

**Agressão, comportamentos autolesivos,  
ideação suicida e variáveis psicopatológicas  
em adolescentes e jovens adultos emergentes  
portugueses**

**Versão Final Após Defesa**

**Maria Miguel Ventura Matos**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2<sup>o</sup> ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

**março de 2024**

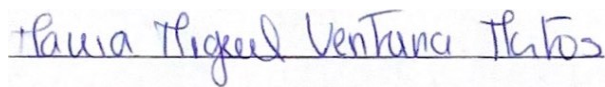
**Folha em branco**

## **Declaração de Integridade**

Eu, Maria Miguel Ventura Matos, que abaixo assino, estudante com o número M11768, de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20 /03/2024

A handwritten signature in blue ink that reads "Maria Miguel Ventura Matos". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

**Folha em branco**

# Agradecimentos

Culminada esta caminhada, nestes últimos 5 anos muitos são aqueles, instituições e pessoas, a quem expresso reconhecimento e os meus sinceros agradecimentos, por terem contribuído de várias formas para a conclusão desta etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional.

À Universidade de Évora e seus professores, pelo ensino, disponibilidade e acolhimento.

À Faculdade de Ciências sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, pelo ensino disponibilidade e acolhimento.

Ao meu Orientador, Prof. Doutor Manuel Joaquim Loureiro, sempre atencioso, com todos os detalhes. Agradeço pela constante disponibilidade pela partilha de conhecimento e pelas aprendizagens proporcionadas, mas acima de tudo pelo profissionalismo e pelo rigor.

Ao Prof. Doutor Dário Ferreira, por toda a disponibilidade, apoio e ajuda, essenciais para a presente investigação.

Aos meus pais, que com tanto orgulho me permitiram realizar este percurso, acompanhando e apoiando sempre cada passo dado. Agradecer também à minha irmã, avós, tios, primos e namorado, por toda a ajuda, pela presença nos bons e maus momentos.

Às minhas amigas e amigos, pela vossa amizade, companheirismo, conhecimento e todos os bons momentos que levarei para a vida. É um privilégio ter feito esta caminhada com vocês.

Por fim, agradecer a todas as pessoas que tornaram este estudo possível, através da sua resposta ao questionário e às várias associações que se mostraram dispostas a partilhá-lo.

Para todos vocês, um sentido e profundo agradecimento por terem contribuído para um dos percursos mais bonitos da minha vida!

**Folha em branco**

## Resumo

A manifestação de comportamentos agressivos e autolesivos é uma condição que representa presentemente um desafio global para os adolescentes e jovens adultos. Como linha de base desta investigação, considerou-se o facto de variáveis como depressão, ansiedade, stress e ideação suicida desempenharem um papel importante na psicopatologia do desenvolvimento dos adolescentes e jovens adultos, demonstrando-se, de acordo com a literatura, serem variáveis que influenciam a manifestação de comportamentos agressivos e ou autolesivos.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo geral perceber e caracterizar os comportamentos agressivos e autolesivos, impulsivos, ideação suicida, correr riscos e variáveis psicopatológicas (ansiedade, depressão e stress) e a sua inter-relação numa amostra de adolescentes e adultos emergentes, considerando ainda algumas variáveis sociodemográficas. Seguiu-se uma abordagem quantitativa, correlacional e comparativa, adequada ao objetivo enunciado. Foi possível contar com 104 participantes cuja média de idades se situou em 19.24 anos (*DP* 1.92), sendo 62.5% do sexo feminino. O protocolo de recolha de dados incluiu um Questionário sociodemográfico e a versão portuguesa dos seguintes instrumentos: Questionário de Agressividade (AQ), Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) e o Inventário de Comportamentos de Risco e Autodano para Adolescentes (RTSHIA).

Como principais resultados constatámos que quanto à relação entre idade e as variáveis em estudo apenas se observou uma correlação positiva significativa fraca entre a idade e o correr riscos. Na comparação entre os grupos de idade em função das variáveis em estudo foram apenas observadas diferenças significativas no que toca às variáveis ideação suicida e correr riscos, com um valor médio mais elevado para os adolescentes no primeiro caso e com um valor médio mais elevado para os adultos emergentes, no segundo. Quanto à comparação de género encontrámos diferenças significativas também apenas em duas variáveis: a ansiedade e a agressão física. Comparando as ordens médias os homens apresentam valores mais elevados em agressão física e as mulheres apresentam valores mais elevados em ansiedade. Verificaram-se ainda correlações estatisticamente significativas entre a agressão, a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, a impulsividade, o autodano e a ideação suicida, o correr riscos e o autodano.

Embora, deste estudo não se possam extrair generalizações, dado o seu carácter exploratório, apresenta ser uma mais-valia ao proporcionar um conhecimento mais

completo e sistematizado sobre a agressão, sintomatologia psicopatológica, impulsividade, correr riscos, ideação suicida e comportamentos autolesivos na adolescência e adultez emergente. Consideramos, que do presente estudo resulta um contributo donde se podem inferir importantes implicações práticas, para a construção de intervenções no âmbito do autodano e autolesões.

## **Palavras-chave**

Agressão; Autolesão; Depressão; Ansiedade; Stress; Ideação Suicida; Impulsividade; Correr Riscos.

**Folha em branco**

## Abstract

Nowadays, the demonstration of self-injurious and aggressive behaviors represents a global challenge for the teenagers and young adults. As a basis for this investigation, it was considered varying conditions like depression, anxiety, stress, and suicidal tendency which played an important role on the development of teenagers and young adults' psychopathology. According to literature, these variables are an influence for the demonstration of aggressive and self-injurious behaviors.

In this sense, the main goal of this study is to understand and characterize those self-injurious, aggressive, and impulsive behaviors, suicidal tendency, risk-taking and psychopathological variables (anxiety, depression, and stress) and its interconnection in a sample composed by adolescents and young adults, considering some sociodemographic changes. A quantitative, correlational, and comparative approach followed suitable for the main goal. It was possible to have 104 participants with an average age of 19.24 years old ( $DP$  1.92), with 62.5% belonging to the feminine sex. The method of collecting data included five a Sociodemographic Questionnaire, an Aggressiveness Questionnaire (AQ), Anxiety, Depression and Stress Scales (EADS-21), an Impulsiveness, Self-Violence and Suicidal Tendency Questionnaire for adolescents (QIAIS-A), and a Risky Behavior and Self-Harming Inventory for adolescents (RTSHIA).

As main results, it was found that, regarding the relationship between age and the variables under study, only a weak significant positive correlation was observed between age and risk-taking. When comparing the age groups depending on the variables under study it was only seen some significative differences in what concerns to suicidal tendency and risk-taking, with a higher mean value for adolescents in the first case and a higher mean value for emerging adults in the second case. Regarding to gender comparison significative differences were found in two variables: anxiety and physical aggression. The male gender prevails in physical aggression and the female gender has higher values in what concerns to anxiety. It was also seen significative statistic correlations between aggression, anxiety and depressive symptomatology, impulsiveness, self-damaging, suicidal tendency, risk-taking and self-injurious.

Although generalizations should not be drawn from this study giving its exploratory nature, it is, in fact, a great contribute to a systematic and complete knowledge about aggressiveness, psychopathological symptomatology, impulsiveness, risk-taking, suicidal tendency and self-injurious behaviors in adolescents and in emerging adults. This study is a contribution from which it may be inferred important practical implications for the construction of interventions regarding self-harming and self-damaging.

## **Keywords**

Aggressiveness; Self-injurious; Depression; Anxiety; Stress; Suicidal Tendency; Impulsiveness; Risk-Taking.

**Folha em branco**

# Índice

Introdução.....	22
Capítulo 1: Enquadramento Teórico .....	23
1.1.    Adolescência e adultez emergente.....	23
1.2.    Comportamentos agressivos e comportamentos autolesivos em adolescentes e adultos emergentes .....	24
1.2.1.    Comportamentos Agressivos.....	24
1.2.2.    Comportamentos Autolesivos .....	25
1.3.    Variáveis psicopatológicas em adolescentes e adultos emergentes.....	27
1.3.1.    Ansiedade, depressão e stress .....	27
1.3.2.    Ideação suicida .....	29
1.4.    Estudos prévios acerca da relação entre as variáveis em estudo.....	30
1.4.1.    Relação entre agressão e comportamentos autolesivos.....	30
1.4.2.    Sintomatologia psicopatológica e comportamentos autolesivos.....	31
1.5.    Objetivo geral e hipóteses de investigação .....	32
Capítulo 2: Método .....	35
2.1. Participantes.....	35
2.2. Instrumentos.....	37
2.3. Procedimentos .....	41
2.4. Análises estatísticas .....	42
Capítulo 3: Resultados .....	43
3.1.    Análise Descritiva dos Dados .....	43
3.1.1.    Questionário de Agressividade (AQ).....	43
3.1.2.    Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	44
3.1.3.    Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), .....	44
3.1.4.    Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes (RTSHIA) .....	45
3.2.    Análise inferencial dos dados .....	46
3.2.1.    Idade e variáveis em estudo .....	46

3.2.2. Comparação entre os dois níveis de idade em função das variáveis em estudo .....	47
3.2.3. Comparação de género em função das variáveis em estudo .....	48
3.2.4. Relação entre as variáveis em estudo .....	49
3.2.4.1 Agressão (AQ) vs correr riscos e autodano (RTSHIA).....	49
3.2.4.2 Agressão (AQ) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A) .....	49
3.2.4.3 Sintomatologia depressiva (EADS-21) vs correr riscos e autodano (RTSHIA) .....	50
3.2.4.4 Sintomatologia depressiva (EADS-21) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A) .....	51
Capítulo 4: Discussão .....	53
Agressão (QA) vs correr riscos e autodano (RTSHIA) .....	55
4.1. Limitações e contributos.....	57
Referências bibliográficas .....	59

**Folha em branco**

# Lista de Figuras

Figura 1- *Apresentação esquemática das variáveis em estudo na presente investigação.*

**Folha em branco**

## Lista de Tabelas

Tabela 1- *Características sociodemográficas dos participantes (N=104)*

Tabela 2- *Coefficientes de Alfa de Cronbach para as dimensões da escala AQ.*

Tabela 3- *Coefficientes de Alfa de Cronbach para as dimensões da escala EADS-21.*

Tabela 4- *Coefficientes de Alfa de Cronbach para os fatores da escala QIAIS-A*

Tabela 5- *Coefficientes de Alfa de Cronbach para os fatores da escala RTSHI-A*

Tabela 6- *Estatística descritiva dos resultados obtidos pelo AQ*

Tabela 7- *Estatística descritiva dos resultados obtidos na EADS-21*

Tabela 8- *Estatística descritiva dos resultados obtidos no QIAIS-A.*

Tabela 9- *Estatística descritiva dos resultados obtidos no RTSHIA.*

Tabela 10- *Relação entre idade e variáveis em estudo com recurso à Correlação de Spearman.*

Tabela 11- *Diferenças por níveis etários com recurso ao Teste T para Amostras Independentes.*

Tabela 12- *Diferenças de género com recurso ao Teste Mann-Whitney.*

Tabela 13- *Relação entre os comportamentos agressivos e autolesivos e os sintomas de ansiedade, de depressão e stress (Correlação de Spearman).*

**Folha em branco**

## Lista de Acrónimos

ALNS	Comportamentos de Autolesão não Suicidas
AQ	Questionário da Agressividade
CAL	Comportamentos Autolesivos
DGS	Direção-Geral da Saúde
EADS-21	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
GMMS	Escala de Microagressões de Género e Minorias Sexuais
GRP	Gabinete de Relações Públicas
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
UBI	Universidade da Beira Interior
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
QIAIS-A	Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência
RTSHIA	Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes

**Folha em branco**

# Introdução

A presente dissertação surge como requisito no acesso ao grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior, sendo desenvolvida no âmbito de um projeto de investigação mais abrangente e denominado: “Agressão e Comportamento Agressivo”. Nesta investigação e dissertação focaliza-se, mais especificamente, os comportamentos agressivos e autolesivos em adolescentes e jovens adultos, relacionando-os com as variáveis psicopatológicas (depressão, ansiedade e stress) e ideação suicida.

Como linha de base desta investigação, considerou-se o facto de variáveis como depressão, ansiedade e stress desempenharem um papel importante na psicopatologia do desenvolvimento dos adolescentes e jovens adultos, verificando-se de acordo com a literatura, serem preditores na manifestação de comportamentos agressivos e ou autolesivos.

Com a finalidade de cumprir os objetivos propostos, o presente documento estrutura-se em quatro capítulos. O primeiro é referente ao enquadramento teórico do tema, onde são definidos e delimitados conceitos, estabelecendo-se relações teóricas entre as variáveis, com base em estudos que servem de suporte teórico para todo o trabalho empírico. Este primeiro capítulo termina com a explicitação dos objetivos e hipóteses em estudo. No segundo capítulo, designado Método, são explicitados os aspetos metodológicos, procedendo-se à apresentação dos participantes, instrumentos e procedimentos. O terceiro capítulo é dedicado à apresentação dos resultados e o quarto é dedicado à discussão dos mesmos, limitações e contributos.

Em suma, espera-se que com o desenvolvimento desta investigação sejam alcançados contributos científicos valorosos para a área da Psicologia (Clínica e da Saúde), pela aposta num tema pertinente, de crescente interesse e com potencial de contributo para, na investigação em Saúde, melhor se clarificarem e delimitarem conceitos e se estabelecerem relações entre variáveis psicológicas (stress ansiedade e depressão) e a ideação suicida. Com esta clarificação esperamos deixar um contributo para melhor fundamentar mais e melhores intervenções no âmbito dos comportamentos agressivos e autolesivos nos adolescentes e jovens adultos.

# Capítulo 1: Enquadramento Teórico

## 1.1. Adolescência e adultez emergente

A adolescência afigura-se como uma etapa de desenvolvimento e maturação entre a infância e o início da vida adulta (Eisenstein, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), a adolescência enquadra-se na faixa etária que vai desde os 10 aos 19 anos, no entanto, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) esta vai dos 15 aos 24 anos (*youth*). É por vezes, referido também o termo *jovens adultos* para englobar a faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade (*young adults*) (Eisenstein, 2005). A falta de consenso no que diz respeito aos limites cronológicos desta etapa de desenvolvimento estão intimamente ligadas às diferenças entre os contextos socioeconómicos, culturais, geográficos e etnias (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Nas sociedades contemporâneas, diversos tem sido os fatores que contribuem para alterações no processo de transição para a vida adulta, englobando um conjunto de fatores políticos, económicos e sociais (Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009). Na literatura muitas dessas mudanças surgem como justificação de percursos escolares cada vez mais longos e conseqüentemente inserções laborais tardias e pouco estáveis (Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009). O que antigamente marcava o início da vida adulta, como exemplo a parentalidade ou o casamento, nos dias de hoje tem sido cada vez mais adiado, isto deve-se em grande parte às diversas alterações nos padrões culturais e sociais dos países industrializados.

Tendo em consideração estas mudanças, Jeffrey Arnett (2007) propôs a delimitação de uma nova fase ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, intitulando-a de adultez emergente (*emerging adulthood*). Arnett (2000, 2007) define esta fase, como o principal período da exploração da identidade, uma vez que ao longo deste período, existe uma maior exploração das diversas oportunidades e possibilidades, principalmente na vida afetiva e profissional. Delimitando-a como um período entre o final da adolescência e o início da idade adulta, situando-se entre os 18 e os 29 anos de idade.

Sendo a fase da adolescência e da adultez emergente, caracterizada por diversas mudanças biológicas e psicológicas do desenvolvimento, bem como desafios sociais e situacionais que vão surgindo, o estudo do desenvolvimento do adolescente e jovem adulto mostra-se cada vez mais promissor para o avanço de muitos dos objetivos incorporados numa perspetiva da psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti & Rogosch, 2002). Neste período do desenvolvimento humano, o surgimento de

comportamentos desajustados, como exemplo, a violência, a adoção de comportamentos de risco, comportamentos autolesivos, muitas vezes com risco suicidário, apresentam ser fatores bastante promissores para um desenvolvimento psicossocial desadaptado do adolescente, levando, por sua vez, a um maior risco de desenvolver uma doença mental (OMS, 2015).

## **1.2. Comportamentos agressivos e comportamentos autolesivos em adolescentes e adultos emergentes**

### **1.2.1. Comportamentos Agressivos**

Sendo a adolescência um momento preditor para o desenvolvimento de comportamentos agressivos e ou autolesivos é necessário perceber as alterações na definição científica da agressão. Apesar de notórias as diferentes definições sugeridas pelos pesquisadores da agressão, as mesmas convergem em apoiar uma única definição (Bushman & Anderson 2001). Sendo esta definida pelo comportamento que visa prejudicar outra pessoa que está motivada a evitar esse dano (Allen & Aderson, 2017).

Segundo Buss (1975) o comportamento agressivo caracteriza-se por um comportamento socialmente desajustado e intencional de proporcionar estímulos aversivos ao outro, sendo justificado pelo desejo de fazer a vítima sofrer, ou por um ato que tem como propósito a aquisição de um reforçador para quem pratica o comportamento agressivo. A adoção de muitos destes comportamentos vai intensificando à medida que a idade também aumenta, podendo atingir o seu pico na adolescência (Archer & Coyne, 2005).

A busca incessante pela distinção das tipologias no comportamento agressivo, apresenta até aos dias de hoje uma longa história, acreditando-se que os diferentes tipos têm diferentes cognições sociais subjacentes e estão relacionados de forma diferente ao processo de ajuste psicossocial, tal como, envolvem regiões distintas do cérebro (Myers, 2014).

Os psicólogos têm categorizado a agressão humana em dois tipos, designadamente: agressão instrumental ou proativa e agressão hostil ou reativa (Brushman & Anderson, 2001; Card & Little, 2006; Myers, 2014). A agressão hostil ou reativa caracteriza-se segundo Berkowitz (1988) como o tipo de agressão que tem como intenção principal causar dano sendo, muitas vezes, definida como uma agressão “quente”, na medida em que se caracteriza por um comportamento impulsivo que é motivado pelo desejo de magoar o outro, ou seja, este tipo de agressão surge como uma

resposta defensiva de raiva face a uma frustração social, nomeadamente um bloqueio de objetivos (Brushman & Anderson, 2001; Little, Henrich, Jones, & Hawley, 2003; Myers, 2014).

No que concerne à agressão instrumental esta apresenta ser orientada principalmente para a realização de algum outro objetivo principal, como dinheiro, estatuto social ou território (Berkowitz, 1988). Desta forma, este tipo de agressão remete para atos deliberados que são orientados para a obtenção de metas desejadas. É definido como um tipo de agressão “fria”, uma vez que se trata de um comportamento premeditado utilizado com outro objetivo principal sem ser o de causar dano (Brushman & Anderson, 2001). Ou seja, não existe uma provocação preliminar nem é um tipo de comportamento desencadeado pela raiva, hostilidade ou necessidade de se defender (Geen, 2001). A agressão instrumental, apesar de também ferir, é apenas um meio para atingir um outro fim principal (Myers, 2014).

Os tipos de agressão supramencionados, podem ser percebidos como estratégias sociais para atingir determinados objetivos, e a forma como são postos em prática por indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino têm sido alvo de diferentes conclusões (Archer & Coyne, 2005). Alguns estudos demonstram que o sexo masculino propende a envolver-se com maior frequência em comportamentos agressivos comparativamente ao sexo feminino (Neto, 2014). Contrariamente, outros estudos verificaram ser o sexo feminino a envolver-se com maior frequência nos diferentes tipos de agressão humana, comparativamente ao sexo masculino (Archer & Coyne, 2005).

### **1.2.2. Comportamentos Autolesivos**

A predisposição para correr alguns riscos faz parte do desenvolvimento dito normal na adolescência, no entanto é importante considerar a possibilidade da fixação dos jovens a um padrão de consequências negativas que poderá afetar o seu desenvolvimento (Sampaio, 2006).

Segundo Sampaio (2006), as adolescências patológicas podem ser definidas pela existência de falta de esperança e alguma incapacidade em lidar com as emoções, dificuldade em organizar um sentido de pertença e conseqüentemente manterem alguma instabilidade no concerne ao bem-estar.

Os comportamentos autolesivos (CAL) na adolescência são consistentemente uma marca da adolescência patológica. Embora variem na gravidade, demonstram um intenso desconforto que não deve ser desprezado (Guerreiro & Sampaio, 2013). No que diz respeito à nomenclatura utilizada para definir os CAL, existem atualmente grandes

discrepâncias na comunidade científica acerca dos conceitos básicos, a sua terminologia e definição (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015). Grande parte desse debate na comunidade científica centra-se essencialmente sobre a intencionalidade suicida (ou não) dos CAL. Na literatura surgem assim, dois conceitos com nomenclatura anglo-saxónica: “*Deliberate self-harm*” que define um comportamento deliberado de autolesão, não distinguindo se é ou não uma tentativa de suicídio e o termo “*Non suicidal self-injury (NSSI)*” que reporta para CAL sem intencionalidade suicida. A primeira conceção apresenta uma forte limitação na medição da ideação suicida e assume diferentes formas de autolesão, enquanto a segunda conceção limita-se apenas à lesão do tecido corporal como cortes (*self-cutting*) e comportamentos associados como queimaduras e arranhões (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Assim, para uma melhor compreensão conceptual deste tema em Portugal, Guerreiro & Sampaio (2013), definem os CAL como comportamentos sem intencionalidade suicida, que envolvem comportamentos de autolesão intencionais diversos como cortar-se ou ingerir fármacos em doses superiores às doses reconhecidas ou substâncias não ingeríveis. No que diz respeito aos comportamentos que se afirmam com intencionalidade suicida, assumem a terminologia de *atos suicidas* que podem resultar em tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Embora muitos dos autores que abordam esta temática concordem com esta separação de comportamento parassuicidário, Hawton, Saunders e O’Connor (2012) referem que os CAL sem intenção suicida podem dar origem a atos com maior intencionalidade suicida, o que nos sugere a ligação entre CAL e suicídio, estimando-se que por cada suicídio, advenham entre 100 a 200 CAL (Hawton et.al., 2012; Sousa, 2017).

Sobre esta temática podemos contar com os estudos Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), realizados esporadicamente (4 em 4 anos) em vários países em colaboração com a OMS, com objetivo principal de estudar os comportamentos dos adolescentes nos diferentes contextos de vida e a influência destes na sua saúde e bem-estar. Em Portugal, os dados mais recentes dos estudos Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) demonstraram que entre 2014 e 2018 existiu um aumento do número de adolescentes que afirmou ter realizado CAL nos últimos doze meses - de 15,6% para 19,6%. Os dados de 2022, demonstram uma ligeira subida da variável com uma percentagem de 20,2%. Estes adolescentes revelaram como método mais utilizado a realização de cortes, realizados maioritariamente nos braços (58,7% em 2018 e 69,5% em 2022).

Ainda segundo os dados mais recentes, os adolescentes, em geral, mais novos (6º ano de escolaridade) foram os que mais se envolveram em lutas, enquanto os mais velhos

(10<sup>o</sup> ano de escolaridade) foram que mais sofreram lesões. Relativamente às autolesões, são os adolescentes mais novos (8<sup>o</sup> ano de escolaridade) os que mais se autolesionaram, sendo os mais velhos (10<sup>o</sup> ano de escolaridade) os que mais se autolesionaram nos braços (Aventura Social & Saúde, 2022).

Alguns dados recentes de amostras comunitárias indicam que 10% dos adolescentes apresenta comportamentos autolesivos pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo consistentemente mais frequentes em raparigas (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Entre populações clínicas de adolescentes, a prevalência destes comportamentos é ainda superior, com taxas atingindo os 82% (Washburn et al., 2012).

### **1.3. Variáveis psicopatológicas em adolescentes e adultos emergentes**

#### **1.3.1. Ansiedade, depressão e stress**

Segundo o relatório Health at a Glance (2018), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal foi considerado um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais (18,4%), destacando-se as perturbações de humor e as perturbações de ansiedade. Estudos mais recentes, demonstram ainda, que os dados divulgados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) referentes a 2023 (DGS, 2023), são deveras idênticos aos anteriores, demonstrando ainda um aumento na prevalência de perturbações de ansiedade (27.0%) e perturbações depressivas (26.4 %).

Segundo alguns autores, a ansiedade pode ser definida como um estado de humor orientado para o futuro, associado à preparação para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta de alarme ao perigo eminente ou presente, real ou percebido (Craske, Rauch & Ursano, 2009). Desta forma, a ansiedade pode também ser entendida como uma resposta adaptativa do organismo, que se caracteriza por um conjunto de alterações comportamentais, cognitivas e fisiológicas, que se manifestam num estado de ativação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica (Ruiz, Cuadrado & Rodriguez, 2001). Porém, a ansiedade quando deixa de ser adaptativa pode tornar-se patológica, isto é, quando o

perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de ativação e duração são desproporcionais face à situação objetiva (Lenhardtk & Calvetti, 2017; Ruiz et al., 2001).

No que diz respeito à depressão, a Organização Mundial de Saúde define-a como uma perturbação caracterizada pela tristeza, perda de interesse e prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, perturbações do sono e/ou de apetite, cansaço excessivo e baixa concentração. Para Del Porto (1999), a depressão pode ser entendida enquanto estado afetivo, sintoma e síndrome. Isto é, enquanto estado afetivo, a depressão representa a tristeza normal da vida psíquica que, quando em níveis muito elevados, constitui-se como um sinal de alerta para o desenvolvimento de estados depressivos. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir como uma manifestação secundária de outras perturbações físicas e/ou mentais. Em conclusão, enquanto síndrome, a depressão inclui alterações de humor, tais como, tristeza, irritabilidade, apatia e ausência de capacidade para sentir prazer. Os estados depressivos são ainda caracterizados por sentimentos de vazio, redução do interesse pelo ambiente externo, e alterações psicomotoras e vegetativas, tais como sensação de fadiga e perda de energia, e lenhificação dos movimentos.

Segundo diversos autores os acontecimentos de vida stressantes podem precipitar episódios de ansiedade e de depressão, bem como levar a respostas características de stresse (Brown & Harris, 1989; Lovibond & Lovibond, 1995). Segundo Rios (2006), o stresse pode ser caracterizado por um processo complexo originado por uma resposta específica do indivíduo a um stressor quer seja ele interno ou externo. O stress enquanto resposta produz assim alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, e depende da disparidade entre a forma como o indivíduo percebe o stressor e como percebe a sua capacidade para lidar com o mesmo (Ribeiro, 2005; Selye, 1951).

Para um melhor entendimento da fisiologia do stresse, Selye (1951) descreveu a síndrome de adaptação geral, dividindo-o em três fases distintas. A primeira – alerta - é considerada a fase na qual o indivíduo ganha energia devido à produção de adrenalina, assegurando a sobrevivência, o corpo inicia uma resposta de luta ou fuga. A segunda - resistência - é a fase em que o indivíduo tenta lidar automaticamente com os stressores de forma a manter a homeostasia. E, a terceira fase - exaustão - ocorre quando os fatores de stresse persistem na frequência e intensidade, ocorrendo uma quebra da resistência. É nesta última fase que surgem frequentemente perturbações físicas e psicológicas, tais como depressão, ansiedade, doenças cardíacas, entre outras (Lipp, 2003; Selye, 1951; Santos & Gomes, 2012).

Posto isto, o stresse em níveis moderados permite ao indivíduo lidar com situações adversas e de mudança, conformando uma melhor percepção dessas situações e

das respectivas consequências. Permite também, uma maior capacidade de resolução de problemas, verificando-se um aumento da motivação, energia e produtividade (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001). Não obstante, em níveis elevados, o stresse apresenta consequências graves para a saúde e bem-estar do indivíduo, muitas vezes resultando em cansaço mental, incapacidade de concentração, perda de memória imediata, crises de humor e de ansiedade, e doenças físicas devido ao enfraquecimento da função imunológica (Lipp, 2006; Margiset al., 2003).

Do ponto de vista fenomenológico e conceptual, a ansiedade e depressão são distintas (Lovibond & Lovibond, 1995). No entanto, essa distinção é difícil em termos empíricos e clínicos devido a diversos aspetos como; (1) grande associação entre a ansiedade e os sintomas da depressão; (2) elevada comorbilidade; (3) sobreposição de sintomas chave da ansiedade e da depressão (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004).

### **1.3.2. Ideação suicida**

Tal como referido acima, a adolescência pode ser na maior parte das vezes uma fase intensa, de transformações e de conflitos, em que o jovem pode estar mais predisposto à manifestação de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, como solução para os seus problemas (Borges, 2006; OMS, 2015), sendo por vezes comum o sofrimento psíquico (Saraiva, 2006).

O interesse dos investigadores acerca do suicídio ou atos suicidas tem vindo a aumentar, resultando num crescente alerta em relação ao impacto dos mesmos na vida do indivíduo (Duque, 2004). Segundo alguns autores, a adolescência é percebida como uma fase do desenvolvimento em que estes comportamentos são um problema significativo, sendo o sexo feminino referido como o mais propenso à manifestação de tais comportamentos (Hawton, 2002; Cicchetti & Rogosch, 2002).

Outros estudos revelaram, como esperado, dados epidemiológicos que mostraram maior incidência de suicídio na população em todo o mundo. No que diz respeito à fase da adolescência, o suicídio vem sendo considerado como a terceira causa de morte, em termos mundiais (Bertolote & Fleischmann, 2004; De Leo, Bertolote, & Lester, 2003; Shaffer & Pfeffer, 2001; WHO, 2001). Segundo Santos (2017) a definição do constructo de ideação suicida, diz respeito ao pensamento ou ideação suicida, englobando desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha para tentar por fim à sua vida.

Apesar da maior parte dos estudos realizados apontar que a ideação suicida precede ao suicídio, Glodstein e Brent (2006) mencionam que apesar de alguns jovens tentarem o suicídio de forma impulsiva, outra parte da população em questão experimenta pensamentos, manifestando comportamentos sem propriamente consumir o suicídio.

Em congruência com Carlson e Cantwell (1982), a ideação suicida pode variar na frequência e intensidade, verificando-se um aumento com a idade cronológica, principalmente depois da puberdade. Assim sendo, segundo um estudo realizado com crianças e adolescentes em geral dos Estados Unidos da América, foi possível estimar que entre 7% a 12% já manifestaram uma ideação suicida séria (Maris et.al., 200). Outro estudo realizado na Austrália, com pacientes que se encontravam internados na ala psiquiátrica, mostrou que cerca de 22% dos pacientes com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos apresentou ideação suicida (McKelvey, Pfaff, & Acres, 2001).

## **1.4. Estudos prévios acerca da relação entre as variáveis em estudo**

### **1.4.1. Relação entre agressão e comportamentos autolesivos**

A assunção de comportamentos de riscos pode ser definida como uma tendência comportamental sob condições determinadas, que visa desencadear resultados incertos, quer sejam eles ganhos ou perdas potenciais (Ayidaga et al., 2022). Estes resultados podem assim levar, a consequências familiares, sociais, e até mesmo ocupacionais (Ayidaga et al., 2022).

Segundo diversos autores, a agressão e a autolesão em grande parte das vezes ocorreram simultaneamente, verificando-se assim, que a agressão e autolesão estão positivamente ligadas e influenciadas (Mann, et al., 2005; Brent, et al, 2003; Jokinen et al., 2010 a).

Segundo um estudo, anteriormente realizado por Kleiman e outros colaboradores (2015) que tinha como objetivo analisar as diferentes formas de comportamentos de autolesão não suicidas (ALNS), verificou-se que a agressão apresenta uma relação única com as diversas formas de ALNS. Conquanto os indivíduos mais agressivos apresentam mais manifestações de ALNS, enquanto os indivíduos com menos regulação emocional parecem mais propensos a envolver-se em qualquer forma de ALNS, verificando-se assim, que os participantes que apresentaram níveis mais elevados de défices de regulação

emocional, demonstraram envolver-se em formas mais graves de ALNS (Kleiman, et al., 2015).

Por sua vez, outras investigações vieram elucidar os principais fatores que desempenham um papel fulcral no desenvolvimento da ALNS para a detecção precoce, prevenção e gestão da ALNS (Thai, et al., 2021). Recentemente, uma revisão sistemática concluiu que o gênero é o fator sociodemográfico mais importante, sendo o gênero feminino identificado como um preditor significativo de ALNS (O'Donell, House. & Waterman, 2015). A revisão também demonstrou que a vitimização entre pares, o bullying e o abuso sexual eram factores ambientais significativos associados à ALNS e às variáveis psicológicas investigadas (O'Donell, House. & Waterman, 2015).

Já num estudo realizado na China, os participantes que revelaram lesionar-se através de autolesões diretas não suicidas ou formas indiretas de autolesões demonstraram ser mais impulsivos, revelando mais problemas com o temperamento, depressão e mais problemas com a agressividade, demonstrando menor incapacidade no controle do seu comportamento e conseqüentemente uma menor autoestima (Zhang, Meiai, Benxian & Zhang, 2021). Em suma, foi possível verificar através de diversos estudos, a influencia entre a agressão em jovens na mutilação não suicida, verificando-se uma relação positivamente correlacionada (Brutoin, et al., (2018); Predoi, et al., (2022); Zhang, Meiai, Benxian & Zhang, 2021).

#### **1.4.2. Sintomatologia psicopatológica e comportamentos autolesivos**

Presentemente, diversas investigações debruçaram-se acerca das variáveis psicopatológicas que motivam comportamentos agressivos e ou autolesivos. Muitos tem vindo a demonstrar (Martínez-Monteagudo et al., 2020); que problemas, como a depressão, ansiedade e stress estão estritamente relacionados com pensamentos e comportamentos autolesivos (Jenaro et al., 2021 & Faucher et al., 2014).

Alguns estudos, demonstram ainda que comportamentos autolesivos mais frequentes, estão fortemente associados a psicopatologias, como exemplo, ansiedade, depressão, uso de substâncias e distúrbios alimentares (Bock et al., 2021 & Muehlenkamp & Brausch, 2016). De notar assim, indivíduos que satisfazem os critérios de perturbações quer de ansiedade ou depressão, são, na maior parte das vezes, indivíduos com afeto negativo frequente e intenso, revelando taxas mais altas de ALNS em relação a indivíduos sem os mesmos sintomas (Bock et al., 2021).

Segundo um estudo realizado com adolescentes chineses, indivíduos com sintomas depressivos necessitam de intervenção adequada para reduzir o risco de ALNS

(Wan et al., 2023). Por sua vez, um estudo realizado com estudantes na Malásia, demonstrou existirem correlações estatisticamente significativas entre depressão, ansiedade, stress com a ideação suicida e comportamentos autolesivos (Ibrahim, N., Amit, N., & Suen, Y., 2014). No entanto, apenas a depressão foi mencionada como um preditor da ideação suicida (Ibrahim, N., Amit, N., & Suen, Y., 2014).

Em concomitância, a depressão ao longo de diversas investigações representa ser um dos fatores psicológicos mais relevantes no suicídio e na ideação suicida (Phillips & Zhang, 2002). Segundo uma investigação realizada numa clínica de cardiologia, com acesso à triagem de cerca de 1000 pacientes, os resultados demonstraram que cerca de 12% expressaram pensamentos suicidas (Shemesh et al., 2009). A investigação demonstrou assim que a depressão está positivamente ligada à ideação suicida (Shemesh et al., 2009; Singh & Joshi, 2008). Outro fator de risco comum para ideação suicida é a ansiedade, uma das doenças psicológicas mais recorrentes na prática clínica (McDowell, Lineberry & Bostwick, 2011). Embora a ansiedade esteja associada positivamente à ideação suicida, a relação entre variáveis demonstra-se inconclusiva, uma vez que a ansiedade pode provocar sintomas de depressão e também levar a pensamentos suicidas (Davidson, et al., 2011). Por fim, o stress é outro fator de risco para a ideação suicida (Overholser, 2003). Na literatura existente sobre o suicídio o stress mostra-se comumente associado a eventos de vida negativos. As interações de vários aspetos dos stressores geram uma imensa dificuldade na gestão do stress podendo em grande parte dos casos levar à ideação suicida (Lee & Jung, 2006). Portanto, a gestão do stress requer a integração de uma boa qualidade de vida, habilidades de enfrentamento e de resolução de problemas. A forma como uma pessoa lida com o stress pode indicar ainda quanto o stress pode afetar o seu bem-estar psicológico, podendo levar a sentir uma sensação de desesperança ou de não ser apoiada e como pode definir o stress como um potencial preditor para o suicídio e ou ideação suicida (Lee & Jung, 2006).

## **1.5. Objetivo geral e hipóteses de investigação**

Após uma vasta e ampla pesquisa sobre este tema, contactou-se na literatura disponível, existir uma relação significativa entre a manifestação de comportamentos agressivos e comportamentos autolesivos em adolescentes e jovens adultos (Archer & Coyne, 2005; Guerreiro & Sampaio, 2013; Hawton et.al., 2012). Sendo esta problemática cada vez mais visível na adolescência, uma fase tão importante no ciclo de vida do desenvolvimento dos indivíduos (Cicchetti & Rogosch, 2002), diversos estudos internacionais têm sido realizados, com o objetivo de compreender a sua etiologia, como

se manifesta e determinar quais os seus preditores (OMS, 2015). Posto isto, várias investigações demonstraram que apesar de visível a manifestação de comportamento agressivos e autolesivos em indivíduos diagnosticados anteriormente com doenças mentais, a percentagem mais relevante incide em indivíduos sem qualquer patologia (Luz, 2019).

Desta forma, pretende-se assim, com este estudo ter uma melhor percepção da relação das variáveis psicopatológicas e dos comportamentos agressivos com os comportamentos autolesivos.

Com base na literatura recolhida e sintetizada, a presente investigação tem assim como objetivo geral, perceber e caracterizar os comportamentos agressivos e autolesivos numa amostra de adolescentes e jovens adultos e perceber a sua relação com as variáveis psicopatológicas (ansiedade, depressão e stress) e a ideação suicida. Atendendo à abrangência do objetivo geral supramencionado, foram formuladas 4 hipóteses de partida.

H1: Nos adolescentes e jovens adultos existe uma associação significativa entre a idade e a agressão (avaliada pelo QA), a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, o stress (avaliados pelo EADS), a impulsividade, o autodano, a ideação suicida (avaliados pelo QIAIS-A), o correr riscos e o autodano (avaliado pelo RTSHIA);

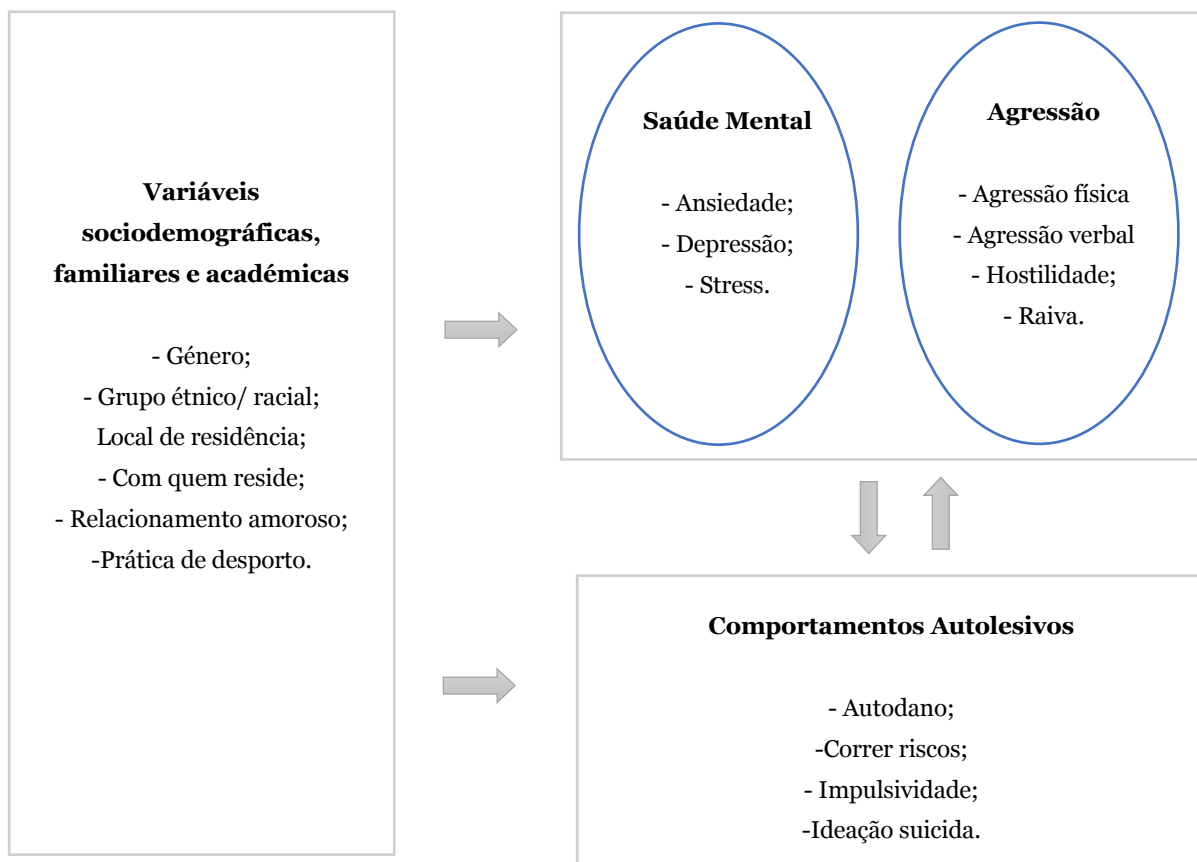
H2: São esperadas diferenças significativas quando comparamos os dois níveis de idade em função da agressão (avaliada pelo QA), a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, o stress (avaliadas pelo EADS), a impulsividade, o autodano a ideação suicida, avaliados pelo (QIAIS-A), o correr riscos e o autodano avaliados pelo RTSHIA;

H3: São esperadas diferenças significativas quando comparamos ambos os géneros em função os comportamentos agressivos/agressividade/agressão, a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, o stress, a impulsividade, o autodano avaliado pelo QIAIS-A, a ideação suicida, correr riscos e o autodano avaliado pelo RTSHIA.

H4: Existe uma associação com significado estatístico entre a agressão (avaliada pelo QA), a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, o stress (avaliados pelo EADS), a impulsividade, o autodano e a ideação suicida (avaliados pelo QIAIS-A), o correr riscos e o autodano (avaliados pelo RTSHIA).

## Figura 1

Apresentação esquemática das variáveis em estudo na presente investigação.



# Capítulo 2: Método

## 2.1. Participantes

A amostra recolhida para a presente investigação é constituída por 104 participantes, sendo que o intervalo de idades dos respondentes está compreendido entre os 16 e os 22 anos, estando a média de idades situada nos 19.24 anos, com um desvio padrão de 1.90 anos. Destes participantes, 65 (62.5%) eram mulheres, 38 (36.5) eram homens e 1 (1%) identificaram-se com outro. No que concerne ao grupo étnico/racial, 94 (90.4%) dos participantes revelaram ser europeus/brancos, 4 (3.8%) africanos/ negros, 3 (2.9%) Mulatos/Mestiços/Pardos, 1 (1%) hispânico/ latino e por último, 2 (1.9%) dos participantes revelaram ser asiáticos. Já no que diz respeito ao local de residência, 40 (38.5%) dos respondentes revelaram residir em meio rural e 64 (61.6%) em meio urbano. Nesta amostra, 74 (71.2%) dos participantes revelaram residir com ambos os pais, 21 (20.2%) apenas com a mãe, 1 (1%) apenas com o pai, 7 (6.7%) com outras pessoas e 1 (1%) com irmãos.

Para além das questões sociodemográficas, os participantes foram ainda questionados acerca de se encontrarem, ou não, no momento em algum relacionamento amoroso, sendo que 39 (37.5%) encontram-se numa relação e 65 (62.5%) não se encontravam numa relação íntima. Por fim, relativamente à prática de algum desporto, 40 (38.5) dos participantes revelaram que praticam desporto e 64 (61.5%) não praticam qualquer atividade desportiva.

Os critérios de exclusão deste estudo foram ter idade inferior a 16 anos e idade superior a 22 anos.

**Tabela 1***Características sociodemográficas dos participantes (N=104).*

Variáveis		N	%	M	SD	Min	Max
Idade		104	-	19.24	1.92	16	22
Sexo	Mulher	65	62.5%				
	Homem	38	36.5%				
	Outro	1	1%				
Grupo étnico/ racial	Europeu /Branco	94	90.4%				
	Africano/ negro	4	3.8%				
	Mulato/Mestiço/Pardo	3	2.9%				
	Hispânico/ latino	1	1%				
	Asiático	2	1.9%				
Local de residência	Meio rural	40	38.5%				
	Meio urbano	64	61.6%				
Com quem reside	Ambos os pais	74	71.2%				
	Com a mãe	21	20.2%				
	Com o pai	1	1%				
	Com outras pessoas	7	6.7%				
	Com irmãos	1	1%				
Relacionamento amoroso	Sim	39	37.5%				
	Não	65	62.5%				
Prática de desporto	Sim	40	38.5%				
	Não	64	61.5%				

## **2.2. Instrumentos**

O presente estudo recorreu a um protocolo de recolha de dados constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico, Questionário de Agressividade (AQ), Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) e Inventário de Comportamentos de Risco e Autodano para Adolescentes (RTSHIA).

A utilização de dois instrumentos distintos com o objeto de medir uma variável com a mesma designação, o autodano, merece um esclarecimento prévio. Na verdade, os autores de cada instrumento na fundamentação teórica disponibilizada demonstram que os instrumentos avaliam o autodano de forma distinta. Em suma o Questionário de Impulso, Autodano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A), permite através da sua aplicação diferenciar comportamentos de autodano de comportamentos suicidas, incluindo o impulso do sujeito e as funções comportamentais, por sua vez, o Inventário de comportamentos de Risco e Autolesão para Adolescentes (RTSHIA), permite avaliar a frequência de comportamentos de risco e de autolesão através de duas dimensões.

Segundo Xavier et. al., (2019) o termo “*self-harm*” tem sido um termo historicamente utilizado para cobrir uma ampla gama de comportamentos. Refere-se a causar dor ou dano no próprio corpo, podendo ser com intenção suicida ou não suicida. Por sua vez, o termo “*self-injury*”, muitas vezes traduzido por autolesão, é o ato de prejudicar o próprio corpo de propósito (e.g. cortar-se; queimar-se). Geralmente não é uma tentativa de suicídio, mas sim uma maneira prejudicial de lidar com a dor emocional, raiva, tristeza e stress (Carvalho, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2015).

### **Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico foi especificamente desenvolvido para utilização no presente estudo, tendo tido em conta variáveis como a idade, o género, o grupo étnico/ racial, o local de residência e com quem reside. Para além destas questões, nesta fase era ainda questionado aos participantes se se encontravam em alguma relação íntima e se praticavam desporto.

## Questionário da Agressividade (AQ)

O Questionário da Agressividade (*Aggression Questionnaire* – AQ) foi desenvolvido por Buss e Perry em 1992, e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Cunha & Gonçalves (2012). Este questionário é constituído por 29 itens subdivididos em 4 subescalas, as quais avaliam as seguintes dimensões: Agressão Física (9 itens), Agressão Verbal (5 itens), Raiva (7 itens) e Hostilidade (8 itens). As respostas são dadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 significa “Nunca ou quase nunca” e 5 significa “Sempre ou quase sempre”. Quanto maior for a pontuação da escala ou subescalas maior é o grau de hostilidade/agressão dos indivíduos.

Na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Cunha & Gonçalves, 2012), a escala apresenta um alfa de Cronbach de .76 para o fator Agressão física, .56 para o fator Agressão verbal, .79 para o fator Raiva e .76 para o fator Hostilidade. O alfa de Cronbach para o total da escala foi de .88. Já no presente estudo, na análise da fiabilidade foram obtidos os seguintes valores para o Alfa de *Cronbach*: .79 para o fator Raiva, .75 para o fator Agressão Física, .89 para o fator Hostilidade e .82 para o fator Agressividade Verbal.

### Tabela 2

*Coefficientes de Alfa de Cronbach para as dimensões da escala AQ.*

Dimensões	Itens	Alfa de Cronbach
Raiva	1, 9, 12, 18, 19, 23, 28.	.79
Agressividade Física	2, 5, 8, 11, 13, 16, 22, 25, 29.	.75
Hostilidade	3, 7, 10, 15, 17, 20, 24, 26.	.89
Agressividade Verbal	4, 6, 14, 21, 27	.82

## Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

As Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) foram originalmente desenvolvidas por P. Lovibond e S. Lovibond (1995) e traduzidas e validadas para a população portuguesa por J. Pais-Ribeiro, A. Honrado e I. Leal (2004). A EADS- 21 apresenta um total de 21 itens, que agregam três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, cada escala apresenta assim sete itens. Cada item apresenta um conjunto de sintomas emocionais negativos, em que a pessoa deve responder de que forma se aplicaram a si na

última semana. Este instrumento é composto por uma escala do tipo *Likert*, com quatro opções de resposta (“não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte do tempo”), variando os seus valores entre 0 e 3 (Pais-Ribeiro, 2006).

A EADS-21 classifica as perturbações psicológicas como dimensões e não como categorias, sendo que na versão original de 42 itens (EADS-42), os autores fornecem uma denominação de cinco posições, entre “normal” e “muito grave”, tendo em conta os resultados obtidos nas escalas. A consistência interna das escalas, na versão portuguesa, foi .85 para a escala de depressão, .74 para a escala de ansiedade e .81 para a escala de stress (Pais-Ribeiro, 2006; Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, na análise de fiabilidade verificaram-se os seguintes valores: .91 na escala de depressão, .91 na escala de ansiedade e .90 na escala de stress para o Alfa de *Cronbach*.

### **Tabela 3**

*Coeficientes de Alfa de Cronbach para as dimensões da escala EADS-21.*

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Depressão	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	.91
Ansiedade	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	.91
Stress	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	.90

### **Questionário de Impulso, Autodano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A)**

O Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), tem como objetivo diferenciar comportamentos de auto dano de comportamentos suicidas, incluindo o impulso do sujeito e as funções comportamentais (Carvalho, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2015). É um questionário de autorresposta, constituído por 64 itens, distribuídos ao longo de quatro dimensões: A - Impulso (16 itens), B - Autodano (14 itens), C – Funções (31 itens) e D - Ideação suicida (3 itens).

A escala de resposta é de tipo *Likert* (4 pontos) variando de (0) “Nunca acontece comigo” a (3) “Acontece-me sempre”. O fator C – Funções- é de resposta nominal. Procedeu-se à inversão dos itens 6, 9, 13 e 15 pertencentes ao fator Impulso, uma vez que quanto maior a pontuação final, maior a impulsividade, obtendo-se, assim, maior clareza na interpretação das pontuações dos fatores e do total.

No presente estudo, apenas foram utilizadas três dimensões, A-Impulso, B - Autodano e D - Ideação suicida, sendo que no fator B- Autodano apenas foram utilizados 8 itens.

A escala original revelou adequadas características psicométricas. A consistência interna total da escala foi de .90 e os alfas de Cronbach para os seus fatores foram: Impulso, .77; Autodano, .88; Ideação suicida, .82 (Nunes, 2013). Já na análise da fiabilidade no presente estudo foram obtidos os valores de Alfa de Cronbach de .80 para o fator A-Impulso, .83 para o fator B- Autodano e .84 para o fator C-Ideação suicida. Estes resultados demonstram uma elevada consistência interna (Murphy & Davidshofer, 1988).

#### **Tabela 4**

*Coefficientes de Alfa de Cronbach para os fatores da escala QIAIS-A*

<b>Fatores</b>	<b>Itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Impulso	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.	.80
Autodano	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.	.83
Ideação Suicida	1,2,3	.84

#### **Inventário de comportamentos de Risco e Autolesão para Adolescentes (RTSHIA)**

O Inventário de Comportamentos de Risco e Autodano para Adolescentes (RTSHIA) foi desenvolvido por Vrouva, Fonagy, Fearon e Roussow em 2010 e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia em 2019. Este é um questionário de autorresposta, concebido para a população adolescente, constituído por 34 itens, que avalia a frequência de comportamentos de risco e de autolesão em duas dimensões.

No total é constituído por 34 itens, que avaliam dois fatores: Risk-Taking (RT) – “correr riscos” (12 itens) e *Self-Harm* (SH) – “autodano” (22 itens). A escala de resposta é do tipo *Likert* (4 pontos), variando de “Nunca” (0) a “Muitas vezes” (3).

A Análise Fatorial Confirmatória da escala determinou um modelo de dois fatores, isto é, as propostas teóricas e os resultados empíricos de que os fatores “correr riscos” (RT) e “autodano” (SH) estão intimamente relacionados, embora sejam realidades diferentes (Vrouva, Fonagy, Fearon & Roussow, 2010).

Os alfas de Cronbach da versão original foram de .85 para o fator “correr riscos” e .93 para o fator “autodano”. Já na amostra do presente estudo, verificou-se como valores, .82 para o fator “correr riscos” e .93 para o fator “autodano”.

**Tabela 5**

*Coeficientes de Alfa de Cronbach para os fatores da escala RTSHIA*

<b>Fatores</b>	<b>Itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Correr riscos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,	.82
Autodano	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34	.93

### **2.3. Procedimentos**

No que concerne à recolha de dados, a mesma foi realizada em formato online, tendo sido disseminada através de *mailing lists*, redes sociais, e ainda diversas associações, nomeadamente casas de acolhimento ou organizações com grupos de apoio. Foram respeitados todos os princípios éticos e deontológicos aplicáveis, tendo o presente projeto sido aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (N.º CE-UBI- Pj-2023-012-ID1613). Foi respeitado o princípio do consentimento informado, em que os participantes foram informados relativamente aos objetivos da investigação, a confidencialidade e o anonimato. Os dados recolhidos foram utilizados com o exclusivo propósito de tratamento estatístico de dados para o presente estudo, de forma a contribuir para uma maior aquisição de conhecimentos científicos nesta área. O questionário manteve-se online desde abril a julho de 2023, tendo sido respeitado o princípio do voluntariado. Esta amostra foi recolhida através de técnicas não probabilísticas como a conveniência e a bola de neve.

Após a recolha de dados, foi elaborado um ficheiro Excel, a partir da qual foi criada uma base de dados em SPSS (IBM SPSS Statistics, versão 26, 2019), tendo estes sido submetidos a diversas análises estatísticas.

Uma vez que existiam ocorrências com um número muito reduzido de participantes, foi necessário efetuar transformações nas variáveis, transformando algumas contínuas em categóricas ou agregando categorias nalgumas inicialmente contínuas. Assim, transformou-se a variável “Residência”, inicialmente com quatro opções de resposta (“Pequeno meio rural”, “Grande meio rural”, “Pequeno meio urbano”,

“Grande meio urbano”), numa variável com duas categorias (“Meio rural” e “Meio urbano”).

Após se verificar, a importância de comparar dois níveis de idade procedeu-se à transformação da variável idade. Assim, começou por se transformar esta variável (variável numérica contínua), inicialmente com ocorrências entre os 16 e os 22 anos, numa variável categórica com duas categorias. A primeira categoria representa os participantes com idades compreendidas entre os 16 e 19 anos (“Adolescentes”) e a segunda categoria representa os participantes com idades compreendidas entre os 20 e 22 anos (Adultos Emergentes”).

## **2.4. Análises estatísticas**

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, correlacional e comparativa, adequada aos objetivos da investigação.

Num primeiro momento, procedeu-se à realização das estatísticas descritivas que possibilitam a caracterização da amostra, nomeadamente as frequências, média, desvio padrão, pontuação mínima e pontuação máxima. Em termos de estatística descritiva apresentam-se para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências correspondentes e, para as restantes variáveis, exibem-se as estatísticas relevantes e também as tabelas de frequências correspondentes.

A fidelidade é uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida. Posto isto, a fidelidade dos resultados dos instrumentos foi obtida através do grau de consistência interna (Alpha de Cronbach) que permite estimar até que ponto cada item da escala mede de forma equivalente (contribui para) o mesmo conceito (Fortin,2009). De realçar ainda, que quanto mais os itens se encontram correlacionados, maior é a consistência do instrumento, em contrapartida, quanto maior o número de itens que a escala comporta, maior será o coeficiente (Fortin, 2009). Ainda segundo o mesmo autor, o valor do coeficiente pode variar entre 0.00 e 1.00, sendo que quanto maior for o valor, maior é a consistência interna.

Mais precisamente Hill e Hill (2002) propõem uma escala que dá indicação da força dos valores de uma medida de fiabilidade: superior a .90 – excelente; entre .80 e .90 – bom; entre .70 e .80 – razoável; entre .60 e .70 – fraco e abaixo de .60 – inaceitável. Para a realização dos cálculos estatísticos, foi realizado o teste de normalidade, verificando-se que, de acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Wilks, os dados não seguiam a distribuição normal. Posto isto, recorreu-se à correlação de

*Spearman*, para medir as associações entre as variáveis. Segundo Glasser e Winter (1961), a força da correlação, neste caso de *Spearman*, para os diferentes valores de  $p$  é a pode ser classificada da seguinte maneira:  $\rho = 1$  ou  $-1$ : correlação perfeita positiva ou negativa;  $.70 \leq |\rho| < 1$ : correlação forte;  $.40 \leq |\rho| < .70$ : correlação moderada;  $.20 \leq |\rho| < .40$ : correlação fraca;  $|\rho| < .20$ : correlação desprezível. Assim, na análise das correlações tivemos em conta a direção da relação, a força da relação e o nível de significância, que indica a confiança que podemos ter nos resultados obtidos.

Para a comparação de género em função das variáveis em estudo recorreu-se ao teste Mann-Whitney. Por sua vez para a comparação dos grupos de idade em função das variáveis em estudo recorreu-se Teste T para mostras independentes.

## Capítulo 3: Resultados

De seguida, serão apresentados os resultados, tendo em conta os objetivos e hipóteses delineadas anteriormente.

### 3.1. Análise Descritiva dos Dados

#### 3.1.1. Questionário de Agressividade (AQ).

Na presente investigação, para o Questionário de Agressividade (AQ total), verificou-se um valor mínimo de 27 e um valor máximo de 102, com uma média de 52.81 e um desvio padrão de 18.10. No que diz respeito aos fatores que o mesmo avalia, no fator raiva, verificou-se um valor mínimo de 9 e um valor máximo de 36, com uma média de 17.84 e um desvio padrão de 6.82. No fator, hostilidade verificou-se um valor mínimo de 8 e um valor máximo de 36, com uma media de 17.74 e um desvio padrão de 6.78. No fator, agressão física verificou-se um valor mínimo de 9 e um valor máximo de 34, com uma média de 16.77 e um desvio padrão de 4.87 enquanto que no fator agressão verbal, verificou-se um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 22, com uma media de 10.31 e um desvio padrão de 3.94 (Tabela 6).

**Tabela 6***Estatística descritiva dos resultados obtidos pelo AQ*

	N	M	SD	Min	Max
Raiva	104	17.84	6.82	9	36
Hostilidade	104	17.74	6.78	8	36
Agressão física	104	16.77	4.87	9	34
Agressão verbal	104	10.31	3.94	5	22
AQ Total	104	52.81	18.10	27	102

**3.1.2. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)**

Uma vez que o instrumento EADS-21 não tem um valor total procedeu-se à comparação das médias entre as diferentes subescalas que compõem o instrumento. Posto isto foi possível verificar na análise descritiva das três subescalas que compõem a escala um valor mínimo comum (0), verificando-se um valor máximo de 20, com uma média de 7.46 e um desvio padrão de 5.49 relativamente à subescala de depressão. No que diz respeito à subescala de Ansiedade verificou-se um valor máximo de 18, com uma média e desvio padrão de 5.82. Na subescala de stress, verificou-se um valor máximo de 20, com uma média de 7.58 e um desvio padrão de 7.58 (Tabela 7).

**Tabela 7***Estatística descritiva dos resultados obtidos na EADS-21.*

	N	M	SD	Min	Max
Depressão	104	7.46	5.49	0	20
Ansiedade	104	5.82	5.82	0	18
Stress	104	7.58	7.58	0	20

**3.1.3. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A),**

Já no Questionário de Impulso, Auto dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), foi possível analisar estatisticamente 3 das 4 dimensões que o instrumento pretende avaliar. Na dimensão impulso verificou-se um valor máximo de 40 e um valor

mínimo de 1, com uma média de 16.67 e um desvio padrão de 6.47. Na dimensão, autodano, verificou-se um valor máximo de 15 e um valor mínimo de 0, com uma média de 1.77 e um desvio padrão de 1.76. Por último, na dimensão – ideação suicida, verificou-se um valor máximo de 9, valor mínimo de 0, com uma média de 1.76 e um desvio padrão de 2.02 (tabela 8).

### **Tabela 8**

*Estatística descritiva dos resultados obtidos no QIAIS-A.*

	N	M	SD	Min	Max
Impulso	104	16.67	6.47	1	40
Autodano	104	1.77	2.77	0	15
Ideação Suicida	104	1.76	2.02	0	9

#### **3.1.4. Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes (RTSHIA)**

Por último, no Inventário de Comportamentos de Risco e Autodano para Adolescentes (RTSHIA), através da análise estatística dos dois fatores que a compõem, verificou-se um valor mínimo comum (0). Para o fator- correr riscos verificou-se um valor máximo de 23, uma média de 8.70 e um desvio padrão de 5.85. No fator autodano, verificou-se um valor máximo de 42, uma média de 6.80 e um desvio padro de 9.91 (tabela 9).

### **Tabela 9**

*Estatística descritiva dos resultados obtidos no RTSHIA.*

	N	M	SD	Min	Max
Correr riscos	104	8.70	5.84	0	23
Autodano	104	6.80	9.91	0	42

## 3.2. Análise inferencial dos dados

Terminada a análise descritiva dos dados obtidos no estudo, apresenta-se agora a inferência estatística que tem como objetivo principal a verificação das hipóteses formuladas.

### 3.2.1. Idade e variáveis em estudo

Para apresentar os resultados da comparação entre idade e as variáveis em questão recorreu-se ao coeficiente de Correlação de Spearman.

No que toca à associação entre a idade e os comportamentos agressivos/agressividade/agressão, a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, o stress, a impulsividade, o autodano avaliado pelo QIAIS-A, a ideação suicida, correr riscos e o autodano avaliado pelo RTSHIA verificou-se através da correlação de *Spearman* que apenas a variável Correr Riscos (RTSHIA) está significativamente correlacionada com a idade ( $p = .016$ ) apresentando uma correlação de .236 (Tabela 10).

**Tabela 10**

*Relação entre idade e variáveis em estudo com recurso à Correlação de Spearman (n =104).*

Idade (Variável em estudo)		
	Coeficiente de Correlação	Sig (2 extremidades)
Raiva	.014	.884
Hostilidade	-.088	.373
Agressão Física	.114	.250
Agressão Verbal	.052	.599
AQ Total	.014	.884
Depressão	-.136	.168
Ansiedade	-.109	.269
Stress	-.068	.491
Impulso	-.051	.605
Autodano (QIAIS-A)	.007	.947
Ideação Suicida	-.130	.189
Correr Riscos	.236*	<b>.016</b>
Autodano (RTSHIA)	-.016	.874

*Nota. \* Correlação significativa ao nível de .05*

### 3.2.2. Comparação entre os dois níveis de idade em função das variáveis em estudo

De seguida procederemos à apresentação dos resultados da comparação por níveis etários em função das variáveis em estudo obtidos com recurso ao Teste T para Amostras Independentes ( $t$ ). Para tal preparámos a Tabela 11, na qual poderemos observar os valores das médias em comparação, o valor de  $t$  e o significado das diferenças encontradas, através do valor de  $p$ .

**Tabela 11**

*Diferenças por níveis etários com recurso ao Teste T para Amostras Independentes (n = 104).*

	Adolescentes	Jovens Adultos	t (df)	Sig. (2 extremidades)
	n = 56	n = 48		
	Média (DP)	Média (DP)		
Raiva	18,32 (7,756)	17,27 (5,553)	$t(99.018) = .802$	.425
Hostilidade	18,71 (7,483)	16,60 (5,716)	$t(102) = 1.595$	.114
Agressão Física	16,91 (4,795)	16,60 (5,010)	$t(102) = .318$	.751
Agressão Verbal	10,43 (4,155)	10,17 (3,709)	$t(102) = .337$	.737
Agressão (Global)	54,36 (19,259)	51,00 (16,659)	$t(102) = .943$	.348
Depressão	8,20 (5,900)	6,60 (4,894)	$t(102) = 1.483$	.141
Ansiedade	6,11 (4,927)	5,48 (4,016)	$t(102) = .705$	.483
Stress	8,20 (5,763)	6,85 (4,376)	$t(102) = 1.320$	.190
Impulso	17,07 (7,032)	16,21 (5,787)	$t(102) = .676$	.500
Autodano (QIAIS-A)	1,91 (3,260)	1,60 (2,091)	$t(102) = .560$	.577
Ideação Suicida	2,13 (2,359)	1,33 (1,449)	$t(102) = 2.020$	<b>.046</b>
Correr Riscos	7,46 (5,005)	10,15 (6,448)	$t(102) = -2.385$	<b>.019</b>
Autodano (RTSHIA)	7,29 (10,736)	6,23 (8,947)	$t(102) = .540$	.591

Observando os dados apresentados (Tabela 11) verificamos apenas uma diferença significativa entre os dois níveis de idade no que toca à ideação suicida,  $t(92.984) = 2.093$ ,  $p = .030$  e no que toca a correr riscos,  $t(88.024) = 2.34$ ,  $p = .030$ . De acordo com estes dados os mais novos apresentariam um maior nível de ideação suicida e um menor nível em correr riscos, quando comparados com os mais velhos.

### 3.2.3. Comparação de género em função das variáveis em estudo

De seguida procederemos à apresentação dos resultados da comparação de género em função das variáveis em estudo obtidos com recurso ao teste de Mann-Whitney. Para tal preparamos a Tabela 12, na qual poderemos observar os valores das ordens médias, o valor de  $U$  e o significado das diferenças encontradas, através do valor de  $p$ .

**Tabela 12**

*Diferenças de género com recurso ao Teste Mann-Whitney (n = 103).*

	Mulheres	Homens	U	Sig. (2 extremidades)
	n = 65	n = 38		
	Posto Médio	Posto Médio		
Raiva	53.62	49.22	1129.50	.470
Hostilidade	52.54	51.08	11200.00	.811
Agressão Física	45.18	63.66	1678.00	<b>.002</b>
Agressão Verbal	52.25	51.58	1219.00	.912
Agressão (Global)	51.32	53.17	1279.50	.761
Depressão	53.52	49.41	1136.50	.500
Ansiedade	57.18	43.14	898.50	<b>.021</b>
Stress	55.58	45.88	1002.50	.111
Impulso	49.62	56.07	1389.50	.290
Autodano (QIAIS-A)	50.55	54.49	1329.50	.482
Ideação Suicida	52.01	51.99	1234.50	.997
Correr Riscos	47.80	59.18	1508.00	<b>.062</b>
Autodano (RTSHIA)	54.17	48.29	1094.00	.320

Observando os dados apresentados (Tabela 12) verificamos que há uma diferença significativa entre mulheres e homens no que toca a agressão física,  $U = 1678.00$ ,  $p = .002$ . Os homens apresentam significativamente maiores níveis de agressão física do que as mulheres. A outra diferença significativa encontrada diz respeito à variável ansiedade,  $U = 898.50$ ,  $p = .021$ . Neste sentido as mulheres apresentam significativamente maiores níveis de ansiedade. Próximo do limiar de significância estatística merece destaque a diferença encontrada na variável correr riscos,  $U = 1508.00$ ,  $p = .062$ . Assim, com as necessárias reservas poderíamos afirmar que os homens estão mais predispostos a correr riscos do que as mulheres.

### 3.2.4. Relação entre as variáveis em estudo

De seguida serão apresentados resultados específicos relacionados ao estudo sobre a associação entre as variáveis em estudo (Tabela 13). Ao longo dos subtópicos abaixo apresentados, foi tido em conta a relação das variáveis relativamente à sua força, variância partilhada e significância estatística.

#### 3.2.4.1 Agressão (AQ) vs correr riscos e autodano (RTSHIA)

Começamos por observar as relações entre as variáveis da agressão medidas pelo AQ e as variáveis correr riscos e autodano, medidas pelo RTSHIA.

Na dimensão **AQ Total** (perspetiva global da agressão) os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as outras variáveis, correr riscos ( $r = 0,352, p < .01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r = 0,525, p < .01$ ).

Na dimensão **Agressão Física**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis correr riscos ( $r=0,272, p<0,01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r=0,307, p<0,01$ ).

Na dimensão **Agressão Verbal**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis, correr riscos ( $r=0,325, p<0,01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r=0,408, p<0,01$ ).

Na dimensão **Raiva**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis, correr riscos ( $r=0,202, p<0,01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r=0,498, p<0,01$ ).

Na dimensão **Hostilidade**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis em estudo, correr riscos ( $r=0,384, p<0,01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r=0,536, p<0,01$ ).

Por último na dimensão **Correr riscos**, os resultados obtidos indicaram uma correlação positivas entre esta variável e o Autodano (RTSHIA), ( $r=0,428, p<0,01$ ).

Assim, os resultados da correlação da agressão medida pelo AQ com correr riscos e o autodano, medidos pelo RTSHIA apresentam correlações positivas, de fracas a moderadas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ). Por sua vez ao verificarmos a correlação entre as variáveis medidas pelo RTSHIA, correr riscos e autodano, observámos uma correlação positiva moderada também significado estatístico ( $p < .01$ ).

#### 3.2.4.2 Agressão (AQ) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A)

Em seguida observaremos as relações entre as variáveis da agressão medidas pelo AQ e as variáveis correr riscos e autodano, medidas pelo QIAIS-A.

Na dimensão **AQ Total** (perspetiva global da agressão), os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis, impulso ( $r=0,696$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,406$ ,  $p<0,01$ ), ideação suicida ( $r=0,457$ ,  $p<0,01$ ),

Na dimensão **Agressão Física**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis, impulso ( $r=0,515$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,354$ ,  $p<0,01$ ), ideação suicida ( $r=0,308$ ,  $p<0,01$ ).

Na dimensão **Agressão Verbal**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis, impulso ( $r=0,530$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,312$ ,  $p<0,01$ ) e ideação suicida ( $r=0,322$ ,  $p<0,01$ ).

Na dimensão **Raiva**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis, impulso ( $r=0,636$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,426$ ,  $p<0,01$ ) e ideação suicida ( $r=0,318$ ,  $p<0,01$ ).

Na dimensão **Hostilidade**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre as variáveis impulso ( $r=0,623$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,339$ ,  $p<0,01$ ) e ideação suicida ( $r=0,517$ ,  $p<0,01$ ).

Também quisemos verificar a associação entre as variáveis **impulso, autodano e ideação suicida** medidas pelo QIAIS-A.

Assim, na dimensão **impulso**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com o autodano (QIAIS-A) ( $r=0,530$ ,  $p<0,01$ ) e a ideação suicida ( $r=0,545$ ,  $p<0,01$ ). Por sua vez, a dimensão **autodano (QIAIS-A)**, apresenta uma correlação positiva com a ideação suicida ( $r=0,533$ ,  $p<0,01$ ).

Posto isto, os resultados da correlação da agressão medida pelo AQ com o impulso, o autodano e a ideação suicida, medidos pelo QIAIS-A apresentam correlações positivas, de fracas a fortes estatisticamente significativas ( $p < .01$ ). Por sua vez ao verificarmos a correlação entre as variáveis medidas pelo QIAIS-A, impulso, autodano e ideação suicida, observámos uma correlações positiva moderadas também significado estatístico ( $p < .01$ ).

### **3.2.4.3 Sintomatologia depressiva (EADS-21) vs correr riscos e autodano (RTSHIA)**

Mereceram-nos também uma atenção especial as relações entre as variáveis indicadoras de sintomatologia psicopatológica e as variáveis correr riscos e autodano, medidas pelo RTSHIA.

Na dimensão **Depressão**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com as variáveis, correr riscos ( $r=0,323$ ,  $p<0,01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r=0,615$ ,  $p<0,01$ ).

Por sua vez, para a dimensão **ansiedade**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com correr riscos ( $r=0,255$ ,  $p<0,01$ ) e autodano (RTSHIA) ( $r=0,600$ ,  $p<0,01$ ).

Por fim, para a dimensão **stress**, os resultados obtidos indicam correlações positivas, com correr riscos ( $r=0,415$ ,  $p<0,01$ ) e Autodano (RTSHIA) ( $r=0,627$ ,  $p<0,01$ ).

Assim, os resultados da correlação das variáveis psicopatológicas, medidas pelo EADS-21, com correr riscos e o autodano, medidos pelo RTSHIA, apresentam correlações positivas, de fracas a moderadas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ).

#### **3.2.4.4 Sintomatologia depressiva (EADS-21) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A)**

Ainda considerando as variáveis indicadoras de sintomatologia psicopatológica mereceram-nos também uma atenção especial as relações entre estas variáveis e as variáveis impulso, autodano e ideação suicida medidas pelo QIAIS-A.

Partindo da dimensão **depressão**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com as variáveis, impulso ( $r=0,671$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,615$ ,  $p<0,01$ ), ideação suicida ( $r=0,596$ ,  $p<0,01$ ).

Para a dimensão **ansiedade**, os resultados obtidos indicam correlações positivas entre esta variável, o impulso ( $r=0,495$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,423$ ,  $p<0,01$ ), e a ideação suicida.

Já para a dimensão **stress**, os resultados obtidos indicam correlações positivas com as variáveis, impulso ( $r=0,651$ ,  $p<0,01$ ), autodano (QIAIS-A) ( $r=0,399$ ,  $p<0,01$ ) e ideação suicida ( $r=0,585$ ,  $p<0,01$ ).

Observando, por fim, as intercorrelações entre as variáveis depressão, ansiedade e stress os resultados obtidos mostram correlações positivas entre depressão e ansiedade ( $r=0,699$ ,  $p<0,01$ ), entre depressão e stress ( $r=0,814$ ,  $p<0,01$ ) e entre ansiedade e stress ( $r=0,747$ ,  $p<0,01$ ).

Considerando os resultados da correlação das variáveis psicopatológicas, medidas pelo EADS-21, com impulso, autodano e ideação suicida, medidos pelo QIAIS-A, observamos correlações positivas, de fracas a moderadas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ). No que toca às intercorrelações entre depressão, ansiedade e stress medidas pelo EADS-21 observamos correlações positivas fortes também significado estatístico ( $p < .01$ ).

**Tabela 13**

*Relação entre os comportamentos agressivos e autolesivos e os sintomas de ansiedade, de depressão e stress (Correlação de Spearman).*

	Raiva	Hostilidade	Agressão Física	Agressão Verbal	AQ Total	Depressão	Ansiedade	Stress	Impulso	Autodano (QIAIS-A)	Ideação suicida	Correr riscos	Autodano (RTSHIA)
Raiva	1.00												
Hostilidade	.615**	1.00											
Agressão Física	.603**	.467**	1.00										
Agressão Verbal	.739**	.677**	.523**	1.00									
AQ Total	.866**	.866**	.691**	.877**	1.00								
Depressão	.551**	.725**	.398**	.498**	.678**	1.00							
Ansiedade	.386**	.475**	.090	.383**	.444**	.699**	1.00						
Stress	.597**	.694**	.307**	.569**	.689**	.814**	.747**	1.00					
Impulso	.636**	.623**	.515**	.530**	.696**	.671**	.495**	.651**	1.00				
Autodano (QIAIS-A)	.426**	.339**	.354**	.312**	.406**	.440**	.423**	.399**	.530**	1.00			
Ideação suicida	.318**	.517**	.308**	.322**	.457**	.596**	.435**	.585**	.545**	.533**	1.00		
Correr riscos	.202*	.384**	.271**	.325**	.352**	.323**	.255**	.415**	.386**	.329**	.371**	1.00	
Autodano (RTSHIA)	.498**	.536**	.307**	.408**	.525**	.615**	.600**	.627**	.541**	.739**	.664**	.428**	1.00

Nota. \*\*a correlação é significativa no nível .01 (2 extremidades)

\*a correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades)

## Capítulo 4: Discussão

O principal objetivo deste estudo, passou por perceber e caracterizar os comportamentos agressivos e autolesivos, impulsivos, ideação suicida, correr riscos, variáveis psicopatológicas (ansiedade, depressão e stress) e a sua inter-relação numa amostra de adolescentes e adultos emergentes, considerando ainda algumas variáveis sociodemográficas.

No presente estudo, dos indivíduos que constituem a amostra, verificou-se que a maioria eram mulheres (62.5%) e a média de idades é de 19.24 anos. As características acima mencionadas apresentam-se em conformidade com as verificadas em outros estudos anteriormente realizados (e.g. Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; O'Donell, House, & Waterman, 2015). Deste modo, podemos inferir que a idade e a faixa etária em que os indivíduos se encontram, vêm sendo assumidas como um fator de risco para a manifestação de comportamentos agressivos e/ou autolesivos, uma vez que a incidência desse evento se verifica na adolescência e início da fase adulta (Bertolote & Fleischmann, 2004; De Leo, Bertolote, & Lester, 2003; Shaffer & Pfeffer, 2001; Washburn et al., 2012; WHO, 2001). Para melhor compreensão dos resultados é de ressaltar a pontuação obtida pelos inquiridos nos instrumentos de recolha de dados. No instrumento AQ, 52.81% dos indivíduos envolveram-se ou manifestaram comportamentos agressivos propriamente ditos. Conquanto continue a ser real que a pontuação mais alta corresponde a maior gravidade do comportamento, o valor a partir do qual estes comportamentos são entendidos como preocupantes continua indefinido. Os resultados vêm assim, confirmar a necessidade de se efetuarem mais estudos, com o propósito de perceber como classificar a gravidade e os diferentes níveis de frequência do comportamento agressivo (Myers, 2014).

Já no que diz respeito ao EADS-21, as três escalas (depressão, ansiedade e stress) que o compõem revelam como valores médios, 7.46, 5.82 e 7.58, revelando que o valor médio se encontra abaixo da mediana entre 0 e 20, 0 e 18 e 0 e 20 respetivamente. Por consequência apesar de abaixo o valor, face à magnitude do presente estudo, os diferentes valores respetivos a cada escala, revelam-se preocupantes olhando para a natureza da variável. É assim imprescindível olhar com outros olhos para as patologias acima mencionadas com o objetivo de classificar a sua gravidade apesar dos valores médios se verificarem abaixo, conforme o relatório Health at a Glance (2018) revela, Portugal foi considerado um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais (18,4%).

Relativamente ao QIAIS-A, 16.67% dos inquiridos revelaram manifestações impulsivas. Apesar do valor médio se encontrar abaixo da mediana, em termos epidemiológicos e de saúde pública é fulcral termos em conta que se trata de uma preocupação. No mesmo ponto de vista, devem ser interpretados os valores médios correspondentes ao autodano (1.77) e à ideação suicida (1.76). Conforme Borges (2006), a adolescência apresenta ser uma fase intensa, em que o jovem pode estar mais predisposto à manifestação de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas. Por fim, o instrumento (RTSHIA) utilizado na presente investigação, revela como valor médio para o fator “correr riscos” 8.70 e para o fator “autodano” 6.80. A análise destes valores deve assim ter em conta os aspetos negativos associados a estas variáveis.

No que diz respeito à primeira hipótese do estudo, que esperava que nos adolescentes e jovens adultos existisse uma associação significativa entre a idade e a agressão, a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia depressiva, o stress, a impulsividade, o autodano avaliado pelo QIAIS-A, a ideação suicida, correr riscos e o autodano avaliado pelo RTSHIA, verificou-se que apenas a variável Correr Riscos (RTSHIA) está significativamente correlacionada com a idade ( $p=0,016$ ) apresentando uma correlação fraca de 0,236.

Conforme explicito acima, as outras variáveis envolvidas no presente estudo, não revelaram significância estatística para com a variável idade. No entanto, e segundo estudos anteriormente realizados era de esperar que variáveis como: impulso; autodano (QIAIS-A); ideação suicida e autodano (RTSHIA) apresentassem significado estatístico na relação com a idade. Segundo Hawton e outros colaboradores (2012), 10% dos adolescentes numa amostra comunitária revelaram apresentar comportamentos autolesivos pelo menos uma vez ao longo da vida, verificando-se maior incidência na faixa etária em questão em comparação com outras faixas etárias. Por sua vez, era esperado ainda, que variáveis como a ansiedade, depressão e stress estivessem associadas significativamente com a idade, conforme mencionado por Luz (2019).

Já no que diz respeito às diferenças significativas quando comparamos os dois níveis de idade (adolescentes e jovens adultos) em função das variáveis em estudo, verificou-se existirem diferenças significativas entre os dois níveis de idade no que toca à ideação suicida e no que toca a correr riscos.-De acordo com estes dados os mais novos apresentariam um maior nível de ideação suicida e um menor nível em correr riscos, quando comparados com os mais velhos.

Relativamente à terceira hipótese do estudo, que previa diferenças significativamente estatísticas quando comparados ambos os géneros em função dos comportamentos agressivos/agressividade/agressão, a sintomatologia ansiosa, a

sintomatologia depressiva), o stress, a impulsividade, o autodano avaliado pelo QIAIS-A, a ideação suicida, correr riscos e o autodano avaliado pelo RTSHIA. Efetivamente verificaram-se evidências significativamente estatísticas, entre mulheres e homens no que toca a agressão física. Os homens apresentam significativamente maiores níveis de agressão física do que as mulheres, similarmente ao referido na literatura por Neto (2014). A outra diferença significativa encontrada diz respeito à variável ansiedade. Neste sentido as mulheres apresentam maior probabilidade de desenvolverem sintomatologia ansiosa comparativamente aos homens conforme mencionado por Kinrys e Wygant (2005). Próximo do limiar de significância estatística merece destaque a diferença encontrada na variável correr riscos. Assim, com as necessárias reservas poderíamos afirmar que os homens estão mais predispostos a correr riscos do que as mulheres. Estudos anteriormente realizados (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; O'Donnell, House, & Waterman, 2015) evidenciam que o género é o fator sociodemográfico com maior relevo, defendendo ainda que no género feminino se verificam maiores incidências de comportamentos autolesivos, o que não se verificou nos dados do presente estudo. De acordo, com os autores supramencionados, Archer e Coyne (2005), revelam ainda que a manifestação dos comportamentos agressivos é alvo de diferentes conclusões quando comparados ambos os sexos (feminino e masculino).

#### *Agressão (QA) vs correr riscos e autodano (RTSHIA)*

As correlações encontradas entre os fatores e o total (34 itens) da RTSHIA e os fatores e o total da AQ são significativas, embora variando de fraco a forte. Estes dados mostram que o autodano e o correr riscos se encontra significativamente correlacionados com a agressão física, a agressão verbal, a raiva e a hostilidade, o que significa que pontuações mais altas na RTSHIA correspondem a pontuações mais altas na AQ, o que corrobora a nossa hipótese (H4).

Os valores de correlação encontrados na amostra entre o fator Autodano e os fatores da agressão, revelam-se moderados. A relação mais alta, ainda que moderada, é a observada entre o autodano e o fator Hostilidade ( $r=,536$ ). Já no caso do fator Correr riscos, os valores revelam-se mais baixos, sendo a relação com o fator Hostilidade ( $r=,384$ ) a mais elevada, apesar de fraca. As associações encontradas indicam que, quanto maior a ocorrência de comportamentos autodestrutivos, maior o estado emocional de hostilidade do indivíduo. Estes resultados vêm suportar Mangnall e Yurkovich (2008) que referem a hostilidade como fator precipitante ou predisponente do comportamento de autodano.

A baixa correlação dos comportamentos autolesivos com a raiva pode ser fundamentada pelo facto de a maioria dos indivíduos mencionar que, após o

comportamento de autodano, a raiva desaparece (Suyemoto, 1998). Posto isto, a raiva deve ser contemplada no desenho de programas de intervenção para adolescentes, necessitando estes incluir a promoção de estratégias de controlo desta emoção para que um maior bem-estar se possa traduzir numa menor ocorrência de comportamentos autodestrutivos.

#### *Agressão (AQ) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A)*

Por sua vez, no que concerne à relação entre os fatores da QIAIS-A e do AQ, constata-se a presença de correlações positivas, o que significa que pontuações mais altas na QIAIS-A correspondem a pontuações mais altas na AQ. Ou seja, quanto mais frequente são os comportamentos impulsivos, de autodano e ideação suicida, maiores serão os comportamentos agressivos do indivíduo.

Os valores de correlação encontrados na amostra entre o fator impulso e os fatores da agressão, revelam-se moderados. A relação mais alta, ainda que moderada, é a observada entre o Impulso e o fator Raiva ( $r=.636$ ). Já no caso do fator Ideação Suicida, os valores são baixos, exceto na relação com o fator Hostilidade ( $r=.517$ ) em que a relação é de magnitude moderada. Por último, o fator Autodano, revela valores mais baixos, caracterizando-se por serem fracos. As fusões encontradas sugerem assim que, quanto maior o nível de impulso, maiores os níveis de raiva do indivíduo. A elevada correlação de comportamentos impulsivos, pode fundamentar o facto dos indivíduos com maiores níveis de raiva, serem mais impulsivos (Brushman & Anderson, 2001).

#### *Sintomatologia psicopatológica (EADS-21) vs correr riscos e autodano (RTSHIA)*

Relativamente às correlações encontradas entre os fatores que compõem o RTSHIA e os fatores do EADS-21, estas apresentam significado estatístico, variando de fraco a moderado. Estes dados mostram que os fatores de Autodano e de Correr Riscos se encontram significativamente correlacionados com a depressão, ansiedade e stress, o que significa que pontuações mais altas na RTSHIA correspondem a pontuações mais altas na EADS-21, o que certifica a nossa hipótese (H4). Ou seja, quanto mais frequente são os comportamentos de autodano e de ideação suicida, maiores serão os valores de depressão, ansiedade e stress. A relação mais alta, ainda que moderada, é a observada entre o Stress e o fator Autodano ( $r=.627$ ). Já no caso do fator Correr Riscos, os valores são baixos, exceto na relação com o fator Stress ( $r=.415$ ) em que a relação é de magnitude moderada. As relações encontradas sugerem assim que, quanto maior o nível de stress, maiores os níveis de autodano e de correr riscos do indivíduo. Similarmente ao referido por Bock et. al., (2021), que revela que indivíduos que satisfazem critérios de perturbações, são na maior parte das vezes indivíduos com afeto negativo frequente e

intenso, revelando taxas mais altas de ALNS em relação a indivíduos sem os mesmos sintomas.

#### *Sintomatologia psicopatológica (EADS) vs impulso, autodano e ideação suicida (QIAIS-A)*

As correlações encontradas entre os fatores e o total da QIAIS-A e os fatores e o total da EADS-21 são significativas, embora variando de fraco a moderado. Os dados demonstram assim, que o impulso, o autodano e a ideação suicida se encontram significativamente correlacionados com a depressão, a ansiedade e o stress.

O Impulso é a variável que se encontra mais correlacionada com a depressão, a ansiedade e o stress. Maiores pontuações na EADS-21 sugerem maior frequência de comportamentos impulsivos, de autodano e de ideação suicida, o que confirma a nossa hipótese (H4).

Conforme se verifica, existem correlações entre os fatores que compõem a QIAIS-A, a depressão, ansiedade e o stress, como tem vindo a (Martínez-Montegudo et al., 2020) problemas, como a depressão, ansiedade e stress estão estritamente relacionados com pensamentos e comportamentos autolesivos (Jenaro et al., 2021 & Faucher et al., 2014).

### **4.1. Limitações e contributos**

O presente estudo evidência algumas limitações que surgiram durante o seu desenvolvimento. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra utilizada pode ter comprometido o alcance interpretativo interpretação dos resultados obtidos. Desta forma, seria importante investigações futuras expandirem a investigação em amostras maiores para melhor interpretação dos resultados. Uma vez tratar-se de uma população adolescente, a utilização de um protocolo de investigação extenso pode ter-se constituído fator de fadiga ou de perda de motivação.

No que concerne ao método de avaliação, este baseou-se unicamente em escalas de autorresposta, aplicadas num único ponto do tempo. A recolha em vários períodos de tempo poderia garantir a validade e a confiabilidade dos resultados observados. Propõe-se, ainda, a aplicação, em estudo futuros, de entrevistas, que possam permitir um melhor entendimento das causas de ocorrência destes comportamentos nos adolescentes e jovens adultos. Outra limitação, passa pelos dados estatísticos recolhidos não seguirem uma distribuição normal.

Por ser um estudo exploratório e correlacional, foi analisada a relação destes comportamentos autolesivos com as variáveis já referidas na literatura. Seria importante estudar a relação com outras variáveis, de maneira a conhecer mais e melhor estes comportamentos autolesivos e agressivos.

Apesar das limitações acima mencionadas, os dados recolhidos e tratados neste estudo apresentam ser uma mais-valia na medida em que permitem ter um conhecimento mais completo e sistematizado sobre os comportamentos autolesivos e agressivos na adolescência e adultez emergente.

Considerando assim, que o presente estudo contribuiu com importantes implicações práticas, contribuindo significativamente para o campo da saúde e da psicologia. Este estudo pretende ser mais um contributo para uma melhor percepção da relação das variáveis psicopatológicas e dos comportamentos agressivos com os comportamentos autolesivos. A análise dos resultados permitiu confirmar a existência de uma relação entre variáveis psicopatológicas e os comportamentos autolesivos e agressivos nesta população.

Esses resultados salientam a complexidade dos comportamentos autolesivos, contribuindo para uma maior compreensão dos desafios enfrentados pelos indivíduos, destacando a necessidade de pesquisas contínuas e intervenções personalizadas para atender às necessidades individuais de cada indivíduo.

É relevante que mais investigação sobre a coexistência de perturbações com estes comportamentos seja desenvolvida. Tal como nos recomenda Laufer (2000) existe ainda muito para conhecer acerca dos comportamentos autolesivos, e mais estudos são necessários para perceber o que acontece ao nível do desenvolvimento na adolescência, que leva o jovem a tais condutas.

## Referências bibliográficas

- Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2017). Aggression and violence: Definitions and distinctions. In P. Sturme (Ed.), *The Wiley handbook of violence and aggression* (Chap. 1, pp. 1-14). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva001>
- Archer, J., & Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational, and social aggression. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 9(3), 212–230. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0903\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0903_2)
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child development perspectives*, 1(2), 68-73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Aventura Social (2022). *Aventura social & saúde indicadores de saúde dos adolescentes portugueses relatório preliminar HBSC*. <http://aventurasocial.com/2022/main.php>
- Ayidaga, T., Ozel-Kizil, E. T., Çolak, B. U. R. Ç. İ. N., & Akman-Ayidaga, E. (2022). Detailed analysis of risk-taking in association with impulsivity and aggression in euthymic patients with bipolar disorder type I. *Journal of Cognitive Psychology*, 34(7), 917-929. <https://doi.org/10.1080/20445911.2022.2098303>
- Berkowitz, L. (1988). Frustrations, appraisals, and aversively stimulated aggression. *Aggressive Behavior*, 14(1), 3–11.
- Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.

- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis, 25*(4), 147-155.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Firinciogullari, S., Steven, P. E. & Mann, J. J. (2003). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1486-1493.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, 47*(3-4), 372-394.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal), 11*, 345-351.
- Bock, R. C., Berghoff, C. R., Baker, L. D., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2021). The relation of anxiety to nonsuicidal self-injury is indirect through mindfulness. *Mindfulness, 12*, 2022-2033.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1989). *Depression. Guilford.*
- Bushman, B., J. & Anderson, C., A. (2001). Is It Time to Plug on the Hostile Versus Instrumental Aggression Dichotomy? *Psychological Review, 101*(1), 273-279. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.108.1.273>
- Buss, A. H. (1975). A agressão compensa. In J. L. Singer (Org.), *O controle da agressão e da violência: Fatores cognitivos e fisiológicos* (pp. 112-130). Editora Pedagógica e Universitária (EPU).
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459.
- Card, N. A., & Little, T. D. (2006). Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: A meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 30*(5), 466-480. <https://doi.org/10.1177/0165025406071904>
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and

- confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry research*, 227(2-3), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.031>
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *American Academy of Child Psychiatry*, 21(4), 361-368. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an Anxiety Disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 6. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cunha, O., & Gonçalves, R. A. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 3-17. <https://doi.org/10.14417/lp.620>
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R., & Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(8), 842-855.
- De Leo, D., Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. Em E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zuví, & P.R. Lozano (Eds.), *Informe mundial de la violencia e de la salud* (pp. 200-231). Organización Panamericana de la Salud.
- de Sousa, S. S. (2017). *O impacto das variáveis relacionais e Individuais na adolescência: relação com a Ideação suicida e os comportamentos Autolesivos* [Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do ISPA, Instituto universitário, <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6250>
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 06-11.
- Duque, A. F., & Neves, P. G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: Avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 215-227.

- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.
- Faucher, C., Jackson, M., & Cassidy, W. (2014). Cyberbullying among university students: Gendered experiences, impacts, and perspectives. *Education Research International*,-. Article ID 698545. <https://doi.org/10.1155/2014/698545>
- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Décarie Editeure & Lusociência.
- Glasser, G.J., Winter, R.F. (1961). Critical values of the coefficient of rank correlation for testing the hypothesis of independence. *Biometrika* 48, 444–448.
- Geen, R., G. (2001). Introduction to the study oh aggression. In: Russell Geen (2<sup>nd</sup> Ed), *Human Aggression* (pp. 1-20). Open University Press.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 31(2), 213-222.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2389.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.
- Ibrahim, N., Amit, N., & Suen, M. W. Y. (2014). Psychological factors as predictors of suicidal ideation among adolescents in Malaysia. *PloS one*, 9(10), e110670
- Jenaro, C., Flores, N., & Frías, C. P. (2021). Anxiety and Depression in Cyberbullied College Students: A Retrospective Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 579-602. <https://doi.org/10.1177/0886260517730030>
- Jokinen, J., Forslund, K., Ahnemark, E., et al., 2010a. Karolinska Interpersonal Violence Scale predicts suicide in suicide attempters. *J. Clin. Psychiatry* 71 (8), 1025–1032.

- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida-estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-219.
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, s43-s50.
- Kleiman, E. M., Ammerman, B. A., Kulper, D. A., Uyeji, L. L., Jenkins, A. L., & McCloskey, M. S. (2015). Forms of non-suicidal self-injury as a function of trait aggression. *Comprehensive psychiatry*, 59, 21-27.
- Laufer (2000). *O adolescente Suicida*. Climepsi Editores.
- Lee SI, Jung H (2006) Psychosocial Risk Factors for Suicide. *Psychiatr Invest* 3; 15–22.
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P. Ü. (2017). Quando a ansiedade vira doença? Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1 e 2), 111-132.
- Little, T., Henrich, C., Jones, S., & Hawley, P. (2003). Disentangling the "whys" from the "whats" of aggressive behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 122-133.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Stress do Professor*-Papirus Editora.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Artmed.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structuree of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Luz, P. J. C. D. (2019). *Prevenção e gestão do comportamento agressivo na pessoa com doença mental*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório ESEL - Dissertações de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10400.26/36871>

- Mann, J. J., Bortinger, J., Oquendo, M. A., Currier, D., Li, S., & Brent, D. A. (2005). Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1672-1679.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in psychiatric care*, 44(3), 175-184.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74.
- Martínez-Monteaquedo, M. C., Delgado, B., Díaz-Herrero, Á., & García-Fernández, J. M. (2020). Relationship between suicidal thinking, anxiety, depression and stress in university students who are victims of cyberbullying. *Psychiatry Research*, 286, 112856.
- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente. *Psychologica*, 51, 147-168.
- McDowell, A. K., Lineberry, T. W., & Bostwick, J. M. (2011). Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings* (86 (8), 792-800.).
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2016). Reconsidering Criterion A for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 547-558. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9543-0>
- Murphy, K., & Davidshofer, C. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*. Prentice-Hall.
- Meyers, D. (2014). Resisting hate crime discourse: Queer and intersectional challenges to neoliberal hate crime laws. *Critical Criminology*, 22, 113-125.
- Nunes, C. P. D. S. (2013). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAIS-A)* [Tese de Doutorado, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores, <http://hdl.handle.net/10400.3/1985>

- Núcleo de Estudos da Violência (NEV-USP) & Organização Mundial da Saúde (2015). *Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências*. Núcleo de Estudos da Violência (NEV-USP) & Organização Mundial da Saúde. <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2016/10/Prevenindo-a-viole%CC%82ncia-juvenil-Pt-Br-1.pdf>
- O'Donnell, O., House, A., & Waterman, M. (2015). The co-occurrence of aggression and self-harm: systematic literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 325-350.
- Overholser, J. (2003). Predisposing factors in suicide attempts: life stressors. In *Evaluating and treating adolescent suicide attempters* (pp. 41-52). Academic Press.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2006). *Avaliação psicológica em contextos de saúde e de doença: Instrumentos publicados em português*. Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis, using IBM SPSS* (7th Edition). McGraw-Hill / Open University Press.
- Phillips, M. R., Li, X., & Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995–99. *The Lancet*, 359(9309), 835-840.
- Pfaff, J. J., Acres, J. G., & McKelvey, R. S. (2001). Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia*, 174(5), 222-226.
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., Ward, H. & Positive Voices study group-(2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV medicine*, 19(4), 261-270.
- Rios, O. D. F. L. (2006). Níveis de stress e depressão em estudantes universitários [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Ruiz, J. S., Cuadrado, A. I., & Rodríguez, J. M. M. (2001). *Trastornos de angustia: crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. MASSON.

Sampaio, D. (2006). *Laurar o Mar* (1.ª Edição). Editorial Caminho.

Santos, M. T. F. D., & Gomes, M. H. (2012). Estresse e Modos de Andar a Vida: uma contribuição de Canguilhem para a compreensão da Síndrome Geral de Adaptação. *Saúde e Sociedade*, 21, 788-796.

Santos, M. S. P. D. (2017). *Estudo de pensamentos associados à ideação suicida em adolescentes: fatores de vulnerabilidade em escolares da cidade do Recife* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. ATTENA, Repositório da UFPE, <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/27707>

Selye, H. (1951). The general-adaptation-syndrome. *Annual review of medicine*, 2(1), 327-342.

Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S.

Shemesh, E., Annunziato, R. A., Rubinstein, D., Sultan, S., Malhotra, J., Santra, M., ... & Yehuda, R. (2009). Screening for depression and suicidality in patients with cardiovascular illnesses. *The American journal of cardiology*, 104(9), 1194-1197.

Singh, R., & Joshi, H. L. (2008). Suicidal ideation in relation to depression, life stress and personality among college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(2), 259-265.

Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.

Tarran, R., Button, B., Picher, M., Paradiso, A. M., Ribeiro, C. M., Lazarowski, E. R., ... & Boucher, R. C. (2005). Normal and cystic fibrosis airway surface liquid

homeostasis: the effects of phasic shear stress and viral infections. *Journal of Biological Chemistry*, 280(42), 35751-35759.

Thai, T. T., Jones, M. K., Nguyen, T. P., Pham, T. V., Bui, H. H. T., Kim, L. X., & Nguyen, T. V. (2021). The prevalence, correlates and functions of non-suicidal self-injury in Vietnamese adolescents. *Psychology research and behavior management*, 1915-1927. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S339168>

Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2017). Minority stressors and psychological distress in transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 328–340. <https://doi.org/10.1037/sgd0000237>

Vrouva, I., Fonagy, P., Fearon, P. R., & Roussow, T. (2010). The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation. *Psychological assessment*, 22(4), 852-865. <https://doi.org/10.1037/a0020583>

Wan, L.-P., Yang, X.-F., Liu, Z.-Z., Liu, B.-P., Zhang, Y.-Y., Liu, C. R., Jia, C.-X. & Wang, X. T. (2023). Longitudinal Associations of Stressful Life Events with Non-suicidal Self-Injury among Chinese Adolescents: The Mediating Effect of Depressive Symptoms. *Depression and Anxiety*, 2023.

Wang, P. S., Sérgio, A.-G., AlHamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C, Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H. R., Hu, C.-Y., Karam, E. G., Kovess, V., Sing Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J. E. & Kessler, R. C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In Graham Thornicroft, George Szmukler, Kim Mueser & Robert E. Drake (eds.). *Oxford textbook of community mental health* (Chap. 6, pp. 50-66). <https://doi.org/10.1093/med/9780199565498.003.0027>

Watson, D., & Clark, L. A. (1991). Mood and anxiety symptom questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t13679-000>

Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in

adolescents. *Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 14.  
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-14>

(WHO), W. H. (2014). *Health for the World's Adolescents - A second chance in the second decade*. World Health Organization.

Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2019). Validation of the risk-taking and self-harm inventory for adolescents in a Portuguese community sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 52(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/07481756.2018.1435189>

Zhang, L., Meiai, C. H. E. N., Benxian, Y. A. O., & Zhang, Y. (2021). Aggression and non-suicidal self-injury among depressed youths: the mediating effect of resilience. *Iranian journal of public health*, 50(2), 288