K., Sand, E., & Gordon, K. (2013). Non-suicidal self-injury from the observer's perspective: A vignette study. *Archives of Suicide Research, 17* (3).
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, Hoven, C., . . . Saiz, S. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55* (4).
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., . . . Pod, T. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55* (4), 337-348. doi:10.1111/jcpp.12166
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., & Santos, J. C. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. *Direção Geral da Saúde*. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjdz_a3mIHfAhXEz4UKHQKYAosQFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fplano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx&usg=AOvVaw2rMfPnQTZkLOx3dGm
- Carvalho, C. B., Motta, C., Sousa, M., & Cabral, J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 39* (3). doi:10.1590/1516-4446-2016-1923

- Cedereke, M., & Öjehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry, 20* (2), 101-109. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.09.008
- Chabert, C. (1998). *A psicopatologia à prova no Rorschach*. Climepsi Editores.
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: Prevalence and associations with health. *Preventive Medicine, 56* (3-4).
- Cheek, S. M., Nestor, B. A., & Liu, R. T. (2016). Substance Use And Suicidality: Specificity Of Substance Use By Injection To Suicide Attempts in a Nationally Representative Samples of Adults with Mjor Depression. *Depression and Anxiety, 33*.
- Cheung, Y. T., Wong, P. W., Lee, A. M., Lam, T. H., Fan, Y. S., & Yip, P. S. (2013). Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48* (7), pp. 1133–1144. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eoh&AN=30609188&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>
- Chu, J., Khoury, O., Ma, J., Bahn, F., Bongar, B., & Goldblum, P. (2017). An Empirical Model and Ethnic Differences in Cultural Meanings Via Motives For Suicide. (W. Periodicals, Ed.) *Journal of Clinical Psychology, 73*. doi:10.1002/jclp.22425
- Claes, L., Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry, 51*, pp. 386–392.
- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Ven, M. V., & Witteman, C. (2015). Bullying and Victimization, Depressive Mood, and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Moderating Role of Parental Support. *Journal of Child and Family Studies*. doi:10.1007/s10826-015-0138-2
- Cordovil, C., Crujo, M., & Guerreiro, D. F. (2009). Tentativas de Suicídio em Adolescentes Internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Saúde Mental, 11*.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57* (8).
- Crane, C., Shah, D., Barnhofer, T., & Holmes, E. A. (2012). Suicidal Imagery in a Previously Depressed Community Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19* (52).

- Crowder, M. K., & Kimmelmeier, M. (2018). Cultural differences in shame and guilt as understandable reasons for suicide. *Psychological Reports, 121* (3). doi:10.1177/0033294117728288.
- Cruz, D., Narciso, I., & Sampaio, D. (2016). Adolescents' maps about well-being, distress and self destructive. *Psychologica, 59* (1).
- Cruz, D., Narciso, I., M., M., P. C., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self-destructive behaviours: an exploratory analysis of family and individual correlates. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual, 21* (2).
- Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2013). Risk Trajectories of Self-Destructiveness in Adolescence: Family. *Journal Child And Family Studies, 23*.
- Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C., & Sampaio, D. (2014). Self-Destructive Symptomatic Frames in Clinical Adolescents: Is the Same Different? *Journal Research on Adolescence, 25*.
- Damsky, L., Elmendorf, D., Tillman, J. G., & Weinberg, E. (2018). Integrative Psychodynamic Model for Understanding and Assessing the Suicidal Patient. *Psychoanalytic Psychology, 35* (4), pp. 424-432.
- de Klerk, S., van Noorden, M., van Giezen, A., Spinhoven, P., den Hollander-Gijsman, M., Giltay, E., . . . Zitman, F. (2011). Prevalence and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring study. *Journal of Affect Disord, 133*.
- Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R. (2015). Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders, 186*.
- Duarte, E. (2018). Dialectos da Dor: Representações Sociais Sobre as Funções dos Comportamentos Auto-lesivos em Adolescentes (Tese de Doutoramento, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa).
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. (2019). Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-harm Behaviours for Portuguese Adolescents . *Psychiatric Quarterly*.
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019a). Social Representations About the Functions of Deliberate Self-Harm: Construction and Validation of a Questionnaire for Portuguese Adolescents. *Journal of Personality Assessment*. doi:10.1080/00223891.2018.1557667

- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019c). How Do Families Represent the Functions of Deliberate Self-Harm? A Comparison between the Social Representations from Adolescents and Their Parents. *Archives of Suicide Research*. doi:10.1080/13811118.2018.1545713
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H., & Sampaio, D. (2019b). Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *Journal of Adolescence*, 73.
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 109-117. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
- Elgar, F. J., Napoletano, A., Saul, G., Dirks, M. A., & Craig, W. (2014). Cyberbullying Victimization and Mental Health in Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 169 (11).
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, pp. 122-129. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.020>
- Everall, R. D., Bostik, K. E., & Paulson, B. L. (2005). I'm sick of being me: developmental themes in a suicidal adolescent. *Adolescence*, 40 (160).
- Failler, A. (2008). Narrative Skin Repair: Bearing Witness to Representations of Self-Harm. *English Studies in Canada*, 34 (1), pp. 11-28. doi:10.1353/esc.0.0110
- Farber, S. K. (2006). The Inner Predator: Trauma and Dissociation in Bodily Self-Harm. *New Orleans APA Panel*.
- Farber, S. K. (2008). Dissociation, Traumatic Attachments, and Self-Harm: Eating Disorders and Self-Mutilation. *Clinical and Social Work Journal*, 36. doi:10.1007/s10615-007-0104-6
- Favazza, A. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3 ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Obtido de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=BwQT9fdZNdG&oi=fnd&pg=PA4&dq=%27Self-mutilation%27:+Reply.&ots=9Fux2e7uFi&sig=NMOXTMPmjO-Tok29nLJywZpM6GU&redir_esc=y#v=onepage&q=compulsive&f=false
- Fenning, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 32-39.

- Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., & Stewart, A. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2015-009631
- Ferrey, A., Hughes, N., Simkin, S., L, L., Stewart, A., Kapur, N., . . . Hawton, K. (2015). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2015009631
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, pp. 25-29. doi:10.1016/j.paid.2008.08.020
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). The Role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (4). Obtido de <https://doi.org/10.1002/jclp.20661>
- Gold, G. J. (2011). Review of Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach. *The Journal of Social Psychology*, 151 (3).
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24 (4).
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1).
- Grandclerc, S., Labrouhe, D. D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 11 (4). doi:10.1371/journal.pone.0153760
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *American Psychological Association*. doi:10.1093/clipsy/bpg022
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2).
- Guerreiro, D. F., Neves, E. L., Navarro, R., Mendes, R., Prioste, A., Ribeiro, D., . . . Sampaio, D. (2009). Clinical features of adolescents with deliberate self-harm: A case control study in Lisbon, Portugal. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research*. doi:10.1080/13811118.2015.1004480

- Hamza, C. A., S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review, 32*, pp. 482–495.
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Armiento, J. (2014). A Laboratory Examination of Pain Threshold and Tolerance Among Nonsuicidal Self-Injurers With and Without Self-Punishing Motivations. *Archives of Scientific Psychology, 2 (1)*. Obtido de <https://doi.org/10.1037/arc0000008.supp> (Supplemental)
- Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., . . . Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais: guia prático do estudante* (1ª ed.). Lisboa: Pactor.
- Hasking, P., Rees, C. S., Martin, G., & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adult and peers. *Bio Med Central Public Health, 15*. doi:10.1186/s12889-015-2383-0
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and Other Causes of Death, Following Attempted Suicide . *British Journal of Psychiatry, 152 (3)*, 359-366. doi:10.1192/bjp.152.3.359
- Holdershaw, J., & Gendall, P. (2008). Understanding and predicting human behaviour. *Power and Place*.
- Hooley, J. M., & Germain, S. (2010). Nonsuicidal self-injury, pain and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurences in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*. doi:10.1177/2167702613509372
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: The Theory, Research, and Treatment, 1*, 170-179. doi:10.1037/a0020106
- James, K., & Stewart, D. (2017). Blurred Boundaries – A Qualitative Study of How Acts of Self-Harm and Attempted Suicide Are Defined by Mental Health Practitioners. *Crisis, 39 (4)*, 247–254. Obtido de <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000491>
- Javdani, S., Sadeh, N., & Verona, E. (2011). Suicidality as a Function of Impulsivity, Callous–Unemotional Traits, and Depressive Symptoms in Youth. *Journal of Abnormal Psychology, 120 (2)*, pp. 400-413. doi:10.1037/a0021805
- Joiner, T. (2007). *Why People die by suicide*. London: Harvard University Press.
- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica, 33 (2)*, 207-219. doi:10.14417/ap.991

- Karanikola, M. N., Lyberg, A., Holm, A.-L., & Severinsson, E. (2018). The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. *BioMed Research International*. doi:<https://doi.org/10.1155/2018/4745791>
- Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). The relationship between nonsuicidal self injury and family functioning: adolescent and parent perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi:doi: 10.1111/jmft.12150
- Klomek, B., Snir, A., Apter, A., Carli, A., Wasserman, V., Hadlaczky, C., . . . Corcor, R. (2016). Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *National Institute of Health Public Access*. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), pp. 215-219. doi:10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology; in session*, 63 (11), pp. 1045–1056. doi:10.1002/jclp.20412
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted. *Journal of Abnormal Psychology*, 122.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *The Annual Review of Clinical Psychology*. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2017). Ideation-to-Action Theories of Suicide: A Conceptual and Empirical Update. *Current Opinion in Psychology*. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>

- Knack, J., Jensen-Campbell, L. A., & A. Baum. (2011). Worse than sticks and stones? Bullying is associated with altered HPA axis functioning and poorer health. *Brain and Cognition*, 77 (2).
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, 140 (4).
- Laufer, M. (2000). Desenvolvimento psicológico na adolescência: «sinais de perigo». Em M. L. (coord), *O adolescente suicida* (pp. 19-34). Lisboa: Climepsi.
- Law, G. U., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-health care students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (1).
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (5), pp. 447–457. doi:10.1007/s10964-005-7262-z
- Lewis, S. P., & Arbuthnott, A. E. (2012). Nonsuicidal Self-Injury: Characteristics, Functions, and Strategies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 26:185–200, 2012, 26, 185-200. doi:10.1080/87568225.2012.685853
- Libby, L., Shaeffer, E., Eibach, R., & Slemmer, J. (2007). Picture Yourself at the Polls: Visual Perspective in Mental Imagery Affects Self-Perception and Behavior. *Psychological Science*, 18.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37 (8), 1183–1192. doi:10.1017/S003329170700027X
- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child Adolescence Psychiatry*, 26, pp. 387-402. doi:10.1007/s00787-016-0915-5
- Luukkonen, A. H., Rasanen, P., Hakko, H., & Riala, K. (2009). Bullying behavior is related to suicide attempts but not to selfmutilation among psychiatric inpatient adolescents. *Psychopathology*, 42.
- Ma, J., Batterham, P., Calear, A., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46.

- 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 & Psychiatry*, 49 (6). doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2002). *Adolescência* (1ª ed.). Lisboa: Cimepsi Editores.
- Matos, A. C. (2017). *A Nova Relação*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, M. G. & Aventura Social. (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. *Relatório do estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) em 2018 (ebook)*. Obtido de http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde: Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores.
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Corcoran, P., Keeley, H. S., Perry, I. J., & Arensman, E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine*, 40 (11).
- Meszaros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BioMedCentral Psychiatry*, 17, 160. doi:10.1186/s12888-017-1326-y
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2008). Parental Detection of Youth's Self-Harm Behaviour. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (1).
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., . . . Fitzpatrick, C. (2013). Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help – a psychosocial profile. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7:13.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (1).
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide*, 11 (1). doi:10.1080/13811110600992902
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (10).

- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., & Ruan, J. (2004). Cross-National Consistency in the Relationship Between Bullying Behaviors and Psychosocial Adjustment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, *178* (3). doi:10.1503/cmaj.061693
- Noble, R. N., Sornberger, M. J., Toste, J. R., Heath, N. L., & McLouth, R. (2011). Safety first: The role of trust and school safety in non-suicidal self-injury. *McGill Journal of Education*.
- Nock, M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *National Institute of Health Public Access*, *18*(2). doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *The Annual Review of Clinical Psychology*. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *114* (1). doi:10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *American Medical Association*. Obtido de <http://archpsyc.jamanetwork.com/> by a Harvard University User on 03/18/2013
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*.
- Norman, H., & Borrill, J. (2015). The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian Journal of Psychology*, *56*, pp. 405–419. doi:10.1111/sjop.12217
- Nunes, F., & Mota, C. P. (2016). Parenting Styles and Suicidal Ideation in Adolescents: Mediating Effect of attachment. *Journal Child Family Studies*. doi:10.1007/s10826-016-0611-6
- Nunes, M. F. (2007). Família e comportamento suicida: um estudo exploratório de dinâmicas familiares. *Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília*.

- O'Connor, C., Rasmussen, S., Miles, J., & K. Hawton. (2009). Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry, 194* (1).
- O'Connor, R. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Em O. RC, P. S, & G. J. (editores), *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 181-198). Wiley-Blackwell.
- Oldershaw, A. R. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 193* (2).
- Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Bottorff, J. L., Johnson, J. L., & Hoyak, K. (2012). You feel like you can't live anymore': Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. *Social Science & Medicine, 74* (4).
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica, 4* (19).
- Ong, S. H., Tan, A. C., & Liang, W. Z. (2017). Functions of nonsuicidal self-injury in Singapore adolescents: Implications for intervention. *Asian Journal of Psychiatry, 28*, 47-50. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.015>
- Orden, K. V., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychol Review, 117* (2).
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative Approach to Attempted Suicide by Adolescents and Young Adults: The (Neglected) Role of Revenge. *PLoS ONE, 9* (5).
- Pacheco, J. R. (2016). Representações sociais do suicídio em futuros Comandantes de Polícia (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15559/1/Dissertação%20-%20Joaquim%20Pacheco.pdf>
- Palmer, E., Welsh, P., & Tiffin, P. A. (2016). Perceptions of family functioning in adolescents who self-harm. *Journal of Family Therapy, 38*. doi:doi: 10.1111/1467-6427.12069
- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., & Whitlock, J. (2014). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research, 225*, 276-282.
- Pedro Armelino Almiro. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica, 16* (3). Obtido de <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, pp. 1549–1558. doi:10.1017/S0033291708005114
- Polanco-Roman, L., Gomez, J., Miranda, R., & Jeglic, E. (2016). Stress-Related Symptoms and Suicidal Ideation: The Roles of Rumination and Depressive Symptoms Vary by Gender. *Cognitive Therapy & Research*, 40, pp. 606-616. doi:10.1007/s10608-016-9782-0
- Prado, P. H., Korelo, J. C., & Silva, D. M. (2014). Mediation, moderation and conditional process analysis. *Revista Brasileira de Marketing*, 13 (4). doi:10.5585/remark.v13i4.2739
- Prioste, A., Cruz, D., & Narciso, I. (2010). Circularidade Relacional: Padrões De Funcionalidade Familiar Percebidos e o Ajustamento Psicológico Em Adolescentes. *Psychologica*, 52 (1).
- Rabi, S., Sulochana, J., & Pawan, S. (2017). Self-inflicted Cut Injury as Common Method of Deliberate Self Harm: A Retrospective Study from Nepal. *Indian Journal Psychology Medicine*, 39 (5). doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_438_16
- Radovic, S., & Hasking, P. (2013). The Relationship Between Portrayals of Nonsuicidal Self-Injury, Attitudes, Knowledge, and Behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34 (5), pp. 324–334. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eoah&AN=29955465&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>
- Reis, M., Figueira, I., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. Em M. G. Matos, & G. Tomé, *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. Placebo Editora. Obtido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/AVENTURA%20SOCIAL%20VOL%201.pdf#page=260>
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspetiva Sistémica*. Edições Afrontamento.
- Reynolds, W. (1991). Psychometric Characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in College Students. *Journal of Personality Assessment*, 56 (2).
- Riska, E. (2009). Men's mental health. Em A. Broom, & P. Tovey, *Men's body, identity and social context* (pp. 145-162). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

- Robinson, K., Brocklesby, M., Garisch, J. A., O'Connell, A., Langlands, R., Russell, L., . . . Wilson, M. S. (2017). Socioeconomic deprivation and non-suicidal self-injury in New Zealand adolescents: The mediating role of depression and anxiety. *New Zealand Journal of Psychology, 46* (3).
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43* (1). doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00017>
- Rowe, S. L., French, R. S., & Henderson, C. (2014). Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48* (12), 1083–1095. doi:10.1177/0004867414555718
- Rudmin, F. W., Ferrada-Noli, M., & Skolbekken, J. A. (2003). Questiones of culture, age, and gender in the epidemiology of suicide. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho* (14 ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. F. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. Em P. Monteiro (Coord), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 383-392). Lidel.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica, 2* (18), 139-155.
- Santos, J. C. (2014). Métodos de suicídio. Em C. B. Saraiva, B. P. Peixoto, & D. Sampaio (Coord), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 145-156). Lisboa: Lidel.
- Santos, J. C., Saraiva, C. B., & Sousa, L. D. (2009). The Role of Expressed Emotion, Self-Concept, Coping, and Depression in Parasuicidal Behavior: A Follow-up Study. *Archives of Suicide Research, 13* (4). doi:10.1080/13811110903266590
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Schade, L. C. (2013). Non-suicidal Self-Injury (NSSI): A Case for Using Emotionally Focused Family Therapy. *Contemporary Family Therapy, 35*.
- Serra, R. C. (2017). Funcionamento Familiar e a sua relação com Comportamentos suicidários, Depressão, Ansiedade e Stress em Adolescentes numa Amostra Clínica. *Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Psicologia Aplicada* .

- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development, 15* (4).
- Sousa, S. S. (2017). O impacto das variáveis relacionais e individuais na adolescência: a relação com a ideação suicida e os comportamentos autolesivos. *Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6250/1/19898-OA.pdf>
- Stanford, S., & Jones, M. P. (2009). How Much Detail Needs to be Elucidated in Self-Harm Research? *Journal of Youth and Adolescence*. doi:10.1007/s10964-009-9492-y
- Stewart, J., Esposito, E., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2016). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.09.031
- Stewart, J., Esposito, E., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.09.031
- Straiton, M., Roen, K., G.Dieserud, & H.Hjelmeland. (2013). Pushing the boundaries: Understanding self-harm in a non-clinical population. *Archives of Psychiatric Nursing, 27* (2).
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., . . . Liu, Z. (2011). Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A Cross-Section Study. *PLoS ONE, 6* (4). doi:10.1371/journal.pone.0017977
- Tanner, A. K., Hasking, P., & Martin, G. (2015). Suicidality among adolescents engaging in non-suicidal self-injury (NSSI) and fire setting: the role of psychosocial characteristics and reasons for living. *Child Adolescent Psychiatry Ment Health, 9* (33). doi:10.1186/s13034-015-0068-1
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal selfinjury. *Journal of Affective Disorders, 227*.
- Trewavas, C., Hasking, P., & McAllister, M. (2010). Representations of Non-Suicidal Self-Injury in Motion Pictures. *Archives of Suicide Research, 14*, 98-103.
- Trinco, M. E., & Santos, J. (2017). O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

- Trinco, M. E., Santos, J. C., & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4 (13).
- Valsiner, J. (2003). Beyond social representations: a theory of enablement. *Papers on Social Representations*, 12, 7.1–7.16.
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 282–297. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological Medicine*, 42 (4), pp. 717–726. doi:10.1017/S0033291711001814
- World Health Organization. (2012). Risk behaviours: Being bullied and bullying others. Em C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. d. Looze, C. Roberts, . . . V. (. Barnekow, *Social Determinants of Health and Well-Being among Young People. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey* (pp. 191-200). Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization. (2012). Risk behaviours: Being bullied and bullying others. *Soc. Determ. Heal. well-being among young people Heal. Behav. Sch. Child. study Int. Rep from 2009/2010 Surv. Health Pol.*
- You, J., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011). The Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury and Different Subgroups of Self-Injurers in Chinese Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 15 (1). doi:10.1080/13811118.2011.540211
- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BioMedCentral Psychiatry*, 14, p. 137. doi:10.1186/1471-244X-14-137

Anexos

Anexo 1. Análise Fatorial Exploratória das questões da Intenção suicida

Tabela 15. Confiabilidade para 3 itens da intenção suicida

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	76	31,8
	Excluídos ^a	163	68,2
	Total	239	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,918	3

Estatísticas de item			
	Média	Erro Desvio	N
Querias morrer?	1,28	1,162	76
Plano para acabar com a vida?	,89	1,114	76
Quão forte a intenção de acabar com a vida?	1,33	1,237	76

Estatísticas de item-total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Querias morrer?	2,22	4,896	,852	,867
Plano para acabar com a vida?	2,61	5,362	,779	,926
Quão forte a intenção de acabar com a vida?	2,17	4,490	,879	,846

Estatísticas de escala				
Média	Variância	Erro Desvio	N de itens	
3,50	10,627	3,260	3	

Tabela 16. Output item 4 da escala da intenção suicida

	I	II	III	IV	V	VI
I.CALS semTS	1					
II. CALLM	,671**	1				

III. CSP	,573**	,408**	1			
IV. Intenção suicida	,692**	,302**	,329**	1		
V. Ideação suicida	,649**	,626**	,454**	,716**	1	
VI. Pensas em magoar-te mas não em suicidar-te?	n.s	n.s	n.s	n.s	,270*	1

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Nota. CAL = comportamentos auto lesivos severos (sem incluir Tentativa de Suicídio); CALLM = comportamentos auto lesivos leves/moderados; CSP = consumo de substâncias psicoativas; n.s = estatisticamente não significativo

Anexo 2. Caracterização dos participantes

2.1.Dados sociodemográficos

Tabela 17. Nacionalidades dos participantes

	Nacionalidade	
	Frequência	Porcentagem
Portuguesa	224	95,3
Angolana	2	,9
Brasileira	5	2,1
Portuguesa-angolana	1	,4
Russa	1	,4
Americanos	1	,4
Portugueses-romenos	1	,4
Total	235	100,0

Tabela 18. Prevalência de reprovações

	Reprovações	
	Frequência	Porcentagem
Não	174	74,4
Sim	60	25,6
Total	234	100,0

2.2. Comportamentos auto lesivos

Tabela 19. Frequências da questão "estás sozinho quando realizas estes comportamentos" em função do sexo

Estás sozinho quando realizas estes comportamentos? E sexo				
		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Estás sozinho quando realizas estes comportamentos?	Nunca	1	4	5
	Raramente	2	2	4
	Algumas vezes	3	3	6
	Quase sempre	2	8	10
	Sempre	9	36	45
Total		17	53	70

Tabela 20. Frequências do lugar de realização dos CAL em função do sexo

Onde costumavas realizar esses comportamentos? E sexo				
		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Onde costumavas realizar esses comportamentos?	Casa	14	50	64
	Escola	0	3	3
	Outro	1	1	2
	Casa + Escola	2	0	2
Total		17	54	71

Tabela 21. Frequências de "onde retiraram as ideias para os comportamentos auto lesivos?"

Onde retirou a ideia para os comportamentos auto lesivos?				
	Frequência	Percentagem	Média	Desvio-padrão
Internet	20	28,6	.29	.455
Livros	4	5,7	.06	.234
Filmes/ séries	10	14,3	.14	.352
Amigos/ colegas	20	28,6	.29	.455
Outros	24	34,3	.34	.478
Total	70	100,0		

Tabela 22. Frequência dos comportamentos auto lesivos

Frequência dos comportamentos auto lesivos		
	Frequência	Percentagem
Não	156	66,4
Sim, por uma vez	15	6,4
Sim, entre 2 a 10 vezes	40	17,0

Sim, mais do que 10 vezes	24	10,2
Total	235	100,0

Tabela 23. **Percentagem dos métodos auto lesivos nos participantes**

Métodos auto lesivos	Percentagem
Cortes	16%
Morder	20,2%
Queimar	3%
Cravar/gravar símbolos	6%
Puxar/arrancar cabelo	14,5%
Coçar/arranhar	12%
Consumir drogas	3%
Espetar agulhas	4,3%
Engolir substâncias perigosas	4,3%
Beber em excesso	6,4%
Bater com o corpo ou em mim próprio	18,4%
Ingestão de medicação em excesso (magoar)	6,5%
Ingestão de medicação em excesso (morrer)	4,6%

2.3. Tentativa de suicídio

Tabela 24. Prevalência de tentativas de suicídio nos participantes

Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?		
	Frequência	Percentagem
Nunca	214	91,1
Uma vez	11	4,7
Duas vezes	4	1,7
Mais de duas vezes	6	2,6
Total	235	100,0

Tabela 25. Prevalência de tentativas de suicídio em contexto clínico e escolar

Contexto * Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?						
Contagem		Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?				Total
		Nunca	Uma vez	Duas vezes	Mais de duas vezes	
Grupo	Clínico	15	4	2	3	24
	Comunitário	199	7	2	3	211
Total		214	11	4	6	235

Tabela 26. Matriz de correlações entre tentativa de suicídio e métodos auto lesivos

	Correlações													
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
I. Já alguma vez fizeste alguma TS?	1													
II. Cortei-me	,509**	1												
III. Mordi-me	,523**	,390**	1											
IV. Queimei-me	,276**	,354**	,141*	1										
V. Símbolos na pele	,209**	,291**	,289**	,605**	1									
VI. Puxei cabelo	,460**	,382**	,619**	n.s	,150*	1								

VII. Arranhei- me	,418 **	,400 **	,654 **	,220 **	,197 **	,613 **	1							
VIII. Consumi drogas	,307 **	,484 **	,320 **	,288 **	,267 **	,307 **	,322 **	1						
IX. Espetei agulhas	,479 **	,374 **	,421 **	,313 **	,231 **	,361 **	,487 **	,292 **	1					
X. Engoli substânci as	,534 **	,280 **	,366 **	,514 **	,423 **	,265 **	,372 **	,234 **	,64 3**	1				
XI. Bebi em excesso	,254 **	,528 **	,137 *	,524 **	,427 **	n.s	n.s	,367 **	,22 0 **	,244 **	1			
XII. Bati	,478 **	,519 **	,618 **	,210 **	,363 **	,543 **	,591 **	,336 **	,48 9**	,464 **	,328 **	1		
XIII. Ingeri medicam entos p/magoar	,628 **	,476 **	,411 **	,396 **	,382 **	,323 **	,478 **	,359 **	,51 2**	,731 **	,239 **	,517 **	1	
XIV. Ingeri medicam entos p/morrer	,690 **	,381 **	,473 **	,271 **	,244 **	,335 **	,483 **	,257 **	,65 4**	,681 **	,138 *	,429 **	,851 **	1

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

2.4. Ideação suicida

Tabela 27. Prevalências da ideação suicida nos participantes

Ideação suicida		
	Frequência	Porcentagem
Não tem IDS	182	78,4
Tem IDS	50	21,6
Total	232	100,0

Nota. IDS = ideação suicida

Tabela 28. Prevalências de ideação suicida por sexo

Ideação suicida * Sexo				
		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
IDS	Não tem IDS	70	112	182
	Tem IDS	12	38	50
Total		82	150	232

Nota. IDS = ideação suicida

Tabela 29. Prevalências da ideação suicida por contexto de recolha

Contexto e ideação suicida				
		Tem IDS		Total
		Não tem IDS	Tem IDS	
Contexto	Clínico	10	13	23
	Escolar	172	37	209
Total		182	50	232

Nota. IDS = ideação suicida

2.5. Intenção suicida

Tabela 30. Prevalências da intenção suicida por contexto

		Tem intenção		Total
		Não tem intenção suicida	Tem intenção suicida	
Grupo	Clínico	10	16	26
	Comunitário	185	27	212
Total		195	43	238

Tabela 31. Prevalência de intenção suicida por sexo

		Tem intenção		Total
		Não tem intenção suicida	Tem intenção suicida	
Sexo	Masculino	73	11	84
	Feminino	122	32	154
Total		195	43	238

Anexo 4. Hipótese 1

Tabela 32-36. **Análise de regressão para variável dependente intenção suicida**

Variáveis Inseridas/Removidas ^a			
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	CALSTS sem TS	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).

a. Variável Dependente: intenção suicida

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,692 ^a	,479	,471	,78913

a. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	41,718	1	41,718	66,993	,000 ^b
	Resíduo	45,459	73	,623		
	Total	87,176	74			

a. Variável Dependente: intenção suicida

b. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	,641	,113		5,694	,000
	CALSTS sem TS	1,390	,170	,692	8,185	,000

a. Variável Dependente: intenção suicida

Variáveis excluídas ^a						
Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade
						Tolerância
1	CALLM	-,074 ^b	-,752	,454	-,088	,735
	CSP	-,015 ^b	-,158	,875	-,019	,758

a. Variável Dependente: intenção suicida

b. Preditores no Modelo: (Constante), CALSTS sem TS

Tabelas 37-41. Análises de regressão para variável dependente ideação suicida

Variáveis Inseridas/Removidas ^a			
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	CALSTS sem TS	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).
2	CALLM	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

a. Variável Dependente: Ideação suicida

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,649 ^a	,421	,418	,93432
2	,700 ^b	,490	,485	,87881

a. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS

b. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	142,569	1	142,569	163,316	,000 ^b
	Resíduo	196,417	225	,873		
	Total	338,986	226			
2	Regressão	165,989	2	82,994	107,463	,000 ^c
	Resíduo	172,997	224	,772		
	Total	338,986	226			

a. Variável Dependente: Ideação suicida

b. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS

c. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Erro	Beta		
1	(Constante)	,602	,066		9,185	,000
	CALSTS sem TS	2,256	,177	,649	12,780	,000
2	(Constante)	,497	,065		7,691	,000
	CALSTS sem TS	1,451	,221	,417	6,562	,000
	CALLM	,857	,156	,350	5,507	,000

a. Variável Dependente: Ideação suicida

Variáveis excluídas^a

Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade	
					Tolerância	
1	CALLM	,350 ^b	5,507	,000	,345	,564
	CSP	,055 ^b	,822	,412	,055	,577
2	CSP	,036 ^c	,565	,573	,038	,575

a. Variável Dependente: Ideação suicida

b. Preditores no Modelo: (Constante), CALSTS sem TS

c. Preditores no Modelo: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM

Tabela 42-47. **Análise de regressão para variável dependente tentativa de suicídio**

Variáveis Inseridas/Removidas ^a			
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	CALSTS sem TS	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
2	CALLM	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
3	CSP	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).

a. Variável Dependente: Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,687 ^a	,472	,470	,417
2	,705 ^b	,498	,493	,408
3	,715 ^c	,511	,504	,403

a. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS

b. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM

c. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM, CSP

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	35,443	1	35,443	204,041	,000 ^b
	Resíduo	39,605	228	,174		
	Total	75,048	229			
2	Regressão	37,350	2	18,675	112,453	,000 ^c
	Resíduo	37,698	227	,166		
	Total	75,048	229			
3	Regressão	38,316	3	12,772	78,581	,000 ^d

Resíduo	36,732	226	,163
Total	75,048	229	

a. Variável Dependente: Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?

b. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS

c. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM

d. Preditores: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM, CSP

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Erro	Beta		
1 (Constante)	,023	,029		,786	,433
CALS sem TS	1,102	,077	,687	14,284	,000
2 (Constante)	-,007	,030		-,224	,823
CALSTS sem TS	,871	,102	,543	8,562	,000
CALLM	,244	,072	,215	3,389	,001
3 (Constante)	-,005	,029		-,165	,869
CALSTS sem TS	1,012	,116	,631	8,716	,000
CALLM	,252	,071	,222	3,540	,000
CSP	-,254	,104	-,147	-2,437	,016

a. Variável Dependente: Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?

Variáveis excluídas^a

Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade
					Tolerância
1 CALLM	,215 ^b	3,389	,001	,219	,550
CSP	-,136 ^b	-2,212	,028	-,145	,598
2 CSP	-,147 ^c	-2,437	,016	-,160	,597

a. Variável Dependente: Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio?

b. Preditores no Modelo: (Constante), CALSTS sem TS

c. Preditores no Modelo: (Constante), CALSTS sem TS, CALLM

Anexo 3. Representações das funções

Tabela 48. **Distribuição das dimensões globais das funções por participantes com e sem CAL**

Distribuição das dimensões globais das funções por participantes com e sem CAL					
	CAL	Média	Erro Desvio	<i>t</i>	<i>p.</i>
Funções Interpessoais	Não tem cal	2,6564	,51954	.464	.000
	Tem cal	2,2683	,77445		
Funções Intrapessoais	Não tem cal	3,4167	,49530	-1,870	.063
	Tem cal	3,5553	,55099		

Nota. CAL = comportamentos auto lesivos; *t* = estatística de teste; *p* = teste de significância

Tabela 49. **Distribuição das funções por sexo em participantes com e sem CAL**

Distribuição das funções por sexo em participantes com e sem CAL						
	Sexo	N	Média	Erro Desvio	<i>t</i>	<i>p</i>
Funções Interpessoais	Masculino	82	2,5845	,60110	.779	,437
	Feminino	148	2,5154	,66593		
Funções Intrapessoais	Masculino	82	3,3235	,52377	-2,991	,003
	Feminino	141	3,5339	,49663		

Anexo 4. Bullying

Tabela 50. **Frequência dos episódios de bullying**

Frequência de episódios de bullying		
	Frequência	Porcentagem
Nunca	132	56,9
Raramente	44	19,0
Algumas vezes	49	21,1
Quase sempre	3	1,3
Sempre	4	1,7
Total	232	100,0

Tabela 51. **Prevalência de bullying por sexo nos participantes em geral**

Bullying * Sexo							
		Geral			Com CAL		
		Sexo		Total	Sexo		Total
		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
Bullying	Não tem bullying	53	79	132	8	23	31
	Tem bullying	30	70	100	10	34	44
Total		83	149	232	18	57	75

Tabela 52. **ANOVA: Estatística descritiva da prevalência de bullying por sexo**

Estatística Descritiva				
Variável dependente: bullying				
Sexo	CAL	Média	Erro Desvio	N
Masculino	Não tem cal	,3077	,46513	65
	Tem cal	,5556	,51131	18
	Total	,3614	,48334	83
Feminino	Não tem cal	,3933	,49124	89
	Tem cal	,5965	,49496	57
	Total	,4726	,50097	146
Total	Não tem cal	,3571	,48072	154
	Tem cal	,5867	,49575	75
	Total	,4323	,49648	229

Tabela 53. ANOVA Two-way para bullying nos participantes em função do sexo e dos comportamentos auto lesivos

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	<i>p</i>	Eta parcial quadrado	Poder observado ^b
Modelo corrigido	2,955 ^a	3	,985	4,162	,007	,053	,849
Intercepto	34,432	1	34,432	145,500	,000	,393	1,000
Sexo	,160	1	,160	,678	,411	,003	,130
CAL	2,041	1	2,041	8,623	,004	,037	,832
Sexo * CAL	,020	1	,020	,084	,772	,000	,060
Erro	53,246	225	,237				
Total	99,000	229					
Total corrigido	56,201	228					

a. R Quadrado =,053 (R Quadrado Ajustado =,040)

b. Calculado usando alfa =,05

Anexo 5. Pedido de autorização



Autorização

Eu, _____, autorizo o meu educando _____ a participar no estudo que está a ser realizado pelo ISPA- Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. A sua participação pressupõe o preenchimento de um questionário, anónimo e confidencial, cujo intuito é aumentar o conhecimento sobre os comportamentos dos adolescentes.

(Assinatura)

(Data)

Anexo 6. Consentimento informado

Consentimento informado - filhos



Consentimento Informado

Eu, _____, aceito participar de livre vontade no presente projeto que tem como principal intuito a recolha de informação acerca dos comportamentos que adolescentes possam ter. Ao participar neste estudo, comprometo-me também a responder ao questionário que me foi disponibilizado.

Estou consciente de que ao participar nesta investigação, estou a contribuir para o desenvolvimento da presente investigação, ainda que não exista qualquer benefício direto ou indireto pela minha participação. Compreendo que a minha participação nesta investigação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão acabe por ter efeitos prejudiciais na minha pessoa.

Percebo que toda a informação recolhida para a presente investigação, será tratada de forma confidencial, não existindo dessa forma o risco da minha identidade ser revelada para qualquer outro relatório e/ou publicação, que nada tenha a ver com o presente estudo.

Este estudo está a ser realizado no âmbito de um projeto de investigação desenvolvido pelo ISPA-Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. É de extrema importância referir que a sua privacidade será protegida através da utilização de um número, sem qualquer identificação.

Ao dispor para qualquer esclarecimento, junto do seguinte e-mail: 23362@alunos.ispa.pt

Atenciosamente e ao Vosso dispor,

(Assinatura)

(Data)

Anexo 7. Pedido aos pais



Caríssimo(a) pai/mãe,

Eu, Carolina Silva, estudante do Mestrado em Psicologia Clínica, do ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, venho pedir a vossa colaboração para participar no projeto de investigação intitulado “**Adolescência e comportamentos de risco**”, **que está ser coordenado pela Prof^a Doutora Maria Gouveia Pereira**. É muito importante que possa responder individualmente ao protocolo anexado a este pedido.

O questionário é anónimo e confidencial, sendo os dados destinados apenas para fins de investigação. Deste modo **é muito importante que o questionário seja respondido individualmente.**

Peço que quando terminar de responder questionário o coloque dentro do envelope e o feche como forma adicional de segurança.

Quero desde já agradecer pelo seu tempo, e também por ter autorizado o seu educando(a) a participar na nossa investigação.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Ao dispor para qualquer esclarecimento, junto do seguinte e-mail: 23362@alunos.ispa.pt