



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A INFLUÊNCIA DAS FUNÇÕES INTRAPESSOAIS E
INTERPESSOAIS NA AUTO-INJÚRIA NÃO SUICIDA E
NA IDEACÃO SUICIDA.**

JOANA MARIA PINTO SILVA COMPLETO

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2014

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

Agradecimentos

A redação desta dissertação pretende refletir e partilhar todo o trabalho realizado durante o Seminário de Dissertação no Instituto Superior de Psicologia. Todavia, o sucesso de todo o trabalho executado, não teria sido possível sem o contributo de diversas pessoas que se tornaram muito importantes nesta etapa da minha vida, às quais dedico este relatório.

Gostaria de prestar o primeiro agradecimento ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) por me possibilitar a realização da Dissertação com o tema que sempre ambicionei e com os melhores profissionais.

Um agradecimento em especial à Professora Doutora Maria Gouveia pelas indicações constantes ao longo das aulas de Seminário de Dissertação, por transmitir aos alunos o rigor e a humildade com que as nossas tarefas devem ser executadas e, acima de tudo, por nos alertar constantemente para a responsabilidade intrínseca da nossa atividade ao lidarmos com pessoas em sofrimento. Agradeço ainda pela partilha da sabedoria, atenção, compreensão e confiança, exigindo de mim, o que por vezes, senti que não seria possível.

Agradeço também à minha família, principalmente aos meus pais e irmão, pela educação, amor e valores transmitidos ao longo dos anos assim como pela compreensão, motivação e apoio para terminar esta etapa, nunca duvidando do sucesso da mesma. Um obrigado especial à minha Tia Manuela, à Bebiana, à Ana e à Isabel e a todas as minhas outras primas que estiveram presentes nos momentos mais marcantes ao longo da minha vida.

Aos meus amigos, pela amizade ao longo dos anos, pelo incentivo durante todo o processo de redação da Dissertação e igualmente pela compreensão dos meus períodos de ausência.

Resumo

Os comportamentos de Auto-Injúria Não Suicida (AINS), sendo comportamentos de violência autodirigida, são considerados um problema de saúde pública (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) e, nesse sentido, são, cada vez mais, um fenómeno que exige investigação por parte dos clínicos e investigadores. A adolescência revela-se, por excelência, como a fase da vida, na qual estes comportamentos estão maioritariamente associados e demonstram um maior risco de se envolverem em comportamentos suicidas (Klonsky & Glenn, 2009).

Os comportamentos AINS podem apresentar diversas funcionalidades, podendo estas dizer respeito a funções intrapessoais ou a funções interpessoais. Este trabalho teve como objetivo explorar a relação entre estas funções com a AINS e a ideação suicida. Para atingir este fim, contactámos uma amostra constituída por 396 alunos de duas escolas, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, que responderam aos instrumentos: Inventário de Afirmções Sobre Auto-Injúria (ISAS) (Klonsky & Glenn, 2009) (Pereira & Duarte, 2014) e ao Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Ferreira e Castela, 1999).

A análise estatística dos resultados demonstrou que as funções intrapessoais possuem uma maior influência, face às funções interpessoais, no número de métodos utilizados em comportamentos de AINS e na ideação suicida, não sendo encontrada nenhuma associação entre ambas as funções e a frequência de AINS.

Palavras-chave: Auto Injúria Não Suicida, Adolescência, Ideação Suicida

Abstract

Behaviors of Non-Suicidal Self-Injury (AINS), being behaviors of self-directed violence, are considered a problem of public health (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). In this way, they are, more and more, a phenomenon that requires research by clinicians and researchers. Adolescence reveals itself, par excellence, as the stage of life in which these behaviors are mostly associated and demonstrate an increased risk of engaging in suicidal behavior (Klonsky & Glenn, 2009).

The AINS behaviors may have different features, which can be related to intrapersonal functions or interpersonal functions. This study aimed to explore the relationship between these functions with the AINS and suicidal ideation. To reach this goal, we contacted a sample of 396 students from two schools, aged between 12 and 19, who answered the instruments: Inventory Evaluation of Self-Injury (ISAS) (Klonsky & Glenn, 2009) (Pereira & Duarte, 2014) and the Suicide Ideation Questionnaire (QIS) (Ferreira and Castile, 1993/94).

Statistical analysis of the results showed that, compared to the interpersonal functions, intrapersonal functions have a greater influence in the number of methods used in AINS behaviors and its linear relationship with suicidal ideation. We have not found any association between both functions and the frequency of AINS.

Key-Words: Non Suicidal Self Injury, Adolescence, Suicidal Ideation

ÍNDICE

Introdução	1
1. Adolescência e os comportamentos de Auto injúria Não Suicida	1
2. Auto-injúria não suicida (AINS)	3
2.1 Conceito de auto-injúria não suicida	3
2.2 Diferenciação entre comportamentos AINS e comportamentos suicidas	5
2.3 Classificação de AINS	7
2.4 Métodos e frequência de AINS	8
2.5 Prevalência	9
2.6 Funções de AINS	11
2.6.1 Compreender AINS através do Modelo das Funções	
2.7 Fatores preditores do comportamento de AINS	14
3. Ideação Suicida na Adolescência	16
3.1 Fatores de Risco da Ideação Suicida	17
4. Objetivo e Hipóteses	19
5. Método	20
5.1. Participantes	21
5.2 Material	24
5.2.1 Inventário das afirmações sobre auto-injúria (IASA)	24
5.2.2 Questionário sobre ideação suicida (QIS)	26
5.3.Procedimento	26
6. Resultados	24

6.1. Análise das Variáveis Mais Relevantes	27
6.1.1. Escala de Métodos de Auto-Injúria Não Suicida	27
6.1.2. Variáveis Não Escalares Relativas a AINS	32
6.1.3.. Análise Descritiva da Ideação Suicida	36
6.2. Análise dos Resultados das Hipóteses	37
7. Discussão	42
8. Limitação do Estudo e Sugestões para Estudos Futuros	48
9. Considerações Finais	49
10. Referências bibliográficas	30
11. Anexos	66
Anexo A:	71
Anexo B:	75
Anexo C:	87
Anexo D:	87
Anexo E:	88
Anexo F:	89
Anexo G:	91
Anexo H:	92
Anexo I:	92

Lista de Figuras

Figura 1 - Algoritmo diferencial de Auto-Injúria Não Suicida (AINS)	5
Figura 2 – Desenvolvimento e Manutenção da AINS segundo modelo de Nock (2010)	15
Figura 3- Frequência dos Métodos utilizados por adolescentes com comportamentos de AINS	28
Figura 4 - Média da Ideação Suicida consoante o sexo dos adolescentes	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da Amostra segundo Idade e Género	22
Tabela 2 – Frequência e Percentagem dos participantes com e sem comportamentos de AINS	27
Tabela 3 – Número de métodos utilizados para a prática de comportamentos de AINS	29
Tabela 4 – Média da Frequência dos Métodos de AINS	30
Tabela 5 - Frequência das categorias da origem, funções e motivos para a AINS	32
Tabela 6 – Categorias relativas ao desejo de parar ou não o comportamento de AINS	36
Tabela 7 - Estatísticas Descritivas de Ideação Suicida	36
Tabela 8 – Média das funções do Comportamento de AINS	38
Tabela 9 – Correlação de Pearson entre as Funções Interpessoais e a Idade	39
Tabela 10 - Análise de regressão pelo método Stepwise: influência das funções intrapessoais e interpessoais no número de métodos utilizados	40
Tabela 11 - Análise de regressão pelo método Stepwise: influência das funções intrapessoais e interpessoais na ideação suicida	41
Tabela A1 - Estatística de Frequências da Variável Ano de Escolaridade	66
Tabela A2 - Estatística de Frequência da Variável Número de Vezes de Reprovações	66
Tabela A3 - Estatística de Frequência do Número de Irmãos	67
Tabela A4 - Estatística de Frequência da Nacionalidade	67

Tabela A5 - Estatística de Frequência da Profissão da Mãe	65
Tabela A6 - Estatística de Frequência da Profissão da Pai	69
Tabela A7 - Estatística de Frequência das Habilitações Académicas da Mãe	69
Tabela A8 - Estatística de Frequência das Habilitações Académicas do Pai	70
Tabela C1 – Média da Frequência do Número de Métodos	75
Tabela C2 - Teste de Levene para a Homogeneidade das Variâncias do Número de Métodos segundo a idade	75
Tabela C3 -Estatística de Frequência do Número de Métodos	75
Tabela C4 - Estatística de Frequência do Número de Métodos Segundo o Género	76
Tabela C5 - Teste do Qui-Quadrado da utilização do método de corte segundo o género	77
Tabela C6 - Teste de Student para a Homogeneidade das Variâncias da Frequência de AINS segundo o sexo	77
Tabela C7 - Análise da Correlação de Pearson entre a Frequência de AINS e a idade dos sujeitos	77
Tabela C8- Estatística de Frequência da Idade de Início de AINS	78
Tabela C9 –Teste do Qui-Quadrado da Data do Último comportamento Segundo o Género	78
Tabela C10 - Teste do Qui-Quadrado da dor sentida durante comportamento AINS segundo o Género	79
Tabela C11 - Teste do Qui-Quadrado de estar ou não sozinho durante comportamento AINS segundo o género	79
Tabela C12 - Teste do Qui-Quadrado do tempo entre o pensamento e o comportamento segundo o género	79

Tabela C13 – Distribuição das Categorias do Surgimento da Ideia por Questionário	80
Tabela C14 – Estatística de Frequência de Querer Parar o Comportamento de AINS	83
Tabela C15 – Descrição das categorias para querer parar ou não o comportamento de AINS	83
Tabela D1 - Estatística Descritiva das Funções Intrapessoais Segundo o Género	87
Tabela D2 -Teste de Levene para a Homogeneidade das Variâncias da Frequência de AINS segundo o sexo	87
Tabela E1 – Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e a Idade	87
Tabela F1 - Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e a Frequência de AINS	88
Tabela F2 - Correlação de Pearson entre as Funções Interpessoais e a Frequência de AINS	88
Tabela G1 - Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e o Número de Métodos de AINS	89
Tabela G2 - Correlação de Pearson entre as Funções Interpessoais e o Número de Métodos de AINS	89
Tabela G3 - Sumário do Modelo de Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com o Número de Métodos	89
Tabela G4 - ANOVA da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com o Número de Métodos	90
Tabela G5 - Coeficientes da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com o Número de Métodos	90
Tabela G6 - Variáveis Excluídas pelo método <i>Stepwuse</i>	90
Tabela H1 – Média da Ideação Suicida	91

Tabela H2 - Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para as diferenças do Comportamento AINS Segundo a Ideação Suicida	91
Tabela I1 - Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e a Ideação Suicida	92
Tabela I2 - Correlação de Pearson entre as Funções Interpessoais e a Ideação Suicida	92
Tabela I3 - Sumário do Modelo de Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Ideação Suicida	92
Tabela I4 - ANOVA da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Ideação Suicida	93
Tabela I5 - Coeficientes da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Ideação Suicida	93
Tabela I6 – Variáveis Excluídas do Teste Stepwise	94

Introdução

Considerado um problema de saúde pública (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), os comportamentos de auto-injúria não suicida têm despertado um interesse crescente na investigação que alerta para o impacto destes na vida dos sujeitos (Pelios, Morren, Tesch & Axelrod, 1999; Duque & Neves, 2004). A nível mundial, a prevalência de comportamentos de auto-injúria têm vindo a aumentar (Williams & Bydalek, 2007), tornando-se um problema sério entre os jovens e um foco relevante de política social e da prática profissional nos países ocidentais (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

O comportamento suicida também se constitui como uma tragédia pessoal e familiar, uma vez que não causa sofrimento apenas à pessoa em causa, mas também a uma média de seis pessoas ao seu redor (WHO, 2002). O suicídio é apontado como a segunda causa de morte na adolescência nos países ocidentais, logo de seguida aos acidentes rodoviários (Stheneur, 2006), sendo a ideação suicida considerada a primeira fase de um continuum o origina.

Muitas sociedades ainda não têm consciência para a problemática dos comportamentos de auto-injúria não suicida, não os discutindo abertamente, e poucos são os países que desenvolvem programas de intervenção para a mesma (Werlang Borges e Fensterseifer, 2005). Sendo este um problema subestimado, nomeadamente na fase da adolescência, torna-se pertinente a realização de mais estudos nesta área, particularmente em Portugal, que carece de dados relativos aos comportamentos de auto-injúria não suicida e que são relevantes para a construção de programas de intervenção.

1. Adolescência e os Comportamentos de Auto – Injúria Não suicida

Segundo Sampaio (2010), a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por diversas mudanças físicas, sociais e psicológicas, que se inicia com a puberdade e termina aquando da formação do carácter na adultícia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a adolescência como um processo biológico constituído por vivências orgânicas que aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a pré-adolescência, entre os 10 e os 14 anos, e a adolescência, entre os 15 e os 19 anos (WHO, 2000a). A nível físico, este período é caracterizado por uma aceleração do crescimento e aumento da necessidade de energia, e é desfasado entre rapazes e raparigas, já que as raparigas são mais precoces na puberdade, por volta dos 12 anos, devido ao aumento do tecido adiposo e à ocorrência da menarca (WHO, 1995; Sampaio, 2006). Simultaneamente às alterações físicas, também ocorre o desenvolvimento psicossocial, que

poderá deixar os adolescentes vulneráveis a excessos, carência e desequilíbrios (WHO, 2005). No contexto social, o conceito de adolescência identifica diferenças a nível da estruturação das posições sociais e dos momentos históricos, uma vez que há uma exigência superior a nível do trabalho do adolescente por parte das sociedades contemporâneas (Oliveira, 1997).

As alterações físicas e psicossociais são fortemente influenciadas pela interação do adolescente com os seus contextos, permitindo a singularidade de cada um e a heterogeneidade desta etapa do ciclo de vida, no sentido em que é impossível constituir um padrão comum e universal a todos, assim como a delimitação rígida de um início e término desta fase (Sampaio, 2006; Shaffe & Kipp, 2007). Esta etapa de vida caracteriza-se também pela procura de autonomia em relação à família e pela criação de um self integrado que promova a construção da identidade, marcadora do término da adolescência (Sampaio, 2006).

Numa vertente mais psicodinâmica, alguns autores enquadram o conceito de construção de identidade como um período onde domina a “crise da adolescência”. Coimbra de Matos (2002) denomina este período como evolutivo, no qual se processa a alteração do objeto de amor, dos pais para o grupo de pares. Existe uma diminuição na abordagem da maturação instintiva que se processa nesse período e que se caracteriza pela saída de interesses nos quais predominavam o narcisismo, próprio da infância, para o desenvolvimento de interesses de grupo, sociais, próprios da idade adulta. Qualquer perturbação neste processo pode afectar os relacionamentos interpessoais. É também imprescindível que, para além do bom objecto interno, haja um controlo dos instintos pulsionais que proporcione ao adolescente o sentimento de controlo sobre o próprio corpo e a realidade externa, fortalecendo assim a sua autonomia e a sua auto-estima (Coimbra de Matos, 2002).

Por todas estas mudanças, com as quais o jovem frequentemente não sabe lidar, a adolescência pode ser considerada como um período vulnerável, facilitando a adoção de comportamentos de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005). Considera-se risco uma consequência da decisão livre e consciente do indivíduo de se expor a uma situação na qual procura a realização de um bem ou desejo, que inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico (McCrimmond & Werhrung, 1986). Neste sentido, o jovem pode enverdar por comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, como solução para os seus problemas (Borges & Werlang, 2006), sendo relativamente comum o sofrimento psíquico (Stheneur, 2006). É importante ainda compreender que as características próprias desta fase podem aparecer desajustadas e traduzir-se em aspetos patológicos (Borges & Werlang, 2006), uma vez que existe a possibilidade de fixação do jovem a um padrão de consequências negativas que afetará o seu desenvolvimento. A patologia é caracterizada pela falta de

esperança e incapacidade para lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença e manter um sentimento sustentado pelo bem-estar. (Sampaio, 2006).

Os comportamentos de auto-injúria não suicida são considerados um problema de saúde pública (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009). Neste sentido, por diversas razões - como por exemplo, causar danos físicos e psicológicos (Nock, Prinstein, & Sterba, 2010), comprometer relações sociais - tratamentos médicos e psicoterapia (Fliege, Grimm & Kapp, 2009) defendem a importância do estudo e compreensão de tal comportamento. Estudos prévios referem a adolescência como uma fase do desenvolvimento em que estes comportamentos são considerados problemas significativos (Plener et al., 2009; Cerutti et al., 2011; Muehlenkamp et al., 2012).

2. Auto-Injúria Não Suicida

2.1. Conceito de Auto-Injúria Não Suicida

A Auto-Injúria Não Suicida (AINS) é um tipo específico de auto-injúria estigmatizado na sociedade e que difere de formas de auto-injúria aceitas socialmente, tais como a perfuração da orelha ou tatuagens. O consenso atual sobre a definição de AINS, que será utilizado ao longo deste trabalho, remete para a transformação ou destruição direta e deliberada dos tecidos do próprio corpo na ausência de intenção suicida (Favazza, 1987, Nock & Favazza, 2009). O termo “direta” na definição implica que a auto-injúria ocorre como resultado de uma ação direta, sem etapas intervenientes. Por exemplo, cortar a própria pele com uma lâmina é considerada uma auto-injúria direta, enquanto beber a conduzir pode ter consequência negativas a partir de processos que ocorrem indiretamente e não são considerados AINS (Nock & Favazza, 2009).

A terminologia “deliberada” na definição implica que a ação foi pretendida pelo indivíduo e que não resultou de nenhum acidente. Apesar de ser deliberada, a gravidade da destruição real do tecido do próprio corpo pode variar significativamente. O último componente da definição de AINS remete para o propósito desta prática, a qual não deve ser vista como um gesto ou comportamento suicida (Nock & Favazza, 2009).

Apesar de ser atualmente um comportamento alvo de imensa atenção, a auto-injúria não deve ser considerada como um fenómeno recente. Um claro exemplo de auto-injúria ocorreu 500 anos atrás quando o dramaturgo grego Sófocles, na sua tragédia Rei Édipo, descreveu o comportamento do rei após descobrir ter dormido com a mãe, arrancando intencionalmente os próprios olhos, como tentativa de superar a vergonha sentida (Messer &

Fremouw, 2008). Diversos exemplos de auto-injúria foram descritos ao longo da história, demonstrando que os ferimentos realizados ao próprio corpo, podem ser retratados de diferentes modos.

Embora se tenha reconhecido o comportamento de Auto-injúria Não Suicida como um problema de saúde pública, ainda não existe um consenso acerca do uso do termo AINS como termo único, o que não permite o avanço científico nesta área. Também a utilização de termos vagos pode comprometer não só a formulação, como a qualidade da avaliação do risco (Nock & Favazza, 2009; Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011). Ao longo dos anos têm surgido diversos termos para explicar o comportamento de destruição deliberada do próprio corpo tais como *self-mutilation* (Favazza, 1989), *deliberate self-harm* (Rodham & Hawton, 2009) *parasuicide* (kerkhof et al., 1984) *self-injury* (Osuch, Noll, & Putnam, 1999), *wrist cutting*, *self-abuse*, e *self-inflicted violence* (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011)

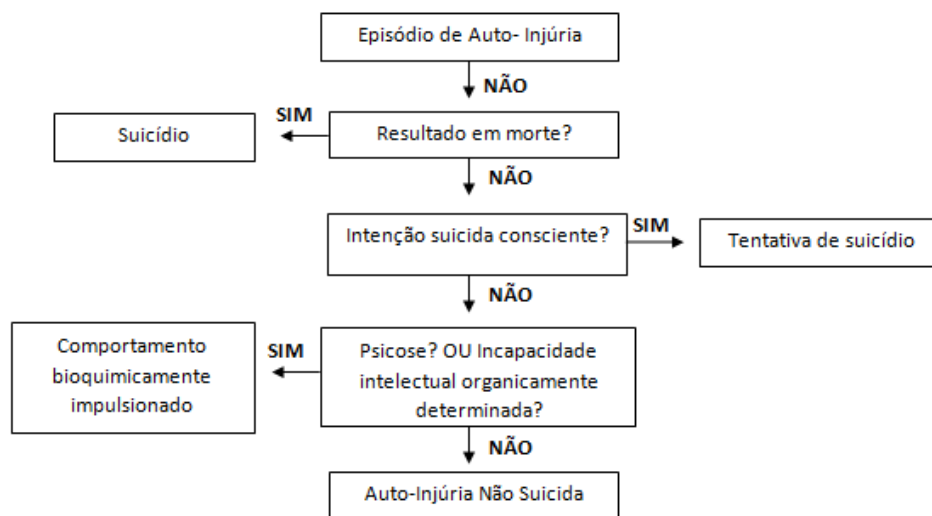
Segundo Nock e Favazza (2009), existe a preferência pela utilização do termo auto-injúria não suicida (AINS) por diversas razões. Primeiramente o termo *self-mutilation* refere-se à ação de “cortar/alterar radicalmente com o objetivo de tornar imperfeito” ou “cortar/destruir permanentemente um membro”, demonstrando um elevado nível de conotação negativa, ferimento e permanência nesse tipo de comportamento, o que não é necessariamente característica da prática de AINS (Nock & Favazza, 2009). Os termos *deliberate self-harm*, *parasuicide* e *self-injury* são considerados sinónimos e revelam-se muito amplos, uma vez que incluem: comportamentos de AINS (por exemplo, corte ou queima), comportamentos que não se envolvem na danificação dos tecidos ou que são ambíguos em termos do grau do prejuízo daí resultante (por exemplo, overdose) e ainda comportamentos com intenção suicida, ou seja, tentativas de suicídio (Nock & Favazza, 2009).

Relativamente aos termos *wrist cutting*, *self-abuse*, e *self-inflicted violence* é necessário circunscrever o método e o local da lesão o que pode ser problemático, uma vez que é amplamente aceite que indivíduos com comportamentos de AINS realizam-lo com diferentes métodos, em diferentes partes do corpo e com diferentes gravidade. Termos como auto-abuso e violência auto-infligida podem também produzir dificuldades na semântica, uma vez que abuso e violência possuem várias definições e aplicados a si mesmos podem ou não capturar a natureza da lesão resultante do comportamento e a intenção suicida (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011).

2.2. Diferenciação entre Comportamentos AINS e Comportamentos Suicidas

Para uma melhor e real compreensão da Auto-Injúria Não Suicida, Mangnall e Yurkovich (2008), alertam para a necessidade de uma melhor exploração da intenção suicida ao diferenciarem-se comportamentos de AINS de comportamentos suicidas.

Apesar de ambos os comportamentos envolverem danificação deliberada nos tecidos corporais, as condutas são fenomenologicamente distintas, sendo a distinção básica a intenção suicida consciente, ausente na AINS e presente nas tentativas de suicídio (Andover, Morris, Wren & Margaux, 2012). A AINS também não é motivada pelas mesmas dinâmicas de quem se auto-lesiona na presença de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada (Favazza, 1996, cit. in Mangnall & Yurkovich, 2008). Todavia, o comportamento de AINS na presença de alguns tipos de psicopatologia tem sido considerado bioquimicamente impulsionado (Mangnall & Yurkovich, 2008). A figura 1 ajuda a compreender o que é considerado comportamento de AINS segundo os autores Mangnall e Yurkovich (2008).



Fig,ura 1- Algoritmo diferencial de Auto-Injúria Não Suicida (AINS)

Para além da presença ou ausência da intenção de morte, estes dois tipos de comportamentos possuem outras características diferenciadoras: enquanto a AINS está associada à intenção de aliviar a angústia, as tentativas de suicídio estão geralmente associadas a pensamentos de morte. Estas têm tendência a ocorrer com baixa frequência, a partir de um único método e apresentam lesões de alta letalidade, contrariamente a AINS, que

ocorre frequentemente, a partir da utilização de vários métodos e possui como consequência lesões de baixa letalidade (Muehlenkamp, 2005). Num estudo com adolescentes, Nock & Favazza (2009) corroboram estas diferenciações, demonstrando que enquanto os pensamentos de AINS são relatados em média 5 vezes por semana, os pensamentos suicidas aparecem 1 vez por semana.

Quanto à sua função, os adolescentes com comportamentos de AINS possuem uma maior propensão para utilizar a auto-injúria como modo de parar pensamentos negativos ou compreender se são amados (Baetens et al., 2011). Apesar da diferença apresentada entre os comportamentos de AINS e comportamentos suicidas, um número significativo de adultos e adolescentes relatam histórias de ambos os comportamentos. Em amostras clínicas, 14% a 70% (Asarnow, 2011; Nock et al., 2006) dos adolescentes relataram a presença de ambos os comportamentos e em amostras não clínicas, 3,8% a 7% dos estudantes de ensino médio relataram o mesmo (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Brausch & Gutierrez, 2010). Também a co-ocorrência aparece nos pensamentos de ambos, sendo que mais de 40% dos adolescentes que recebem serviço de atendimento de emergência relatam pensamentos de suicídio acompanhados de pensamentos de AINS nas últimas 24 horas (Cloutier et al., 2010).

O estudo de Guan, Fox e Prinstein (2012) oferece evidências convincentes de uma amostra não clínica diversificada sugerindo que uma maior frequência de AINS está associada significativamente ao risco de ideação suicida e tentativas de suicídio. Na literatura, é sugerido que haverá um *continuum* do AINS para a tentativa de suicídio, sendo que a prática de AINS poderá estar associada ao aumento da capacidade suicida (Franklin, Hessel, e Prinstein, 2011; Joiner, 2005). Joiner (2005) defende que a repetição de episódios característicos de experiências dolorosas e provocantes, tais como o corte ou a queima, podem habituar aqueles que se envolvem em AINS a níveis elevados de dor. Nesse sentido, essa habituação ou também designada como “capacidade para adquirir o suicídio”, pode atuar como uma vulnerabilidade que, quando combinado com o desejo de suicídio, aumenta a ideação suicida e as tentativas de suicídio (Guan, Fox & Prinstein, 2012; Anestis & Joiner, 2011; Andover & Gibb, 2010; Klonsky & Olino, 2008).

Em síntese, a distinção clara é que, enquanto AINS representa um mecanismo de enfrentamento mal-adaptativo para regular as emoções muito fortes de modo a suportar a vida, os comportamentos suicidas refletem um desejo de terminar com a mesma. A AINS pode ser entendida como um sinal de sofrimento psíquico que, não sendo tratada, por conseguinte, pode aumentar o risco de suicídio (Jacobson & Gould, 2007).

2.3. Classificação de Auto-Injúria Não Suicida

Segundo Favazza (2011), a AINS pode ser considerada patológica ou não patológica. Quando a AINS é patológica, pode ser classificada em quatro instâncias: Major, Estereotipada, Compulsiva ou Impulsiva. A Major inclui atos realizados com baixa frequência, por vezes episódios únicos, que destroem significativamente o tecido corporal, tais como, a amputação de partes do corpo (Favazza, 2012). A Estereotipada remete para comportamento de auto-injúria sem ferimentos graves, mas com uma frequência alta que pode chegar aos milhares de episódios por hora, tais como morder a língua ou os dedos. Estes atos podem realizar-se de forma repetitiva, com um padrão rítmico e na presença de espetadores, sem vergonha ou culpa, estando associados a estados mentais severos e profundos (Favazza, 2011, 2012). A Compulsiva caracteriza-se pela repetição de vários comportamentos realizados de forma severa como por exemplo, coçar e/ou esburacar a pele e arrancar cabelos. Por último, a Impulsiva deriva da incapacidade do sujeito para resistir ao impulso ou à tensão de se ferir, havendo uma sensação de alívio, prazer ou gratificação após comportamentos tais como cortar, queimar e esculpturar a pele (Favazza, 2011,2012).

Relativamente ao desenvolvimento não patológico, Favazza (2011) propõe a existência de diferentes instâncias de AINS, possíveis de distinguir a partir da frequência e da relevância dos mesmos na vida do sujeito: compulsiva, episódica ou repetitiva. A instância compulsiva é caracterizada por comportamentos repetitivos ritualísticos; a episódica ocorre esporadicamente e não há uma grande identificação com o auto-agressor. Por último, a instância repetitiva remete para o comportamento que é crónico, regular e acompanhado por identificação do indivíduo com o comportamento, desenvolvendo uma identidade em torno do mesmo, isto é, o indivíduo acredita que é os seus sintomas e que, sem estes, poderá deixar de existir (Favazza, 2011).

Outros investigadores e profissionais de saúde também têm a sua própria nomenclatura para distinguir os diferentes tipo de AINS: Leves aquando baixas frequência e gravidade a nível de lesões; Moderado, quando a gravidade das lesões e a frequência são moderadas e por último a Grave, caracterizada por lesões frequentes e graves como desfiguração permanente (Whitlock, Muehlenkamp & Eckenrode,2008).

Pesquisas prévias reportam a variabilidade de AINS em termos de frequência de comportamentos ao longo da vida, podendo variar entre um ato a centenas deles (Walsh, 2006; Klonsky and Olino, 2008). Neste sentido, a frequência de AINS aparece como uma variável relevante na determinação da gravidade de AINS e da psicopatologia em geral. Um

estudo com adolescentes chineses que reportavam seis ou mais comportamentos de AINS nos passados dois anos, constatou que estes experienciavam níveis mais altos de sintomas depressivos, dissociação e impulsividade, comparativamente a adolescentes que revelassem menos de seis comportamentos AINS no mesmo período (You et al., 2011).

2.4. Métodos de Auto Injúria Não Suicida

Como referido anteriormente, os sujeitos que se envolvem em AINS tendem a utilizar diversos métodos, contrariamente aos que já tentaram o suicídio (Muehlenkamp, 2005). Apesar da crença de que os indivíduos tentam o suicídio com AINS, raras são as vezes que acontecem, sendo estimada a morte em 1,4% dos sujeitos (Walsh, 2006).

O Corte descreve uma série de comportamentos que estragam a pele desde esfaquear a pele a cortá-la (Favazza, 1989; Ross & McKay, 1979), podendo ser a base de métodos como gravar ou fazer esculturas na pele e arranhar ou coçar de forma exagerada (Rosenthal et al., 1972; Schwartz et al., 1989). Este método, considerado o mais utilizado para a prática de AINS, nomeadamente no sexo feminino (Csorba et al, 2009; Dougherty et al, 2009), é realizado comumente a partir de múltiplas lacerações e a extensão das lesões pode variar entre superficiais e/ou graves se danificarem o tecido nervoso (Simpson, 1976). Segundo Bruner e Resch (2008), os locais mais comuns do corpo para o auto-corte são as mãos, sendo os instrumentos mais utilizados para esta prática as lâminas de barbear (Rosenthal et al., 1972; Nock & Favazza, 2009).

Queimar a pele é outro dos métodos mais utilizados na prática de AINS (Favazza, 1989; Selekman , 2009). Tal como o corte, as queimaduras são realizadas por todo o corpo (O'Sullivan & Kelleher, 1989) diretamente na pele a partir de meios como cigarros acesos, isqueiros ou fósforos (Matsumoto et al, 2005; Raine, 1982; Rosenthal et al., 1972) como forma de criar um padrão específico ou uma marca simbólica como a cicatriz deixada pela queimadura (Selekman, 2009). Este método é realizado de forma impulsiva (Ross e McKay, 1979) e é iniciado geralmente quando o corte já não causa a dor pretendida para aliviar os sentimentos (Conterio et al., 1998), sendo associado a menor patologia comparativamente ao corte e ao sexo masculino (Claes et al., 2007). Apesar de não ser tão investigado como o método de corte ou queima, o método de auto-corte com inclusão de onicofagia pressupõe comportamentos auto-infligidos como morder os próprios lábios, a língua ou o interior da boca. Esse método também poderá causar danos nos braços, nas mãos e nos dedos por se auto-morderem e/ou roerem as unhas (onicofagia) de forma severa (Ross & McKay, 1979).

O método de Abrasão da pele é realizado a partir da fricção de partes do corpo contra objetos sólidos ou outras partes do corpo (Fruensgaard & Flindt-Hansen, 1988). Os sujeitos que não têm acesso aos métodos anteriores, utilizam outros métodos como esfregar a pele contra superfícies abrasivas (Rosenthal et al., 1972) ou utilizar a boca para manter feridas abertas (Ross & McKay, 1979). A escoriação neurótica também é um método comum em indivíduos que se dedicam a outras formas de lesão (Favazza e Simeon , 1995), variando desde comportamentos como arrancar crostas até lesões mais graves, como retirar pontos, re-fraturar membros (Kent & Drummond, 1989; Rosenthal et al , 1972) ou infetar as feridas através de materiais sujos (Conterio et al., 1998).

Bater propositadamente em si mesmo com outras partes do corpo (murros, estaladas) ou objetos sólidos (por exemplo, martelo) é outros dos métodos de AINS (Andover et al., 2010), tendo sido revelado como terceiro método mais comum em 30% de mulheres praticantes de AINS (Favazza & Conterio, 1989).

Como formas mais raras de auto-injúria incluem-se a inserção ou ingestão de objetos estranhos ou substâncias perigosas (Favazza, 1996), a amputação ou auto-mutilação genital (Bhatia & Arora , 2001) e a auto-mutilação ocular (Eisenhauer, 1985), sendo todos de amplo alcance em termos de gravidade e motivação. Na maioria da literatura de psiquiátrica e psicologia, estes comportamentos mais incomuns são planejados e executados lentamente (Ross e McKay, 1979).

O número de métodos utilizados tem sido relatado como forte indicador de psicopatologia e um importante indicador da gravidade de AINS, relatado em formas mais severas tais como o corte, a queimadura e cravar símbolos na pele (Loyd-Richardson et al., 2007). O número de métodos também demonstrou estar associado à frequência de AINS e, neste sentido, estudos como o de Glenn and Klonsky (2011) permitiram prever a frequência de AINS durante o período de um ano. Após um ano, entre os sujeitos que continuaram os comportamentos de AINS, verificou-se que o número de métodos e a potencial letalidade aumentaram, comparativamente com os sujeitos que pararam os comportamentos de AINS (Glenn and Klonsky, 2011)

2.5. Prevalência em Populações Não-Clínicas

Apesar das estimativas de prevalência variarem conforme as diferentes definições e métodos, a Auto-Injúria Não Suicida parece ser especialmente elevada na adolescência.

Apesar dos contextos clínicos terem maiores taxas de prevalência, os ambientes não clínicos oferecem muito mais variabilidade (Rodham e Hawton, 2009).

Segundo a revisão de literatura de Muehlenkamp e colegas (2012), índices de AINS em adolescentes de amostras não clínicas variam entre 5% a 37%. Em amostras não clínicas na Europa, Zoroglu e colegas (2003) encontraram uma taxa de prevalência de 21,4% na Turquia e de 42% na Itália (Cerutti et al., 2011). Plener e colegas (2009), encontraram um índice de prevalência de 25,6 na Alemanha, não se diferenciando a nível dos EUA. Neste sentido, os autores comprovaram a existência da prática de AINS a nível mundial, à exceção dos países do oriente.

Na generalidade, a prática de AINS inicia-se entre os 12 e 15 anos (Nixon, Cloutier & Jansson, 2008; Nock, 2009; Heath et al., 2009), sendo que o aumento desta prática ocorre a partir dos 14 anos em diante (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, e Onghena, 2011; Hankin et al., 2011). O comportamento pode ocorrer durante semanas, meses ou anos, sendo que a prática do mesmo, de modo geral, tem término após 5 anos, apesar de, para alguns sujeitos, se prolongar até à idade adulta (Whitlock, Eckenrode & Silvermen, 2006). A partir de um estudo de Nixon e colegas (2009), uma pesquisa longitudinal demonstrou que 29% dos adolescentes com idades entre os 14 e os 21 anos se tinham envolvido na prática de AINS pelos menos uma vez na vida, 33,3% duas a três vezes na vida e 37,6% três ou mais vezes.

Relativamente ao género, apesar da frequência da prática de AINS não diferir tanto como anteriormente defendido (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003), a maioria dos estudos demonstraram uma maior frequência de comportamentos de AINS no sexo feminino com taxas de 24.3% vs. 8.4 % (Nixon et al., 2008) e 45.2% vs. 38.1% (Lundh et al., 2011).

Quanto aos métodos mais utilizados para esta prática, o corte aparece como sendo o mais recorrente com uma prevalência de 35% juntamente com a raspagem ou arranhões da pele, seguindo-se os métodos de queima, bater e morder o próprio com 31%, a cura das feridas com 23% e por fim com 19% cravar a pele (Klonsky, 2011). O método de escoriação da pele é mais comum no sexo masculino, enquanto que os métodos de cortar e coçar severamente são mais comuns para o sexo feminino (Nock & Favazza, 2009).

Todavia, uma ocorrência única não deve ser considerada patológica, estando incluído num dos critérios de AINS para a quinta edição do Diagnóstico e Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e de Associação Americana de Psiquiatria (Plener & Fegert, 2012), a necessidade de ocorrer no mínimo cinco vezes para que seja considerada

problemática, demonstrando uma prevalência de AINS repetitivo de 4-6% nos adolescentes (Brunner et al., 2007; Plener, Libaj Legert & Muehlenkamp, 2009, Rauber & Hefti, 2012).

2.6.. Funções de Auto-Injúria Não Suicida

Ao considerar a literatura sobre as funções de AINS, é relevante compreender que a AINS é contextualmente complexa. Necessariamente, os indivíduos estão ligados ao seu ambiente e, como defende Suyemoto (1998) umas das tarefas mais complexas é compreender qual a finalidade do sujeito ao utilizar AINS e quais os antecedentes e consequentes desse comportamento (Nock, 2009b). Apesar do processo de definição das funções de AINS ser desafiador, devido à utilização de termos diferentes conforme os investigadores, Klonsky (2007) identificou, descreveu e denominou sete funções consistentemente analisadas: regulação de afetos, auto-punição, influência interpessoal, anti-dissociação, anti-suicídio, limites interpessoais e procura de sensações.

A primeira função, regulação de emoção, remete para uma estratégia de alívio das emoções negativas que antecedem a prática de AINS tais como a raiva, a ansiedade e a frustração e que por conseguinte, após o envolvimento em AINS, são seguidas, de modo geral, de sentimentos de alívio e tranquilidade. Já a função de auto-punição ou a raiva auto-dirigida é experimentada como um calmante em situações de aflição, descrita pelos sujeitos como “forma de expressar a raiva de mim mesmo” e “punir-me” (Klonsky, 2007).

Apesar de não ser tão comum como a regulação de emoções e a auto-punição, a terceira função de AINS remete para a influência interpessoal, isto é, um sujeito pode ter estes comportamentos como modo de comunicar e/ou expressar uma resposta a outras pessoas no ambiente auto-injuriante (Briere & Gil, 1998; Chowanec, Josephson, Coleman, & Himber, 1994), sendo reforçada pelo efeito que provoca, ou seja, uma reação nos outros (Klonsky, 2007). Um exemplo de frases típicas para esta função de foi descrito como “forma de obter carinho e apoio de outros” (Klonsky, 2007).

A quarta função presente, segundo Klonsky (2007), é a anti-dissociação. Alguns indivíduos praticantes de auto-injúria têm experiências sem dor ou irreais, o que pode parecer assustador, sendo que alguns utilizam a AINS para interromper estes episódios dissociativos, servindo como forma de recuperar o sentido do *self* expressados como “sentir algo, mesmo que seja dor” ou “sentir-me real novamente” e “parar de sentir dormência”. No estudo de Horne & Csipke (2009), os resultados corroboraram esta função, tendo os indivíduos descrito

envolverem-se em AINS como modo de sentirem algo, de se sentirem vivos ou humanos ou para “aterrarem” em si.

A função antisuicídio, quinta função de AINS, retrata um mecanismo de *coping* mal-adaptativo que ajuda um indivíduo a prevenir ou evitar pensamentos ou comportamentos suicidas “para me impedir de agir sobre os meus sentimentos suicidas” e pode estar relacionado com a regulação de afetos, já que AINS alivia as intenções emoções negativas que iriam dar origem à ideação suicida ou tentativas de suicídio (Klonsky, 2007).

A sexta função remete para a utilização de AINS como estabelecedor de limites interpessoais, afirmando os limites intrapessoais. Isto é, a prática de AINS separa os indivíduos do ambiente e das outras pessoas, podendo ajudá-lo a sentir-se mais independente, autónomo ou distinto dos outros expressada em exemplos como “eu tenho o controle e mais ninguém me pode controlar” (Klonsky, 2007). Aqueles que usam a AINS para esta função têm tendência a experimentar relações de apego inseguras e pobres com os seus cuidadores primários, utilizando-a como meio de estabelecer esses limites ausentes (Chapman, Gratz, & Brown, 2006).

A sétima e última função descrita por Klonsky (2007), procura de sensações, considera a AINS como um conjunto de comportamentos que promove euforia e emoção para o indivíduo (Nixon et al, 2002), relatada como sendo semelhante à adrenalina ou euforia sentida num salto de *bungee jumping*. Todavia, esta função não é facilmente evidente, o que pode explicar a escassez de literatura examinando este modelo (Klonsky, 2007).

Perante as funções anteriormente referidas, a função de regulação de emoções tem sido a mais estudada e comprovada em diferentes populações (Klonsky, 2007; Jacobson & Gould, 2007) seguindo-se da função de auto-punição (Lundh et al, 2007; Klonsky, 2011). Todavia, ao longo dos anos foram descobertos fins multi-funcionais, conforme defendido no trabalho de Nock e Prinstein (2004) e, mais tarde, no trabalho de outros autores (Kleindienst et al., 2008, Klonsky e Glenn, 2009; Lloyd- Richardson, 2008)

Nock e Prinstein (2004), numa abordagem funcional, classificaram e trataram os comportamentos de AINS de acordo com o processo funcional que os produz e os mantém. Neste sentido, os autores propuseram e avaliaram um modelo de quatro funções de AINS (*four function model*) baseadas no reforço, podendo clivar-se em funções de reforço automático negativo/positivo e de reforço social negativo/positivo.

Posteriormente, Klonsky e Olini (2008), inventaram uma escala denominada de Inventário das Avaliações sobre a auto-injúria (ISAS) que analisou as 7 funções anteriormente encontradas por Klonsky (2007) e acrescentou mais 6 funções para a AINS após reunião com

diversos autores (pedido de ajuda, a autonomia, a ligação dos pares, a vingança, o auto-cuidado e a resistência) perfazendo um total de 13 funções para a prática de AINS. Todavia, os autores tiveram como base o modelo de Nock e Prinstein (2004) e identificaram duas classes de funções superordenadas denominadas de funções intrapessoais e funções interpessoais correspondentes respectivamente ao reforço automático e reforço social do modelo de Nock e Prinstein (2004). As primeiras são conceitualizadas como funções para a prática de AINS e focadas no reforço proveniente do próprio sujeito. Estas incluem as funções subordinadas pela regulação de emoções (por exemplo, para aliviar emoções negativas agudas ou para estimular emoções aversivas), a anti-dissociação/geração de sentimentos (por exemplo, para terminar uma experiência de despersonalização ou dissociação), anti-suicídio (por exemplo, para substituir ou evitar o impulso de cometer suicídio), marcação da angústia (por exemplo, para simbolizar a dor emocional fisicamente) e a auto-punição (por exemplo, para expressar a raiva pelo próprio) (Klonsky & Olinio, 2008).

As funções interpessoais representam as razões para a prática de comportamentos de AINS reforçadas pelos outros ou pelo ambiente. Das mesmas são parte integrante as funções de autonomia (por exemplo, para demonstrar auto-suficiência), limites interpessoais (por exemplo, para distinguir a autonomia entre o próprio e os outros), influência interpessoal (por exemplo, procurar ajuda ou manipular os outros), ligação entre pares (por exemplo, confronto ou vínculo com os outros), vingança (por exemplo, para se vingar de alguém), auto-cuidado (por exemplo, para cuidar do próprio fisicamente), procura de sensações (por exemplo, para gerar excitação ou entusiasmo) e resistência (por exemplo, demonstrar tolerância à dor) (Klonsky e Olinio, 2008).

Pesquisas prévias encontraram um suporte para as funções intrapessoais e interpessoais na prática de AINS, sendo estudadas de forma independente ou em conjunto. Diversos estudos têm demonstrado que a prática de AINS envolve um maior número de funções intrapessoais que funções interpessoais, sendo que as primeiras são majoritariamente utilizadas como mecanismos de regulação de afetos ou de auto-punição e as segundas possuem como maior motivação a imposição de limites interpessoais (Klonsky, 2007,2009; Sadeh et al., 2014). No mesmo sentido, a função de regulação de emoções demonstrou ser um preditor mais forte do que as motivações sociais para iniciar e repetir comportamentos de AINS, nomeadamente no sexo feminino (Madge et al., 2008; Scoliers et al., 2009; Muehlenkamp et al., 2013).

Estas funções foram suportadas posteriormente pela investigação que demonstrou que emoções negativas e de elevada tensão são muitas vezes sentidas anteriormente aos atos de

Auto-Injúria Não Suicida e reduzidas com a prática do mesmo (Armeij, Crowther & Miller, 2011; Brausch & Girresch de 2012). Um estudo realizado por diversos autores (Madge et al., 2008; Scoliers et al., 2009) demonstrou que a razão mais relatada pelos jovens que praticavam AINS foram “queria libertar-me de um sofrimento psicológico”, seguida de “queria morrer” e “queria castigar-me, sendo que as razões menos relatadas prenderam-se com “queria assustar alguém”, “queria vingar-me de alguém” e “queria ter atenção”.

A frequência de AINS também foi encontrada em alguns estudos longitudinais como tendo uma associação com as funções intrapessoais, mas não com as interpessoais (Glenn e Klonsky, 2011) enquanto outros estudos apresentaram associações com ambas as funções, apesar de revelarem uma maior relação com as funções intrapessoais (Saraff & Pepper, 2014). Já estudos relativos ao número de métodos utilizados para a realização do comportamento, também demonstram estar associados de forma significativa e positiva tanto com as funções intrapessoais assim como com as funções interpessoais (Robertson, Miskey, Mitchell e Nelson-Gray, 2013). Outros estudos, tal como na frequência de AINS, afirmam que tanto as funções intrapessoais como as funções interpessoais apresentam um papel significativo no número de métodos a ser utilizado pelo sujeito, todavia funções intrapessoais apresentam uma maior influência no mesmo (Saraff & Pepper, 2014).

2.6.1. Modelos das Funções da Auto-Injúria Não Suicida

Ao longo dos anos têm sido propostos uma série de modelos teóricos para o início e manutenção da Auto Injúria Não Suicida, todavia, a sua grande maioria teve um apoio empírico muito limitado (Klonsky, 2007b; Nock, 2010). Neste sentido, para desenvolver um modelo integrado sobre a AINS, é necessário considerar uma grande variedade de aspetos. A tentativa mais integrada e aprofundada no sentido de integrar diferentes abordagens teóricas e resultados empíricos parece ter sido realizada por Nock (2009c;2010), modelo este esquematizado na Figura 2.

O modelo de Nock (2009c) propõe que a AINS pode resultar em consequências favoráveis ao servir a dupla função de regular as experiências emocionais e regular as situações sociais (por exemplo, como forma de comunicar com os outros ou influenciá-los). O facto de a AINS ter este propósito ou não, é influenciado por uma segunda componente do modelo denominada de fatores de risco ou de proteção e as vulnerabilidades específicas da AINS. Nock (2009c; 2010) refere que esses fatores de risco ou distais (por exemplo, predisposições genéticas e experiências de abuso sexual infantil ou criticismo) podem dar

resultado a vulnerabilidades proximais. Estas, por sua vez, podem ser tanto intrapessoais (por exemplo, ter uma tolerância pobre à aflição) como interpessoais (por exemplo, pobre capacidade de comunicação). A influência tanto das vulnerabilidades gerais como das específicas da AINS podem determinar a sobreposição do comportamento de Auto-Injúria Não Suicida perante outros componentes que poderiam ter a mesma função de regular emoções ou situações sociais como beber álcool, por exemplo.

Nock (2009c) enumera cinco vulnerabilidades específicas da auto-lesão que têm algum suporte empírico preliminar: A “hipótese de aprendizagem social” que defende que observar o comportamento de AINS nos outros influencia a probabilidade do indivíduo vir a realizá-lo; a “hipótese da auto-punição” que estipula que os sujeitos, ao serem expostos a abuso ou crítica por parte dos outros, podem aprender a maltratar-se a si mesmo; a “hipótese de sinalização social” estipula que a auto-injúria pode representar uma forma mais intensa de comunicar que pode ser aumentada quando outro tipo de tarefas falham; a “hipótese pragmática” que estipula que a auto-injúria pode ser realizada simplesmente por estar facilmente acessível e ser rápida, podendo ser envolvida na maioria dos contextos e sem um plano antecipado; a “hipótese analgésica à dor ” defende que os indivíduos que não sentem dor quando têm comportamentos de AINS, prejudicam outros indivíduos de se envolverem nesses comportamentos. Por último, a “hipótese de identificação” estipula que sujeitos com comportamentos de AINS podem começar a identificar-se com eles e integrá-los no seu padrão de comportamentos.

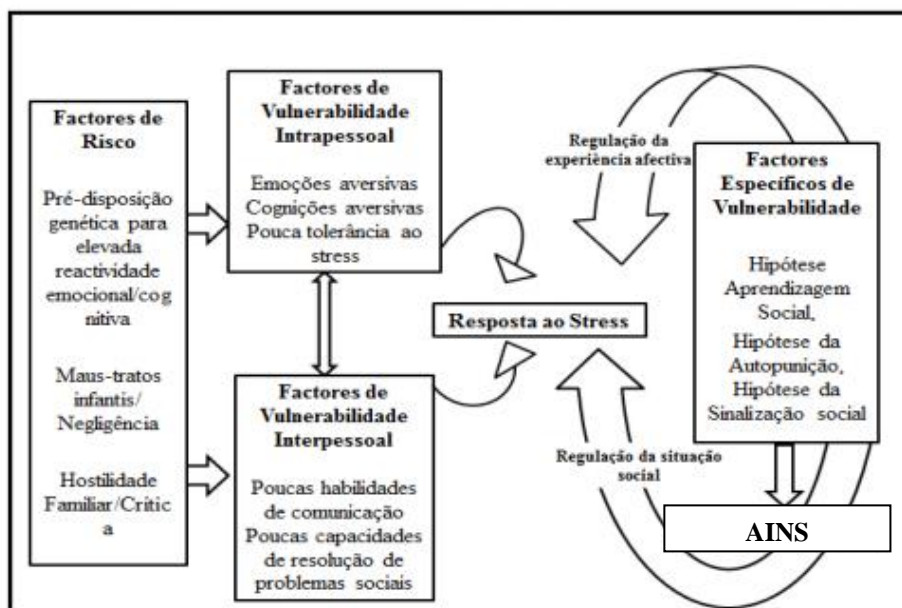


Figura 2 – Desenvolvimento e manutenção da AINS segundo modelo de Nock (2010)

Segundo o modelo funcional (Figura 2) os indivíduos envolvem-se nestes comportamentos como uma estratégia para a redução de um estímulo negativo (Prinstein, et al., 2009). As funções intrapessoais têm como objetivo permitir o sujeito escapar a sintomas psicológicos sentidos ou permiti-lo sentir algo (Nock, 2010). Já as funções sociais utilizam a AINS como estratégia para gerir ou escapar a situações sociais (Prinstein et al., 2009). Quando funções de AINS possuem o efeito pretendido, superando as consequências negativas, o comportamento é mantido (Nock, 2010).

2.7. Fatores Preditores do Comportamento de Auto-Injúria Não Suicida

Relativamente à origem do comportamento de AINS, um estudo com adolescentes relatou que, na grande maioria das vezes, a ideia surgiu a partir do grupo de pares, dos meios de comunicação, sugerindo uma forte componente de modelagem social deste comportamento (Deliberto & Nock, 2008; Nock & Favazza, 2009; Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier & Muehlenkamp, 2010). Apesar da modelação ser um dos caminhos para o aparecimento de AINS em adolescentes, os autores também defendem o seu desenvolvimento em alguns sujeitos por uma via intrapessoal (Deliberto & Nock, 2008).

Diversos fatores têm sido referenciados na literatura como contribuidores para o comportamento de AINS em adolescentes, tais como baixa auto-estima, stress e um menor nível de educação (Madge et al., 2011). Janis e Nock (2009) relataram que a impulsividade também está associada a uma maior gravidade e frequência de AINS, defendendo que a maioria dos sujeitos com comportamentos de AINS relatou que o tempo dispendido entre o desejo de se auto-ferir e o ato são uns meros minutos.

Maiores traços de personalidade psicopatológica, menos consciência e mais comportamentos de evitamento e raiva internalizada assim como estratégias menos adequadas de *coping* também parecem estar associadas à presença de comportamentos de AINS (Sher et al., 2001 cit. in Moreira & Gonçalves, 2010; Kerr & Muehlenkamp, 2010; Stanley, Sher, Wilson et al., 2010). Esses quadros de psicopatologia associados à AINS e a tentativas de suicídio demonstram ser ainda mais severos (Andover & Gibb, 2010; Madge et al., 2011).

Outros estudos verificaram ainda como fatores preditores do comportamento de Auto-Injúria Não Suicida os maus tratos na infância ou o abuso sexual infantil, a negligência emocional e a violência física ou psicológica (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007; Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009). No mesmo sentido, a desorganização familiar e os conflitos familiares também se revelaram fatores preditores dos comportamentos

de AINS (Sáez Santiago e Rosselló, 2001 cit. in Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) assim como o nível socioeconómico dos pais, a baixa escolaridade dos mesmos e o rendimento familiar (Baetens et al., 2014; Bureau et al., 2010). A repetição do comportamento de AINS e a orientação sexual (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Deliberto & Nock, 2008) também parecem influenciar estes comportamentos.

Para terminar estes comportamentos, a maioria dos jovens procura apoio nos pares e raramente apoio profissional, especialmente se tem capacidades pobres para gerir as suas emoções ou se os seus pares também têm comportamentos de AINS (Ciarrochi et al., 2002; Gould et al., 2004).

Nada-Raja, Morrison & Skegg (2013) investigaram motivos para que os adolescentes não quisessem parar o comportamentos de AINS, tendo como justificações a normalização do comportamento, não o considerado grave ou relevante enquanto outros referiam ser uma escolha própria, apesar de compreenderem que poderiam ter sequelas psicológicas. Para além disso, os adolescentes apresentam receio de serem considerados “estranhos” ou “loucos” ao procurarem ajuda no serviço de saúde mental (Fortune, 2004). Neste sentido, a AINS aparece associada a baixo coping e pobre capacidade de resolução dos problemas em adolescentes (Speckens & Hawton, 2005).

3. Ideação Suicida na Adolescência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), o suicídio constitui-se, atualmente, como um problema de saúde pública mundial e é considerado como a segunda causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos, representado por isso um desafio para os serviços de Saúde Mental, no sentido em que compreende múltiplos fatores que o predispõem e o precipitam, nomeadamente, fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (McGirr et al, 2007), que se relacionam e potencializam ao longo da vida de uma pessoa (WHO, 2000a; Mitchell, Garand, Dean, Panzak & Taylor, 2005). O suicídio apresenta-se frequentemente na literatura como consequência final de um *continuum* de situações que põem em risco a vida, denominadas de comportamentos suicidas (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio já que é considerada a primeira fase desse *continuum* (Werlang et al., 2005).

A ideação suicida remete para pensamentos relativos à auto-destruição que incluem a ideia de que a vida não vale a pena ser vivida, bem como planos específicos para lhe pôr fim

(Reynolds, 1988). Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, oferecendo tempo para a intervenção, uma vez que, com frequência, o indivíduo que comete o suicídio manifestou, anteriormente, alguma advertência ou sinal em relação à ideia de atentar contra a própria vida.

No que concerne à gravidade da ideação suicida, pode variar entre pensamentos de morte e ideação passiva até à ideação suicida específica com intenção ou plano, podendo ser indicada como fator de risco futuro de tentativa de suicídio e suicídio consumado (Grunbaum et al. 2004; Nock et al., 2008; Vrshek-Schallhorn, Czarlinski, Mineka, Zinbarg & Craske, 2011). Alguns estudos relativos à associação entre a ideação suicida e as tentativas de suicídio estimaram que 60% dos indivíduos que consumaram o ato tinham-no idealizado previamente (Silva et al., 2006). Estudos consonantes referem que um terço (34%) das pessoas com ideação suicida, ao longo da vida, elabora um plano de suicídio e, desses, 72% fazem uma tentativa de suicídio. Quanto aos indivíduos que apresentam ideação suicida, mas que não elaboram plano, 26% concretizam uma tentativa de suicídio, sendo que, a maioria das tentativas de suicídio, planeadas ou não, ocorrem no primeiro ano após o início da ideação suicida (Nock et al., 2008).

A adolescência representa um momento complexo no curso da vida de um indivíduo, que envolve mudanças emocionais, cognitivas e comportamentais e que pode aumentar o risco de morbidade e mortalidade no comportamento suicida (Azevedo & Matos, 2014). Segundo Ferreira e Castela (1999), a identificação da gravidade da ideação suicida no adolescente pode contribuir para detetar proactivamente jovens em risco de suicídio.

Diferentes estudos apontam a presença de ideação suicida nos adolescentes da população não-clínica, variando as estimativas de prevalência consoante a função dos estudos e as populações dos mesmos, assim como, provavelmente, as diferentes definições de ideação suicida (Azevedo & Matos, 2014). Nos Estados Unidos, num estudo de Maris, Berman e Silverman (2000), com crianças e adolescentes, verificou-se que 7 a 12% das crianças e adolescentes avaliados apresentavam ideação suicida. Estudos mais recentes, no mesmo continente, com amostras representativas da população adolescente, demonstraram uma prevalência de ideação suicida variante entre 6 a 13% (Arria et al., 2009; Crow, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2008). Em Cabo Verde, numa amostra de adolescentes, também se verificou que nos últimos 8 dias antecedentes à avaliação 8% dos adolescentes apresentaram ideação suicida (Lopes, 2012). Em Portugal, numa amostra de adolescentes entre os 14 e os 18 anos, a prevalência de ideação suicida foi de 10, 7% (Azevedo & Matos, 2014), podendo subir substancialmente este valor para regiões específicas do país, como no

caso da ilha de São Miguel (Nunes, 2013), possivelmente fruto do fator isolamento. Alguns estudos de revisão têm citado estimativas de prevalência mais elevadas com prevalência de ideação suicida entre 20% a 24% em adolescentes norte-americanos, com idades entre os 12 e 17 anos (Nock et al., 2008)

A literatura aponta ainda para diferenças de gênero associadas à prevalência da ideação suicida. Na maioria dos estudos com amostras da comunidade, os sujeitos do sexo feminino apresentam mais ideação suicida do que os sujeitos do sexo masculino (Sampaio, 1995; Lopes, 2012; Azevedo & Matos, 2014)

3.1. Fatores de Risco da Ideação Suicida

Denomina-se fator de risco todo o componente que possui grande probabilidade de desencadear um acontecimento indesejado (Benincasa & Rezende 2006), podendo ser constituído por uma variável genética, biológica ou psicossocial (Sapienza & Pedromônico, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), as perturbações psiquiátricas são os maiores fatores de risco para a ideação suicida, nomeadamente as Perturbações de Humor, a Depressão Major e a Perturbação Distímica (World Health Organization, 2008). Outros fatores de risco têm sido considerados predisponentes para a ideação suicida tais como situações de pobreza, o desemprego, o stress económico e a instabilidade familiar que aumentam a ansiedade dos sujeitos. Para além disso, indivíduos com histórico de suicídio na família, conhecer alguém que já cometeu suicídio (Werlang *et al.*, 2005), observar notícias na comunicação social (Daber e Baptista, 2004), perder uma pessoa amada (Meneghel e colegas, 2004; Toro et al., 2009) ou diferenças geográficas como viver em zonas rurais também estão associadas a maiores taxas de ideação suicida (Baptista, 2004; Kinyanda e colegas, 2011).

Outros fatores considerados de risco para taxas elevadas de ideação suicida observados em diferentes estudos foram a presença de acontecimentos stressantes ou negativos, tais como situações de violência física, sexual, verbal, negligência e rejeição na infância e/ou adolescência, conflitos relacionais na família (Prieto e Tavares, 2005; Hirsch et al, 2007; Sá et al, 2009; Ely, Nugent, Cerel & Vimmba, 2011; Rowe, Walker, Britton & Hirsch, 2013). Fatores psicossociais também foram examinados em adolescentes tais como o hábito de fumar diariamente, o uso ilegal de drogas, o consumo frequente de álcool, a baixa autoestima assim como o nível socioeconómico, o nível de escolaridade baixos, os comportamentos antissociais

(Kokkevi et al., 2010), a orientação sexual (Stone et al., 2014), a insatisfação com o peso (Seo e Lee, 2013) e o *bullying* (Mayes e colegas, 2014).

Por último, os pensamentos e comportamentos de Auto-Injúria Não Suicida (AINS) também se revelaram associados à presença de ideação suicida, nomeadamente funções intrapessoais revelaram-se preditoras de maiores taxas de ideação suicida (Klonsky e Olin, 2008; Klonsky e Glenn, 2009).

4. Objetivo e Hipóteses

O objetivo geral do estudo em questão é compreender a influência das funções intrapessoais e interpessoais no comportamento de Auto-Injúria Não Suicida (AINS) e na ideação suicida. A preferência por esta temática prendeu-se com a escassez de estudos sobre a influência das funções, intrapessoais e interpessoais, na frequência de AINS, no número de métodos utilizados pelo sujeito para realização desses comportamentos e na ideação suicida.

Diversos estudos têm demonstrado que a prática de AINS envolve um maior número de funções intrapessoais que funções interpessoais, sendo que as primeiras são maioritariamente utilizadas como mecanismos de regulação de afetos ou de autopunição enquanto as segundas são mais utilizadas como modo de estabelecer uma fronteira interpessoal com os outros (Klonsky, 2007, 2009; Sadeh et al., 2014). Neste sentido, na primeira hipótese esperamos que *as funções intrapessoais sejam mais identificadas pelos sujeitos com comportamento de AINS que as funções interpessoais, nomeadamente funções como a regulação de emoções e a autopunição.*

A diferenciação entre sexos no que concerne às funções mais utilizadas, intrapessoais, também foi encontrada em diversos estudos que revelaram que o sexo feminino apresentava mais funções intrapessoais que o sexo masculino (Klonsky & Olin, 2008; Klonsky e Glenn, 2009; Glenn, 2012). Neste sentido, na nossa segunda hipótese esperamos *que a presença de funções intrapessoais apresente diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo dos sujeitos, sendo o sexo feminino aquele que revela mais funções intrapessoais.*

Alguns estudos têm demonstrado uma correlação positiva entre a idade e as funções intrapessoais e interpessoais (Klonsky & Glenn, 2009) enquanto outros revelaram somente a associação com funções intrapessoais (Loyd-Richardson et al., 2007). Na terceira hipótese esperamos que *as funções intrapessoais e as funções interpessoais apresentem uma correlação positiva com a idade dos adolescentes.*

Na quarta hipótese temos em consideração a frequência de AINS, sendo que alguns estudos têm-na utilizado como variável independente enquanto outros como variável dependente. Num estudo recente que avaliou a frequência como variável dependente, Saraff e Pepper (2014) encontraram uma relação linear entre a frequência de AINS e ambas as funções, apesar das funções intrapessoais apresentarem um papel mais preponderante na frequência de AINS. Neste sentido, na quarta hipótese esperamos que *as funções intrapessoais tenham uma maior influência na frequência de AINS que as funções interpessoais*.

No mesmo sentido, o número de métodos utilizados para os comportamentos de AINS também têm sido relacionados com uma maior psicopatologia (Nock et al, 2006; Whitlock et al., 2008) e enquanto variável associada à gravidade de AINS, é importante compreender os fatores que a predispõem. Segundo Saraff e Pepper (2014), o número de métodos de AINS aparece associado a ambas as funções, apesar das funções intrapessoais apresentarem uma maior influência no número de métodos utilizados. Neste sentido, *na quinta hipótese esperamos que as funções intrapessoais apresentem uma maior influência no número de métodos utilizados do que as funções interpessoais*.

Na literatura, é sugerido que haverá um *continuum* do AINS para a tentativa de suicídio, sendo que a prática de AINS poderá estar associada ao aumento da capacidade suicida (Franklin, Hessel, e Prinstein, 2011; Joiner, 2005). Klonsky e Olinio (2008) no mesmo sentido, demonstraram que o comportamento de AINS está associado à presença de ideação suicida. Neste sentido, na sexta hipótese esperamos que *os adolescentes com comportamentos de AINS apresentem valores mais elevados de ideação suicida comparativamente com os adolescentes que não realizam estes comportamentos*.

O estudo de Klonsky e Glenn (2009) mostrou que as funções intrapessoais estão associadas a maior psicopatologia tal como a presença de ideação suicida e histórias de tentativas de suicídio (Nock e Prinstein, 2005). Neste sentido, na sétima hipótese esperamos que *as funções intrapessoais apresentem uma maior influência do que as funções interpessoais na ideação suicida*.

5. Método

5.1.Participantes

O objetivo foi cobrir uma amostra da população de adolescentes com idades entre os 14 e os 18 anos, pertencentes ao terceiro ciclo e ensino secundário. Todavia, após contacto

com as escolas e seleção das turmas verificou-se que as idades dos participantes encontravam-se entre os 14 e os 19 anos.

A amostra foi selecionada conforme a disponibilidade dos professores e das escolas que participaram no estudo, as quais não são identificadas por questões de ética, de sigilo e confidencialidade dos resultados. Das três escolas públicas contactadas, uma recusou a participação no estudo. Neste sentido, a amostra final de estudo ficou constituída por 396 alunos, representados na Tabela 1 em função do género e da idade.

Tabela 1

Distribuição da Amostra segundo Idade e Género

Idade	Género		Total
	Masculino	Feminino	
12	10	14	24
13	36	27	63
14	31	38	69
15	42	45	87
16	29	42	71
17	18	36	54
18	10	9	19
19	5	4	9
Total	181	215	396

No que respeita ao ano de escolaridade, as turmas do terceiro ciclo apresentam um total de 57 % da amostra, sendo que 63 dos alunos frequentam o 7º ano, 86 alunos o 8º ano e 77 alunos o 9º ano. Relativamente à escola secundária, 69 alunos frequentam o 10º ano, 60 o 11º ano e 41 alunos o 12º ano (Tabela A1).

Em relação à reprovação académica, 268 dos sujeitos nunca reprovaram e 124 já reprovaram, sendo que destes, 83 já reprovaram uma vez, 32 alunos já reprovaram duas vezes, 10 alunos já reprovaram 3 vezes e 1 aluno já reprovou 4 e 5 vezes (Tabela A2)

No que concerne ao número de irmãos dos alunos participantes no estudo, a maioria representado por 341 alunos possuem irmãos, sendo que a maioria representada por 238 alunos têm 1 irmão, 73 têm 2 irmãos, 25 possuem 3 irmãos, 7 alunos têm 4 irmãos e 1 aluno tem 6 irmãos e 8 irmãos (Tabela A3)

No que concerne às diferenças de Nacionalidades, observou-se que a maioria dos adolescentes é de nacionalidade Portuguesa (92,2%), variando as outras entre: Francesa (1,3%), Canadiana (,8), Brasileira (1,3%), Suíça (,5), Italiana (,5%), Chinesa (,3%), Roménia (,3%), Congo (,3%), Africana (,3%), Australiana (,8%), Bélgica (,3%), Ucrânia (,5%) e Espanhola (1,0%) (Tabela A4)

Para classificar as profissões dos pais, foi utilizada a Classificação Nacional de Profissões (CNP) que as profissões em 9 categorias: Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa; Especialistas das Profissões Intelectuais e científicas; Técnicos e Profissionais de nível intermédio; Pessoal Administrativo e Similares; Pessoal dos Serviços e Vendedores; Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas; Operários, Artífices e Trabalhadores Similares; Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem e por último, Trabalhadores não qualificados. Acrescentaram-se ainda o item desempregado e reformado por ser referido pelos alunos.

Relativamente à profissão da mãe, 14 têm uma profissão inserida nos quadros superiores de administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa, 30 em especialistas das profissões intelectuais e científicas, 24 são técnicas e profissionais de nível intermédio, 46 possuem profissões administrativas e similares, 44 faz parte dos serviços e vendedores, 10 são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, 58 são operárias, artífices e trabalhadores similares, 5 são operadoras de instalações e máquinas e trabalhadores, 108 são trabalhadoras não qualificadas e 3 reformadas (Tabela A5)

Também a profissão de cada pai foi inserida em cada categoria, sendo que 28 dos pais possuem quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros superiores de empresa, 9 são especialistas de profissões intelectuais e científicas, 17 são técnicos e profissionais de nível intermédio, 13 possuem profissões administrativas e similares, 32 são pessoal do serviço e vendedores, 37 são agricultores de profissão ou são qualificados da agricultura, 89 são operários de instalações e máquinas e trabalhadores, 66 são operadores de instalações e máquinas, 53 possuem profissões não qualificadas, 19 estão desempregados, 4 são reformadas (Tabela A6).

Relativamente às habilitações académicas da mãe, 46 dos alunos referem que a mãe possui o 1º ciclo, 68 das mães possuem 2º ciclo, 85 das mães possuem o terceiro ciclo, 114 possuem o ensino secundário completo, 45 mães possuem uma licenciatura e por último, 7 mães realizaram o mestrado (Tabela A7).

Quanto às habilitações académicas do pai, 84 concluíram o segundo ciclo, 81 realizaram o terceiro ciclo e o mesmo número de pais, 81 completaram o ensino secundário, 15 continuaram a estudar para além do secundário e realizaram uma licenciatura e 8 dos pais realizaram o mestrado (Tabela A8)

Por último, no que diz respeito aos pais viverem juntos ou separados, verificou-se 294 dos pais vivem juntos, 82 vivem separados e 3 dos alunos referem que um dos pais já faleceu (Tabela A9).

5.2. Material de Avaliação

5.2.1. Inventário da Afirmações Sobre Auto-Injúria (IASA)

O Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) foi originalmente desenvolvido por Klonsky e Olinio (2008) com o objetivo de medir a frequência e as funções da Auto injúria Não Suicida (AINS). Atualmente, o ISAS encontra-se a ser validado para a população portuguesa por Gouveia-Pereira e Duarte (2014), tendo sido utilizada uma versão traduzida do questionário para português.

A primeira secção do IASA avalia a frequência de 12 comportamentos de Auto Injúria Não Suicida (AINS) realizados “intencionalmente (ou seja, de propósito) e sem intenção suicida. Primeiramente são selecionados os itens *Não* ou *Sim* relativamente aos 12 comportamentos e por ser uma escala de frequência, o resultado obtido através do somatório, permite compreender o número de métodos utilizados e se já foi ou não realizado algum comportamento de AINS. Os participantes são ainda convidados a estimar o número de vezes que realizaram os seguintes comportamentos: cortar, morder, queimar, cravar/gravar símbolos ou palavras na pele, beliscar, puxar/arrancar o cabelo, coçar/arranhar até fazer ferida, bater com o corpo ou bater no próprio, impedir/atrasar a cicatrização de feridas, esfregar a pele contra superfícies ásperas, espetar com agulhas e engolir substâncias perigosas. A frequência é avaliada pela média das categorias criadas “Poucas (1-5 vezes)”, “Algumas vezes (6-20 vezes)” e “Muitas Vezes (21 ou mais vezes)”, sendo que a categoria “Poucas (1-5 vezes)” foi criada pelo proposto no DSM-V para AINS e as outras categorias basearam-se no estudo de Saraff e Pepper (2014). Posteriormente, existem 5 perguntas que têm como função avaliar os fatores descritivos e contextuais, incluindo, a idade de início, a experiência de dor durante o comportamento de AINS, se este comportamento de AINS foi realizado isoladamente ou acompanhado, o tempo entre o desejo de se Auto ferir e o ato a partir de quatro opções de escolha múltipla e por último, se o participante tem vontade de parar este comportamento,

questões estas somente respondidas por quem já realizou algum comportamento de AINS. As escalas comportamentais têm demonstrado uma boa confiabilidade e validade (Klonsky & Olinio, 2008), sendo que o nosso estudo apresentou uma consistência interna forte de $\alpha = 0.85$.

Os participantes que referem ter um ou mais comportamentos de AINS são instruídos a completar a segunda seção do IASA. A segunda seção avalia 13 potenciais funções do comportamento de AINS: regulação de afetos (e.g. item1. “Acalmar-me”), fronteiras interpessoais (e.g. item2. “Criar uma fronteira entre mim e os outros”), auto-punição (e.g. item3. “Castigar-me”), auto-cuidado (e.g. item4. “Dar-me um motivo para cuidar de mim (ao tratar da ferida)”), anti-dissociação (e.g. item5. “Provocar dor para que sinta alguma coisa”), anti-suicídio (e.g. item6. “Evitar o desejo de me suicidar”), procura de sensações (e.g. item7. “Fazer algo que me entusiasme ou me faça sentir eufórico”), ligação com os pares (e.g. item 8. “Criar uma ligação com os meus amigos/colegas”), influência interpessoal (e.g. item9. “Dar a conhecer aos outros o tamanho da minha dor”), resistência (e.g. item10. “Ver se aguento a dor”), simbolização de sofrimento (e.g. item11.) “Criar uma marca que mostre como me sinto muito mal”), vingança (e.g. item12 “Vingar-me de alguém”) e por último autonomia (e.g. item13. “Provar que sou capaz de fazer coisas sozinho”). No geral, cada função é avaliada por três itens intercalados, com respostas do tipo Likert de 5 pontos como (de 1 – Discordo Totalmente a 5- Concordo Totalmente) para o indivíduo que “experiência auto-injúria (não suicida)”. Assim, a pontuação para cada uma das 13 funções pode variar entre 0 a 15 pontos. Relativamente a esta segunda seção das funções de AINS existentes, observou-se um valor de Alfa de Cronbach bastante elevado em que $\alpha = ,91$. Estas subescalas funcionais dos ISAS foram validadas por Klonsky e Glenn (2009) numa amostra de 235 jovens adultos que numa base exploratória de análise de fatores, compreenderam que as funções do ISAS podem ser reduzidas a dois fatores que representam as funções de AINS intrapessoais (regulação de emoções, anti-dissociação, anti-suicídio, simbolização do sofrimento, e auto-punição) e as funções interpessoais (autonomia, limites interpessoais, influência interpessoal, ligação entre pares, vingança, procura de sensações e resistência) . Ao analisar os dois fatores, verificamos uma boa consistência interna de $\alpha = ,79$.

5.2.2. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O Questionário de Ideação Suicida é um instrumento de autopreenchimento primeiramente desenvolvido por Reynolds (1988), que permite avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. A versão que irá ser utilizada é a de Ferreira e Castela (1999) com uma boa consistência interna para a população portuguesa. No nosso estudo, ao nível da consistência interna o alfa de Cronbach encontrado foi de .97.

O instrumento é constituído por 30 itens (e.g. item. “Pensei que seria melhor não estar vivo”), variando as respostas de 1 – “o pensamento nunca ocorreu” até 7 – “o pensamento ocorreu sempre”. Para propósitos de pontuação, o resultado final é calculado a partir da média dos itens, a qual pode variar entre valores ≤ 1 como sinal da ausência de ideação suicida ou valores > 1 até 7 que representam a presença de ideação suicida. Nesse sentido, níveis mais elevados nesta escala representam maior ideação suicida.

5.3. Procedimento

Para proceder à realização deste estudo foram pedidas as autorizações às instituições necessárias. Após autorização de todas as entidades, procedeu-se ao pedido de autorização dos pais dos adolescentes (Anexo B1) e posteriormente à aplicação dos mesmos (Anexo B2, Anexo B3). O procedimento deste estudo consistiu numa única aplicação de dois materiais supracitados agrupados num único documento para facilitar a sua realização. A aplicação do documento foi realizada em grupo e o seu preenchimento demorou cerca de 30 minutos. O investigador permaneceu na sala durante o tempo de aplicação do mesmo, de forma a esclarecer possíveis dúvidas. Após o preenchimento, agradeceu-se aos participantes pela sua colaboração e esclareceu-se, quando solicitado, o estudo em questão.

6. Resultados

Antes de se proceder à análise dos resultados é útil uma análise descritiva das variáveis mais relevantes para o estudo de modo a uma melhor compreensão das temáticas, nomeadamente da Auto-Injúria Não Suicida (AINS) sobre o qual existe uma escassez de resultados.

Para além disso, na presente análise dos resultados assumiu-se que as diferentes distribuições cumprem o pressuposto de normalidade dos testes paramétricos, uma vez que a amostra em estudo apresentava uma dimensão suficientemente elevada para evocarmos o Teorema do Limite Central, que fixa como nestas amostras com dimensões razoáveis

(superiores a 25-30 sujeitos), a distribuição da média da amostra é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2010).

6.1. Análise das Variáveis mais Relevantes

6.1.1. Escala de Métodos de Auto-Injúria Não Suicida (AINS)

Na Escala de Métodos AINS ($M=0.99$, $DP= 2.007$) (Tabela C1), a assinalação de um dos métodos existentes, permite desde logo diferenciar os sujeitos que já tiveram ou não comportamentos de AINS, representados na Tabela 2. A percentagem dos alunos que já realizaram comportamentos de AINS, 26%, vai ao encontro da revisão de literatura de (Muehlenkamp et al., 2012) que revelou que as percentagens de AINS nos adolescentes variam entre 5% a 37%.

Tabela 2- Frequência e Percentagem dos participantes com e sem comportamentos de AINS

	Sexo dos Sujeitos		Total
	Masculino	Feminino	
Nunca	147 (81.2%)	146 (67.9%)	293 (74%)
Já teve comportamento	34 (18.8%)	69 (32.1%)	103 (26,0%)
Total	181 (100%)	215 (100 %)	396 (100%)

Numa análise de comparação entre médias a partir teste t-student percebemos como não está presente qualquer associação linear estatisticamente significativa entre a prática de AINS e a idade, uma vez que permanece a homogeneidade da amostra ($t(394) = 1,58$, $p = .116$) (Tabela C2). Estes dados não estão de acordo com o defendido pela literatura que refere existir um aumento de AINS a partir dos 14 anos de idade (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, e Onghena, 2011; Hankin et al., 2011). Todavia, esta diferença pode não revelar-se significativa uma vez que a partir dos 16 anos, percentagem máxima de realização de AINS, o número de participantes foi inferior.

Para além de ser possível reconhecer através desta escala os sujeitos que já realizaram AINS comparativamente aos que nunca realizaram, também é possível identificar quanto(s) e qual(is) o(s) métodos utilizado(s) para a realização desse(s) comportamento(s). Seleccionando somente os sujeitos que afirmam já se ter envolvido em comportamentos de AINS, verifica-se que são 2 o número de métodos maioritariamente utilizados (Tabela C3) para ambos os sujeitos possíveis de observar na Figura 3. No sexo feminino, são maioritariamente utilizados

2 métodos (78,3%) (Tabela C4) para a realização de AINS, enquanto no sexo masculino são 4 (52,6%) o número de métodos frequentemente utilizados para o mesmo efeito (Tabela C4). Isto vai de encontro com o encontrado na literatura que afirma serem utilizados vários métodos para a realização destes comportamentos (Muehlenkamp, 2005). A investigação também descobriu que até 69% dos sujeitos que têm comportamentos AINS usam 2 ou mais métodos diferente tal como no nosso estudo (Klonsky & Olin, 2008; Whitlock, Muehlenkamp & Eckenrode, 2008).

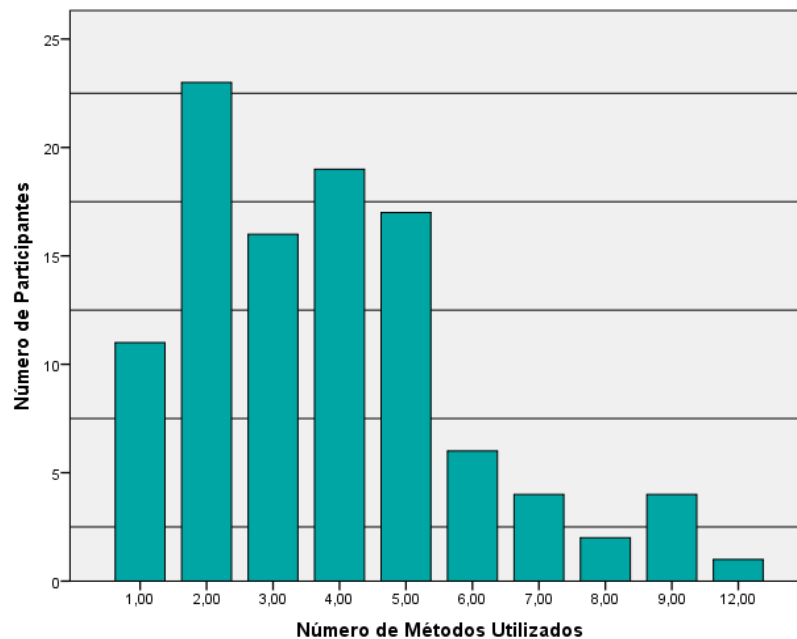


Figura 3- Frequência dos Métodos utilizados por adolescentes com comportamentos de AINS

Os tipos de métodos de AINS mais relatados pelos adolescentes para com o próprio foram o impedimento da cicatrização das feridas, o beliscar, seguindo-se os métodos de morder e cortar (Tabela 3). Apesar do método de corte não revelar ser o mais prevalente como em estudos anteriores, os comportamentos mais identificados pelos adolescentes parecem corresponder ao trabalho de Klonsky (2011) que refere a prevalência de métodos de corte e arranhões graves, bater e morder o próprio, curar a ferida e cravar símbolos na pele. A partir da realização do teste do Qui-Quadrado para cada um dos métodos, verificamos que dos métodos utilizados, o único que apresenta diferenças significativas ($X^2= 4.55$, $p=0.033$) (Tabela C5) entre os sexos é o método de corte (Tabela mais identificado pelas raparigas tal como observado em estudos prévios (Heath, Schau, Holly & Nixon, 2009; Andover, Primack, Gibber, Pepper, 2010).

Tabela 3– Número de métodos utilizados para a prática de comportamentos de AINS

Método AINS	N	M	DP
Cortar	42	.41	.49
Morder	43	.43	.50
Queimar	12	.12	.33
Gravar/Cravar Símbolos	28	.28	.45
Beliscar	58	.57	.50
Puxar/ Arrancar o cabelo	36	.36	.48
Coçar/Arranhar até ferir	29	.29	.49
Bater com o corpo ou no próprio	38	.37	.49
Impedir cicatrização de feridas	67	.66	.47
Esfregar a pele em superfícies ásperas	18	.18	.38
Espetar agulhas	12	.12	.33
Engolir substâncias perigosas	9	.09	.29

Esta escala permite ainda identificar qual a frequência com que os métodos são realizados ou também denominada como Frequência de AINS. Nesse sentido, a partir da comparação entre médias relativamente à frequência de AINS, os resultados demonstraram que o método de impedir a cicatrização das feridas é o mais frequentemente utilizado pelos adolescentes, seguidos dos métodos de arranhar até fazer ferida e puxar/arrancar o cabelo, possíveis de observar na Tabela 4.

A fim de compreender se o sexo dos participantes que já realizaram os comportamentos de AINS estaria associado a uma maior frequência de AINS, foi realizado o teste T-Student ($t(91) = .739, p = .462$) (Tabela C6) que demonstrou a homogeneidade das variâncias no Teste de Levene. Nesse sentido, não são reveladas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos sujeitos e a frequência de AINS, resultados estes apoiados por diversos estudos que referem existir frequência variada de utilização dos diferentes métodos em ambos os sexos (Heath, Schau, Holly & Nixon, 2009; Andover, Primack, Gibber, Pepper, 2010).

No mesmo sentido, para verificar se existia uma associação entre a idade dos sujeitos e a frequência de AINS, foi realizada uma correlação de Pearson com a mesma amostra, revelando também não existir relação entre a frequência de AINS e a idade do sujeito ($r = .183, p = .079$) (Tabela C7).

Tabela 4 – Média da Frequência dos Métodos de AINS

	N	M	DP
Cortar	37	1.35	.59
Morder	36	1.69	.82
Queimar	13	1.08	.28
Gravar/Cravar Simb. na pele	27	1.62	.79
Beliscar	43	1.53	.74
Puxar/ Arrancar o cabelo	27	1.74	.86
Coçar/Arranhar até ferir	23	1.78	.79
Bater com o corpo	30	1.67	.80
Impedir cicatrização de feridas	51	2.00	.87
Esfregar a pele em superfícies ásperas	16	1.62	.81
Espetar agulhas	11	1.64	.67
Engoli substâncias perigosas	8	1.25	.46

Para melhor compreensão de algumas variáveis contextuais do comportamento de Auto-Injúria Não Suicida, algumas questões fechadas também nos permitem compreender melhor este comportamento. A primeira questão remetia para a idade de início de comportamentos AINS, podendo verificar-se que 15,5% dos adolescentes relataram iniciar estes comportamentos com 13 anos de idade, sendo que logo de seguida a idade de início mais apontada com 14,6% foram os 12 anos. Os 10 anos (8,7%), os 14 anos (6,8%) e os 15 anos seguem-se com maior percentagem (Tabela C8). Apesar dos 10 anos não estarem de acordo com a literatura, todos os outros valores mais elevados vão ao encontro do defendido pela literatura que revela o início deste comportamento entre os 12 e os 15 anos (Nixon, Cloutier & Jansson, 2008; Heath et al., 2009).

Apesar de ser possível compreender aquando a origem do comportamento de AINS, é relevante compreender se os últimos comportamentos foram realizados há muito tempo ou se são recentes, havendo nesse sentido categorias de resposta como “1 mês ou menos”, “1-6 meses”, “6-12 meses”, “1-2 anos”, “2-3 anos”, “3-4 anos”, “4-5 anos” e “mais de 5 anos”. De modo a compreender se a data do último comportamento varia conforme o género, após remoção dos itens com células inferiores a 5, foi realizado o teste do Qui-quadrado que não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos consoante o género

($X^2=.205$, $p=.033$) (Tabela C9). Neste sentido, o último comportamento de AINS foi realizado maioritariamente há 1 mês ou menos independentemente do género dos participantes.

Para analisar a dor sentida durante o comportamento de AINS e o facto de os adolescentes estarem ou não sozinhos durante esse comportamento, utilizaram-se as categorias de resposta “nunca”, “raramente”, “algumas vezes”, “quase sempre” e “sempre” procedeu-se novamente à realização de testes de Qui-quadrado para comparar as categorias de resposta em função do sexo dos adolescentes. Relativamente à dor sentida durante o comportamento, após exclusão da categoria de resposta “sempre” que possuía células inferiores a 5 casos, verificaram-se diferenças significativas entre o sexo dos adolescentes e a dor sentida ($X^2=8,598$, $p=0.035$) (Tabela C10). Neste sentido, as raparigas revelaram maior dor sentida durante o comportamento de AINS observadas na categoria de resposta “algumas vezes” comparativamente com o rapazes que assinalaram maioritariamente as categorias de resposta “nunca” (Tabela C13). Estes resultados estão de acordo com diferentes estudos nos quais a maior parte dos participantes “nunca” experienciou dor (Klonsk & Glenn, 2009) ou sentiu-a apenas “algumas vezes” (Nock & Prinstein, 2005; Nock et al., 2006).

No que concerne à variável estar ou não sozinho durante o comportamento AINS, após excluir as categorias de resposta “nunca” e “raramente” por não terem células suficientes para relacionar, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas categorias de resposta consoante o sexo dos adolescentes ($X^2=8.418$, $p= 0.015$) (Tabela C11). Por conseguinte, verificou-se que na sua grande maioria, as participantes do sexo feminino estavam “sempre” sozinhas aquando a realização dos comportamentos, enquanto os rapazes apresentaram valores iguais nas duas categorias de resposta “quase sempre” e “sempre”. Apesar das raparigas afirmarem estar mais vezes sozinhas durante o comportamento AINS que os rapazes, na generalidade ambos os sexos estão sozinhos na realização do mesmo. Estes resultados estão de acordo com os encontrados num estudo de Klonsky & Glenn (2009) com uma amostra de universitários.

Para analisar o tempo decorrente entre o pensamento ou desejo de realizar o comportamento AINS e a consumação do mesmo, consideraram-se as categorias “eram menos de uma hora” “uma a três horas”, “três a seis horas”, “seis a doze horas” e “mais que um dia”. Após exclusão das categorias de resposta “uma a três horas”, “três a seis horas”, “seis a doze horas” e “doze a vinte horas” que não tinham células suficientes para analisar, realizou-se o teste do Qui-Quadrado que não demonstrou diferenças significativas entre as categorias de resposta para o sexo feminino e para o sexo masculino ($X^2=.166$, $p=.683$) (Tabela C12). Neste sentido, verificou-se que o tempo decorrente entre o pensamento do

adolescente se envolver em comportamentos AINS e a realização do mesmo demora menos de uma hora na generalidade, tanto para as raparigas como para os rapazes. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Nock e Prinstein (2005) que relataram que a maioria dos adolescentes com comportamentos de AINS gasta pouco tempo, algumas horas ou menos, entre o pensamento de AINS e o ato em si (Tabela C13).

Por último, também consideramos relevante analisar se os adolescentes que realizavam comportamentos AINS possuem ou não a pretensão de pará-los e o porquê. A percentagem de adolescentes que confessou querer parar com o comportamento revelou-se superior (57,3%) à dos adolescentes que não queriam parar com os comportamentos (36,9%) (Tabela C14)

6.1.2. Respostas às Questões Abertas

A partir de uma questão aberta relativa ao surgimento da ideia dos comportamentos de AINS, o relato dos adolescentes possibilitou criar três temáticas, por vezes todas presentes no mesmo relato: a origem da ideia para a realização do comportamento de AINS, as funções de AINS e os motivos para a realização do mesmo possível de observar na Tabela 5 (Tabela C13).

Tabela 5 – Frequência das categorias da origem, funções e motivos para a AINS

Categoria_Origem	N	Categoria_Funções	N	Categoria_Motivos	N
Redes Sociais	2	Alívio da Tensão	9	Motivos Intrapessoais	39
Grupo de Pares	2			Experimentação	19
Comunicação Social	1			Tristeza	12
Motivos Intrapessoais	2			Entretenimento	5
Comunicação interpessoal	1			Problemas Interpessoais	2
				Característica Pessoal	1
				Ausência de Controlo	2
Total	8		9		80

Referida por poucos adolescentes, a origem da ideia prendeu-se com: as redes sociais a partir de exemplos como “Vi algumas fotos em redes sociais e documentários e pensei que não fosse mau experimentar”; a partir do grupo de pares “Muitas raparigas com falta de

autoestima diziam que isso aliviava”; motivos intrapessoais “Aprendi a aceitar-me como sou” ou “Sempre que me sinto triste, zangado e quando sinto que a culpa é minha por ter feito alguma coisa”; a partir do impulso “instintivamente” ou “irracional”; a partir da comunicação social “vi em filmes” e por último através da comunicação interpessoal “a partir de conversas”.

No que concerne à funcionalidade dos comportamentos de AINS, alguns participantes relataram a função de aliviar a tensão. Frases exemplificativas dessa função são “para aliviar a dor que sentia” ou “diziam aliviar a tristeza”.

Superior à origem da ideia e da funcionalidade do comportamento de AINS, a temática mais referenciada pela generalidade dos adolescentes foram os motivos que os levaram a realizar o comportamento. Os motivos intrapessoais são os mais relatados a partir de frases como “nunca me sentia feliz e acabei por entrar num estado de depressão”, “quando estava chateada” ou “quando estava nervosa”. Após os motivos intrapessoais, os problemas interpessoais são considerados o segundo motivo mais relatados pelos adolescentes “a separação dos meus pais”, “quando a minha mãe deixou de me prestar tanta atenção por causa da porcaria de um jogo e o meu pai saiu de casa”.

A experimentação foi outro dos motivos declarados pelos adolescentes para o início de comportamentos AINS, sendo referida diversas vezes pelos sujeitos através de exemplos como “Queria ver como as pessoas se sentiam ao fazerem isso” ou “Foi por ser curioso”. Outros motivos que levaram o sujeito a ter comportamentos de AINS foram: o entretenimento “não tinha nada para fazer” ou “por brincadeira”; estar triste expressado através de frases como “eu estava triste” ou “por sentir solidão”; ter uma característica pessoal “por ser nervosa e irritar-me facilmente” ou “sou masoquista”. Foram referenciados também motivos como a impossibilidade de controlo “não os consigo evitar ou controlar” e não pensar nas consequências.

Relativamente à origem da ideia, apesar do grupo ser muito restrito para esta categoria, os nossos resultados parecem ir ao encontro do defendido na literatura que sustenta esta origem da ideia como advinda maioritariamente do grupo de pares ou dos meios de comunicação (Deliberto & Nock, 2008; Nock & Favazza, 2009), tanto as redes sociais, a comunicação social como a comunicação interpessoal.

Relativamente à categoria funções, as descrições do sujeito parecem ir de encontro ao revelado na literatura, sendo a função da regulação de emoções a mais relatada pelos adolescentes como modo de aliviar as emoções negativas ou a tensão sentida. Segundo Klonsky (2007), as emoções negativas tais como a raiva, a ansiedade e a frustração antecedem

a prática de AINS que por conseguinte, após o envolvimento em AINS, são seguidas de sentimentos de alívio e tranquilidade. No estudo realizado pelo mesmo autor, razões comuns relatadas foram “libertar a pressão emocional que se acumula”, “eliminar sentimentos desagradáveis” ou “gerir o stress” (Klonsky, 2007) semelhantes às utilizadas pelos adolescentes deste estudo. Por último, na categoria de motivos que levaram o adolescente a envolver-se em comportamentos de AINS, estudos realizados até então vão no mesmo sentido, defendendo o aparecimento de AINS em alguns participantes por uma via intrapessoal (Deliberto & Nock, 2008) tal como apresentado maioritariamente no nosso estudo.

A segunda questão aberta, relativa aos motivos dos adolescentes para quererem ou não parar o comportamento de AINS, também foi categorizada para uma melhor compreensão possível de observar na Tabela 6 (Tabela C14), sendo por vezes, relatados vários motivos. A resposta relativa ao querer parar o comportamento, demonstrou uma maior frequência em justificações relacionadas com o facto de ser um Comportamento Não Saudável/Prejudicial/Errado. Exemplos disso são descrições tais como “ Sei que me perturba emocionalmente e não é saudável”, “ Porque só me estão a prejudicar” ou “Porque acho que não devia de ser desta maneira que devia expressar os meus sentimentos”. Com uma frequência um pouco inferior, os Motivos Intrapessoais são também indicados pelos adolescentes que desejam parar o comportamento de AINS, isto é, são características do próprio sujeito e foram relatados como “Porque acho que não me posso culpabilizar por erros que não são meus” ou “Porque assim saberia como controlar os nervos”.

A permanência de marcas e as preocupações interpessoais são outras possíveis categorias encontradas como motivo de querer terminar os comportamentos de AINS. A primeira pode observar-se através de descrições como “Porque este comportamento não me leva a lado nenhum e só me deixa marcas” e a segunda categoria, as preocupações interpessoais, referem-se à inquietação despertada nos outros “Porque magoa quem está à minha volta” ou “Sei que magoa os outros à minha volta”. No que concerne às categorias ajuda interpessoal e preocupação com o futuro, ambas com a mesma frequência, sendo que a primeira corresponde a motivos para parar através da ajuda de outrem “porque tive ajuda da minha família” ou “também me ajudou ao falar dos meus problemas aos meus pais” enquanto a segunda remete para preocupações futuras relativas aos comportamentos AINS tais como “Porque sei que isso não me vai levar a lado nenhum”.

As duas últimas categorias encontradas para querer parar a AINS foram a ausência de necessidade e a procura de apoio profissional. A ausência da necessidade é referida como “ às

vezes não tenho necessidade de fazer certas coisas” enquanto a procura de apoio profissional é também revelada por um único adolescente como uma tentativa de melhora “(...) estava-me a magoar, por isso recorri a um psicólogo.”

No que concerne o desejo de não parar o comportamento, revela ser maioritariamente justificado pela sua normalização do mesmo, isto é, não sendo de modo nenhum prejudicial ou não saudável, relatado através de exemplos como “Porque acho que é normal na minha idade isso acontecer”, “Não me prejudica simplesmente” ou “Não me importo”. O alívio da atenção e a auto-ajuda são duas outras categorias possíveis de criar para não querer parar o comportamento de AINS, sendo ambos revelados pelos alunos como modo de ajudar a regular as emoções. A primeira categoria caracterizada frases como “Porque acalma a dor interior nem que seja por uns minutos” e a segunda com exemplos como “Se o fizer a minha fúria e tristeza converte-se em bullying e como já fui vítima (...) e morder-me até sabe bem, deixo assim”.

Com apenas um caso para justificar cada uma das categorias, a vontade de manter o comportamento de AINS pode ser explicada, segundo estes adolescentes, por situações interpessoais “Quando fiz alguma coisa de mal ou morreu algum familiar tenho algumas vezes estes comportamentos”, por comunicação “É a minha maneira de mostrar que estou mal com esta situação porque eu não fiz nada no momento em que os meus pais se separaram”, por identificação com os pares “Porque às vezes gosto de me sentir como se sentem as outras pessoas” ou simplesmente por entretenimento “Porque gosto de ter piada”.

Relativamente aos adolescentes que querem parar os comportamentos de AINS, os escassos estudos existentes até então demonstraram que estes adolescentes parecem possuir uma maior tolerância às respostas emocionais e uma maior capacidade para controlar os impulsos (Anderson & Crowther, 2012), não sendo testado nos nossos resultados. No que concerne aos adolescentes que não desejam parar o comportamento, os resultados de normalização do comportamento estão de acordo com o estudo de Nada-Raja, Morrison & Skegg (2003) em que os sujeitos referiram ser algo momentâneo sem consequências graves. Outros sujeitos, segundo o mesmo autor (Nada-Raja, Morrison & Skegg, 2003), revelavam que não queriam parar esses comportamentos por escolha própria, apesar das sequelas psicológicas, o que no nosso estudo foi descrito como uma necessidade de auto-ajuda ou como a única forma conhecida de aliviar a tensão, havendo necessidade de a manter. Fortune (2004) também encontrou no seu estudo justificações dos adolescentes para não quererem parar o comportamento ou procurar ajuda por receio de serem considerados “estranhos” ou “loucos” ao recorrerem ao serviço de saúde mental.

Tabela 6 - *Categorias relativas ao desejo de parar ou não o comportamento de AINS*

Querer Parar o Comportamento	N	Não Querer Parar o Comportamento	N
Comportamento Não Saudável/Prejudicial/Errado	28	Normalização do Comportamento	19
Motivos Intrapessoais	10	Alívio da Tensão	5
Permanência das Marcas	5	Auto-Ajuda	4
Preocupações Interpessoais	5	Motivos Intrapessoais	3
Ajuda Interpessoal	2	Situações interpessoais	1
Preocupação com o Futuro	2	Comunicação	1
Ausência de Necessidade	1	Identificação com pares	1
Procura de Ajuda Profissional	1	Entretenimento	1
Total	54		35

6.1.3. Análise Descritiva da Ideação Suicida

No que concerne à ideação suicida, a partir da média obtida da frequência da escala ($M=1.62$, $DP=0.99$, $Min=1$, $M=6.50$) (Tabela C15), é-nos possível desde logo verificar quais os sujeitos que têm ou não ideação suicida, possível de observar na tabela 7. Os valores encontrados foram semelhantes aos encontrados noutros estudos, como por exemplo, Costa (2012).

Tabela 7- Estatísticas Descritivas de Ideação Suicida

	N	%
Sem Ideação Suicida	97	24,5 %
Com Ideação Suicida	299	75,5 %
Total	396	100%

De modo a averiguar se a ideação suicida apresentava diferenças significativas consoante o género do sujeito, foi realizado o teste não-paramétrico Wilcoxon-Mann Whitney, já que o teste de Levene não apresentava homogeneidade das variâncias ($F(22,114) = -3.543$, $p=0.000$). Neste sentido, os resultados demonstraram que os sujeitos do sexo feminino apresentam valores de ideação suicida significativamente superiores aos dos participantes do sexo masculino ($U= 24133.50$, $W=47353.50$, $P=0.000$) (Tabela C16)

possíveis de observar na figura 4. Este dado vai no sentido do encontrado por diversos investigadores (Sampaio, 1995; Lopes, 2012; Azevedo & Matos, 2014)

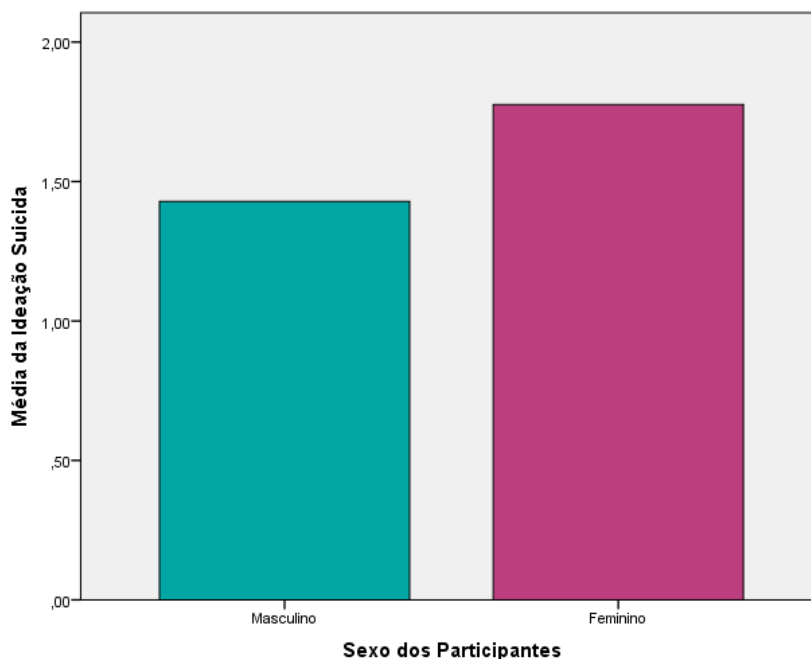


Figura 4 – Média da Ideação Suicida consoante o sexo dos adolescentes

6.2. Análise dos Resultados das Hipóteses

Chegando a este ponto do presente estudo damos início ao teste das hipóteses decorrentes da revisão da literatura.

Na primeira hipótese esperávamos *que as funções intrapessoais sejam mais identificadas pelos sujeitos com comportamento de AINS que as funções interpessoais, nomeadamente funções como a regulação de emoções e a autopunição*. Para a realização desta hipótese, selecionamos somente os sujeitos que já se envolveram em algum comportamento de Auto-Injúria Não-Suicida e realizámos uma comparação de médias para ambas as funções. A partir destas foi possível compreender que as funções intrapessoais ($M=2.65$, $DP=.78$) (Tabela 8) são mais identificadas pelos sujeitos do que as funções interpessoais ($M=1.93$, $DP=.75$) (Tabela 8). De modo a ser possível responder à segunda parte da hipótese, foi novamente necessário realizar uma comparação das médias, como se pode observar na Tabela 8, que permitiu verificar que entre todas as funções intrapessoais e interpessoais, as funções de regulação de emoções e de auto-punição foram as mais identificadas pelos sujeitos com comportamentos de AINS. Neste sentido, confirma-se o proposto na primeira hipótese.

Tabela 8 – Média das funções do Comportamento de AINS

Função	Média	Desvio-Padrão
Regulação de Emoções	11.04	2.66
Auto Punição	10.57	4.19
Anti Dissociação	7.44	3.07
Simbolização do Sofrimento	6.76	3.03
Auto Cuidado	6.60	2.80
Anti Suicídio	6.28	3.46
Resistência	6.22	2.83
Fronteiras Interpessoais	6.07	2.71
Procura de Sensações	5.63	2.50
Autonomia	5.55	2.89
Influência Interpessoal	5.45	2.83
Ligação entre pares	5.29	2.87
Vingança	3.13	1.58
Funções Intrapessoais	2.65	.78
Funções Interpessoais	1.93	.75

Na segunda hipótese esperávamos *que a presença de funções intrapessoais apresente diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo dos sujeitos, sendo o sexo feminino aquele que revela mais funções intrapessoais*. Para responder a esta hipótese foi necessário realizar uma comparação entre médias das funções intrapessoais com a variável sexo a partir do teste t-student, o qual demonstrou a homogeneidade entre as variâncias no teste de Levene ($t(100) = -1.646, p = .103$) (Tabela D1, Tabela D2). Neste sentido, conseguimos compreender que não existem diferenças significativas entre o sexo no que concerne às funções intrapessoais, sendo recusada a hipótese de que o sexo feminino apresenta mais funções intrapessoais.

Na terceira hipótese esperávamos *que as funções intrapessoais e as funções interpessoais apresentem uma correlação positiva com a idade dos adolescentes*. De modo a testar esta hipótese, foi realizada uma Correlação de Pearson entre a idade e as funções intrapessoais assim como entre a idade e as funções interpessoais. A partir dos resultados conseguimos verificar que as funções intrapessoais não apresentam nenhuma correlação com

a idade ($r = -.053$, $p = .597$) (Tabela E1) enquanto as funções interpessoais apresentam uma correlação negativa com a idade ($r = -.199$, $p = .047$) como é possível de verificar na Tabela 9. Neste sentido, compreendemos que à medida que aumenta a idade, diminuem as funções interpessoais para os comportamentos de AINS.

Tabela 9

Correlação de Pearson entre as Funções Interpessoais e a Idade

	I.	Idade
I. Funções Interpessoais	1	-, 199*

* $p < 0.05$

Na quarta hipótese esperamos que *as funções intrapessoais tenham uma maior influência do que as funções interpessoais na frequência de AINS*. Para testar esta hipótese, optamos pela realização de uma regressão a partir do método stepwise. Todavia, para que se realize essa regressão, primeiramente é necessário compreender se as variáveis independentes a serem utilizadas estão ou não estatisticamente correlacionadas com a variável dependente. Neste sentido, primeiramente foi realizada uma Correlação de Pearson entre as variáveis independentes, funções intrapessoais e funções interpessoais, com a frequência de AINS. A partir dos resultados apurou-se que não existe nenhuma correlação significativa entre as funções intrapessoais e a frequência de AINS ($r = -0.007$, $p = .947$) (Tabela F1) assim como entre as funções interpessoais e a frequência de AINS ($r = -0,047$, $p = .661$) (Tabela F2). Como nenhuma das funções apresentou correlação significativa com a frequência de AINS, não é possível realizar a regressão linear.

Na quinta hipótese, na qual esperávamos que *as funções intrapessoais possuam uma maior influência do que as funções interpessoais no número de métodos utilizados no comportamento de AINS*. Para tal, primeiramente foram realizadas as Correlações de Pearson para compreender se existe alguma associação entre as funções intrapessoais e as funções interpessoais com o número de métodos utilizados no comportamento de AINS, sendo possível verificada uma correlação positiva tanto com as funções intrapessoais ($r = .349$, $p = .000$) (Tabela G1) como com as funções interpessoais ($r = .290$, $p = .003$) (Tabela G2). Após verificada a correlação entre as variáveis, para compreender qual das duas funções tem uma maior influência no número de métodos utilizados pelos participantes, foi realizada uma análise de regressão através do método *stepwise*, tendo sido introduzidas as variáveis independentes (Funções intrapessoais e Funções interpessoais) para verificar o seu efeito na

variável dependente (Número de métodos de AINS). A partir desta regressão, podemos verificar que as funções intrapessoais apresentam uma maior influência no número de métodos utilizados no comportamento de AINS que as funções interpessoais, as quais deixaram de se revelar significativas no efeito do número de métodos de AINS utilizados, possíveis de observar na Tabela 10 (Tabela G3, G4, G5).

Tabela 10 - Análise de regressão pelo método Stepwise: influência das funções intrapessoais e interpessoais no número de métodos utilizados

Valor Critério	R ²	Beta	t	Sig.
1. Funções Intrapessoais	.125	,365	3,91	,000
2. Funções Interpessoais	.125	,085	,680	,498

Quanto à sexta hipótese esperávamos que os *adolescentes com comportamentos de AINS apresentem valores mais elevados de ideação suicida comparativamente com os adolescentes que não realizam estes comportamentos*. Para a verificação desta hipótese, foi necessário recorrer ao teste não-paramétrico Wilcoxon-Mann Whitney, a partir do qual se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos com e sem comportamentos de AINS em relação à ideação suicida (U= 24654, W=30001, p=.000) (Tabela H2). Neste sentido, constatou-se que os adolescentes que já se envolveram em comportamentos de AINS apresentam valores mais elevados de ideação suicida (M=2.42, DP=1.32) (Tabela H1) comparativamente aos adolescentes que nunca se envolveram em comportamentos de AINS (M=1.33, DP=.63) (Tabela H1).

Relativamente à sétima hipótese na qual esperávamos que *as funções intrapessoais apresentem uma maior influência do que as funções interpessoais na ideação suicida*. Para tal, foi necessário, tal como nas outras regressões anteriores, compreender primordialmente a existência ou não de uma associação entre as funções de AINS e a ideação suicida. Neste sentido, foram realizadas Correlações de Pearson para compreender a existência ou não de associações entre as funções intrapessoais e as funções interpessoais com a ideação suicida, verificando-se correlações positivas tanto com as funções intrapessoais (r =.522, p =.000) (Tabela I1) como com as funções interpessoais (r =.221, p =.026) (Tabela I2).

Por forma a analisar qual das funções possui uma maior influência, realizamos uma análise de regressão a partir do método *stepwise* indicativo de qual variável possui um efeito mais relevante na variável dependente. Por conseguinte, colocamos ambas as funções, intrapessoais e interpessoais, como variáveis independentes e a ideação suicida como variável dependente, verificando-se que as funções intrapessoais possuem uma maior influência na ideação suicida como é possível observar na Tabela 11, sendo que a presença de funções intrapessoais é significativa de valores de ideação suicida mais elevados. Já as funções interpessoais passaram a revelar uma associação negativa com ideação suicida (Tabela I3, I4, I5).

Tabela 11 - Análise de regressão pelo método Stepwise: influência das funções intrapessoais e interpessoais na ideação suicida

Valor Critério	R ²	Beta	t	Sig.
3. Funções Intrapessoais	.270	.676	3.91	.000
4. Funções Interpessoais	.292	-.226	-2.012	.047

7. Discussão

A Auto injúria não-suicida (AINS) constitui um desafio difundido para os adolescentes da atualidade, começando a torna-se parte da paisagem social em contextos não clínicos, com uma prevalência entre 5% a 37% (Muehlenkamp et al., 2012) Por ser um fenómeno complexo que envolve, inegavelmente, momentos angustiantes por parte dos jovens que o utilizam como estratégia de enfrentamento, identificar a funcionalidade dos mesmos poderá ser útil para a definição de conceitos e desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção eficazes. Neste sentido, o presente estudo foi realizado com o objetivo de compreender quais as funções que estão na base do comportamento de Auto-Injúria Não Suicida e da ideação suicida. De modo geral, os nossos resultados demonstraram como as funções intrapessoais possuem uma maior influência nos comportamentos de AINS que as funções interpessoais, nomeadamente como se relacionam com o número de métodos utilizados e com a ideação suicida, mas não com a frequência de AINS. De forma complementar, foram realizadas análises descritivas de algumas variáveis que permitem uma melhor compreensão do comportamento de AINS.

Na primeira hipótese confirmamos a partir de uma comparação entre médias que as funções intrapessoais possuem uma média superior às funções interpessoais, corroborando com diversos estudos anteriores que afirmavam serem identificadas mais funções intrapessoais nos comportamentos de AINS (Klonsky, 2007, Zetterqvist, Lundh & Svedin, 2014). Estes resultados parecem sugerir, tal como comprovado em alguns estudos, que o comportamento de AINS poderá iniciar-se com ambas as funcionalidades, intrapessoais e interpessoais, mas seguidamente parece ser mantido por funções intrapessoais. Por conseguinte, na segunda parte da hipótese, relativa à presença maioritariamente das funções de regulação de emoções e da autopunição, também o nosso estudo demonstrou ir ao encontro de resultados anteriores (Nock & Prinstein, 2004; Klonsky, 2007; Glenn, 2011). Estes dados parecem confirmar que muitos dos adolescentes que não possuem capacidade de gerir emoções negativas, conseguem geri-las a partir do comportamento de AINS, uma vez que é seguida, de modo geral, por sentimentos de alívio e tranquilidade. Outros adolescentes parecem utilizar a AINS como forma de se autopunir, por alguma irregularidade compreendida, tal como uma forma de responder ao ódio que sente por si ou ao sentimento de desvalorização (Favazza; Strong; Walsh & Rosen, cit. por Nock, 2010).

No mesmo sentido, esta distinção de quais as funções mais prevalentes de AINS permite fornecer aos adolescentes estratégias de enfrentamento adaptativas que substituem

esse comportamento, proporcionando-lhes motivação para se afastarem de AINS, particularmente pertinente em funções intrapessoais, já que são dominadoras do comportamento. Por exemplo, para os adolescentes que utilizam AINS como forma de regular as emoções, estratégias de regulação emocional ou capacidades de tolerância à aflição poderão ser úteis para a resolução da problemática de modo a diminuir o sofrimento do adolescente de forma mais rápida e eficaz (Allen, 1995; Brown, Williams, & Collins, 2007).

Os resultados da segunda hipótese não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nas funções intrapessoais segundo o gênero o que não está de acordo com estudos anteriores que defendiam o sexo feminino apresentava mais funções intrapessoais (Klonsky & Olino, 2008; Glenn, 2012). Outros estudos explicavam esta maioria de funções intrapessoais por parte das raparigas como estando associado à tendência do sexo feminino utilizar o comportamento de AINS como forma de expressar a vergonha ou o nojo sentido pelas mesmas, enquanto no sexo masculino, estes comportamentos estão maioritariamente utilizados como um desafio entre pares, um teste à resistência ou à masculinidade (Laye-Gindhu & Schonert – Reichl, 2005). Sendo estas diferenças não significativas, poderemos colocar como hipótese o sexo masculino apresentar uma maior dificuldade na expressão ou na gestão das emoções e experiências negativas do que o pensado até então ou camuflarem as funções intrapessoais a partir de funções interpessoais como a resistência perante os outros.

Na terceira hipótese, os resultados evidenciam que as funções interpessoais são as únicas que apresentam uma correlação com a idade, sendo esta correlação negativa, demonstrando que quanto mais velhos são os adolescentes, menos são as funções interpessoais presentes e vive-versa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Lloyd-Richardson et al. (2008) que sugeriam que adolescentes mais jovens poderiam estar mais propensos a se auto-ferir por razões interpessoais. Outros estudos como o de Klonsky e Glenn (2009) também apresentaram uma associação à presença de mais funções interpessoais, mas também às funções intrapessoais em adolescentes com comportamentos de AINS mais jovens (Klonsky & Glenn, 2009). Mas porque será que as funções interpessoais diminuem com o aumento da idade? Possivelmente, poderá prender-se com a construção da identidade a partir do afastamento da família a aproximação dos pares com quem partilha experiências, observa e imita modos de agir ou até mesmo pelos meios de comunicação social. Será possivelmente nesta fase, na qual o sujeito procura aprender a lidar com o seu novo eu individualizado e as emoções e experiências negativas daí advindas, que os comportamentos de AINS serão utilizados como modo de enfrentamento, sendo que há medida que vai crescendo e aprende a

lidar com as mesmas de modo adaptativo e sem uma influência tão intensa do outro, não será tão frequente a necessidade de recorrer a comportamentos de AINS

Na quarta hipótese em estudo não foi possível diferenciar qual a função que tem um papel mais relevante na manutenção do comportamento de AINS, uma vez que não foi encontrada nenhuma associação entre as funções e a frequência de AINS contrariamente a estudos prévios que verificaram a maior influência por parte das funções intrapessoais (Saraff & Pepper, 2014). Esta não conclusão de resultados pode estar associada ao facto dos estudos até então analisados serem estudos longitudinais, permitindo fazer uma comparação entre as variáveis ao longo do tempo, contrariamente ao nosso estudo que mediu a frequência ao longo da vida, sem a diferenciar ao longo do tempo.

Relativamente à quinta hipótese, os nossos resultados parecem ir ao encontro dos resultados anteriores apresentando as funções intrapessoais uma maior influência quanto ao número de métodos utilizados. Isto é, quando estão presentes funções intrapessoais no comportamento de AINS, maior é o número de métodos utilizados para a prática do mesmo (Saraff e Pepper, 2014). Segundo diversos estudos, o número de métodos utilizados também se revela um fator relevante na medição da gravidade de AINS, sendo essa, geralmente associada também a uma maior frequência como indica Saraff e Petter (2014). Estudos prévios foram no mesmo sentido, associando esse número de métodos a formas mais graves de AINS tais como o corte, a queimadura e cravar símbolos na pele (Loyd-Richardson et al., 2007). Apesar do nosso estudo não encontrar correlações com a frequência de AINS, o corte aparece como um dos métodos mais frequentemente assinalados, podendo ser um indicativo da severidade presente, mas não conclusivo. Estes resultados poderão ir no sentido de que as funções intrapessoais são maioritariamente associadas à manutenção do comportamento de AINS, sendo que há medida que são realizados mais comportamentos, o número de métodos utilizados também parece aumentar, provavelmente pela habituação ao efeito de um determinado método e à necessidade de utilizar novos métodos de forma a conseguir os resultados iniciais de enfrentamento das situações ou emoções não adaptadas. A gravidade de AINS poderá ir no mesmo sentido, sendo relevante em estudos futuros, uma vez que a utilização de um maior número de métodos, causará lesões diferenciadas e possivelmente aumentará as consequências do comportamento.

Os resultados da sexta hipótese permitiram verificar que a ideação suicida apresenta pontuações mais elevadas aquando a presença do comportamento de Auto Injúria Não Suicida. Estudos prévios têm demonstrado que apesar da AINS diferir do comportamento suicida em termos de motivação, já que os primeiros querem continuar com a vida (ao passo

que aqueles que se envolvem em comportamentos suicidas desejam terminar com ela) e a nível de severidade médica (por exemplo, AINS requer com menos frequência atenção médica e é mais superficial devido aos danos nos tecidos do que a tentativa de suicídio (Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Favazza & Conterio, 1989; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004), AINS continua a ser um fator de risco documentado pelo comportamento suicida. Elevadas taxas de ideação suicida e comportamentos são consistentemente relatados entre populações com comportamentos de AINS (Glenn & Klonsky, 2009;. Nock et al, 2006;. Whitlock et al, 2006). Estes resultados podem também ser interpretados segundo a hipótese de Joiner (2005) que defende que o comportamento de AINS revela-se um fator de risco, marcador da existência de uma “capacidade de adquirir o suicídio”. Apesar destes comportamentos não envolverem intenção suicida consciente, os sujeitos que o realizam provavelmente habituam-se ao sofrimento sentido e poderão pensar numa fase à posteriori em formas possíveis de terminar esse sofrimento, sendo relevante analisar se esta ideação suicida está presente desde o início de AINS ou somente após um tempo de utilização ineficaz dessas estratégias de enfrentamento.

Por último, os resultados da sétima hipótese vão de encontro ao estudo de Klonsky e Glenn (2009) no qual ambas as funções são influenciadoras do comportamento de ideação suicida, apesar das funções intrapessoais apresentarem uma maior influência no efeito causado da ideação suicida que as funções interpessoais. Outros estudos, como o de Nock e Prinstein (2005), demonstraram uma associação das tentativas de suicídio somente com as funções intrapessoais. Apesar de não existirem estudos que expliquem esta diferenciação, poderá ser indicativo de que ao tentarem por meio de comportamentos de AINS lidar com as suas próprias emoções e não conseguirem, possivelmente levá-los-á a ter pensamentos suicidas de modo mais intenso do que se a problemática envolvente for relacional e social que não leva a um mal-estar intrínseco tão intenso.

As variáveis relevantes analisadas também nos permitiram compreender algumas questões importantes associadas à realização do comportamento de AINS. Primeiramente, foi-nos possível compreender que contrariamente ao defendido noutros estudos, o comportamento AINS não se revela mais significativo em diferentes idades na adolescência, sendo por isso crucial que a atenção dada ao mesmo seja equitativa em todas as idades e que programas de intervenção sejam realizados previamente de modo a diminuir a utilização de AINS como forma de enfrentamento de problemáticas, nomeadamente em adolescentes do sexo feminino. Por serem reveladas como idade de início destes comportamentos os 12 e os 13 anos como

defendido em diferentes estudos, esta possível prevenção deveria ser realizada anteriormente de modo a diminuir o número de adolescentes que inicia estes comportamentos.

Como anteriormente verificado, a utilização de diferentes métodos também demonstrou ser relevante, sendo dois o número de métodos maioritariamente utilizados. De modo geral, a utilização de vários métodos pode dever-se a circunstâncias psicossociais, à habituação do método ou por questões de preferência pessoal (Kerr, Muehlenkamp & Turner, 2010). Todavia, os rapazes apresentam o dobro de métodos utilizados para a AINS, quatro métodos, do que as raparigas. Esta informação também poderá ser relevante para a ideia de que os sujeitos do sexo masculino utilizam AINS muitas vezes como uma forma de se inserirem num grupo de pares, para se divertirem ou para mostrarem que são resistentes (Laye-Gindhu & Schonert – Reichl, 2005). Podemos supor ainda que a utilização de um maior número de métodos poderá ser utilizada como modo de camuflar as verdadeiras funções que os levam a realizar comportamentos de AINS. Isto é, quando estão inseridos num grupo demonstram que AINS tem uma funcionalidade interpessoal, utilizando métodos como morder-se, revelado o mais frequente no sexo masculino, todavia, aquando sozinhos mantêm estes comportamentos com outros métodos e que possuem maior influência, representando as funções intrapessoais.

A frequência da utilização dos métodos não apresentar diferenças significativas nem relativamente ao sexo nem à idade, compreendemos que analisados individualmente, o método de corte foi o único a ser maioritariamente utilizado por parte das raparigas, considerado como um dos métodos mais graves (Loyd-Richardson et al., 2008). Este facto poderá também ser indicador da diferença revelada na dor aquando a realização do comportamento, já que as raparigas afirmam sentir mais dor que os rapazes. A utilização de métodos mais graves pelas raparigas poderá ainda estar associado ao facto de estarem sempre sozinhas aquando a realização dos comportamentos enquanto os rapazes nem sempre estão sozinhos durante esta realização tal como verificado em estudos anteriores (Klonsky & Glenn, 2009). O facto de estar sozinho e não ter dor durante o comportamento estão também associados a comportamentos suicidas, estando talvez por isso, a ideação suicida maioritariamente presente no sexo feminino, tanto no nosso estudo como em anteriores (Sampaio, 1995).

Outros fator relevante no comportamento de AINS prende-se com a realização do comportamento ser realizado pouco tempo após o desejo ou o pensamento em fazê-lo, menos de uma hora, tal como defendido por Nock e Prinstein (2004). Diversos estudos ressaltam a

dificuldade de tratar o adolescente quando o tempo gasto entre o pensamento e o ato são apenas alguns minutos (Nock et al, 2006; Klonsky & Glenn, 2009).

Por último, as respostas às questões abertas permitiram-nos compreender melhor a origem da ideia do comportamento, as motivações e funções do mesmo assim como se os adolescentes pretendem ou não parar com o comportamento. A origem da ideia prendeu-se maioritariamente por influências sociais, nomeadamente com os grupos de pares, com os meios de comunicação, desde comunicação social a redes sociais, mostrando uma evidência de que a exposição a AINS em outros, particularmente nos pares, está ligada a um aumento da probabilidade do próprio se envolver em AINS (Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier & Muehlenkamp, 2010), podendo revelar que para alguns sujeitos, os motivos para iniciar AINS poderão ser diferentes dos motivos ou funções para mantê-lo (Whitlock et al., 2011). Estes resultados, vão no sentido da hipótese de que os motivos interpessoais diminuem com a idade, podendo revelar a presença dos mesmos associada à origem do comportamento.

outro lado, também foi possível compreender que os motivos mais relevantes para a prática de AINS foram os motivos intrapessoais “quando estava nervosa” ou “nunca me sentia feliz” e as funções de alívio da tensão (por exemplo, “Para aliviar a dor que sentia”). Estes resultados parecem ir no sentido da primeira hipótese, na qual as funções intrapessoais aparecem como mais prevalentes no comportamento de AINS, sendo utilizadas como modo de enfrentar estes motivos intrapessoais relatados pelos sujeitos e possivelmente como modo de mantê-lo, como defendido em diferentes estudos (Whitlock et al., 2011).

Relativamente à vontade dos sujeitos pararem ou não o comportamento de AINS, a maioria dos sujeitos revelou o desejo de parar esse comportamento por associá-lo a um comportamento não saudável, prejudicial ou errado enquanto a maioria dos adolescentes que revelaram não querer parar o comportamento, associam-lho maioritariamente a uma normalização do comportamento tal como comprovado previamente (Nada-Raja, Morrison & Skegg, 2003). Os adolescentes que querem parar o comportamento poderão apresentar uma maior tolerância às respostas emocionais e uma maior capacidade para controlar os impulsos de acordo com o estudo de Anderson e Crowther (2012). Já os adolescentes que não querem parar estes comportamentos, parecem revelar baixo coping e pobre resolução dos problemas (Specken & Hawton, 2005). Todavia, seria interessante explorar esta temática, nomeadamente se já foi solicitada ajuda psiquiátrica e compreender se a AINS se estará a tornar num padrão de comportamento na adolescência, já que é normalizado por tantos adolescentes.

8. Limitações e Sugestões de Estudos Futuros

Torna-se importante enumerar algumas limitações da presente investigação que, de certo modo, possam ter comprometido a interpretação dos resultados obtidos.

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

A população de idades mais elevadas é outro aspeto relacionado com a limitação referente à nossa amostra, uma vez que apesar de esta compreender uma faixa etária bastante alargada (entre 12 e 19), é constituída por menor percentagem de adolescentes de idades mais elevadas por incompatibilidade horária dos alunos de secundário o que poderá por vezes ter influência na comparação dos resultados com alunos de idade inferior.

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

Por fim, considero interessante realçar que foi relevante utilizar as variáveis funções intrapessoais e funções interpessoais como variáveis independentes e, contrariamente, utilizar tanto a frequência como o número de métodos e a ideação suicida como variáveis de resultado. Este ponto tanto pode ser uma mais-valia para o estudo, como uma limitação no sentido em que a variável frequência não apresentou resultados significativos provavelmente por não ser feito num estudo longitudinal. Nesses sentido, como sugestão para estudos futuros, considero relevante a utilização da variável frequência enquanto variável dependente e sendo avaliada em diferentes momentos da vida para que seja possível uma melhor compreensão do efeito das funções de AINS na mesma.

Para estudos futuros considero também relevante uma análise mais detalhada da primeira secção do Inventário de Afirmações Sobre Auto-Injúria (ISAS) assim como testar se as funções intrapessoais e interpessoais se diferenciam em adolescentes que reportam ideação suicida simultaneamente a comportamento de AINS e o que contrariamente não apresentam ideação suicida.

9. Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo compreender como as funções intrapessoais e interpessoais podem influenciar o comportamento de Auto-injúria Não Suicida (AINS) e a ideação suicida em adolescentes de uma população não clínica com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos.

Primeiramente foram identificadas quais as variáveis mais relevantes presentes nos instrumentos a serem analisados – ISAS e QUIS. Os resultados desta investigação indicam que os comportamentos AINS são moderadamente prevalentes (26%) na população adolescente, principalmente em jovens com 15 e 16 anos, do sexo feminino e pertencentes a um nível de ensino entre o 3º ciclo e secundário. Já a ideação suicida está presente em 75,5% da amostra, a maioria do sexo feminino, todavia não apresenta valores muito elevados nem diferenciações relativamente à idade, sendo os 12 anos a idade onde é ligeiramente mais elevada.

O estudo das funções da AINS to injúria não suicidas revelaram-se fundamentais para compreender a intenção do sujeito ao realizar tais comportamentos, sendo possível compreendermos que as funções intrapessoais possuem uma maior influência que as funções interpessoais para iniciar ou manter os comportamentos de AINS, influenciando nomeadamente o número de métodos a utilizar e a presença de ideação suicida. Todavia, estas funções não parecem influenciar a frequência, talvez por ter sido realizada somente num momento e sem limitar o tempo de resposta ao número de vezes em que cada comportamento já foi utilizado.

Estes resultados sublinham a importância do entender o porquê de os indivíduos realizarem AINS, ajudando a determinar o que pode ser mais eficaz nas intervenções e planos de intervenção nesta temática de modo a diminuir estes comportamentos. Também a abordagem terapêutica com estes adolescentes pode ser diferente e melhor adaptada de acordo com o grupo de funções em que o indivíduo se encaixa.

10. Referências Bibliográficas

Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: Some practical guidelines. *Journal of Mental Health, 4*, 243–250.

Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research, 16*, 124–134.

Andover, M. S. & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*, 101-105.

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)*, 1753-2000.

Andover, M.S., Primack, J.M., Gibb, B.E. & Pepper, C.M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic AINS characteristics? *Archives of Suicide Research, 14*,79-88.

Anestis, M. D. & Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders, 129*, 261-269.

Armey, M. F., Crowther, J. H., & Miller, I. W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behav Ther, 42(4)*, 579-588.

Arria, A.M., O’Grady, K.E., Caldeira, K.M, Vincent, K. B., Wilcox, H.C. & Wish, E. (2009). Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Archives of Suicide Research, 13*, 230-246.

Asarnow, J.R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M. & Brent, D.A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the Tordia study. *J Am Acad Child Psy, 50*, 772-781.

- Azevedo, A. & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças, 15*, 180-191.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R. & Griffith, J. (2014) Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?. *The Journal of Early Adolescence, 34(3)*, 387-405.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H. & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A websurvey. *Archives of Suicide Research, 15*, 56-67.
- Baptista, M. N., Borges, A, Biagi, T.A.T. (2004). *Pesquisas de suicídio no Brasil*. In: M. N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Benincasa, M. & Rezende, M.M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: Factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia,(124)*, 93-110.
- Bhatia, M.S., Arora, S. (2001). Self amputation of Penis. *British Journal of Psychiatry, 178*, 86-87.
- Borges, V. R. & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11(3)*, 345-351.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Adolescence, 39*, 233-242.
- Brausch, A. M., Girresch, S. K. (2012). A Review of Empirical Treatment Studies for Adolescent Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 26(1)*, 3-18.
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 609-620.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A. & Liehan, M. M. (2002) Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111(1)*, 198-202.
- Brown, S. A., Williams, K., & Collins, A. (2007). Past and recent deliberate self-harm: Emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 791-803.

- Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Health*, 161, 641–649.
- Brunner R, Resch, F. (2008). Zur Abgrenzung der Borderlinepersönlichkeitsstörung von schweren Adoleszenzkrisen im Jugendalter. In Brunner R, Resch F., *Borderline-Störungen und Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Bureau, J.K., Martin, J., Freynet, N., Proirier, A. A., Lafontaine, M.F. & loutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 484-494.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 337–347
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Chowanec, G.D., Josephson, A.M., Coleman, B., & Davis, H. (1991). Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 202-207.
- Ciarrochi, J. V, Wilson, C. J., Deane, F. P. & Rickwood, D. (2002). Adolescent barriers to seeking professional psychological help for personal-emotional and suicidal problems. *Suicide Prevention Australia 9th Annual Conference*, June 2002 (pp. 1-8).
- Claes L, Houben A, Vandereycken W, Bijttebier P, Muehlenkamp J. (2011) Brief report: the association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 755-8.
- Claes, L., Vandereycken, W., (2007a). Self-injurious behaviour: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137–144.
- Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, A., Nixon, M. K. & Muehlenkamp, J. J. (2010). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 259-269.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Conterio, K., Lader, W., & Bloom, J. K. (1998). *Bodily harm: The breakthrough treatment program for self-injurers*. New York: Hyperion.
- Costa, I. A. N. C. (2012) *Adolescência: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas*. Dissertação de Mestrado do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M. & Neumark-Sztainer, D. (2008). Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *Adolescent Psychiatry*, 47, 1030–1038.
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E. & Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(5), 309-320.
- Daber, A.V.S. & Baptista, M. N. (2004). Suicídio e saúde mental na mídia. In Daber, M. M. (Ed.), *Suicídio e depressão – actualizações* (239-262). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Deliberto, T. L. Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12, 219-231.
- Dougherty, D. D., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Pevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S. et al. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, 169, 22–27.
- Duque, A. F. & Neves, P.G. (2004). *Auto-Mutilação em Meio Prisional: Avaliação das Perturbações da Personalidade*. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (2), 215-227.
- Eisenhauer, G. L. (1985). Self-inflicted ocular removal by two psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry*, 36, 189-191.
- Ely, G. E., William, R. N., Julie Cerel & Vimbba, M. (2011). The relationship between suicidal thinking and dating violence in a sample of adolescent abortion patients. *Research Trends*, 32(5), 246-253.
- Favazza, A. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11, 21–26.

- Favazza, A. R. (1987). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (1ª edição). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1989). Why Patients Mutilate Themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(2), 137-145
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3th ed.). Baltimore: JHU Press
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.
- Favazza, A. R., & Simeon, D. (1995). Self-mutilation. In Hollander, E. & Stein, D. J. (Eds.). *Impulsivity and aggression* (pp. 185–200). London: Wiley.
- Ferreira, J. & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.2). Braga: APPORT/SHO.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A. & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.
- Fortune, S. A. (2004). Treating suicidal children, adolescents and their families. *In Psychology University of Auckland*, 287.
- Franklin, J. C., Hessel, E. T. & Prinstein, M. J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, 189, 362-367.
- Fruensgaard, K., & Flindt-Hansen, H. (1988). Disease patterns seen in self-mutilating patients. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 42, 281–288.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L. & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of selfcriticism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483-2490
- Glenn, C. R. (2012). *The Functions of Nonsuicidal Self-Injury in an Adolescent Clinical Sample: Frequency, Structure, and Psychological Correlates* A Dissertation Presented

- Glenn, C.R. & Klonsky, E.D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Assessment*.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al (2004) Youth risk behavior surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(2), 1-96.
- Guan, K., Fox, K. R. & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of consulting and clinic psychology*, 80(5), 842-849.
- Hankin, B. L., Barrocas, A. L., Jennes, J., Oppenheimer, C. W., Badanes, L. S., Abela, J. R., Young, J., & Smolen, A. (2011). Association between 5-HTTLPR and borderline personality disorder traits among youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 40, 572-85.
- Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A. & Nedecheva, T. (2009). Retrospective analysis of social and non-suicidal self-injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioural*, 41(3), 180-186.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Selfinjury today: Review of population and clinical studies in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9–27). New York/London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Hirsch, J., Duberstein, P, Chapman, B., Lyness, J. (2007). Positive Affect and Suicide Ideation in Older Adult Primary Care Patients. *Psychology and Aging*, 22, 380-385.
- Horne, O. & Csiple, E. (2009). From feeling too little and too much, to feeling more and less? A nonparadoxical theory of the functions of self-harm. *Qualitative Health Research*, 19(5), 655-67.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Janis, I. B. & Nock, M. K. (2009). Are self-injurers impulsive? Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*, 11, 261-267
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Kelleher, M. J. & O'Sullivan, G. (1989). Intentional Self Burning by Psychiatric Patients. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 6, 41-43.
- Kent, A. & Drummond, L. M. (1989). Acne excoriée – a case report of treatment using habit reversal. *Clinical and Experimental Dermatology*, 14, 163-164.
- Kerkhof, P. L. M. (1984). Importance of end-systolic volume for the evaluation of cardiac pump performance (Pp. 1339–1352) in *Cardiology, An International Perspective*. New York, NY: Plenum Press.
- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J. & Turner, J. M. (2010). Non suicidal self injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of family Physicians*. 23(2), 240-259.
- Kinyanda, E., Kizza, R., Levin, J., Ndyabangi, S. & Abbo, C. (2011). Adolescent suicidality as seen in rural northeastern Uganda. *Crisis*, 32(1), 43-51.
- Kleindienst N, Limberger MF, Ebner-Priemer UW, Keibel-Mauchnik J, et al. (2011). Dissociation predicts poor response to Dialectical Behavioral Therapy in female patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 432-47.
- Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2009). *Non-suicidal self-injury: What independent practitioners should know*. The Independent Practitioner.
- Klonsky, E. D. & Olin, T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Psychology*, 76 (1), 22-27.
- Klonsky, E. D. (2007). Non-suicidal self-injury: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1039-1043
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Research*, 166 (2-3), 260-268.

Klonsky, E.D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981-1986.

Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S. & Walsh, B. (2011). *Non-suicidal self-injury*. Cambridge : Hogrefe.

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A. & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2), 1-5.

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, 447–457.

Lloyd-Richardson, E. E., Nock, M. K. & Prinstein, M. K. (2007). *Functions of adolescent non-suicidal self-injury*. In Nixon, M. K. & Health, N. (Eds.), *Self-injury in youth: Essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge.

Lopes, E.D. (2012). Comportamentos suicidários em adolescentes: Ideação suicida e parasuicídio. Dissertação de Doutoramento da Universidade de Coimbra retirada a 30 de Outubro de 2014.

Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 476–483.

Madge, N., Hawton, K., McMahon, E.M., Corcoran, P., De Leo, D., Wilde, E. J., Fekete, S., Van Heeringen, K., Ystgaard, M., Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate selfharm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., et al. (2008). The prevalence of deliberate self-harm within an international community sample of young people: findings from the Child & Adolescent Selfharm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 20-31.

Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. Perspectives in Psychiatric Care, 44, 175-185.

- Maris, R.W., Berman, L. & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook suicidology*. New York: The Guilford Press
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS) (4ª Ed.)*.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A. & Asami, T. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59, 319-26.
- Mayes, S. D., Baweja, R., Calhoun, S. L., Syed, E., Mahr, F. & Siddiqui, F. (2014). Suicide Ideation and Attempts and Bullying in Children and Adolescents. *Crisis*, 35(5), 301-309.
- McCrimmond, K.R. & Wehrung, D.A. (1986). *Taking risk*. The Free Press, Nova York.
- Meneghel, S. N. et al. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saude Pública*, 38 (6), 804-810.
- Messer, J., & Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating adolescents. *Psychology Review*, 28, 162-178.
- Mitchell, A. M., Garand, L., Dean, D., Panzak, G., Taylor, M.V. (2005). Suicide assessment in hospital emergency departments: Implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), 302-312.
- Moreira, N., A.C. e Gonçalves, R.A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1 (xxviii), 133-148.
- Muehlenkamp, J. & Gutierrez, P. (2004). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res*, 11, 69-82
- Muehlenkamp, J. J. & Taliaferro, L. A., Hetler, J., Edwall, G., Wright, C., Edwards, A. & Borowsky, W. (2013). Nonsuicidal Self-Injury among Adolescents: A Training Priority for Primary Care Providers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(3), 250-261.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self - Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-333
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. L. (2012). International prevalence of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 20-35.

- Nada-Raja S, Morrison D, Skegg K (2003). A population-based study of help-seeking for self-harm in young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 600-605.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2009). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333–1341.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., Jansson, M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents : diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.
- Nock, M. K. (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Favazza, A. (2009). Non-suicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Clinical features and behavioral functions of adolescent self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- Nock, M. K., & Pristein, M. J. (2004). A functional approach to self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- Nock, M., Prinstein, M., & Sterba, S. (2010). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Psychology of Violence*, 1, 36–52.
- Oliveira, V. F. (1997). *Imaginário Social e a Escola Segundo Grau*. Ijuí: Unijuí.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança (1ª Edição)*. Lisboa: Edição da Direcção Geral de Saúde.
- Osuch, E.A., Noll, J. & Putnam, F.W. (1999). Motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry*, 62(4), 334-46.

- Pelios, L., Morren, J., Tesch, D. e Axelrod, S. (1999). The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(2), 185-195.
- Plener, P. L., Kapusta, N. D., Kölch, M. G., Kaess, M., & Brunner, R. (2012). Non-suicidal self-injury as autonomous diagnosis—implications for research and clinic of the DSM-5 proposal to establish the diagnosis of Non-Suicidal Self-Injury in adolescents. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 113–120.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of non-suicidal self-injury (AINS) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549–1558
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C.B, & Rancourt, D. (2009). Interpersonal Models of Nonsuicidal Self-Injury. In: Nock, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.79- 98). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Raine, W. J. B. (1982). Self mutilation. *Journal of Adolescence*,5, 1–13
- Rauber, R., Hefti, S. In-Albon, T. & Schmid, M. (2012) “How psychologically burden are adolescents with self-injurious behavior?” *Kindheit und Entwicklung*, 21(1), 23–39.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal ideation Questionnaire in College Students*.
- Robertson, C. D. , Miskey, H., Mitchell, J. & Nelson-Gray, R. (2013).Variety of Self-Injury: Is the number of different methods of non-suicidal self-injury related to personality, psychopathology, or functions of self-injury. *Archives of Suicide Research*, 17, 33-40.
- Rodham, K. & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In Nock. M. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Wallsh, R., & Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128, 47–52.

- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self-Mutilation*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books
- Rowe, C. A. , Walker, K. L., Britton, P.C. & Hirsch, J. K. (2013). The relationship between negative life events and suicidal behavior: moderating role of basic psychological needs. *Crisis, 34(4)*, 233-41.
- Sá, D. G., Curto, B. M., Bordin, I.A.S. & Paula, C.S. (2009). Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia Teoria e Prática, 11(1)*, 179-188.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNiel, D. E., Klonsky, E. D., Ozer, E. M. & Yaeger, A. M. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry Research, 216(2)*, 217-222.
- Sáez, E. & Rosselló, J. (2001). Relación entre el ambiente familiar, los síntomas depresivos y los problemas de conducta en adolescentes puertorriqueños/as (The relationship environment, depression symptoms and conduct problems of Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología, 35*, 113-125.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Lisboa: Editorial Caminho
- Sampaio, D. F. (2010). *Imagem Corporal e Excesso de Peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências - Universidade de Lisboa, Portugal. Retirado de core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/12423196.pdf
- Sapienza, G. & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo, 10(2)*, 209-216.
- Saraff, P. D. & Pepper, C. M. (2014). Functions, lifetime frequency and variety of methods of non-suicidal self-injury among college students. *PsychiatryResearch, 219*, 298–304.
- Schwartz, R. H., Cohen, P., Hoffmann, N. G., & Meeks, J. E. (1989). Self harm behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Pediatrics, 28*, 340–346.

- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J., van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601–607.
- Selekman, M. D. (2009). *The adolescent and young adult self-harming treatment manual: A collaborative strengths-based brief therapy approach*. New York: Norton & Co.
- Seo, D. & Lee, C. (2013). The effect of perceived body weight on suicidal ideation among a representative sample of US adolescents. *Behavior Medicine*, 35, 498-507.
- Shaffer, D., Kipp, K. (2007). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Belmont: Wadworth.
- Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. A. & Dalgalarondo, P. (2006) Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos da Saúde Pública*, 22(9), 102-311.
- Simpson M.A. (1976) Self-mutilation. *British Journal of Hospital Medicine* 16, 430–438.
- Speckens, A. E. M. & Hawton, K. (2005) Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threat Behavior*, 35(4), 365–387.
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S. et al. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124,134-140.
- Stheneur, C. (2006). Tentative de suicide : comment repérer un adolescente en danger? *Journal de pédiatrie et de puéricultureI*, 19, 218-222.
- Stone, D. M., Luo, F., Ouyang, L., Lippy, C., Hertz, M. & Crosby, A. (2014). Sexual Orientation and Suicide Ideation, Plans, Attempts, and Medically Serious Attempts: Evidence From Local Youth Risk Behavior Surveys, 20, 2001-2009.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531- 554.

- Toro, D. C., Paniagua, R.E., González, C.M. & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados com riesgo de suicídio, Medellín. *Revista da Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308.
- Vrshek-Schallhorn, S., Czarlinski, J., Mineka, S., Zinbarg, R. E. & Craske, M. (2011) Prospective Predictors of Suicidal Ideation during Depressive Episodes among Older Adolescents and Young Adults. *Personality and individual differences*. , 50(8), 1202-1207.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fentenseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2),259-266.
- Whitlock, J, Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, J., Abrams, G.B., Marchell, T., Kress, K., Girard, K., Chin, C., Knox, K. (2011). Non-Suicidal Self-Injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.
- Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. & Eckenrode, J, (2008) . Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37,725-735.
- Williams, K. A. & Bydalek, K. A. (2007). Adolescent self-mutilation: Diagnosis & treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(12), 19-23.
- World Health Organization (1995). Integrated management of the sick child. *Bull*, 73,735-740.
- World Health Organization (2000a). What about boys? A literature review on the health and development of boys adolescents. *Geneve*
- You, R., Sweeting, H. & Ellaway, A. (2011). Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *Research Article*, 11, 1471-2458.

Zetterqvist, M., Lundh, L. & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 8-23.

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., Alyanak, B. and Kora, M. E. (2003), Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119–126.

Anexos

Anexo A : Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo

Tabela A 1

Estatística de Frequências da Variável Ano de Escolaridade

Ano de Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
7º Ano	63	15,9	15,9
8º Ano	86	21,7	37,6
9º Ano	77	19,4	57,1
10º Ano	69	17,4	74,5
11º Ano	60	15,2	89,6
12º Ano	41	10,4	100,0
Total	396	100,0	

Tabela A2

Estatística de Frequência da Variável Número de Vezes que Reprovou

Número de Reprovações	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
1	83	21,0	65,4
2	32	8,1	90,6
3	10	2,5	98,4
4	1	,3	99,2
5	1	,3	100,0
Total	127	32,1	

Tabela A3

Estatística de Frequência da Variável Número de Irmãos

Número de Irmãos	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
1	238	60,1	69,0
2	73	18,4	90,1
3	25	6,3	97,4
4	7	1,8	99,4
6	1	,3	99,7
8	1	,3	100,0
Total	345	87,1	

-

Tabela A4

Estatística de Frequência da Nacionalidade

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Portuguesa	365	92,2	92,2
Francesa	5	1,3	93,4
Canadiana	3	,8	94,2
Brasileira	5	1,3	95,5
Suiça	2	,5	96,0
Italiana	2	,5	96,5
Chinesa	1	,3	96,7
Roménia	1	,3	97,0
Congo	1	,3	97,2

Africana	1	,3	97,5
Australiana	3	,8	98,2
Bélgica	1	,3	98,5
Ucraniana	2	,5	99,0
Espanhola	4	1,0	100,0
<hr/>			
Total	396	100,0	

Tabela A5

Estatística de Frequência da Profissão da Mãe

	Percentagem		
	Frequências	Percentagem	Cumulativa
Quadros Superiores da Administração	14	3,5	3,7
Profissões Intelectuais	30	7,6	11,5
Técnicos e Profissionais Intermédio	24	6,1	17,8
Pessoal Administrativo e Similares	46	11,6	29,8
Pessoal dos Serviços e Vendedores	44	11,1	41,4
Agricultores e Qualificados	10	2,5	44,0
Operários, Artífices e Trabalhadores	58	14,6	59,2
Operadores de Instalações e Máquinas	5	1,3	60,5
Trabalhadores Não Qualificados	108	27,3	88,7
Desempregado	40	10,1	99,2
Reformado	3	,8	100,0
<hr/>			
Total	382	96,5	

Tabela A6

Estatística de Frequência da Profissão do Pai

	Frequências	Percentagem	Percentagem C.
Quadros Superiores da Administração	28	7,1	7,6
Profissões Intelectuais	9	2,3	10,1
Técnicos e Profissionais Intermédio	17	4,3	14,7
Pessoal Administrativo e Similares	13	3,3	18,3
Pessoal dos Serviços e Vendedores	32	8,1	27,0
Agricultores e Qualificados	37	9,3	37,1
Operários, Artífices e Trabalhadores	89	22,5	61,3
Operadores de Instalações e Máquinas	66	16,7	79,3
Trabalhadores Não Qualificados	53	13,4	93,7
Desempregado	19	4,8	98,9
Reformado	4	1,0	100,0
Total	382	96,5	

Tabela A7

Estatística de Frequência das Habilitações Académicas da Mãe

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Primeiro Ciclo	46	11,6	12,6
Segundo Ciclo	68	17,2	31,2
Terceiro Ciclo	85	21,5	54,5
Secundaria	114	28,8	85,8
Licenciatura	45	11,4	98,1
Mestrado	7	1,8	100,0
Total	365	92,2	

Tabela A8

Estatística de Frequência das Habilitações Académicas da Pai

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Primeiro Ciclo	80	20,2	22,9
Segundo Ciclo	84	21,2	47,0
Terceiro Ciclo	81	20,5	70,2
Secundaria	81	20,5	93,4
Licenciatura	15	3,8	97,7
Mestrado	8	2,0	100,0
Total	365	92,2	

Tabela A9

Estatística de Frequência dos Pais Viverem Juntos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Vivem Juntos	294	74,2	77,6
Vivem separados	82	20,7	99,2
Outro	3	,8	100,0
Total	379	95,7	

Anexo B: Materiais



Anexo B1: Autorização dos encarregados de Educação

Exmo(a). Sr. ou Sra. Encarregado(a) de Educação,

No âmbito da realização de um Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof(a). Doutora Maria Gouveia-Pereira, do *ISPA – Instituto Universitário*, a aluna Joana Completo está a levar a cabo um estudo sobre comportamentos de risco na adolescência e o funcionamento familiar.

Para tal, foi solicitada a colaboração do Estabelecimento X, no sentido dos alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos de idade preencherem um questionário. O preenchimento é voluntário e ocorrerá uma única vez, no final de uma aula, durante o mês de Junho de 2014, tendo uma duração aproximada de 30 minutos. O questionário é anónimo e confidencial.

Vimos por este meio pedir-lhe autorização para que o seu educando participe neste estudo. Nesse sentido, solicitamos que destaque este documento pelo tracejado e o devolva depois de preenchido e assinado.

Com os meus melhores cumprimentos,

Joana Completo

-
- AUTORIZO
- NÃO AUTORIZO

que o/a meu/minha educando/a (nome) _____, participe no estudo sobre os comportamentos de risco na adolescência e o funcionamento familiar na adolescência que será realizado no Estabelecimento X durante o mês de Junho de 2014.

Assinatura do Encarregado de Educação _____

Anexo B2 : Folha de Rosto do Questionário



Este estudo está a ser desenvolvido pelo ISPA – Instituto Universitário e servirá para que possamos compreender alguns comportamentos em jovens da tua idade e algumas características das suas famílias.

O QUESTIONÁRIO É ANÓNIMO e CONFIDENCIAL.

Não existem respostas certas ou erradas e o seu preenchimento demora cerca de 30 minutos. Pedimos-te que sejas o(a) mais sincero(a) possível.

Antes de responderes ao questionário, pedimos que preenchas estes dados:

Aceito participar neste estudo: Sim Não

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos.

Ano de escolaridade: _____ ano.

Já reprovaste alguma vez? Sim Não

Se sim, quantas vezes? _____

Tens irmãos? Sim Não Quantos? _____ Idades: _____

Nacionalidade (onde nasceste?): _____

Profissão dos teus Pais: Mãe _____ Pai _____

Habilitações Académicas dos teus Pais:

Mãe _____ Pai _____

Os teus pais: Vivem juntos? Vivem separados? Outros: _____

Anexo B3: Questionário de Ideação Suicida

Seguidamente, encontra-se uma lista de 30 itens, peço-te que respondas, assinalando com um (X), a resposta que melhor expressar o teu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

	Nunca 1	Quase nunca 2	Raramente 3	Às vezes 4	Frequentemente 5	Quase sempre 6	Sempre 7
1.Pensei que seria melhor não estar vivo							
2.Pensei suicidar-me							
3.Pensei na maneira como me suicidaria							
4.Pensei quando me suicidaria							
5.Pensei em pessoas a morrerem							
6.Pensei na morte							
7.Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio							
8.Pensei em escrever um testamento							
9.Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me							
10.Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente							
11.Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse							
12.Desejei estar morto(a)							
13.Pensei em como seria fácil acabar com tudo							
14.Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas							
15.Pensei que os outros ficariam melhor se eu							

estivesse morto(a)							
	Nunca 1	Quase nunca 2	Raramente 3	Às vezes 4	Frequentemente 5	Quase sempre 6	Sempre 7
16.Desejei ter coragem para me matar							
17.Desejei nunca ter nascido							
18.Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria							
19.Pensei na maneira como as pessoas se suicidam							
20.Pensei em matar-me, mas não o faria							
21.Pensei em ter um acidente grave							
22.Pensei que a vida não valia a pena							
23.Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar							
24.Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me							
25.Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo							
26.Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a)							
27.Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me							
28.Perguntei-me se teria coragem para me matar							
29.Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia							
30.Desejei ter o direito de me matar							

Anexo C: Testes e Frequências Relativas às Variáveis Mais Relevantes

Tabela C1

Média da Frequência do Número de Métodos

N	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
396	0.99	2.007	0	12

Tabela C2

Teste de Levene para a Homogeneidade das Variâncias da Frequência de AINS segundo o sexo

	Teste de Levene: Homogeneidade das Variâncias		Teste t-student para Homogeneidade de Variâncias			
	Homogeneidade das Variâncias	F	<i>p</i>	t	<i>g.l</i>	<i>P</i>
Existência de Irmãos	Assumida	.092	.762	1,575	394	,116
	Não Assumida			1,596	182,999	,112

Tabela C3

Estatística de Frequência do Número de Métodos

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1,00	11	10,7	10,7
2,00	23	22,3	33,0
3,00	16	15,5	48,5
4,00	19	18,4	67,0

5,00	17	16,5	83,5
6,00	6	5,8	89,3
7,00	4	3,9	93,2
8,00	2	1,9	95,1
9,00	4	3,9	99,0
12,00	1	1,0	100,0
<hr/>			
Total	103	100,0	

Tabela C4

Estatística de Frequência do Número de Métodos Segundo o Gênero

Frequência			
	Masculino	Feminino	Total
1,00	0%	10,7	100%
2,00	21,7%	78,3%	100%
3,00	50%	50%	100%
4,00	52,6%	47,4%	100%
5,00	35,3%	64,7%	100%
6,00	16,7%	83,3%	100%
7,00	25%	75%	100%
8,00	50%	50%	100%
9,00	50%	50%	100%
12,00	0	100%	100,0
<hr/>			
Total	34	69	

Tabela C5- Teste do Qui-Quadrado da utilização do método de corte segundo o género

	Valor	g.l.	<i>P</i> aprox.	<i>P exacto</i> (2)	<i>P exacto</i> (1)
Qui-Quadrado Pearson	4,554 ^a	1	,033		
Correção da Continuidade	3,688	1	,055		
Rácio Likelihood	4,701	1	,030		
Teste de Fisher				,036	,026
Associação Linear	4,509	1	,034		
N de Casos Válidos	102				

a. 0 células inferiores a 5

Tabela C6 -Teste de Levene para a Homogeneidade das Variâncias da Frequência de AINS segundo o sexo

	Teste de Levene: Homogeneidade das Variâncias		Teste t-student para Homogeneidade de Variâncias			
	Homogeneidade das Variâncias	F	<i>p</i>	t	<i>g.l</i>	<i>P</i>
Existência de Irmãos	Assumida	.019	.889	,739	91	,462
	Não Assumida			,738	59,9	,463

Tabela C7 - Análise da Correlação de Pearson entre a Frequência de AINS e a idade dos sujeitos

	Idade	
I.Frequência de AINS	<u><i>Estatística de Teste</i></u>	
	<i>p</i>	,183
		,079

***.p < .001

Tabela C8

Estatística de Frequência da Idade de Início de Comportamentos AINS

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
0	1	,3	1,1
0	3	,8	4,4
0	1	,3	5,6
3	1	,3	6,7
5	7	1,8	14,4
6	5	1,3	20,0
7	1	,3	21,1
8	6	1,5	27,8
9	4	1,0	32,2
10	9	2,3	42,2
11	5	1,3	47,8
12	15	3,8	64,4
13	16	4,0	82,2
14	7	1,8	90,0
15	7	1,8	97,8
16	2	,5	100,0
Total	90	22,7	

Tabela C9 – Teste do Qui-Quadrado da Data do Último comportamento Segundo o Género

	Valor	g.l.	<i>P</i> aprox.
Qui-Quadrado Pearson	8,598 ^a	3	,205
Rácio Likelihood	8,436	3	,038
Associação Linear	5,660	1	,017
Número de Casos Válidos	94		

a. 0 células têm valor esperado menor que 5.

Tabela C10 – Teste do Qui-Quadrado da dor no comportamento AINS segundo o Género

	Valor	g.l.	<i>P</i> aprox.
Qui-Quadrado Pearson	8,598 ^a	3	,035
Rácio Likelihood	8,436	3	,038
Associação Linear	5,660	1	,017
Número de Casos Válidos	94		

a. 0 células têm valor esperado menor que 5.

Tabela C11 - Teste do Qui-Quadrado de estar ou não sozinho durante comportamento AINS segundo o género

	Valor	g.l.	<i>P</i> aprox.
Qui-Quadrado Pearson	8.418 ^a	2	,015
Rácio Likelihood	7,901	2	,019
Associação Linear	,949	1	,330
Número de Casos Válidos	89		

a. 0 células têm valor esperado menor que 5.

Tabela C12- Teste do Qui-Quadrado do tempo entre o pensamento e o comportamento segundo

	Valor	g.l.	<i>P</i> aprox.	<i>P exacto</i> (2)	<i>P exacto</i> (1)
Qui-Quadrado Pearson	,166 ^a	1	,683		
Correção da Continuidade	,019	1	,890		
Rácio Likelihood	,168	1	,681		
Teste de Fisher				,791	,451
Associação Linear	,164	1	,685		
N de Casos Válidos	90				

a. 0 células têm valor esperado menor que 5

Tabela C13

Distribuição das Categorias Surgimento da Ideia por Questionário

Nº Questionário	Origem da Ideia	Funções	Motivos
10	Redes Sociais	Alívio da tensão	Estava triste
11	Redes Sociais / Comunicação S.		Experimentação
14			Problemas Interpessoais
15			Experimentação
17			MV
18			MV
19			Característica Pessoal
20			Experimentação
33			Motivos Intrapessoais
34	M.V.		
36			Motivos Intrapessoais
37		Distração	Motivos Interpessoais
38			Experimentação
39			Experimentação
41	M.V.	M.V.	M.V.
42		Alívio da tensão	
45			Motivos Intrapessoais
54			Motivos intrapessoais
57			Experimentação
60	Grupo de Pares	Alívio da tensão	
61			Motivos Intrapessoais
63			Motivos intrapessoais
65			Problemas interpessoais
72			Motivo Intrapessoal
73			Experimentação
75			Motivos intrapessoais
77			Problemas interpessoais
81			Motivos intrapessoais
82			Motivos intrapessoais
84			Experimentação
89			Experimentação
90	M.V.	M.V.	m.v.
99	M.V.	M.V.	M.V.
101	M.V.	M.V.	M.V.
104			Problemas Interpessoais

105			Problemas interpessoais
106			Problemas interpessoais
109			Motivos intrapessoais
110			Motivos intrapessoais
115			Problemas interpessoais
121			Problemas interpessoais
123			Problemas interpessoais
129			Motivos intrapessoais
131			Motivos intrapessoais
133			Motivos Intrapessoais
138			Não pensei nas consequências
144	Grupo de Pares		
145			Experimentação
146	M.V.	M.V.	M.V.
147			Entretenimento
148			Entretenimento
151			Motivos intrapessoais
152	Motivos intrapessoais		
173			Motivos intrapessoais
174	Motivos intrapessoais		
175	Comunicação interpessoal		
182			Motivos intrapessoais
188	MV	MV	MV
190			Motivos intrapessoais
193			Motivos intrapessoais
196			Perda de um jogo
197			Motivos Intrapessoais
205			Motivos intrapessoais
206			Motivos Intrapessoais
208			Motivos intrapessoais Alivio da Tensão
209			Motivos Intrapessoais Problemas Interpessoais
210			Motivos Intrapessoais
212	MV	MV	M.V.
230	Meios de Com. Social		
235			Característica Pessoal
238			Ausência de Auto- Controlo

240			Alívio da Tensão
241			Motivos Intrapessoal
247			Motivos Intrapessoais/Alívio da Tensão
250	MV	MV	MV
255			Alívio da Tensão
262			Entretenimento/Motivos interpessoais
264	MV	MV	MV
267			Problemas interpessoais
269			Problemas interpessoais
272			Entretenimento
273			Motivos Intrapessoais
288			Entretenimento
291			Motivos Intrapessoais
298			Motivos Intrapessoais
299			Motivos intrapessoais
300			Alívio da Tensão
302			Motivos Intrapessoais
318			Problemas Interpessoais
322	MV	MV	MV
323			Alívio da Tensão
326			Motivos Intrapessoais Problemas Interpessoais
330			Problemas Interpessoais
331	MV	MV	MV
337	MV	MV	MV
343			Tristeza
350			Problemas Interpessoais
360			Problemas Interpessoais
363	MV	MV	MV
364	Mv	MV	MV
384	Impulso		
387			Motivos Intrapessoais
393	Impulso		
395			Motivos Intrapessoais

Tabela C14 - Estatística de Frequência de Querer Parar o Comportamento de AINS

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Não	20	44,4	44,4
Sim	25	55,6	100,0
Total	45	100,0	

Tabela C19 – Descrição das Categorias par querer ou não Parar o Comportamento AINS

Nº Questionário	Sim	Não
10	Conotações com perturbações psicológicas	
11	Comport. Não saudável Preocupações interpessoais	
14	Motivos intrapessoais	
15	Motivos intrapessoais	
17		M.V
18		Normalização do Comp.
19		Auto-ajuda
20	Não tem razão específica	
33	Risco de Agravamento	
34		M.V.
36	Preocupação com o Futuro	
37	Comportamento Errado	
38	Comportamento Errado	
39		Normalização do Comp.
41	Não tem razão específica	
42	Permanência das Marcas	
45	Ausência de Necessidade	
54	Comportamento Prejudicial	
57	M.V.	
60	Comportamento Prejudicial	
61	Comportamento Prejudicial	
63	Comportamento Errado Falta de Auto-Controlo	.
65		Comunicação
72	Comportamento Prejudicial	

73		Gosta de desenhar
75		M.V.
77	Ajuda interpessoal	
81	Comportamento Não Saudável	
82	Motivo Intrapessoal	
84	Comportamento não saudável	
89	Comportamento não saudável	
90		M.V.
99		M.V.
101		M.V.
104		Auto-Ajuda
105	M.V.	
106		Alívio da Tensão
109	Motivo intrapessoal	
110	Necessidade	
115	Comportamento Errado	
121	Preocupações Interpessoais	
123		Alívio da Tensão
129	Comportamento Prejudicial	
131		Motivos intrapessoais Situações interpessoais
133		Normalização do Comportamento
138		Normalização do Comportamento
144	Comportamento Não Saudável Preocupações interpessoais	
145		Identificação com grupo de pares
146	M.V.	
147	M.V.	
148		Entretenimento
151		Normalização do Comportamento
152	Motivos intrapessoais	
173	Comportamento Não saudável	
174		Auto-Ajuda
175	Permanência de Marcas	

	Preocupações Interpessoais	
182	Comportamento Prejudicial	
188	MV	
190	Comportamento Prejudicial Permanência de Marcas	
193	Comportamento Errado	
196		Normalização do Comportamento
197		Normalização do Comportamento
205	M.V	M.V.
206	M.V.	
208	Comportamento Prejudicial Preocupações Interpessoais	
208	Comportamento Não Saudável	
210	Permanência de Marcas	
212		Normalização do Comportamento
230		Auto-gratificação
235	Associação com fase do desenvolvimento	
238	Comportamento Prejudicial	
240	Permanência das Marcas	
241	Associação com fase do desenvolvimento	
247	Comportamento Prejudicial	
250		Normalização do Comportamento
255	Comportamento Prejudicial	
262		Motivos Intrapessoais
264		MV
267	Motivos intrapessoais	
269	Comportamento Errado	
272		Normalização do Comportamento
273	Ajuda Interpessoal Motivo Interpessoal	
288		Normalização do Comportamento
291		Normalização do Comportamento
298	Comportamento Prejudicial	

299	MV	
300	Comportamento Errado Procura de Ajuda Profissional	
302		Alívio da Tensão
318	Motivos Intrapessoais	
322	MV	MV
323	Motivos Intrapessoais	
326		Alívio da Tensão
330	MV	MV
331		Normalização do Comportamento
337		MV
343	MV	MV
350	Comportamento Prejudicial	
360	Motivos Intrapessoais	
363	MV	
364		Normalização do Comportamento
384		MV
387	MV	
393	Comportamento Não Saudável	
395	MV	

Anexo D: Análise Estatística ao Teste de Comparação entre Médias das Funções Intrapessoais e o Género

Tabela D1 - Estatística Descritiva das Funções Intrapessoais Segundo o Género

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Comportamento Desviante	Masculino	79	6.06	4.115
	Feminino	127	3.89	2.558

Tabela D2 - Teste de Levene para a Homogeneidade das Variâncias da Frequência de AINS segundo o sexo

		Teste de Levene: Homogeneidade das Variâncias		Teste t-student para Homogeneidade de Variâncias		
		Homogeneidade das Variâncias		t	g.l	P
		F	p			
Existência de Irmãos	Assumida	1,022	,315	-1,481	98	,142
	Não Assumida			-1,417	56,9	,162

Anexo E : Relação entre a Idade e as Funções de AINS

Tabela E1 - Análise da Correlação de Pearson entre a Frequência de AINS e a idade dos sujeitos

		Idade
I.Frequência de AINS	<u>Estatística de Teste</u> <i>p</i>	-,199* ,047

*p < .005

Anexo E : Análise Estatística Referente às funções de AINS e a Frequência de AINS

Tabela F1

Análise da Correlação de Pearson entre aa Funções Intrapessoais e a Frequência de AINS

		Idade
I.Frequência de	<u><i>Estatística de Teste</i></u>	-,007*
AINS	<i>p</i>	,947

Tabela F2

Análise da Correlação de Pearson entre aa Funções Interpessoais e a Frequência de AINS

		Idade
I.Frequência de	<u><i>Estatística de Teste</i></u>	-,047
AINS	<i>p</i>	,661

Anexo G : Análise Estatística Referente aos Testes de Regressão Linear

Tabela G1

Análise da Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e o Número de Métodos

		Idade
I.Frequência de	<u>Estatística de Teste</u>	-,349**
AINS	<i>p</i>	,000

** $p < 0.01$

Tabela G2 - Análise da Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e o Número de Métodos

		Idade
I.Frequência de	<u>Estatística de Teste</u>	,290**
AINS	<i>p</i>	,003

** $p < 0.01$

Tabela G3 - *Sumário do Modelo de Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com o Número de Métodos*

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,365	,134	,125	2,09

Tabela G4

ANOVA da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Frequência

Modelo		Soma dos Quadrados	g.l.	Média dos Quadrados	F	<i>p</i>
1	Regressão	66,383	1	66,383	15,254	,000
	Residual	430,825	99	4,376		
	Total	497,208	100			

Tabela G5

Coefficientes da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Frequência

Modelo		Coeficientes não Estandarizados		Coeficientes não Estandarizados		<i>p</i>
		B	Erro Padrão	Beta	<i>t</i>	
1	(Constante)	1,093	,719		1,521	,132
	Funções Intrapessoais	1,029	,263	,365	3,906	,000

Tabela G6 - Variáveis Excluídas

Modelo	Beta In	<i>t</i>	<i>p</i>	Partial Correlation	Collinearity Statistics
1 Funções Interpessoais	,085	,680	,498	,069	,562

**Anexo H: Análise Estatística ao Teste de Comparação entre Médias dos
Comportamentos AINS e da Ideação Suicida**

Tabela H1

Estatística Descritiva do Comportamento AINS Segundo a Ideação Suicida

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Comportamento	Masculino	79	6,06	4,115
AINS	Feminino	127	3,89	2,558

Tabela H2

*Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para as diferenças do Comportamento AINS
Segundo a Ideação Suicida*

Variável	Comportamentos	AINS
	<i>Estatística de teste</i>	24645***
	<i>Mann-Whitney</i>	
Ideação Suicida	<i>Estatística de teste</i>	30001***
	<i>Wilcoxon W</i>	
	<i>p</i>	.000

***.p < .001

Anexo I : Análise Estatística Referente aos Testes de Regressão Linear

Tabela I1 - Análise da Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e a Ideação Suicida

		Idade
I.Frequência de	<u>Estatística de Teste</u>	-,522**
AINS	<i>p</i>	,000

** $p < 0.01$

Tabela I2

Análise da Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e a Ideação Suicida

		Idade
I.Frequência de	<u>Estatística de Teste</u>	-,221*
AINS	<i>p</i>	,000

* $p < 0.05$

Tabela I3 - Sumário do Modelo de Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Ideação Suicida

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,526	,277	,270	1,147
2	,553	,306	,292	1,129

Tabela I4

ANOVA da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Ideação Suicida

Modelo		Soma dos Quadrados	g.l.	Média dos Quadrados	F	p
1	Regressão	49,887	1	49,887	37,942	,000
	Residual	130,166	99	1,315		
Total		180,052	100			
2	Regressão	55,051	2	27,52	21,580	,000
	Residual	125,001	98	1,276		
Total		180,052	100			

Tabela I5

Coefficientes da Regressão Linear entre as Funções Intrapessoais e Interpessoais com a Ideação Suicida

Modelo		Coefficientes não Estandarizados		Coefficientes não Estandarizados		p
		B	Erro Padrão	Beta	t	
1	(Constante)	,112	,395		,283	,778
	Funções Interpessoais	,892	,145	,526	6,160	,000
2	(Constante)	,221	,393		,563	,575
	Funções Intrapessoais	1,145	,190	,676	6,021	,000
	Funções Interpessoais	-,402	,200	-,226	-2,012	,047

Tabela I6

Variáveis Excluídas

Modelo	Beta In	t	<i>p</i>	Partial Correlation	Collinearity Statistics
1 Funções Interpessoais	-,226	-2,012	,047	-,199	,562