



UC/FPCE 2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudo de Validação de um Questionário de
Comportamentos Autolesivos em Reclusos**

Ana Margarida Duarte Ferraz (e-mail: margaridaferraz92@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de especialização em Psicologia Forense, sob orientação do Professor Doutor Mário R. Simões (FPCE-UC) e do Doutor Pedro Armelim Almiro (Instituto Piaget/ISEIT, Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria da FPCE-UC)

Estudo de Validação de um Questionário de Avaliação de Comportamentos Autolesivos em Reclusos

Resumo

Em comparação com a população da comunidade, as estatísticas relativas aos comportamentos autolesivos em contexto prisional, remetem para valores elevados. Apesar disso, esta realidade tem sido negligenciada. Os comportamentos autolesivos consistem num aglomerado de atos através dos quais o sujeito causa uma lesão a si próprio, independentemente da intencionalidade, letalidade, motivo que lhe está subjacente, do nível de consciência e da psicopatologia. Os comportamentos autolesivos dividem-se num *continuum* entre a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado.

A presente investigação tem como principal objetivo o estudo dos comportamentos autolesivos em contexto prisional, pretendendo deste modo contribuir para a sua compreensão. Para tal procedeu-se à construção e validação de uma nova escala: a Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL; Ferraz & Simões, 2015). Este é um instrumento de avaliação de sujeitos em risco de comportamento autolesivo, orientado especificamente para o contexto prisional. Para o efeito, recorreu-se a uma amostra de 120 sujeitos recolhida em meio prisional, a quem foi administrado, para além da Escala de Comportamentos Autolesivos, uma bateria de instrumentos de avaliação psicológica que incluiu o Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R; Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985; Almiro & Simões, 2014); o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarró, 2007); o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; Oliveira-Brochado, Simões, & Paúl, 2014); a Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; Simões, Almiro, & Sousa, 2014) e um questionário sociodemográfico.

Os resultados demonstraram a existência de uma relação entre os comportamentos autolesivos (ideação suicida, tentativa de suicídio, automutilação e parassuicídio) e as variáveis de cariz sociodemográfico, jurídico e prisional, a sintomatologia psicopatológica e as dimensões de personalidade (Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo).

Palavras-chave: Escala de Comportamentos Autolesivos; avaliação psicológica; ideação suicida; tentativa de suicídio; parassuicídio; suicídio; prisão.

Validation study of a Self-harming Behaviour Questionnaire for Prisoners

Abstract

Even though self-harming behaviours in prison have higher statistic data in comparison to the general population, they have been neglected over time by the different areas.

Self-harming behaviours consist in a cluster of acts in which the subject harms himself, regardless of the intention, lethality, reason behind it, level of consciousness or psychopathology. The self-harming behaviours split in a *continuum* of suicidal ideation, suicidal attempt and suicide.

The aim of the present investigation is to study self-harming behaviours in prisons and to understand the influence of socio-demographic, legal and criminal characteristics, psychopathology symptoms and personality dimensions in these behaviours. For this purpose, a new scale was constructed: the “Self-harming Behaviour Questionnaire” (ECAL; Ferraz & Simões, 2015), this is an assessment tool of subjects at risk, specifically directed at the prison context, to allow a more accurate evaluation.

The sample of this study consists of 120 prisoners to whom we applied the Self-harming Behaviour Questionnaire (Ferraz & Simões, 2015); Eysenck Personality Questionnaire – Revised (EPQ-R; Eysenck, Eysenck & Barrett, 1985; Almiro & Simões, 2013), Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007); Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; Oliveira-Brochado, Simões, & Paúl, 2013); Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; Simões, Almiro e Sousa, 2014) and a sociodemographic questionnaire.

The results showed a relation between self-harming behaviours (suicidal ideation, suicide attempts, self-mutilation and parasuicide) and sociodemographic variables, legal-criminal nature, psychopathological symptoms and personality dimensions (Psychoticism, Extroversion and Neuroticism).

Keyword: Self-harming Behaviour Questionnaire; psychological assessment; self-harming behaviours, suicidal ideation, self-mutilation, parasuicide, prison.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Mário R. Simões pela partilha de conhecimento, espírito crítico, motivação, incentivo e apoio demonstrados ao longo deste percurso.

Ao Doutor Pedro Almiro pelo apoio, motivação e esforço sempre manifestados.

À Mestre Isabel Sofia Teixeira Dias pela disponibilidade, ajuda, conselhos e apoio sempre demonstrados.

Aos meus pais por lutarem por mim e comigo todos os dias.

À minha família: Aos meus avós e padrinhos (Luís, Gigi, Helena e Fernando), à Carla e à Leonor.

Aos amigos de sempre e para sempre, que estiveram presentes nos momentos mais difíceis, quando esta dissertação se mostrava uma meta difícil de alcançar: Francisca, André, Inês, Leonor e João, obrigada!

Ao Estabelecimento Prisional de Coimbra e aos seus reclusos por me terem acolhido durante o último ano, por partilharem as suas histórias e alimentarem o meu interesse pela área forense.

Ao Estabelecimento Prisional Regional de Leiria, aos seus técnicos e reclusos. Em especial, à Dra. Isabel Ribeiro pelo apoio ao desenvolvimento desta investigação.

Às minhas colegas de Psicologia Forense, por partilharmos esta vontade de saber sempre mais...

“Não perguntem às prisões o que elas podem fazer por nós, mas perguntem sim o que nós próprios podemos fazer por elas. E, já agora pelos reclusos.” (Gonçalves, 2008)

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1.1. Definição e conceptualização dos comportamentos autolesivos	2
1.2. Parassuicídio	4
1.3. O suicídio em contexto prisional	5
1.4. Fatores de risco	6
1.5. Fatores de Proteção	10
1.6. Prevenção	10
II – Objetivos	11
III – Metodologia	12
3.1. Descrição da Amostra	12
3.2. Materiais e Instrumentos	14
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	14
3.2.2. Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R; Eysenck, Eysenck & Barrett, 1985; Almiro & M.R. Simões,2013)	14
3.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007)	15
3.2.4. Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996; Oliveira-Brochado, M.R. Simões e Paúl, 2014)	15
3.2.5. Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL; Ferraz & Simões, 2015)	15
3.2.6. Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; M.R. Simões, Almiro & Sousa, 2014)	16
3.3 Procedimentos	16
3.3.1 A Construção da ECAL.....	17
IV – Resultados	17
4.1. Análise descritiva da amostra e instrumentos	17
4.2. Estudos de Precisão e Validade.....	19
4.3. Estudo das relações entre os dados sociodemográficos, jurídicos e prisionais na prática de comportamentos autolesivos	23
V – Discussão	26
VI – Conclusões	31
Bibliografia	33
Anexos	45

Lista de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado	45
Anexo B – Questionário de Dados Sociodemográfico	47
Anexo C – Instrumentos de Avaliação de Comportamentos Suicidários.....	49

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra	13
Tabela 2. Características jurídicas e prisionais da amostra.....	14
Tabela 3. Análise Descritiva de variáveis sociodemográficas	17
Tabela 4. Análise Descritiva dos Instrumentos de Avaliação.....	18
Tabela 5. Sintomatologia depressiva da amostra (BDI-II).....	19
Tabela 6. Análise Descritiva da ECAL.....	19
Tabela 7. Análise da Consistência Interna da ECAL	20
Tabela 8. Estatísticas Item-Total da ECAL	20
Tabela 9. Análise de correlação de r Pearson - ECAL e instrumentos de avaliação.....	22

Introdução

O presente estudo tem como objetivo central a construção e validação de um novo instrumento de avaliação de comportamentos autolesivos em contexto prisional e contribuir para o alargamento do conhecimento acerca desta problemática em sujeitos reclusos. De forma mais específica, pretende-se conhecer o modo como a ideação suicida e os comportamentos autolesivos estão relacionados com a sintomatologia psicopatológica, com as dimensões de personalidade, e com as características sociodemográficas e prisionais em sujeitos privados de liberdade.

O suicídio em contexto prisional é um tema que carece de investigação em Portugal e, também, de novos instrumentos de avaliação (precisos e válidos), que se encontrem adaptados a este contexto. Na literatura internacional encontramos dados que revelam taxas de comportamentos autolesivos em sujeitos reclusos superiores aos da população geral (por exemplo, Connelly & Palmer, 2005; Daniel & Fleming, 2006; Hayes, 1995). Este fenómeno manifesta-se igualmente na realidade portuguesa, apesar da investigação empírica existente estar dirigida, sobretudo, para o estudo do suicídio consumado (N. Moreira, 2009; S. Moreira, 1998). O comportamento suicida ocorre quando o indivíduo se magoa a si próprio, independentemente do grau de letalidade, intenção e motivação subjacentes (Botega, León, Oliveira, Barros, Silva, & Dalgarrondo, 2005). Este tipo de comportamento é classificado num *continuum* entre a ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio consumado. O comportamento suicida é influenciado por múltiplos fatores que em contexto prisional exercem uma força superior à verificada na população geral (N. Moreira, 2010; Souza & Ávila, 2008).

No âmbito da presente investigação foram avaliados indivíduos do género masculino detidos no Estabelecimento Prisional de Coimbra e no Estabelecimento Prisional Regional de Leiria, a quem foi administrado um protocolo de avaliação constituído por: um questionário sociodemográfico; Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R; Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985; versão portuguesa de Almiro & Simões, 2014); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 2007); Inventário da Depressão de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa de Oliveira-Brochado, Simões, & Paúl, 2014); Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL; Ferraz & Simões, 2015) e a Escala de Desejabilidade Social de Coimbra (EDSC; Simões, Almiro, & Sousa, 2014).

Este trabalho inicia-se com o enquadramento conceptual, seguindo-se a apresentação dos objetivos de estudo, a caracterização da amostra e os procedimentos utilizados, os resultados obtidos e a sua discussão e a respetiva conclusão.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Definição e conceptualização dos comportamentos autolesivos

Os comportamentos suicidários englobam uma diversidade de atos difíceis de definir, com limites indecifráveis e sobreponíveis que, por vezes, entram em contradição, devido há ausência de um consenso terminológico entre os autores (Durkheim, 1987; Gil & Saraiva, 2006; Guerreiro & Sampaio, 2013; N. Moreira, 2010; Turecki, 1999).

O suicídio e os comportamentos autolesivos (também denominados por comportamentos suicidários, para-suicidários, autodestrutivos ou violência autodirigida) estão indissociavelmente relacionados, sendo difícil abordá-los em separado (Daigle & Côté, 2006; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Os comportamentos autolesivos são um aglomerado de atos através dos quais o sujeito causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intencionalidade, letalidade, do motivo que lhe está subjacente, do nível de consciência e da psicopatologia (Lohner & Konrad, 2006; N. Moreira & Gonçalves, 2010). Os comportamentos autolesivos dividem-se em dois grupos: os “*deliberate self-harm*” (semelhantes a uma tentativa de suicídio) e os “*non suicidal self-injury*” (destruição do tecido corporal, sem intenção de pôr termo à vida) (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Numa revisão recente da literatura, realizada em Portugal por Carvalho, Peixoto, Saraiva, Sampaio, Amaro e Santos (2013) foram utilizados os seguintes termos: “comportamentos autolesivos” (comportamentos sem intencionalidade suicida que envolvem atos como o corte da pele, ingestão em doses elevadas de fármacos e estupefacientes ou de objetos não ingeríveis, como lixívia, lâminas e pregos) e “atos suicidas” (tentativas de suicídio e suicídio consumado). Esta nomenclatura é também utilizada pela Direção-Geral da Saúde (DGS; 2013), que propõe uma distinção entre “comportamentos autolesivos” (mutilações, precipitação de locais elevados, ingestão em doses elevadas de fármacos e substâncias psicoativas) e “atos suicidas” (tentativas de suicídio e o suicídio consumado).

Os comportamentos autolesivos podem também ser entendidos como estratégias de evitamento ou estratégias de *coping*¹ mal adaptativo face a cognições e situações contextuais causadoras de extremo sofrimento (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Este tipo de comportamento emerge de vivências traumatizantes que ocorreram na infância, sendo despoletados por acontecimentos de vida aos quais o sujeito, devido à sua vulnerabilidade, não consegue dar resposta (Saraiva, 2011). Num estudo de Campos, Besser e Blatt (2013) foi encontrada uma relação significativa entre a memória de rejeição parental e os comportamentos suicidas, mediada pela autocrítica e pela depressão. Assim, os indivíduos que foram vítimas de rejeição por parte dos progenitores encontram-se mais predispostos a sofrer

¹ O *coping* é um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais a que o sujeito recorre com o objetivo de responder a situações de *stress* com as quais se confronta e que excedem os seus recursos pessoais (Antoniazzi, Dell’Aglia, Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1988).

de ideação e comportamento suicida. As experiências traumáticas reforçam a autocrítica que, por sua vez, aumenta os sentimentos de depressão e consequentemente o comportamento autolesivo.

Os comportamentos autolesivos surgem em situações intensas de cólera, com explosões súbitas de humor depressivo, com gestos destinados a exercer controlo sobre o meio envolvente, provocando sentimentos de culpabilidade e angústia (Borges & Werlang, 2006; Carreiro, 2012; Vieira & Coutinho, 2008).

Vários autores concordam que o comportamento autolesivo se organiza em três dimensões que formam um *continuum* de severidade e homogeneidade (Freitas, 2011; N. Moreira, 2008; Vieira & Coutinho, 2008; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005): a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. No extremo inicial do *continuum* encontramos a ideação suicida, um dos principais preditores para o risco de suicídio (Freitas, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2006). A ideação suicida envolve pensamentos, ruminções, preocupações sobre a morte, desejos e planos que o sujeito tem para se matar (Borges & Werlang, 2006; Freitas, 2011). A ideação suicida quando é persistente e recorrente evolui para comportamentos com um final letal (N. Moreira, 2009; OMS, 2001). No seguimento do *continuum*, encontramos a tentativa de suicídio designada como um gesto autodestrutivo não fatal, que ocorre quando o indivíduo não consegue concretizar o objetivo de pôr termo à vida (Negrelli, 2006). Este ato expressa um sofrimento intenso, resultante de fenómenos psicossociais complexos (Freitas, 2011; Stengel, 1964). Na tentativa de suicídio deparamo-nos com indivíduos desesperançados, depressivos, muito impulsivos e com níveis elevados de ansiedade. Experimentam uma elevada intenção suicida e não possuem perspectivas de futuro, nem estratégias de *coping* adequadas para sair do estado depressivo (N. Moreira & Gonçalves, 2010). No final do *continuum* aparece o suicídio, um fenómeno humano complexo, universal e multidimensional, que representa um grande problema de saúde pública, em todo o mundo (DGS, 2013; Freitas, 2011; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Este comportamento é visto como uma agressão voluntária, premeditada e deliberada que o indivíduo executa para pôr termo à vida. Como refere N. Moreira (2009), o suicídio representa um assassinato, onde o agressor e a vítima são o mesmo. Quando uma pessoa comete o suicídio pode encontrar-se num estado de depressão grave ou ser portadora de outros quadros psicopatológicos, como os transtornos do humor, a esquizofrenia e a epilepsia (Carreiro, 2012; Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Humber, Emsley, Pratt, & Tarrier, 2013; OMS, 2006), manifestando uma intensa expressão de raiva e um sentimento de frustração contra si próprio. O suicídio é influenciado por múltiplos fatores como a constituição biológica do indivíduo, a sua história de vida, o meio social e acontecimentos significativos (Souza & Ávila, 2008).

Segundo Durkheim (1987, 1930) existem quatro tipos de suicídio. O suicídio egoísta, o altruísta, o anómico e o fatalista. No suicídio egoísta, o Eu individual sobrepõe-se exageradamente ao Eu social. O suicídio resulta de

uma individualização ou isolamento excessivo perante a sociedade. No suicídio altruísta ocorre uma individualização insuficiente, pela integração demasiada do indivíduo no grupo. A sociedade exerce sobre ele muita pressão, conduzindo-o à própria destruição. O suicídio anónimo advém do facto do sujeito agir sem que lhe sejam impostas regras ou normas sociais. Deste modo, o sujeito deixa de ser capaz de impor limites a si próprio, passando a exigir mais do que lhe pode ser dado, condenando-se à sensação constante de insatisfação. O suicídio fatalista descreve os suicídios perpetuados por sujeitos que perderam o controlo devido ao excesso de regulamentação exercida sobre a sua vida, sendo este o caso dos reclusos (Durkheim, 1987, 1930; Negrelli, 2006).

No seio de todo o aglomerado de comportamentos autolesivos, podemos encontrar também o suicídio contagioso (quando o sujeito assiste ou tem conhecimento da ocorrência do suicídio de outra pessoa, despoletando nele a prática deste comportamento). Uma história de suicídio facilita a ocorrência de outro, pois a imitação do processo serve como um modelo (Durkheim, 1987, 1930; Borges & Werlang, 2006). Este fenómeno é conhecido como Efeito de Werther (Gonçalves & Vieira, 1989).

Os comportamentos autolesivos são realizados com recurso a métodos muito diferenciados, como por exemplo: o corte da superfície da pele (do pulso, braço, abdómen) através do uso de lâmina, faca, vidro ou outro objeto cortante; queimadura de cigarros; escoriações da pele e automutilações do nariz, nos olhos, na língua e no pénis (Carreiro, 2012). Quando o sujeito pretende alcançar a morte, o enforcamento é uma das formas mais comumente utilizadas (Felthous, 2011), assim como a utilização de arma de fogo, envenenamento ou a precipitação de um local elevado (Negrelli, 2006). Apesar de os comportamentos autolesivos serem uma das dez principais causas de morte, são muitas vezes negados e escondidos, por não serem aceites pela sociedade, devido a culpa ou vergonha de quem os pratica, ou por questões culturais e religiosas (Borges & Werlang, 2006).

1.2. Parassuicídio

A intenção suicida é um aspeto de grande complexidade, uma vez que o sujeito pode não ter como objetivo a morte, encarando este comportamento como um meio para atingir um fim (N. Moreira, 2008; Saraiva, 1999). A intenção envolve sempre sentimentos de ambivalência face ao desejo de morrer e viver. Os comportamentos autolesivos podem também estar relacionados com uma intenção manipulativa e instrumental.

O parassuicídio é um “comportamento-doença” subjacente a uma patologia constituída por desregulamento afetivo e défice de interações sociais e familiares positivas. Este tipo de comportamento encontra-se relacionado com o abandono, a solidão, o sentimento de não ser verdadeiramente amado, denominado como “rejeição sentencial familiar” (Saraiva, 2006). Estes comportamentos podem consistir no envio de uma mensagem à família, aos amigos, ou até à sociedade, e podem significar um pedido de ajuda ou uma chamada de atenção para os seus problemas (Daigle & Côté, 2006; N.

Moreira, 2009). Os comportamentos manipulativos podem ser uma ameaça de que o sujeito irá cometer um determinado ato; podendo ou não existir automutilação, com ou sem letalidade.

Os parassuicidas não têm uma intenção real de morrer e usam o comportamento autolesivo com o objetivo de manipular o meio e as pessoas que os rodeiam (Carreiro, 2012; Daigle & Côté, 2006; N. Moreira, 2008, 2009). O parassuicídio é um ato de consequências não fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente comportamentos de autolesão com o objetivo de obter mudanças no meio envolvente (Guerreiro & Sampaio, 2013). Apesar do sujeito não ter uma intenção real de morrer, ele pode acabar por pôr termo à vida por acidente (N. Moreira, 2009). No grupo de sujeitos que cometem autolesões de caráter manipulativo encontramos perturbações mentais severas, como a personalidade antissocial e a perturbação borderline (Gil & Saraiva, 2006; N. Moreira, 2010; N. Moreira & Gonçalves, 2010). Estes sujeitos encontram-se desregulados emocionalmente e com disforia elevada devido a problemas interpessoais. Para estes sujeitos, o autodano é um meio de pôr fim a uma escalada de sofrimento intensa e insuportável (N. Moreira & Gonçalves, 2010).

1.3 O suicídio em contexto prisional

A ocorrência de comportamentos autolesivos nos estabelecimentos prisionais é um tema que tem vindo a ser negligenciado ao longo dos anos, devido à indiferença perante o sofrimento dos reclusos e ao número elevado de falsos positivos (Simlot, McFarland, & Lester, 2013). Os estudos e investigações realizadas nesta área são considerados insuficientes (Duque & Neves, 2004; N. Moreira, 2010; N. Moreira & Gonçalves, 2010).

As taxas de comportamento suicidário em reclusos são mais elevadas do que as da população geral (Liebling, 1993; Pinheiro & Cardoso, 2011). Nas prisões, o suicídio ocorre em camadas mais jovens e em reclusos preventivos (Gonçalves & Vieira, 1989). Aproximadamente 10% das mortes na prisão são por violência autodirigida (Souza & Ávila, 2008). Segundo N. Moreira (2008), entre 1998 e 2006 os suicídios foram responsáveis, em média, por 16.6% dos óbitos ocorridos no meio prisional português. Quando comparadas as taxas de suicídio entre as prisões e a comunidade, pode concluir-se que o suicídio consumado, na prisão, tem uma percentagem significativamente mais elevada, variando entre 77.3% (1999) e 173.5% (2001), com uma média de 124.7% entre 1999 e 2004, tendo em conta a média 8.8% na população geral. Por cada suicídio na população geral ocorrem 14 nas prisões (N. Moreira & Gonçalves, 2010).

Em contexto prisional, o recluso enfrenta variadas dificuldades que podem culminar no comportamento autolesivo (Duque & Neves, 2004; Negrelli, 2006; N. Moreira, 2010). Segundo Hayes, Wilson, Gifford, Follette e Strosahl (1996), os comportamentos autolesivos, na prisão, desempenham uma função de evitamento experiencial, em que o recluso evita emoções, pensamentos e experiências desagradáveis e causadoras de sofrimento.

N. Moreira (2009), através do modelo “Diátese-Stress dos

Comportamentos Suicidários na Prisão” explica os atos suicidários em sujeitos reclusos. Segundo o autor, os reclusos que adotam comportamentos suicidários transportam vulnerabilidades que os tornam pouco apetrechados para responder adequada e adaptativamente às contingências da restrição de liberdade e a outros acontecimentos significativamente dolorosos. É neste contexto que surgem as teorias de importação (o comportamento suicidário está relacionado com o facto de um espaço pequeno, como a prisão, albergar um número extenso de sujeitos vulneráveis) e de privação (especificidades do meio prisional, como a sobrelotação, o isolamento, as sanções disciplinares e a vitimização que causam extremo sofrimento e *stress*).

Gonçalves e Veiga (1989) e Fazel e colaboradores (2008) tentaram construir o perfil do suicida prisional: um sujeito masculino, de etnia branca, com cerca de vinte anos, solteiro, com história de consumo de estupefacientes, alojado em cela individual e com uma pena indeterminada ou em situação de prisão preventiva. Este sujeito é marcado pelo isolamento e pelo afastamento da família; pela solidão e desilusão consigo mesmo; pela ansiedade, frustração e raiva (Duque & Neves, 2004; Marzano, Rivlin, Fazel, & Hawton, 2009; Rohde, Seeley, & Mace, 1997; Sher et al., 2001). O recluso com comportamentos suicidários pode também apresentar comorbidade a nível psicopatológico (N. Moreira & Gonçalves, 2010). Blaaw, Kerkhof e Hayes (2005) encontraram, num estudo realizado em várias instituições prisionais, uma combinação de características capazes de identificar vítimas de suicídio: idade, fracos recursos económicos, ser sem-abrigo, história de consumo de drogas e reincidência prisional.

Segundo Lohner e Konrad (2006) existem dois tipos de reclusos com comportamentos autolesivos: com intenção suicida e sem intenção suicida. Os primeiros têm realmente a intenção de pôr termo à vida, são sujeitos depressivos, de trato dócil, ajustados às normas prisionais, com poucas sanções disciplinares e que optam pela retirada social passando os dias na cela. Estes indivíduos planeiam o ato ao pormenor e raramente dão a entender a sua vontade. Por outro lado, os sujeitos sem intenção suicida demonstram comportamentos impulsivos e traços afetivos e interpessoais psicopáticos. Nestes casos, as autolesões não são planeadas.

Na prisão podem ocorrer dois tipos de suicídios, segundo a tipologia de Durkheim: o suicídio egoísta e o fatalista. O suicídio egoísta ocorre quando o sujeito apresenta uma fraca integração no grupo social de pertença, enquanto o suicídio fatalista se desenrola quando o recluso não perspetiva melhorias para o futuro (Rivlin, Fazel, Marzano, & Hawton, 2011).

1.4 Fatores de risco

Na literatura são citados vários fatores de risco para a prática de comportamentos de autolesão. Os fatores em causa podem ser de ordem interna ou externa ao sujeito e resultar da interação de inúmeras variáveis biológicas, genéticas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais (Freitas, 2011; Negrelli, 2006; Smith et al., 2012; Souza & Ávila, 2008).

Segundo Joiner (2005) existem três componentes determinantes para o

comportamento suicida: a capacidade adquirida (exposição a ocorrências dolorosas e constantes que levam à ausência de medo e de dor física); o sentimento de pertença (relações que o sujeito mantém com outros, laços afetivos ou solidão; sentir-se um fardo para os outros) e não onerosidade (sentimento de ineficácia, falta de emprego, doença, ou conflitos interpessoais) (Simlot et al, 2013; Smith et al., 2012; Witte et al, 2012).

A Direção Geral de Saúde (2013) aponta três categorias de fatores de risco do suicídio: individuais, socioculturais e situacionais. Entre os fatores individuais encontramos a idade, o gênero, o estado civil, a profissão, as práticas autolesivas prévias, as perturbações mentais, a resiliência e as doenças físicas. Entre os fatores socioculturais deparamo-nos com o estigma social, os valores culturais e a influência dos *media*. Por fim, nos fatores situacionais podemos encontrar o desemprego, o acesso a meios letais e os acontecimentos de vida negativos.

O mundo interno do auto-agressor prisional é marcado por uma tonalidade depressiva, dor e angústia mental, sentimento de impotência e culpa, perda de autoconfiança, desânimo e solidão, ausência de competências de confronto para reagir às adversidades (estratégias de *coping*), medo de ser torturado pelos outros, conflitos e punições, associado a uma grande morosidade judicial (Duque & Neves, 2004). A vida é assistida pelo espectro da fatalidade onde o suicídio surge como a única solução (Cândido, 2010; Connely & Palmer, 2005; Gonçalves & Vieira, 1989; N. Moreira, 2008; N. Moreira & Gonçalves, 2010). Estes sujeitos desistem de lutar devido à baixa autoestima e a um estilo atributivo disfuncional, que surgem associados a rigidez cognitiva e pensamento dicotômico, promotores da escassez de expectativas positivas e do pessimismo (Borges & Werlang, 2006; Chapman, Gratz, & Turner, 2014; Vieira & Coutinho, 2008).

As perturbações da personalidade são uma das principais variáveis envolvidas nos comportamentos suicidários (Dye, 2010; OMS, 2006; Saraiva, 2006; Turecki, 1999). As psicopatologias do Eixo I, como a Perturbação Depressiva Major, as Perturbações da Ansiedade e a Dependência de Substâncias, têm uma relação significativa com os comportamentos autolesivos (Duque & Neves, 2004; OMS, 2006; Felthous, 2011; Saraiva, 2006; Smith, Ribeiro, Mikolajewski, & Taylor, 2012). Vários investigadores têm evidenciado uma relação positiva entre desesperança, depressão e a intenção suicida, em sujeitos consumidores de drogas e álcool (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985). Os indivíduos com este tipo de patologia são alvo de uma interação complexa de fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (OMS, 2000) e apresentam maior grau de pessimismo e desesperança, angústia, descompensação afetiva prolongada e maior probabilidade de ideação suicida. Estes sujeitos fazem um planeamento pormenorizado do ato e utilizam meios letais. Quando a tentativa de suicídio fracassa e o sujeito não consegue consumir o suicídio, sente raiva, frustração, remorso e incapacidade (Engstram, 2005; N. Moreira, 2010). Por outro lado, a psicopatologia do Eixo II é marcada pela impulsividade, agressividade, hostilidade, destrutividade, ansiedade e frustração elevadas que geram uma

maior probabilidade de autolesão (N. Moreira, 2009; OMS, 2006; Saraiva, 2006; Turecki, 1999). Os indivíduos pretendem alcançar objetivos específicos mas sem a intenção de pôr termo à vida (Chapman, 2003). Estes sujeitos não possuem um plano de suicídio pormenorizado, uma vez que desejam que o seu comportamento seja detetado. Manifestam expectativa de uma maior atenção para os seus problemas e de ter controlo sobre as situações e o meio envolvente. Se as suas necessidades não forem assistidas, o recluso torna-se mais agitado, furioso, fazendo ameaças adicionais de comportamentos ainda mais letais. Quando alcançam o objetivo pretendido, noutras situações idênticas, recorrem novamente a este tipo de comportamento, que passa a assumir um carácter instrumental. Estes sujeitos apreendem que este é o caminho mais fácil para obter benefícios e vantagens dentro do sistema prisional (N. Moreira, 2010). Personalidades marcadamente narcísicas têm tendência a adotar este tipo de condutas (Duque & Neves, 2004). Estes sujeitos não têm capacidade de controlo dos impulsos e apresentam intolerância à angústia e à frustração, um estilo de vida caótico marcado por estados de dependência face ao outro, raiva intensa e forte sentimento de humilhação e derrota (Carreiro, 2012; Duque & Neves, 2004; N. Moreira, 2010).

Os reclusos são indivíduos com inflexibilidade cognitiva e reduzida capacidade de procura de estratégias de *coping* adaptativas perante situações de elevada tensão (Miranda, Valderrama, Tsypes, & Gadol, 2013). Determinadas situações do meio envolvente funcionam como um “gatilho” que dispara a fragilidade do sujeito, desencadeando emoções fortes e impulsividade e que podem gerar comportamentos de autolesão (N. Moreira, 2009). Em contexto prisional, as estratégias de *coping* são muito frágeis devido a todos os obstáculos com que o sujeito se depara (N. Moreira, 2009; OMS, 2006).

A história de vida dos sujeitos é marcada por acontecimentos perturbadores, como: situações de maltrato na infância (abuso físico, sexual e psicológico), instabilidade familiar (morte dos pais, divórcio, abandono ou negligência); história familiar de suicídio, depressão materna e desajuste social (Cândido, 2010; Chapman et al., 2014; Clements-Nolle et al., 2009; Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Liebling, et. al, 2005; Marzano et al., 2011; Saraiva, 2006; Toprak et al, 2011). O modo como cada sujeito encara as experiências de vida e o impacto que elas lhe causam irá influenciar a procura de estratégias de *coping* eficazes e o seu modo de reagir perante situações ansiógenas. Assim, a presença de uma situação traumática pode fomentar o risco de suicídio, comprometendo as cognições e a capacidade para agir (Cândido, 2010).

Os fatores de risco encontram-se também associados à privação do contacto social e ao isolamento, com relacionamentos interpessoais frágeis e pouco sólidos, sentimentos de alienação, insegurança, discriminação e abandono familiar e do grupo de pares, que levam o sujeito a sentir-se vazio e desamparado (Carreiro, 2012; DGS, 2013; Gonçalves & Vieira, 1989; Humber et al., 2013; Marzano et al., 2009; Pinheiro & Cardoso, 2011; Pinto,

2011; Saraiva, 2006). Malone e colaboradores (2000) evidenciaram que os sujeitos deprimidos e com história de tentativa de suicídio se encontram mais vulneráveis perante situações de desaprovação social do que os sujeitos deprimidos sem historial de suicídio. O plano financeiro também deve ser considerado, uma vez que os períodos de instabilidade económica, de pobreza e desemprego acarretam sérias dificuldades, podendo o sujeito adotar comportamentos de criminalidade, como furtos e roubos, para garantir a sua sobrevivência (Henry & Short, 1971; OMS, 2006).

As prisões, além de serem um predisponente do comportamento autolesivo, albergam sujeitos que também em sociedade apresentam predisposição para tal (N. Moreira, 2008; N. Moreira & Gonçalves, 2010; Way et al., 2003). Nas prisões desempenham o papel de fatores de risco: o *stress* prisional e as vivências em meio fechado, sobrelotado, violento e de segurança máxima; a vitimização e o risco de abuso devido a interações indesejadas; o afastamento familiar e do grupo de pares; um processo jurídico penoso e desgastante; as sanções e o isolamento disciplinar (N. Moreira, 2010; N. Moreira & Gonçalves, 2010). A vergonha e a culpa pelo crime cometido; as más notícias durante a prisão (divórcio ou falecimento de familiares); a abstinência de substâncias; a prática anterior de comportamentos autolesivos e a história familiar de suicídio; o contacto com casos de suicídio na instituição e as datas marcantes em que a família não comparece são fatores inumerados por diversos autores (Felthous, 2011; N. Moreira, 2009; Pinheiro & Cardoso, 2011; S. Moreira, 1998; Souza & Ávila, 2008). Num estudo realizado por Robustelli, Trytko, Li e Whisman (2015) foi detetada uma relação entre os problemas conjugais ou uma situação de divórcio e a ideação e tentativa de suicídio.

A intensidade, a duração e a gravidade do *stress* vivido na prisão são responsáveis pelo experienciar de emoções e cognições negativas acerca de si, que levam o recluso a atingir um elevado grau de tensão psíquica (Marzano et al., 2009; N. Moreira, 2009; Pinheiro & Cardoso, 2011). A sobrelotação é um forte influenciador dos comportamentos suicidários, uma vez que há um limite para a utilização de bens e serviços disponíveis, implicando menos espaço individual em áreas comuns, como pátios e celas; menos acesso a instalações sanitárias e menos fornecimento de alimentos, energia elétrica e água. As ocupações do dia-a-dia, como acesso a postos de trabalho e o acesso à educação também se veem restringidas. O número de técnicos das várias especialidades, como médicos, enfermeiros, técnicos gestores de acompanhamento e de psicólogos também é reduzido, não conseguindo alcançar todos os sujeitos. A sobrelotação cria, assim, uma maior deterioração do bem-estar físico e psicológico dos reclusos devido a uma maior violência e a condições de vida precárias e insalubres (Felthous, 2011; N. Moreira, 2009; Souza & Ávila, 2008). Em contexto prisional, nos primeiros dias de reclusão, principalmente em reclusos primários², que se deparam com um

² Um recluso é considerado primário quando dá entrada pela primeira vez num estabelecimento prisional, não possuindo antecedentes prisionais nem criminais.

universo muito diferente do habitual, ou após seis meses do cumprimento da pena é habitual surgirem pensamentos de índole suicida (N. Moreira & Gonçalves, 2010).

1.5 Fatores de proteção

O universo dos comportamentos suicidários é também marcado por fatores protetores individuais e sociais (DGS, 2013). Ao nível individual pode mencionar-se um estilo cognitivo e de personalidade estáveis, com habilidades sociais e de comunicação; capacidade de resolução de problemas; sentimento de confiança; noção de valor pessoal; abertura a novas experiências e aprendizagens; recetividade em aceitar ajuda; ter um projeto de vida definido e sustentável; uma dieta saudável e boa qualidade do sono. O apoio de pessoas significativas, como familiares e amigos; o envolvimento na comunidade e integração social, assim como as crenças religiosas, culturais e étnicas; o acesso a serviços e cuidados de saúde mental são importantes fatores de cariz social que auxiliam e protegem os sujeitos dos comportamentos suicidários (DGS, 2013; Werlang, Borges et al., 2005). Meadows e colaboradores (2005) detetaram a existência de uma relação significativa entre a prevenção da tentativa de suicídio e os fatores protetores, como o sentimento de autoeficácia, a esperança, a espiritualidade, o apoio familiar e social e a eficácia dos recursos disponíveis.

1.6 Prevenção

A prevenção do suicídio deve ser feita através de um acompanhamento, logo à entrada na prisão (DGS, 2013; Shaw et al, 2004). Existe uma grande necessidade de desenvolver estratégias de prevenção eficazes que as instituições prisionais deveriam adquirir de modo a evitar este tipo de comportamentos de risco. Por exemplo: fazer uma triagem e despiste inicial da saúde mental dos sujeitos, sinalizando e encaminhando os casos de risco; acompanhar regularmente os sujeitos mais vulneráveis nos serviços de psicologia; existência de vigilância mais apertada e de profissionais competentes e com formação adequada (DGS, 2013; Felthous, 2011; Gonçalves & Vieira, 1989). Ao nível dos serviços de psicologia, os psicólogos devem ter uma atitude empática e de escuta incondicional, uma formação adequada ao contexto, e serem conhecedores da história de vida de cada sujeito. O psicólogo desempenha um papel fulcral nas prisões, uma vez que os reclusos procuram este técnico para partilhar os seus problemas e encontrar estratégias adequadas e assertivas para os solucionar. Os reclusos primários veem neste espaço um refúgio, onde podem partilhar os seus problemas, receios e frustrações e pedir ajuda (Gonçalves & Vieira, 1989; Pedrosa & Dias, 2005). Quando um sujeito está determinado a cometer um ato suicida, o risco de o conseguir executar é muito elevado, uma vez que se torna muito difícil supervisioná-lo constantemente (Cândido, 2010). Neste sentido torna-se urgente efetuar um rastreio pormenorizado dos casos que se encontram em

risco, de modo a melhorar a vigilância destes sujeitos, assim como construir instrumentos de avaliação psicológica, precisos e válidos, que permitam identificar as vulnerabilidades e riscos associados aos comportamentos autolesivos.

II - Objetivos

O objetivo primordial da presente investigação incide no estudo dos comportamentos autolesivos em sujeitos que se encontram em reclusão. Para tal procedeu-se à construção da Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL; Ferraz & Simões, 2015), que consiste num instrumento que avalia a propensão dos sujeitos para adotar comportamentos autolesivos e que se dirige especificamente ao contexto prisional, permitindo efetuar uma despistagem mais adequada dos sujeitos que se encontram em risco.

Para compreender a relação entre os comportamentos de autolesão e as dimensões de personalidade e a sintomatologia psicopatológica serão realizados estudos de validade de critério concorrente entre a Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL) e os seguintes instrumentos de avaliação: EPQ-R (que avalia as dimensões de personalidade); BSI (que examina os sintomas psicopatológicos); BDI-II (que mede a intensidade da sintomatologia depressiva) e a EDSC (que é uma medida de desejabilidade social). Posteriormente, será também estudada a relação entre os dados sociodemográficos, jurídicos e prisionais e as informações fornecidas pela ECAL. Deste modo, pretende-se conhecer a relação entre os comportamentos autolesivos e:

1. as características sociodemográficas, jurídicas e prisionais;
2. as dimensões de personalidade (EPQ-R);
3. a sintomatologia psicopatológica dos indivíduos (BSI e BDI-II);
4. a desejabilidade Social (EDSC).

Para a concretização dos objetivos delineados foram estabelecidas as seguintes hipóteses de estudo:

1. Reclusos mais jovens possuem um maior risco de apresentar comportamentos autolesivos (ECAL) do que indivíduos de idade avançada;
2. Reclusos com níveis académicos inferiores e em situação de desemprego têm um maior risco de evidenciar comportamentos autolesivos (ECAL);
3. Reclusos consumidores de substâncias apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
4. Reclusos que no passado manifestaram comportamentos autolesivos (ECAL) possuem um maior risco de recorrência neste tipo de práticas;
5. Reclusos anteriormente vítimas de maus-tratos na infância apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
6. Reclusos que foram/são acompanhados psicologicamente e que tomam medicação apresentam mais comportamentos autolesivos (ECAL);

7. Reclusos com apoio familiar e social, que vivem maritalmente e que possuem descendência, apresentam um menor risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
8. Reclusos ativos na instituição prisional apresentam um menor risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
9. Reclusos reincidentes apresentam maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL) comparativamente com sujeitos primários;
10. Reclusos preventivos apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL) do que os condenados;
11. Reclusos detidos por crimes violentos e com penas mais elevadas apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
12. Reclusos detidos pela primeira vez em idade jovem apresentam um maior risco de comportamento autolesivo (ECAL);
13. Reclusos com penas superiores a 10 anos apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos comparativamente com os que têm penas inferiores (ECAL);
14. Reclusos que sofreram sanções disciplinares apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
15. Reclusos com um nível mais elevado de Psicoticismo (P+) e Neuroticismo (personalidade neurótica) e um nível mais baixo de Extroversão (personalidade introvertida) (EPQ-R) apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
16. Reclusos com um nível mais elevado de sintomatologia psicopatológica (BSI) apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
17. Reclusos com um nível mais elevado de depressão (BDI-II) apresentam um maior risco de comportamentos autolesivos (ECAL);
18. Reclusos que apresentam um nível mais elevado de desajustabilidade social (EDSC) apresentam um menor risco de comportamentos autolesivos (ECAL).

Em suma, a presente investigação visa contribuir para uma maior eficácia na prevenção e intervenção com reclusos em situação de risco de comportamentos de autolesão.

III - Metodologia

3.1 Descrição da amostra

Este estudo foi realizado com recurso a uma amostra obtida por conveniência (método de amostragem não probabilística), composta por 120 sujeitos do género masculino, maioritariamente de nacionalidade portuguesa ($n= 113$; 94.16%), detidos no Estabelecimento Prisional de Coimbra ($n=76$; 63.33%) e no Estabelecimento Prisional Regional de Leiria ($n=44$; 36.66%).

A média de idades dos sujeitos desta amostra situa-se nos 36 anos ($DP=10.69$), tendo o sujeito mais jovem 19 anos e o mais velho 77 anos.

Quanto ao estado civil, 71 sujeitos (59.16%) são solteiros, 29 (24.16%) são casados ou estão em união de facto, 16 (13.33%) são divorciados e 4 (3.33%) são viúvos. A amostra é constituída por 73 indivíduos (60.83%) com filhos e 47 (39.16%) sem filhos. Relativamente ao agregado familiar antes da reclusão, 61 sujeitos (50.83%) viviam maritalmente e com os filhos; 24 (20.00%) viviam com os pais; 16 (13.33%) viviam sozinhos e 20 (16.66%)

referem uma outra forma de coabitação.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Nacionalidade					
Portugal	113	94.16			
Cabo-Verde	3	2.50			
Angola	1	0.83			
Polónia	1	0.83			
Dupla nacionalidade	2	1.66			
Residência					
			Rural	21	17.50
			Moderadamente urbana	55	45.83
			Predominantemente urbana	44	36.66
Descendência					
Sem filhos	47	39.16			
1 Filho	30	25.00			
2 Filhos	18	15.00			
3 Filhos	16	13.33			
Mais de 4 filhos	9	7.50			
Escolaridade					
			Analfabeto	1	0.83
			Sabe ler e escrever	3	2.50
			1ºciclo	14	11.66
			2ºciclo	39	32.50
			3ºciclo	41	34.16
			Ensino Secundário	19	15.83
			Ensino Superior	3	2.50
Coabitação					
Sozinho	16	13.33			
Companheira/o	48	40.00			
Filhos	13	10.83			
Pais	24	20.00			
Irmãos	3	2.50			
Avós	4	3.33			
Outros	12	10.00			
Profissão					
			Desempregado	38	31.66
			Empregado	75	62.50
			Estudante	3	2.50
			Reformado	4	3.33

Relativamente ao nível socioeconómico, 41 sujeitos (34.16%) referem um nível económico baixo, 54 sujeitos (45.00%) referem um nível médio inferior, 19 sujeitos (15.83%) referem um nível médio superior e 6 sujeitos (5.00%) referem um nível superior. Em liberdade, 75 sujeitos (62.50%) encontravam-se empregados e 38 (31.66%) em situação de desemprego, 3 (2.50%) eram estudantes e 4 (3.33%) eram reformados. Quanto às habilitações académicas, 4 sujeitos (3.33%) não frequentaram a escola, 14 sujeitos (11.66%) possuem o 1º ciclo, 39 (32.50%) possuem o 2º ciclo, 41 (34.16%) possuem o 3º ciclo, 19 (15.83%) tem o ensino secundário e 3 (2.50%) possuem estudos de nível superior. Nesta amostra verifica-se que 79 reclusos (65.83%) apresentam história de consumos de estupefacientes, 36 (30.00%) têm história de consumo de álcool e 24 (20.00%) apresentam história de consumos mistos (álcool e drogas). Podemos constatar que 38 sujeitos (31.66%) tiveram acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no passado e 60 (50.00%) mantêm acompanhamento no presente. No momento da administração do protocolo, 63 sujeitos (52.50%) referem não tomar qualquer medicação.

Relativamente aos domínios jurídico e prisional, 102 reclusos (85.00%) encontram-se condenados e 18 (15.00%) encontram-se em situação preventiva. Dos sujeitos em reclusão, 76 (63.33%) apresentam antecedentes criminais³ e 62 (51.66%) apresentam antecedentes prisionais⁴. No que concerne ao tipo de crime, 12 sujeitos (10.00%) estão condenados por crimes contra a vida, 16 (13.33%) cometeram crimes contra a integridade física, 56 (46.66%) cometeram crimes contra a propriedade, 21 (17.50%) foram

³ Considera-se como “antecedente criminal” ter sido julgado, anteriormente, pela prática do mesmo tipo de crime.

⁴ Considera-se como “antecedente prisional” ter sido detido anteriormente, independentemente do tipo de crime praticado.

condenados por crimes relativos a estupefacientes e 15 (12.50%) foram condenados por outro tipo de crime (ver Tabela 2). A média do tempo de pena é de 109.97 meses (aproximadamente 9 anos; $DP= 76.42$), sendo a pena mínima de 2 meses e a máxima de 408 meses (34 anos). Quanto ao quotidiano prisional, 97 indivíduos (80.83%) encontravam-se em regime comum, 21 (17.50%) em regime aberto no interior (RAI) e 2 (1.66%) em regime aberto ao exterior (RAE). Verifica-se que 46 reclusos (38.33%) permanecem em situação de inatividade e 74 (61.66%) mantêm uma ocupação na instituição, frequentando a escola, curso profissional ou ocupação laboral. Relativamente às sanções disciplinares, 75 sujeitos (62.50%) mencionam não ter nenhuma sanção disciplinar. No que diz respeito às visitas e ao apoio familiar, 87 reclusos (72.50%) referem ter visitas com regularidade e 101 sujeitos (84.16%) têm apoio familiar. Por sua vez, 23 sujeitos (19.16%) referem ter sido vítimas de maus-tratos na infância e 40 (33.33%) referem história de comportamentos autolesivos, no passado.

Tabela 2. Características jurídicas e prisionais da amostra.

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Antecedentes			Situação penal		
Criminais	76	63.33	Preventivo	18	15.00
Prisionais	62	51.66	Condenado	102	85.00
Sanções Disciplinares			Crime		
Nenhuma	75	62.50	Crimes contra a vida	12	10.00
Menos de 5	24	20.00	Crimes contra a integridade física	16	13.33
Entre 5 e 10	8	6.66	Crimes contra a liberdade pessoal	2	1.66
Entre 10 e 20	5	4.16	Crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual	2	1.66
Mais de 20	8	6.66	Crimes contra a propriedade	56	46.66
Ocupação prisional			Crimes contra o património em geral	4	3.33
Inativo	46	38.33	Crimes relativos a estupefacientes	21	17.50
Curso Profissional	25	20.83	Crimes contra a ordem e tranquilidade pública	6	5.00
Ocupação laboral	27	22.50	Crime contra a autoridade pública	1	0.83
Escola	21	17.50			
Escola e curso	1	0.83			

3.2 Materiais e Instrumentos

O *Questionário Sociodemográfico* foi elaborado especificamente para o presente estudo, de forma a obter informações detalhadas sobre os sujeitos que nele participaram (ver Anexo B). Este questionário permitiu a recolha dos seguintes dados: idade; nacionalidade; estado civil; agregado familiar; nível socioeconómico; área de residência; habilitações literárias; qualificação profissional; saúde (aconselhamento psicológico/psiquiátrico, historial de consumo de substâncias); contextualização prisional (antecedentes criminais e prisionais, situação jurídica, crime e duração de pena, sanções disciplinares, ocupação no estabelecimento prisional); apoio familiar e história de maus-tratos, negligência ou abuso na infância.

O *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R)* é um instrumento que avalia três dimensões da personalidade: o Psicoticismo (P), a Extroversão (E) e o Neuroticismo (N). O EPQ-R é um

instrumento constituído por 70 itens de resposta dicotómica (sim/não), cotados de modo direto ou inverso. A versão original foi construída por S. Eysenck, H. Eysenck e Barrett (1985) e a versão portuguesa, por sua vez, foi aferida e validada por P. Almiro e M.R. Simões (2013). A dimensão P examina o *continuum* entre a normalidade e a psicopatologia, onde podemos encontrar sujeitos egocêntricos, com baixa empatia, desconfiados, com marcada rigidez cognitiva, desajustados, impulsivos e hostis. A dimensão E avalia a personalidade extrovertida, marcada pela vivacidade, atividade, assertividade, espontaneidade e otimismo *versus* uma personalidade introvertida, introspetiva, com baixa sociabilidade e elevado pessimismo). A dimensão N mede o *continuum* entre uma personalidade neurótica (elevada emotividade, ansiedade, depressão, irritabilidade, culpabilização e baixa autoestima) e estável (serenidade, controlo e boa disposição). Este instrumento inclui uma escala de Mentira/Desejabilidade Social (L), que pretende verificar a tendência do sujeito para atribuir a si próprio atitudes e comportamentos socialmente desejáveis e para rejeitar as atitudes e os comportamentos que são socialmente indesejáveis. A versão portuguesa do EPQ-R apresenta bons índices de precisão e validade, medindo convenientemente os três fatores de personalidade.

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) é a versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982), validada por Canavaro (1999), que permite avaliar nove dimensões de psicopatologia através de três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP, Índice de Sintomas Positivos – ISP). O BSI é constituído por 53 itens (escala de *Likert* de 5 pontos), para os quais o sujeito deve descrever a intensidade com que cada problema o afetou ao longo da última semana (Canavaro, 2007). As dimensões avaliadas são: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Este inventário apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente de consistência interna e validade discriminante, o que possibilita a sua utilização como um indicador de perturbação/saúde mental.

O *Inventário de Depressão de Beck-II* (BDI-II) foi elaborado por Beck, Steer, Ball e Ranieri (1996). A versão portuguesa foi validada por F. Oliveira-Brochado, M.R. Simões e C. Paúl (2014). É uma escala de autorresposta que avalia a intensidade dos sintomas cognitivos, motivacionais, físicos e afetivos da depressão. Em cada item são apresentadas afirmações alternativas que representam os diferentes graus da intensidade do sintoma a avaliar. A pontuação obtida no BDI-II permite obter um nível de intensidade global da depressão. Segundo Beck et al. (1996), as pontuações globais entre 0 - 13 representam a presença de sintomatologia depressiva “mínima”; entre 14 - 19, “ligeira”; entre 20 - 28 sintomatologia moderada e acima de 29 sintomatologia depressiva “grave”. Oliveira-Brochado e colaboradores (2013) propõem que valores acima de 13 são significativos de patologia depressiva. Este instrumento apresenta também boas qualidades psicométricas.

A *Escala de Comportamentos Autolesivos* (ECAL) é um questionário

de autorresposta elaborado por M. Ferraz e M.R. Simões (2015) que tem como objetivo a avaliação dos comportamentos autolesivos em sujeitos em reclusão. A ECAL é constituída por 49 itens de resposta dicotômica (sim/não) e 6 dimensões (ideação suicida, tentativa de suicídio, automutilação, parassuicídio, psicopatologia e isolamento). Contém itens que são cotados de modo direto e inverso. A cotação da ECAL e dos respetivos fatores é realizada através da soma de todos os itens (resultado total) e dos itens que constituem cada fator.

A *Escala de Desejabilidade Social de Coimbra* (EDSC) é uma medida de desejabilidade social⁵ que foi utilizada no presente estudo para examinar o nível de sinceridade das respostas dadas pelos sujeitos aos instrumentos. A escala foi construída por P. Almiro, L. Sousa e M. R. Simões (2014) e contém 22 itens de resposta dicotômica (sim/não), cotados de modo direto e inverso. As questões referem-se a atitudes pessoais que caracterizam os sujeitos. Este instrumento dispõe de normas provisórias para as variáveis género e idade.

3.3 Procedimentos de investigação

A investigação decorreu no Estabelecimento Prisional de Coimbra e no Estabelecimento Prisional Regional de Leiria, entre os meses de fevereiro e julho de 2015, após autorização por parte da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Nas instituições prisionais foram selecionados 120 indivíduos através de um processo de amostragem aleatória (no programa EXCEL) tendo em conta os seus números internos na instituição. Para a constituição da amostra foram excluídos os sujeitos de nacionalidade estrangeira que não possuíam conhecimentos de língua portuguesa, os que desempenhavam ocupação laboral no exterior da prisão e os que sofriam de patologia física ou mental grave diagnosticada. Após a seleção da amostra, os sujeitos foram convocados individual e presencialmente com o objetivo de os convidar a participar na investigação, expondo-lhes os parâmetros e objetivos do estudo e assegurar os princípios de confidencialidade e anonimato dos dados. Após a assinatura do consentimento livre e informado (ver Anexo A), os voluntários foram dirigidos para um gabinete de modo a preencherem o questionário de dados sociodemográficos e os instrumentos de avaliação psicológica. O local de aplicação dos instrumentos de avaliação primava por ser reservado, sem a presença de ruídos ou elementos distratores e por ter iluminação apropriada. Por questões de gestão de tempo, reclusos que apresentavam competências de leitura e escrita elevadas tiveram a possibilidade de preencher o protocolo de avaliação na cela, entregando-o no dia seguinte. É de salientar que nenhum dos sujeitos abordados para colaborar recusou a participação. Após a recolha dos dados amostrais, estes foram inseridos numa base de dados do programa SPSS versão 20.0 e posteriormente analisados.

⁵ Tendência para apresentar uma descrição distorcida acerca de si, apresentando características excessivamente positivas e negando traços indesejáveis, perante o grupo social (Paulhus, 2002; Tatman & Kreamer, 2014).

3.3.1 Construção da ECAL

A construção de uma nova escala de avaliação de comportamentos autolesivos – a Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL) – tornou-se premente pelos seguintes motivos: Primeiro, por existir, em Portugal, uma carência de instrumentos de avaliação deste constructo que sejam direcionados para o sistema prisional. Apenas foi encontrada a DHS (Mills & Kroner, 2002), que se tornou um importante modelo de referência. No entanto, desconhece-se a existência de uma versão portuguesa desta escala. Esta necessidade também foi mencionada ao longo da literatura e por elementos da equipa dos Serviços Clínicos dos sistemas prisionais. Depois, o facto de a prisão ser um contexto que se diferencia da população geral, que além de envolver várias especificidades e microstressores, a sua população é marcada por características psicológicas consideradas desajustadas (como por exemplo, perturbações da personalidade, rigidez cognitiva, estratégias de *coping* desadequadas, instabilidade emocional).

Para a construção desta nova escala foi efetuada uma revisão dos instrumentos de avaliação existentes (nacionais e internacionais) no âmbito desta problemática (Ver Anexo C) e respetiva literatura. Posteriormente, selecionaram-se 49 itens, dos quais 12 são considerados itens críticos (Mills & Kroner, 2002), que foram traduzidos e adaptados ao contexto prisional. Por fim, os itens foram agrupados em 6 dimensões (Ideação Suicida; Tentativa de Suicídio; Automutilação; Parassuicídio; Psicopatologia e Isolamento) tendo em conta o constructo que pretendiam avaliar.

IV - Resultados

4.1 Análise descritiva da amostra e instrumentos

Foi realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, jurídicas e prisionais dos sujeitos e das pontuações por eles obtidas nos instrumentos de avaliação, tendo em conta as médias, os desvios-padrão, os valores mínimo e máximo e as frequências (Ver Tabelas 1, 2, 3).

Tabela 3. Análise descritiva de variáveis sociodemográficas.

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	120	19	77	36.00	10.69
Toxicod dependência (Idade)	79	8	32	15.84	4.22
Alcoolismo (Idade)	36	10	40	17.06	6.32
1ª Prisão (Idade)	120	16	71	27.95	11.19
Nº Prisões	120	1	9	1.92	1.29
Duração de Pena	103	2	408	111.78	82.40

Os resultados obtidos no EPQ-R permitem concluir que o grupo de sujeitos obteve pontuações médias nas dimensões P ($M=1.28$; $DP=1.59$), E ($M=12.89$; $DP=3.90$) e N ($M=11.53$; $DP=5.44$) da personalidade e na escala L ($M=10.00$; $DP=4.06$), que se enquadram nos parâmetros esperados para o contexto normativo (cf. Almiro, 2013), considerando a variável género (masculino) (ver Tabela 4). Apesar de os valores se encontrarem no intervalo normativo, pode constatar-se que os reclusos têm tendência para apresentar uma pontuação mais elevada na dimensão N ($M= 11.53$; $DP=5.44$; na amostra

de referência: $M=9.11$; $DP=5.97$), sugerindo que estes poderão evidenciar traços de personalidade característicos do tipo neurótico (N+), tais como a instabilidade emocional, ansiedade, depressão, irritabilidade fácil e baixa autoestima, entre outros, mas também traços de personalidade característicos do tipo estável (N-), tais como a boa disposição, serenidade e controlo.

Tabela 4. Análise Descritiva dos Instrumentos de Avaliação.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
EPQ-R						
Psicoticismo	1.28	1.59	0.00	8.00	1.92	4.40
Extroversão	12.89	3.90	1.00	19.00	-0.86	0.23
Neuroticismo	11.53	5.44	1.00	22.00	0.05	-0.76
Escala L	10.00	4.06	1.00	17.00	-0.13	-1.01
BSI						
Somatização	0.63	0.59	0.00	2.86	1.12	1.19
Obsessões e Compulsões	0.88	0.63	0.00	2.83	0.83	0.82
Sensibilidade Interpessoal	0.88	0.79	0.00	3.75	1.07	1.18
Depressão	0.91	0.81	0.00	3.67	1.01	0.91
Ansiedade	0.72	0.64	0.00	3.00	1.17	1.34
Hostilidade	0.79	0.81	0.00	3.80	1.61	2.77
Ansiedade Fóbica	0.35	0.51	0.00	2.40	2.29	5.40
Ideação Paranóide	1.26	0.80	0.00	3.60	0.47	-0.05
Psicoticismo	0.75	0.55	0.00	2.60	1.02	0.64
IGS	0.81	0.54	0.02	2.49	0.93	0.87
ISP	1.72	0.55	0.84	4.00	1.36	2.87
TSP	24.65	13.21	1.00	50.00	-0.16	-1.12
BDI-II						
EDSC	12.32	9.54	0.00	41.00	0.67	-0.03
	13.32	5.28	1.00	22.00	-0.48	-0.72

Relativamente à sintomatologia psicopatológica, medida através do BSI, foram obtidos valores médios de 0.63 ($DP=0.59$) na escala de Somatização; 0.88 ($DP=0.63$) na escala de Obsessões Compulsões; 0.88 ($DP=0.79$) na escala de Sensibilidade Interpessoal; 0.91 ($DP=0.81$) na Depressão; 0.72 ($DP=0.64$) na Ansiedade; 0.79 ($DP=0.81$) na Hostilidade; 0.35 ($DP=0.51$) na Ansiedade Fóbica; 1.26 ($DP=0.80$) na Ideação Paranóide e 0.75 ($DP=0.62$) na escala de Psicoticismo. No que concerne aos índices gerais foram obtidos valores de 0.81 no Índice Geral de Sintomas (IGS; $DP=0.54$), 1.72 no Índice de Sintomas Positivos (ISP; $DP=0.55$) e 24.65 no Total de Sintomas Positivos (TSP; $DP=13.21$) (ver Tabela 4). Os valores mencionados enquadram-se nas pontuações médias esperadas para a população geral (cf. Canavarro, 2007), sugerindo que os indivíduos não sofrem de sintomatologia psicopatológica de intensidade relevante. No entanto, o valor obtido no ISP é, segundo Canavarro (2007), indicador de perturbação emocional ($ISP > 1.70$).

No BDI-II foi obtido um resultado médio de 12.32 ($DP=9.54$) (ver Tabela 4) que se situa no intervalo normativo para a população portuguesa (cf. Oliveira-Brochado, 2014). Apesar do valor referido não ser indicador de sintomatologia depressiva de intensidade relevante, de acordo com o ponto de corte (> 13) estabelecido por Oliveira-Brochado e colaboradores (2014), 51 sujeitos (42.50%) apresentam valores sugestivos de um quadro depressivo (ver Tabela 5). Segundo o critério proposto por Beck e colaboradores (1996), 69 sujeitos (57.50%) apresentam “sintomatologia depressiva mínima” (entre

0-13), 26 sujeitos (21.66%) “depressão ligeira” (entre 14-19), 16 sujeitos (13.33%) “depressão moderada” (entre 20-28) e 9 sujeitos (7.50%) “depressão grave” (superior a 29) (ver Tabela 5).

Tabela 5. Sintomatologia depressiva da amostra (BDI-II).

	<i>n</i>	%
Depressão mínima (0-13)	69	57.50
Depressão ligeira (14-19)	26	21.66
Depressão moderada (20-28)	16	13.33
Depressão Grave (> 29)	9	7.50
Total	120	100
Ponto de Corte > 13	51	42.50
Ponto de Corte <13	69	57.50
Total	120	100

Na EDSC foi obtida uma pontuação média de 13.32 ($DP=5.28$), o que de acordo com os dados normativos para a população geral (variável género) sugere que os reclusos foram na generalidade sinceros a responder ao protocolo de avaliação (cf. Simões, Almiro, & Sousa, 2014) (ver Tabela 4). Através de uma análise mais pormenorizada das pontuações totais da EDSC, podemos verificar que 32 sujeitos (26.66%) apresentam um nível elevado de desajustabilidade social, 65 sujeitos (54.16%) encontram-se num nível médio e 23 sujeitos (19.16%) apresentam um nível baixo de desajustabilidade social.

Tabela 6. Análise descritiva da ECAL.

	<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Ideação suicida (Fator 1)	14	3.98	1.89	1	12	1.54	2.46
Tentativa de Suicídio (Fator 2)	7	1.79	1.47	1	6	1.78	3.31
Automutilação (Fator 3)	8	0.65	1.42	0	7	2.75	1.91
Parassuicídio (Fator 4)	5	0.46	0.91	0	4	2.19	7.65
Psicopatologia (Fator 5)	7	1.46	1.39	0	7	1.23	4.36
Isolamento (Fator 6)	8	1.81	1.46	0	7	1.19	1.91
Total	49	10.14	6.42	2	36	1.59	1.56

A ECAL apresenta um resultado total médio de 10.14 ($DP=6.42$) valores. O valor mínimo obtido foi de 2 pontos e o máximo de 36 pontos. No que concerne aos fatores, foram obtidos valores médios de 3.98 ($DP=1.89$) no fator “ideação suicida”; 1.79 ($DP=1.47$) no fator “tentativa de suicídio”; 0.65 ($DP=1.42$) no fator “automutilação”; 0.46 ($DP=0.91$) no fator “parassuicídio”; 1.46 ($DP=1.39$) no fator “psicopatologia” e 1.81 ($DP=1.46$) no fator “isolamento” (ver Tabela 6).

4.2 Estudos de precisão e validade

A precisão da ECAL foi examinada através da consistência interna, e, mais especificamente, do Alfa de Cronbach⁶.

⁶ Segundo De Vellis (1991), o Alfa de Cronbach é “inaceitável” quando inferior a .60; “indesejável” quando situado entre .60 e .65; “minimamente aceitável” entre .65 e .70; “respeitável” entre .70 e .80 e “muito bom” a partir de .80.

Tabela 7. Análise da Consistência Interna da ECAL

	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Nº de Itens</i>
ECAL (total)	.877	49
Ideação suicida (Fator 1)	.527	14
Tentativa de suicídio (Fator 2)	.715	7
Automutilação (Fator 3)	.811	8
Parassuicídio (Fator 4)	.615	5
Psicopatologia (Fator 5)	.569	7
Isolamento (Fator 6)	.514	8

A ECAL apresenta um $\alpha = .877$, considerado “muito bom”, de acordo com o critério de DeVellis (1991). No que diz respeito aos fatores, foram obtidos os seguintes coeficientes de alfa: $\alpha = .811$ no fator 3 (automutilação) considerado “muito bom”; $\alpha = .715$ no fator 2 (tentativa suicida) considerado “respeitável”; $\alpha = .615$ no fator 4 (parassuicídio), considerado “indesejável”; $\alpha = .527$ no fator 1 (ideação suicida), $\alpha = .569$ no fator 5 (psicopatologia) e $\alpha = .514$ no fator 6 (isolamento), considerados “inaceitáveis” (ver Tabela 7).

Tabela 8. Estatísticas Item-Total da ECAL

<i>Item</i>	<i>Média se item eliminado</i>	<i>Correlação Item-Total</i>	<i>α se item eliminado</i>	<i>Item</i>	<i>Média se item eliminado</i>	<i>Correlação Item-Total</i>	<i>α se item eliminado</i>
1	9.992	.614	.870	26	9.991	.454	.872
2	10.02	.581	.871	27	10.06	.451	.873
3	9.925	.566	.870	28	9.975	.334	.874
4	10.02	.423	.873	29	9.541	-.174	.886
5	10.04	.506	.872	30	9.500	-.050	.883
6	9.883	-.016	.882	31	10.08	.507	.873
7	9.658	.363	.874	32	10.10	.507	.873
8	10.06	.430	.873	33	9.825	.196	.878
9	9.725	.329	.875	34	9.266	-.417	.885
10	10.05	.362	.874	35	10.01	.110	.878
11	9.241	-.580	.887	36	10.09	.440	.874
12	10.09	.311	.875	37	10.07	.428	.874
13	10.01	.304	.875	38	9.983	.456	.872
14	10.04	.519	.872	39	10.08	.548	.872
15	10.05	.519	.872	40	10.10	.420	.874
16	9.975	.578	.870	41	9.308	-.221	.884
17	9.866	.004	.881	42	9.975	.500	.872
18	10.05	.384	.874	43	10.01	.308	.875
19	10.09	.552	.873	44	10.00	.590	.870
20	9.875	.656	.868	45	10.07	.531	.872
21	10.00	.660	.869	46	10.08	.461	.873
22	10.11	.232	.876	47	9.908	.363	.874
23	9.841	.657	.868	48	10.00	.404	.873
24	9.966	.664	.869	49	10.05	.664	.870
25	10.05	.406	.874				

Ao examinar as correlações item-total verifica-se que estas variam entre .004 (item 17) e .664 (item 24 e 49). De acordo com os critérios apontados por vários autores (por exemplo, Marôco, 2011; Nunally, 1978), este tipo de correlações são consideradas “adequadas” quando situadas entre .20 e .40, no entanto, podemos referir que o instrumento apresenta vários itens com valor inferior (itens: 6, 11, 17, 29, 30, 33, 34 e 41) (ver Tabela 8).

No âmbito dos estudos de validade de critério concorrente realizados com a ECAL, correlacionámos o valor total da escala e cada um dos seus fatores com os outros instrumentos utilizados no protocolo administrado: EPQ-R, BSI, BDI-II, EDSC. Estes instrumentos de avaliação além de serem

importantes na avaliação dos constructos da personalidade, sintomatologia psicopatológica e depressão, são internacionalmente utilizados e encontram-se devidamente validados para a população portuguesa. Ao verificar a relação entre a ECAL e o EPQ-R, foram encontradas correlações positivas e moderadas entre o total da ECAL e as dimensões Neuroticismo [$r=.487$, $p<.01$] e Psicoticismo [$r=.343$, $p<.01$] e uma correlação negativa e fraca com a Escala L. Relativamente ao BSI, os fatores Somatização [$r=.38$, $p<.01$], Obsessões Compulsões [$r=.37$, $p<.01$], Depressão [$r=.45$, $p<.01$], Ansiedade [$r=.36$, $p<.01$], Hostilidade [$r=.43$, $p<.01$], Psicoticismo [$r=.46$, $p<.01$] e os índices IGS [$r=.50$, $p<.01$], ISP [$r=.47$, $p<.01$] e TSP [$r=.38$, $p<.01$] apresentaram correlações positivas e moderadas com o total da ECAL. Foram também detetadas correlações positivas de intensidade fraca, com os fatores Sensibilidade Interpessoal e Ideação Paranóide. Face ao BDI-II foi obtida uma correlação positiva e moderada com o total da ECAL [$r=.320$, $p<.01$]. Por outro lado, com a EDSC foi encontrada uma correlação negativa e fraca (ver Tabela 9).

O fator “ideação suicida” apresenta correlações positivas e moderadas com as dimensões Neuroticismo [$r=.322$, $p<.01$] e Psicoticismo [$r=.283$, $p<.01$] do EPQ-R; os fatores Somatização [$r=.362$, $p<.01$], Depressão [$r=.372$, $p<.01$], Hostilidade [$r=.308$, $p<.01$] e Psicoticismo [$r=.325$, $p<.01$] e índices IGS [$r=.33$, $p<.01$] e ISP [$r=.375$, $p<.01$] do BSI. Com o BDI-II e restantes dimensões do BSI foram encontradas correlações de intensidade fraca. Com a EDSC e a escala L (EPQ-R) não foi encontrada relação significativa (ver Tabela 9).

O fator “tentativa de suicídio” apresenta correlações positivas e moderadas com os fatores Psicoticismo [$r=.441$, $p<.01$], Hostilidade [$r=.376$, $p<.01$], Ansiedade [$r=.362$, $p<.01$], Depressão [$r=.426$, $p<.01$], Obsessões Compulsões [$r=.305$, $p<.01$], Somatização [$r=.392$, $p<.01$] e índices TSP [$r=.291$, $p<.01$], ISP [$r=.338$, $p<.01$] e IGS [$r=.415$, $p<.01$] do BSI; com a dimensão Neuroticismo [$r=.404$, $p<.01$] do EPQ-R e com o BDI-II [$r=.347$, $p<.01$]. Foram também encontradas correlações fracas com os fatores Ideação Paranóide e Sensibilidade Interpessoal (BSI) e a EDSC (ver Tabela 9).

O fator “automutilação” apresenta correlações positivas e moderadas com os fatores Obsessões Compulsões [$r=.259$, $p<.01$], Depressão [$r=.275$, $p<.01$], Hostilidade [$r=.370$, $p<.01$], Psicoticismo [$r=.320$, $p<.01$] e índices IGS [$r=.288$, $p<.01$] e ISP [$r=.389$, $p<.01$] do BSI; as dimensões Psicoticismo [$r=.389$, $p<.01$] e Neuroticismo [$r=.328$, $p<.01$] do EPQ-R. Foram também encontradas correlações de intensidade fraca com a Somatização e Ansiedade (BSI) e a dimensão Extroversão e Escala L do EPQ-R (ver Tabela 9).

O fator “parassuicídio” apresenta correlações positivas e moderadas com os fatores Obsessões Compulsões [$r=.271$, $p<.01$], Depressão [$r=.258$, $p<.01$] e índice ISP [$r=.295$, $p<.01$] do BSI e com as dimensões Psicoticismo [$r=.256$, $p<.01$] e Neuroticismo [$r=.379$, $p<.01$] do EPQ-R. Foram encontradas correlações fracas com os fatores Somatização e Ansiedade do BSI; com a dimensão Extroversão do EPQ-R e com o BDI-II (ver Tabela 9). O fator “psicopatologia” apresenta correlações positivas e moderadas com os

fatores Somatização [$r=.333, p<.01$], Obsessões Compulsões [$r=.294, p<.01$], Depressão [$r=.342, p<.01$], Ansiedade [$r=.311, p<.01$], Hostilidade [$r=.368, p<.01$], Psicoticismo [$r=.377, p<.01$] e índices IGS [$r=.379, p<.01$] e ISP [$r=.443, p<.01$] do BSI; as dimensões Psicoticismo [$r=.266, p<.01$] e Neuroticismo [$r=.465, p<.01$] do EPQ-R e o BDI-II [$r=.257, p<.01$]. Foram também verificadas correlações fracas com os fatores Sensibilidade Interpessoal e Ideação Paranóide e índice TSP do BSI, Escala L do EPQ-R e EDSC (ver Tabela 9).

Tabela 9. Análise de correlação de *r* Pearson ECAL e instrumentos de avaliação.

	Total	Fator1	Fator2	Fator3	Fator4	Fator5	Fator6
BSI							
Somatização	.375**	.362**	.392**	.211*	.188*	.333**	.147
Ob. Compulsões	.371**	.276**	.305**	.259**	.271**	.294**	.265**
Sen. Interpessoal	.221*	.111	.194*	.129	.130	.217*	.220*
Depressão	.454**	.372**	.426**	.275**	.258**	.342**	.335**
Ansiedade	.359**	.280**	.362**	.179*	.190*	.311**	.261**
Ans. Fóbica	.171	.123	.074	.082	.189*	.178	.153
Hostilidade	.431**	.308**	.376**	.370**	.132	.368**	.325**
Id. Paranóide	.199*	.037	.191*	.124	.127	.190*	.256**
Psicoticismo	.463**	.325**	.441**	.320**	.248**	.377**	.346**
IGS	.449**	.330**	.415**	.288**	.248**	.379**	.334**
ISP	.472**	.375**	.338**	.389**	.295**	.443**	.266**
TSP	.295**	.188*	.291**	.152	.179	.242**	.274**
EPQ-R							
Psicoticismo	.343**	.283**	.151	.389**	.256**	.266**	.201*
Extroversão	-.165	-.119	.031	-.192*	-.200*	-.096	-.202*
Neuroticismo	.487**	.322**	.404**	.328**	.379**	.465**	.322**
Escala L	-.238**	-.151	-.176	-.209*	-.053	-.235**	-.213*
BDI-II	.320**	.223*	.347**	.127	.228*	.257**	.260**
EDSC	-.229*	-.115	-.207*	-.165	-.031	-.236**	-.244**

Nota: Fatores: 1-Ideação Suicida; 2-Tentativa de Suicídio; 3-Automutilação; 4-Parassuicídio; 5-Psicopatologia; 6-Isolamento

* $p<.05$; ** $p<.01$

O fator “isolamento” apresenta correlações positivas e moderadas com o fator Obsessões Compulsões [$r=.265, p<.01$], Depressão [$r=.335, p<.01$], Ansiedade [$r=.261, p<.01$], Hostilidade [$r=.325, p<.01$], Ideação Paranóide [$r=.256, p<.01$] e Psicoticismo [$r=.346, p<.01$] e os índices IGS [$r=.334, p<.01$], ISP [$r=.266, p<.01$] e TSP [$r=.274, p<.01$] do BSI; a dimensão Neuroticismo [$r=.322, p<.01$] do EPQ-R e o BDI-II [$r=.260, p<.01$]. Foram também encontradas correlações de intensidade fraca com sensibilidade interpessoal (BSI), as dimensões do Psicoticismo e Extroversão do EPQ-R e com a EDSC (ver Tabela 9).

Em suma, os valores acima apresentados sugerem que a ECAL avalia constructos moderadamente associados aos medidos pelos restantes instrumentos de avaliação administrados. A dimensão N do EPQ-R, os fatores Depressão e Psicoticismo do BSI, assim como o IGS e o ISP são os constructos que exibem as correlações que mais se evidenciam, uma vez que apresentam coeficientes próximos de .50.

4.3 Estudo das relações entre os dados sociodemográficos, jurídicos e prisionais na prática de comportamentos autolesivos

O método de correlação de r de Pearson foi utilizado com o propósito de verificar a existência de relações entre as variáveis sociodemográficas, jurídicas e prisionais (como a idade; estado civil; descendência; escolaridade; nível socioeconómico e empregabilidade; acompanhamento psicológico; consumo de substâncias; apoio familiar; duração da pena; tipo de crime; regime prisional; sanções disciplinares; ocupação na instituição; antecedentes criminais e prisionais e situação jurídica) e a ECAL e os seus respetivos fatores. Esta análise foi realizada após a verificação dos pressupostos para utilização deste método (normalidade, linearidade e homogeneidade das variâncias). Para a interpretação dos coeficientes r foi utilizado o critério proposto por Marôco (2011).

Foi encontrada uma correlação positiva e elevada entre o resultado total da ECAL e a “história de comportamentos autolesivos” [$r=.50, p<.01$] e uma correlação positiva e moderada com os “maus tratos na infância” [$r=.35, p<.01$]. Verificaram-se coeficientes de baixa intensidade com o “acompanhamento psicológico no passado”, a “medicação” e os “consumos mistos” e a “escolaridade”. No que diz respeito aos fatores, foi encontrada uma correlação positiva e moderada entre o fator “ideação suicida” e a variável “comportamentos autolesivos anteriores” [$r=.40, p<.01$] e correlações de intensidade fraca com as variáveis “consumos mistos”, “maus tratos na infância” e a “escolaridade”. Com o fator “tentativa suicida” foi encontrada uma correlação positiva e forte com a variável “história de comportamento autolesivo” [$r=.60, p<.01$] e correlações positivas e moderadas com as variáveis “maus tratos na infância” [$r=.35, p<.01$] e “acompanhamento psicológico no passado” [$r=.28, p<.01$]. Foram também verificadas correlações de intensidade fraca com os “consumos mistos”, “acompanhamento psicológico no presente” e a “idade”. Relativamente ao fator “automutilação” foi encontrada uma correlação positiva e moderada com a “história de comportamentos de autolesão” [$r=.44, p<.01$]. Verificaram-se correlações de intensidade fraca com o “acompanhamento psicológico no presente”, a “medicação”, a “história de toxicodependência”, a “reincidência criminal”, o “tempo de pena” e os “maus-tratos na infância” e a “escolaridade”. No que concerne ao fator “parassuicídio” foi obtida uma correlação positiva e moderada com a “história de comportamento autolesivo” [$r=.28, p<.01$]. Encontrou-se uma correlação de fraca intensidade com os “maus tratos na infância” e a “escolaridade”. Em relação ao fator “psicopatologia” foram encontradas correlações positivas e moderadas com as variáveis “acompanhamento psicológico no passado” [$r=.32, p<.01$], “medicação” [$r=.32, p<.01$] e “história de comportamento autolesivo” [$r=.35, p<.01$], “acompanhamento psicológico no presente” [$r=.29, p<.01$], “consumos mistos” [$r=0.26, p<.01$] e “história de toxicodependência” [$r=.27, p<.01$]. Foi também encontrada uma correlação negativa e moderada com a “idade da primeira prisão” [$r=-.26, p<.01$]. Entre o fator e a variável “maus tratos na infância” e “número de filhos” foi detetada uma correlação de

intensidade fraca. Por fim, ao verificar a relação entre o fator “isolamento” e as restantes variáveis foram obtidas correlações positivas e moderadas com a “história de comportamento autolesivo” [$r=.32, p<.01$] e os “maus tratos na infância” [$r=.28, p<.01$]. Foi encontrada uma correlação negativa e moderada com a variável “receber visitas” [$r=-.31, p<.01$] e “idade da primeira prisão” [$r=-.26, p<.01$]. Com a “reincidência criminal” e “escolaridade” foi encontrada uma correlação de intensidade fraca. Estes valores sugerem que uma anterior história de comportamentos autolesivos; ter sofrido de maus-tratos na infância; ser consumidor de substâncias (drogas e/ou álcool); ter sido acompanhado em consultas de psicologia no passado; não ter visitas no estabelecimento prisional e ser detido em idade jovem são fatores que estão associados à prática de comportamentos autolesivos em reclusos.

Através do teste de *t-student* para amostras independentes foram comparados os resultados médios obtidos na ECAL e nos seus respetivos fatores, de modo a verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos em comparação. Para tal, os participantes foram divididos em grupos, consoante as variáveis que se pretendia analisar e, posteriormente, através do *d* de Cohen⁷ foi verificada a magnitude do efeito.

Foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de preventivos e de condenados no fator “tentativa de suicídio” [$t(49.220)=-2.903; p=.006; d=0.38$]. O grupo de condenados obteve maior pontuação. Existem diferenças significativas entre um grupo de reclusos detidos pela primeira vez antes e depois dos 30 anos no fator “tentativa de suicídio” [$t(104.982)=2.84; p=.005; d=0.27$]; “automutilação” [$t(117.599)=3.32; p=.001; d=0.29$]; “parassuicídio” [$t(115.987)=2.76; p=.007; d=0.25$] e no total da ECAL [$t(112.149)=4.23; p=.000; d=0.37$]. Os sujeitos detidos antes dos 30 pontuam mais no fator “tentativa de suicídio”, “automutilação” e “parassuicídio”. Foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de solteiros e casados no fator “automutilação” [$t(79.950)=2.10; p=.039; d=0.23$], sendo que os solteiros têm tendência a pontuar mais neste fator. Existem diferenças significativas entre o grupo de sujeitos com e sem consumos mistos nos fatores “ideação suicida” [$t(118)=-2.16; p=.033; d=-0.20$] e “tentativa de suicídio” [$t(28.538)=-2.02; p=.053; d=-0.35$]. Os sujeitos com consumos mistos apresentam pontuação mais elevada. Existem diferenças significativas entre o grupo “com” e “sem acompanhamento psicológico no passado” no total da ECAL [$t(66.358)=-2.24; p=.028; d=-0.26$], sendo o grupo “com acompanhamento psicológico no passado” que tende a pontuar mais. Entre os sujeitos “com” e “sem acompanhamento psicológico no presente” foram encontradas diferenças significativas face ao fator “tentativa de suicídio” [$t(118)=-2.33; p=.021; d=-0.21$] e total da ECAL [$t(118)=-1.94; p=.054; d=-0.18$], no qual os sujeitos “com acompanhamento psicológico no presente” apresentam pontuações mais elevadas. Foram

⁷ Segundo Cohen (1988), a magnitude do efeito entre .20 e .50 é considerada “pequena”, entre .50 e .80 é “média” e “grande” quando superior a .80.

encontradas diferenças significativas entre um grupo de sujeitos “com” e “sem medicação psiquiátrica” no fator “automutilação” [$t(99.872)=-2.18$; $p=.032$; $d=-0.21$] e no total da ECAL [$t(118)=-2.14$; $p=.035$; $d=-0.19$], sendo que os sujeitos que tomam medicação psiquiátrica têm tendência a obter pontuações mais elevadas neste fator. Existem diferenças significativas entre um grupo de sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes no total da ECAL [$t(106.440)=-2.01$; $p=.047$; $d=-0.19$]. Os sujeitos toxicodependentes têm tendência a pontuar mais. Foram encontradas diferenças significativas entre um grupo “com” e “sem maus-tratos na infância” no fator “tentativa de suicídio” [$t(24.718)=-3.37$; $p=.002$; $d=-0.56$] e no total da ECAL [$t(25.270)=-2.88$; $p=.008$; $d=-0.50$]. Os sujeitos que outrora foram vítimas de maus-tratos pontuam mais. Foram encontradas diferenças significativas entre um grupo “com” e “sem história anterior de comportamentos de autolesão” nos fatores “ideação suicida” [$t(56.231)=-4.09$; $p=.000$; $d=-0.48$]; “tentativa de suicídio” [$t(41.887)=-5.96$; $p=.000$; $d=-0.68$]; “automutilação” [$t(52.739)=-3.43$; $p=.001$; $d=-0.43$] e “parassuicídio” [$t(67.879)=-2.20$; $p=.031$; $d=-0.26$] e no total da ECAL [$t(62.678)=-5.72$; $p=.000$; $d=-0.59$]. O grupo de sujeitos “com história anterior de comportamentos de autolesão” apresenta pontuações mais elevadas em todos os fatores e no total da ECAL.

Entre os sujeitos com idade superior e inferior a 40 anos; alcoólicos e não alcoólicos; primários e recorrentes; com pena superior ou inferior a 10 anos; ativos e inativos na instituição; que sofreram ou não sanções disciplinares; que recebem ou não visitas; com e sem apoio familiar; com ou sem descendência e que vivem sozinhos ou acompanhados não foram encontradas diferenças estatisticamente relevantes.

Relativamente à personalidade dos sujeitos, procedeu-se à comparação entre sujeitos com pontuação elevada e baixa nas dimensões do Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo. Para tal, foram constituídos grupos de sujeitos que obtiveram níveis superiores ou inferiores nas dimensões P, E, N do EPQ-R, tendo em conta o valor esperado para a população geral (variável género). No que concerne ao Psicoticismo, sujeitos com pontuação elevada nesta dimensão apresentaram pontuações médias superiores face ao total da ECAL [$t(44.058)=-3.60$; $p=.001$; $d=-0.48$], “ideação suicida” [$t(46.534)=-3.88$; $p=.000$; $d=-0.49$], “automutilação” [$t(38.605)=-2.95$; $p=.005$; $d=-0.43$] e “parassuicídio” [$t(43.415)=-2.62$; $p=.012$; $d=-0.37$], comparativamente com sujeitos com pontuação baixa. O grupo de sujeitos com pontuação elevada no Neuroticismo apresentou valores superiores face ao total da ECAL [$t(46.705)=-4.72$; $p=.000$; $d=-0.57$], à “ideação suicida” [$t(118)=-3.15$; $p=.007$; $d=-0.28$], à “tentativa de suicídio” [$t(37.485)=-3.55$; $p=.001$; $d=-0.50$], à “automutilação” [$t(38.669)=-2.76$; $p=.009$; $d=-0.41$] e ao “parassuicídio” [$t(41.351)=-3.504$; $p=.001$; $d=-0.48$], comparativamente com os sujeitos com pontuação baixa nesta dimensão. Relativamente à Extroversão, foram obtidas diferenças significativas face ao total da ECAL [$t(17.211)=3.16$; $p=.006$; $d=0.61$] e ao “parassuicídio” [$t(15.388)=2.33$; $p=.033$; $d=0.51$]. Neste caso, os sujeitos com pontuação elevada na dimensão de extroversão apresentam valores médios mais baixos na ECAL.

A mesma análise foi realizada para a sintomatologia psicopatológica, comparando sujeitos com valores superiores e inferiores ao ponto de corte de 1.7 no ISP (BSI), estabelecido para a população portuguesa (cf. Canavarro, 2007). Deste modo, os sujeitos acima do ponto de corte apresentam valores superiores face ao total da ECAL [$t(66.680)=-3.858$; $p=.000$; $d=-0.43$], e aos fatores “ideação suicida” [$t(69.884)=-2.18$; $p=.033$; $d=-0.25$], “tentativa de suicídio” [$t(60.691)=-2.964$; $p=.004$; $d=-0.36$], “automutilação” [$t(53.651)=-3.093$; $p=.003$; $d=-0.39$] e “parassuicídio” [$t(66.997)=-2.503$; $p=.015$; $d=-0.29$]. Tendo em conta o ponto de corte estabelecido no BDI-II (ponto de corte >13 ; Oliveira-Brochado et al., 2014), os reclusos com sintomatologia depressiva apresentam valores médios superiores nos fatores “tentativa de suicídio” [$t(74.256)=-2.59$; $p=.012$; $d=-0.29$] e total da ECAL [$t(88.542)=-2.66$; $p=.009$; $d=-0.27$] comparativamente com os que não têm sintomatologia depressiva. O mesmo procedimento foi realizado, de modo a verificar a existência de diferenças significativas entre um grupo com níveis de desajustabilidade social elevados e baixos, tendo em conta os valores normativos estabelecidos para a população portuguesa ($M=12.25$; $DP=5.11$; cf. M.R. Simões, Almiro, & Sousa, 2014), mas não foram detetadas diferenças relevantes.

De um modo geral, tendo em conta os valores de magnitude verificados (d de Cohen), os grupos de sujeitos apresentam diferenças de “pequeno efeito”, ou seja, as diferenças na manifestação dos comportamentos de autolesão, na amostra em causa, são reduzidas (cf. Loureiro & Gameiro, 2011). No entanto, os grupos “com e sem maus-tratos na infância”, “com e sem história de autolesão”, “Neuroticismo elevado e baixo” apresentam diferenças de “efeito médio”, no fator “tentativa de suicídio” e no total da ECAL. Os grupos com “extroversão elevada e baixa” apresentam um “médio efeito” no fator “parassuicídio” e total da ECAL. Estes valores sugerem que as diferenças na manifestação de CAL são moderadas nos grupos de reclusos em comparação.

V - Discussão

O estudo dos comportamentos autolesivos (CAL), em contexto prisional, e a sua relação com variáveis sociodemográficas, jurídicas, prisionais e psicológicas tem sido pouco explorado (Kovaszny et al., 2004; Magaletta et al., 2008; N. Moreira, 2009; Pragosa, 2011). Esta necessidade justificou a realização do presente estudo e incentivou a construção de um novo instrumento de avaliação, dada a carência de provas mais específicas para medir este constructo no contexto prisional: a Escala de Comportamentos Autolesivos (ECAL). A ECAL é um instrumento de autorresposta que poderá permitir efetuar uma avaliação mais adequada dos reclusos em risco de manifestar comportamentos autolesivos, uma vez que foi adaptada ao contexto prisional e apresenta boas qualidades psicométricas, tanto no âmbito da precisão, como no âmbito da validade.

Ao longo da revisão da literatura foram várias as controvérsias

encontradas acerca desta problemática, incentivando o estabelecimento de hipóteses de estudo que permitissem verificar a existência de uma relação entre diversas variáveis e os CAL em reclusão. Em estudos realizados anteriormente, em contexto prisional, não existe consenso acerca da associação das variáveis sociodemográficas e do âmbito jurídico na adoção destes comportamentos de risco. Por exemplo, relativamente à idade em que o suicídio poderá ocorrer com mais frequência, vários autores (e.g., Duque & Neves, 2004; Gonçalves & Vieira, 1989; Negrelli, 2006; Pinheiro & Cardoso, 2011; S. Moreira, 1998) apontam os adultos jovens como os mais vulneráveis enquanto outros (e.g., Blaauw et al., 2005) referem que sujeitos com idade superior a 40 anos apresentam mais risco de CAL. Tal como no estudo de N. Moreira (2009), na presente investigação também não foram encontrados resultados significativos que permitam estabelecer conclusões, não confirmando a Hipótese 1 (*“Reclusos mais jovens possuem um maior risco de apresentar CAL do que indivíduos de idade avançada”*).

A estreita associação entre as habilitações académicas e profissionais e os CAL também é assinalada por diversos autores (e.g., Henry & Short, 1971; Negrelli, 2006; OMS, 2006), sendo os sujeitos que possuem um nível de instrução mais reduzido e um emprego precário, ou se encontram em situação de desemprego, os mais vulneráveis. Blaauw e colaboradores (2005) encontraram, num estudo realizado em várias instituições prisionais, uma relação entre os CAL e os fracos recursos económicos e o desemprego. Na presente investigação, a Hipótese 2 (*“Reclusos com níveis académicos inferiores e em situação de desemprego têm um maior risco de evidenciar CAL”*) não foi confirmada, uma vez que não foram encontrados resultados significativos.

A relação entre o consumo de substâncias e a prática de CAL é evidenciada regularmente (e.g., Duque & Neves, 2004; N. Moreira, 2009; Pinto, 2011; Saraiva, 1999; Turecki, 1999), apresentando os sujeitos consumidores como os mais suscetíveis à adoção deste tipo de comportamentos. No caso dos sujeitos que mantêm um consumo misto (drogas e álcool) o risco é acrescido. Este resultado está em concordância com Hayes (2000), o qual permite constatar que sujeitos detidos por crimes relacionados com o consumo de álcool e/ou drogas apresentam um maior risco de CAL. Na presente investigação a Hipótese 3 (*“Reclusos consumidores de substâncias apresentam um maior risco de CAL”*) foi confirmada, uma vez que foi encontrada uma relação moderada entre toxicod dependência e os CAL.

Como referem diversos autores (e.g., Campos, Besser, & Blatt, 2013; Palmer & Connelly, 2005; Pinheiro & Cardoso, 2011), a história prévia de CAL é considerada um fator de risco, uma vez que a vulnerabilidade aumenta aquando da exposição à subcultura prisional. Na presente investigação esta relação também foi comprovada, através da relação forte encontrada entre o resultado total da ECAL e um passado com história de comportamentos autolesivos. Para aprofundar a questão, comparámos dois grupos e detetámos que os reclusos que anteriormente adotaram este tipo de conduta autolesiva eram os que obtinham valores estatisticamente mais significativos nos fatores

da ECAL. Deste modo, a Hipótese 4 (“*Reclusos que no passado manifestaram CAL possuem um maior risco de recorrência neste tipo de práticas*”) foi confirmada.

Outro importante fator de risco que merece ser alvo de atenção é ter sido vítima de maus-tratos na infância (Chapman et al., 2014; Duque & Neves, 2004; Gonçalves et al., 2011; N. Moreira, 2010; Saraiva, 2011). De modo a verificar a plausibilidade desta relação, procedemos à comparação de indivíduos (“com” e “sem história de maus tratos”) e foram encontrados dados estatisticamente significativos que sugerem que anteriores vítimas de abuso e/ou negligência tendem a adotar este tipo de comportamentos. Assim, a Hipótese 5 (“*Reclusos anteriormente vítimas de maus-tratos na infância apresentam um maior risco de CAL*”) foi confirmada.

Relativamente ao acompanhamento psicológico, vários estudos (e.g., Bonner, 2006; Chapman et al., 2005), referem que os sujeitos em risco de adotar CAL foram anteriormente seguidos em serviços de psicologia. Contrariamente ao estudo de N. Moreira (2009), na presente investigação, foram encontrados valores de significância estatística que corroboram esta hipótese. Também a relação entre os CAL e a ingestão excessiva de medicação psiquiátrica, frequente no sistema prisional, suscitou alguma reflexão. Deste modo, foram comparados sujeitos “com” e “sem medicação prescrita” e verificou-se que os primeiros apresentam valores superiores de CAL. Também foi encontrada uma correlação de intensidade moderada entre a ingestão de medicamentos e a prática de CAL. Estes dados permitem confirmar a Hipótese 6 (“*Reclusos que foram/são acompanhados psicologicamente e que tomam medicação apresentam mais CAL*”).

Em investigações com indivíduos em reclusão (e.g., Carreiro, 2012; Duque & Neves, 2004; Humber et al., 2013; Marzano et al., 2009; Negrelli, 2006) é possível constatar que a vulnerabilidade dos sujeitos se relaciona com o distanciamento de pessoas significativas e que a existência de suporte familiar e social é um fator de proteção em relação aos CAL. Neste sentido, comparámos os sujeitos que recebem visitas e têm apoio familiar com aqueles que se encontram privados de visitas familiares na prisão, mas não foram encontradas diferenças significativas. O estado civil e a descendência são características sociodemográficas que não obtêm unanimidade (e.g., Negrelli, 2006; N. Moreira, 2009; Robustelli, et. al., 2015), relativamente à sua relação com a prática de CAL. No presente trabalho foram encontradas diferenças significativas, em que o grupo de solteiros apresentava valores superiores comparativamente ao grupo de casados, no fator “automutilação”, o que permite confirmar parcialmente a hipótese de estudo. Este resultado está em conformidade com dados dos estudos de Joukamaa (1997) e Negrelli (2006) segundo os quais os sujeitos casados apresentam menor incidência de CAL. Relativamente à descendência, não foram encontrados valores relevantes que corroborassem a hipótese de que sujeitos com filhos tendem a adotar menos CAL. Deste modo, a Hipótese 7 (“*Reclusos com apoio familiar e social, que vivem maritalmente e que possuem descendência, apresentam um menor risco de CAL*”) é confirmada de forma parcial.

A prática de atividades dentro da instituição, como a frequência na escola, curso profissional, atividades de caráter lúdico, a prática desportiva ou uma ocupação laboral surgiu como um ponto relevante a ter em consideração, uma vez que a inatividade e sedentarismo são considerados prejudiciais para a saúde mental dos indivíduos (Damas & Oliveira, 2013). Na revisão da literatura este ponto não foi mencionado, pelo que se decidiu testar a hipótese através da comparação de um grupo de indivíduos inserido em atividades na instituição com outro em situação de inatividade, mas não foram encontradas diferenças significativas. Deste modo, a Hipótese 8 (*“Reclusos ativos na instituição prisional apresentam um menor risco de CAL”*) não é comprovada.

A entrada na prisão apresenta-se como uma experiência traumática, stressante e de instabilidade emocional (N. Moreira, 2008; N. Moreira & Gonçalves, 2010). No estudo de Hayes (2000) e Negrelli (2006), os sujeitos primários apresentam mais CAL. Contudo, Blaaw, Kerkhof e Hayes (2005) referem que os presos reincidentes são quem exibe mais comportamentos autolesivos. Contudo, na presente investigação esta hipótese (Hipótese 9 – *“Reclusos reincidentes apresentam um maior risco de CAL comparativamente com sujeitos primários”*) não foi corroborada, uma vez que não foi encontrada uma relação entre a reincidência e a prática de CAL. Negrelli (2006) apurou que os sujeitos que mantinham comportamentos autolesivos estavam a cumprir penas entre 5 e 10 anos e que os sujeitos detidos preventivamente (sem uma pena definida) eram os que apresentavam mais CAL. Tendo esta informação por base, procedemos à comparação entre respostas de um subgrupo de sujeitos preventivos e outro subgrupo de condenados e foram obtidas diferenças significativas. Os sujeitos detidos preventivamente apresentam pontuações mais elevadas na ECAL relativamente ao fator “tentativa de suicídio”. Assim, a Hipótese 10 (*“Reclusos preventivos apresentam um maior risco de CAL do que os condenados”*) foi confirmada.

Segundo vários autores (e.g., Blaauw, 2005; Fazel et al., 2008; Negrelli, 2006; N. Moreira, 2008), os sujeitos que cometeram crimes violentos tendem a adotar mais CAL. De modo a verificar este aspeto, comparámos um grupo de reclusos detidos por crimes contra as pessoas com outro de crimes de menor gravidade mas os resultados obtidos não são conclusivos. Deste modo, a Hipótese 11 (*“Reclusos detidos por crimes violentos e com penas mais elevadas apresentam um maior risco de CAL”*) não foi confirmada. Uma possível justificação é a nossa amostra ser maioritariamente composta por sujeitos com crimes contra o património ou relativos a estupefacientes, incluindo uma baixa percentagem de sujeitos que cometeram crimes contra as pessoas (ver Tabela 2).

Na revisão da literatura, a idade da primeira prisão pareceu ser outra variável importante. Deste modo, compararam-se os reclusos detidos pela primeira vez, antes e depois dos 30 anos, tendo sido identificadas diferenças significativas com os sujeitos reclusos mais jovens a apresentarem valores superiores de CAL. Entre a idade da primeira prisão e os fatores “tentativa de suicídio” e “automutilação” foi igualmente encontrada uma relação moderada, sugestiva de que quanto mais precoce a reclusão maior o risco de CAL. Deste

modo, a Hipótese 12 (*“Reclusos detidos pela primeira vez em idade jovem apresentam um maior risco de CAL”*) foi confirmada.

No presente estudo também foi analisada a possibilidade de uma relação entre o tempo de pena e a manifestação de CAL, mas não foram encontrados valores significativos. Assim, a Hipótese 13 (*“Reclusos com penas superiores a 10 anos apresentam um maior risco de CAL comparativamente com os que têm penas inferiores”*) não foi comprovada.

O stress provocado pelas sanções e isolamento disciplinar é responsável por muitas das simulações de tentativa de suicídio ocorridas em meio prisional, uma vez que os sujeitos não possuem um reportório de mecanismos de *coping* adequado (e.g., Felthous, 2011; Hayes, 2001; N. Moreira, 2009; N. Moreira & Gonçalves, 2010; Pinheiro & Cardoso, 2011; Souza & Ávila, 2008). Na investigação, um grupo de sujeitos que já estivera em isolamento disciplinar (cela disciplinar ou permanência obrigatória em alojamento – POA) foi comparado com outro que nunca sofreu sanções disciplinares, mas não foram obtidas diferenças significativas. Deste modo, a Hipótese 14 (*“Reclusos que sofreram sanções disciplinares apresentam um maior risco de CAL”*) não foi confirmada.

A existência de uma relação entre as dimensões de personalidade, como o Neuroticismo, a Extroversão e o Psicoticismo e os CAL também é reportada por vários autores (e.g., Aniceto, 2012; Costa & McCrae, 2000). Em investigações anteriores (e.g., Duque & Neves, 2004; Hirvikoski et al., 2011; Rozanov & Mid’ko, 2011) o Neuroticismo e o Psicoticismo eram as dimensões de personalidade mais evidenciadas em sujeitos com história de CAL, ao contrário da Extroversão. No presente trabalho esta relação também foi confirmada, uma vez que foi encontrada uma relação moderada entre a prática de CAL e as dimensões do Neuroticismo e Psicoticismo do EPQ-R. Contudo, relativamente à dimensão da Extroversão não foram encontrados dados de relevância estatística. Assim, a Hipótese 15 (*“Reclusos com um nível mais elevado de Psicoticismo (P+) e Neuroticismo (personalidade neurótica) e um nível mais baixo de Extroversão (personalidade introvertida) apresentam um maior risco de CAL”*) foi parcialmente confirmada.

A sintomatologia psicopatológica é outro importante fator de risco evidenciado na literatura, onde as patologias do Eixo I e do Eixo II são identificadas como predisponentes dos CAL (e.g., Duque & Neves, 2004; Felthous, 2011; Gil & Saraiva, 2006; Hayes, 2000; OMS, 2006; N. Moreira, 2010; N. Moreira & Gonçalves, 2010). Ao longo da execução da pena verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre o risco de CAL e a sintomatologia psicopatológica (N. Moreira, 2009). Na presente investigação, esta relação também é confirmada (Hipótese 16 – *“Reclusos com um nível mais elevado de sintomatologia psicopatológica apresentam um maior risco de CAL”*). Quando comparados sujeitos com e sem sintomatologia psicopatológica, podemos constatar que os primeiros apresentam níveis mais elevados de CAL. Entre o grupo de sujeitos com e sem sintomatologia depressiva (Hipótese 17 – *“Reclusos com um nível mais elevado de depressão apresentam um maior risco de CAL”*) também foram

encontradas diferenças significativas, com os primeiros a obter resultados mais elevados de CAL. Estes dados corroboram os estudos (e.g., Palmer & Connelly, 2005; Rivlin et al., 2010) que mostram que os indivíduos que cometeram atos autolesivos sofriam de perturbação mental relacionada com depressão, ansiedade, perturbação de pânico, psicose e consumo de psicofármacos. Neste sentido, as Hipóteses 16 e 17 foram confirmadas.

Alguns estudos (e.g., Holden et al., 1989; Malone et al., 2000) detetaram a existência de uma relação negativa entre a desejabilidade social e os CAL, sugerindo que sujeitos com níveis elevados de desejabilidade social apresentam menos CAL. Porém, em contexto prisional é indispensável um especial cuidado aquando da reflexão relativa a esta questão, uma vez que lidamos com sujeitos manipuladores que optam por determinadas condutas com o intuito de alcançar objetivos pessoais. Grande parte dos reclusos tem noção do “bom comportamento”, do “socialmente aceitável” e da forma como se deve expressar e agir junto das equipas de profissionais, para obter benefícios e vantagens (Davis & Moser, 2014; N. Moreira, 2009). Na presente investigação foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na ECAL quando foram comparadas as pontuações entre subgrupos de sujeitos com pontuações elevadas e baixas de desejabilidade social. Nesta análise, os sujeitos com desejabilidade social baixa apresentam mais CAL, nomeadamente tentativas de suicídio. Realizámos a mesma análise mas utilizando a escala L do EPQ-R e também constatámos diferenças significativas face aos fatores “tentativa de suicídio” e “automutilação”, com os sujeitos com pontuação mais baixa de desejabilidade social a apresentar valores de CAL superiores. Deste modo, a Hipótese 18 (*“Reclusos que apresentam um nível mais elevado de desejabilidade social apresentam um menor risco de CAL”*) foi confirmada. Contudo, entre a desejabilidade social e a prática CAL apenas foi encontrada uma relação de fraca intensidade, pelo que deve ter-se um especial cuidado ao retirar conclusões sustentáveis acerca destes valores.

VI - Conclusões

Atualmente, a problemática dos comportamentos autolesivos é alvo de grande investigação na população geral e na fase da adolescência, no entanto, no contexto prisional esta realidade tem sido descurada. Deste modo, a realização deste trabalho pretende contribuir para o estudo dos comportamentos autolesivos em contexto prisional. Este tipo de comportamentos é frequente entre os reclusos, que adotam a autolesão como uma “escapatória” ao sofrimento vivenciado. Por outro lado, sujeitos psicologicamente perturbados fazem uma utilização instrumental dos comportamentos autolesivos, com o objetivo de alcançar determinados benefícios ou como uma chamada de atenção para os seus problemas na instituição.

A existência de instrumentos de avaliação, nomeadamente no âmbito dos comportamentos autolesivos, é fundamental nas instituições prisionais,

pois permite a sinalização e rastreamento de sujeitos em risco. No entanto, a administração destes instrumentos não é suficiente, sendo necessário um enquadramento dos seus dados com outros métodos de avaliação psicológica, como a entrevista, a observação direta e a recolha de informações junto de outras fontes (como os processos clínicos, profissionais de saúde, *staff* prisional, familiares, grupo de pares). É essencial que o acompanhamento psicológico na instituição seja realizado de forma regular, de modo a conhecer a evolução dos sujeitos e a sua adaptação à instituição, assim como os microstressores que influenciam a prática de comportamentos autolesivos (Martin, Dorken, Simpson, McKenzie, & Colman, 2014). Os reclusos, apesar de apresentarem condutas desviantes ao longo da vida, muitas vezes são pessoas que outrora foram vítimas de violência, o que agravou a sua saúde mental. Assim, o conhecimento da história de vida do sujeito é fundamental.

A presente investigação revelou resultados que estão de acordo com o encontrado na literatura acerca da temática. Por exemplo, sujeitos com história prévia de comportamentos autolesivos e vítimas de maus-tratos na infância (abuso físico, sexual ou psicológico e/ou negligência parental) apresentam maior risco de comportamentos autolesivos. Reclusos com consumo de substâncias (drogas, álcool ou medicação psiquiátrica) também poderão ser considerados um grupo de risco. Por sua vez, os reclusos com personalidades marcadas por um neuroticismo e psicoticismo mais elevados e que apresentem sintomatologia psicopatológica também tendem a adotar este tipo de comportamentos. No que concerne ao contexto prisional, casos de detenção preventiva e de primeira prisão em idade jovem encontram-se associados à prática de comportamentos autolesivos. Os reclusos que não têm apoio familiar e/ou visitas também apresentam maior risco de comportamentos autolesivos. Em suma, os resultados alcançados permitiram confirmar hipóteses importantes para o estudo dos comportamentos autolesivos, contribuindo assim para a sua compreensão, prevenção e intervenção em meio prisional.

Contudo, importa sublinhar a heterogeneidade das instituições prisionais nas quais a presente investigação decorreu e o tamanho reduzido da amostra. A utilização de instrumentos de avaliação que não possuem dados adaptados para a população prisional (estudos de validação), como é o caso do EPQ-R, BSI, BDI-II e EDSC, também se tornaram uma limitação por apresentarem itens que não se enquadram no contexto prisional.

No que concerne à ECAL consideramos premente a reformulação de alguns itens que evidenciaram não estar devidamente adequados tendo em conta o nível escolar e a capacidade intelectual mais reduzida de muitos dos reclusos. Por outro lado, uma revisão dos itens também seria importante, de modo a permitir detetar os sujeitos que, no passado, adotaram comportamentos autolesivos mas que, no presente, já não se encontram em situação de risco. Por exemplo, deparámo-nos com sujeitos que apesar de terem manifestado comportamentos autolesivos, devido às circunstâncias de vida passadas, no presente, não apresentam ideação suicida, automutilação ou tentativas de suicídio. Outro ponto importante e que deve ser alvo de revisão

são os itens dos fatores da ECAL que não apresentam valores adequados de consistência interna (nomeadamente, os itens 6, 11, 29 e 30 e os fatores “ideação suicida”, “psicopatologia” e “isolamento”). O tamanho reduzido da amostra também não permitiu executar análises mais sólidas acerca das qualidades psicométricas da escala, como por exemplo a análise fatorial (validade de constructo). Futuramente, a continuidade deste estudo, assim como a sua ampliação a outros estabelecimentos prisionais, mostrar-se-ia relevante, de modo a permitir um estudo mais sustentado da ECAL. Também, aprofundar e explorar a ligação entre a prática de comportamentos autolesivos e outras variáveis (como por exemplo, os laços com pessoas significativas; as sanções disciplinares; o isolamento; ocupação prisional e o tipo de crime) seria importante.

Contudo, apesar das limitações encontradas ao longo do processo de investigação, o presente trabalho é um ponto de partida para estudos futuros, que permitam aprofundar a influência da saúde mental, dos traumas da infância, dos padrões de vinculação inseguros e das estratégias de *coping* nos comportamentos autolesivos em meio prisional. O estudo mais aprofundado do parassuicídio também se apresenta como uma área importante e que necessita de maior investigação, uma vez que parte substancial dos comportamentos autolesivos, em contexto prisional, é de carácter instrumental e manipulativo. Igualmente, a prevenção dos comportamentos autolesivos, através da sensibilização da população geral e prisional, e o tratamento (farmacológico, psicoterapêutico) das perturbações psicológicas se mostram prementes.

Bibliografia

- Abrutyn, S. & Mueller, A.S. (2014). Reconsidering Durkheim’s assessment of tarde: Formalizing a tardian theory of imitation, contagion, and suicide suggestion. *Sociological Forum*, 29(3), 698-719.
- Abreu, K. P., Lima, M. A. D. S., Kohlrausch, E. & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: Factores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12(1), 195-200.
- Almeida, R. M. M., Flores, A.C.S. & Scheffer, M. (2013). Ideação suicida, resolução de Problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 1-9.
- Almiro, P.A. (2013). *Adaptação, validação e aferição do EPQ-R para a população portuguesa: Estudos nos contextos clínico, forense e na comunidade*. Dissertação de Doutoramento, não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Almiro, P.A., & Simões, M.R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). In L.S. Almeida, M.R. Simões, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol.II; pp. 211- 229). Coimbra: Edições Almedina.

- Aniceto, P.M.G. (2012). *Vinculação, personalidade e ideação suicida em sujeitos com comportamentos aditivos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Antoniazzi, A.S, Dell'Aglio, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- APA (2006). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2014). *DSM 5. Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (5ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, E.S., & Bicalho, P.P.G. (2012). Suicídio: Crime, pecado, estatística, punição. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 723-734.
- Azevedo, A., & Matos, A.P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191.
- Beck, A.T., & Kovacs, M. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-Year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck A.T., Steer R.A., Ball R., & Ranieri W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Bertolote, J.M., Santos, C.M., & Botega, N.J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 587-595.
- Bem-Zeev, D., Young, A.M., & Depp, C.A. (2012). Real time predictors of suicidal ideation mobile assessment of hospitalized depressed patients. *Psychiatry Research*, 197, 55-59.
- Berlim, M.T. (2005). *Transtornos depressivos, ideação suicida e qualidade de vida em pacientes deprimidos ambulatoriais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Blaauw, E., Arensman, E.; Kraaij, V., Winkel, F.W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9-16.
- Blaaw, E., Kerkhof, J.F.M., & Hayes, L.M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 63-75.
- Bonner, R.L. (2000). Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4), 370-376.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em

- adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 195-209.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Borschmann, R., Coffey, C., Moran, P., Hearps, S., Degenhardt, L., Kinner, S.A., & Patton, G. (2014). Self-harm in young offenders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 641-652.
- Botega, N.J., León, L.M., Oliveira, H.B., Barros, M.B.A., Silva, V.F., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: Um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.
- Brausch, A.M., & Boone S.D. (2015). Frequency of nonsuicidal self-injury in adolescents: Differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1-11.
- Brown, M.Z., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Campos, C.R., Besser, A., & Blatt, S.J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 58-74.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cândido, S.N.J.M. (2010). *Cultura suicida no Alentejo: os factores promotores de ideação suicida e desesperança*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faro.
- Carreiro, A.S.M. (2012). *O “corte” dos presos com o exterior e o interior. representações das automutilações em reclusos preventivos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C.B., Sampaio, D., Amaro, F., & Santos, J.C. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., Britta, S., Ayuso-Mateos, J. L., & Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 189, 410-415.
- Chapman, A. L. (2003). *Parasuicidal behavior and boderline personality features: the role of experimental avoidance*. Dissertação de Doutorado, Idaho State University, United States – Idaho.
- Chapman, L.A., Specht, M., & Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 558-569.
- Chapman, L. A., Gratz, K. L., & Turner, B. J. (2014). Risk-related and

- protective correlates of nonsuicidal self-injury and co-occurring suicide attempts among incarcerated women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(2), 139-154.
- Chioqueta, A., & Stiles, T. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 38, 1283-1291.
- Clements-Nolle, K., Wolden, M., & Bargmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Women's Health Issues*, 19, 185-192.
- Clum, G.A. & Yang, B. (1995). additional support for the reliability and validity of the modified scale for suicide ideation. *Psychological Assessment*, 7(1), 122-125.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170, 212-217.
- Cordeiro, J.C.D. (2003). *Psiquiatria Forense. A pessoa como sujeito ético em medicina e em direito*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa Santos, J. M. M.C. (2006). Suicídio e autópsia psicológica – estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes autoinfligidas. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 11(6), 359-366.
- Costa, I.A.N.C., (2012). *Adolescência: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas*. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Daigle, M.S., & Côté, G. (2006). Nonfatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 670-681.
- Damas, F.B. & Oliveira, W.F. (2013). A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(12), 1-24.
- Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(2), 165-175.
- Daniel, A. E. (2007). Care of the mentally ill in prisons: Challenges and solutions. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 406-410.
- Daniel, A. E. (2009). Suicide-related litigation in jails and prisons: Risk management strategies. *Journal of Correctional Health Care*, 15(1), 19-27.
- Daniel, A. E. & Fleming, J. (2005). Serious suicide attempts in a state correctional system and strategies to prevent suicide. *Journal of Psychiatry & Law*, 33, 227-247.
- Daniel, A. E., & Fleming, J. (2006). Suicides in a state correctional system,

- 1992-2002: A review. *Journal of Correctional Health Care*, 12(1), 24-35.
- Deus, A. A. (2002), Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise Psicológica*, 3, 479-494.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: SAGE.
- Direcção Geral de Saúde (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Duque, A.F. & Neves, P.G. (2004) Auto-mutilação em meio prisional: Avaliação das Perturbações da Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 215-227.
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio. Estudo sociológico*. (Trad. Mónica Stahel). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1897).
- Dye, H.M. (2010). Deprivation, importation and prison suicide - Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38, 796–806.
- Engstrom, E.A. (2005). *Correctional suicide: identification of differences between Axis I and Axis II suicidal behaviors in adult male corrections*. Dissertação de Doutoramento, Capella University, United States – Minnesota.
- Eysenck, S.B., Eysenck, H.J., & Barrett, P.T. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Felthous, A.R. (2011). Suicide behind bars: trends, inconsistencies, and practical implications. *Journal Forensic Sciences*, 56(6), 1541-1555.
- Ferreira, A.G. (2013). *Razões para viver em diferentes grupos etários: Relações com a espiritualidade, religiosidade, perdão e bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir* (Trad. de R. Ramallete). Petrópolis: Vozes. (trabalho original publicado em 1975).
- Freitas, S.A.P. (2011). *Variáveis predictoras da ideação suicida em alcoólicos e deprimidos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve, Faro.
- Gil, N. P., & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários: Aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clinica*, 27(3), 211-225.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1989). Um modelo multidimensional para a prevenção do suicídio na prisão. *Temas Penitenciários*, 2(7), 7-17.
- Gonçalves, R. A. (2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. (3ªEd.). Quarteto.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior. Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Gottfried, E., Bodell, L., Carbonell, J., & Joiner, T. (2014). The clinical utility of the MMPI–2–RF suicidal/death ideation scale. *Psychological Assessment*, 1-7.

- 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), 204-213.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., Rihmer, Z., Malafosse, A., & Courtet, P. (2010). Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 122, 53-59.
- Gutierrez, P.M., Osman, A., & Kopper, B.A. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 403-413.
- Handley, T.E., Lambkin, F.J.K., Baker, A.L., Lewin, T.J., Kelly, B.J., Inder, K.J., Attia, J.R., & Kavanagh, D.J. (2013). Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *Journal of Affective Disorders*, 151, 275–28.
- Hayes, L. M. (1995). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.
- Hayes, L. M. (2001). Jail suicide risk despite denial (or when actions speak louder than words). *Crisis*, 22(1), 7-9.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 97-108.
- He, X., Felthous, A., Holzer, C., Nathan, P., & Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: One year study in Texas. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10(4), 1-7.
- Henry, A. & Short, J. (1971). Suicidal and external restraint. In A. Giddens (Ed.), *The sociology of suicide: A selection of readings* (pp.58-66). London: Frank Cass and Company.
- Holden, R.R., & Johns, D. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 266-274.
- Holden, R.R., Mendonça, J.D., & Serin, R.C. (1989). Suicide, hopelessness, and social desirability: a test of an interactive model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 500-504.
- Humber, N., Emsley, R., Pratt, D., & Tarrier, D. (2013). Anger as a predictor of psychological distress and self – harm ideation in inmates a structured self-assessment diary study. *Psychiatry Research*, 210, 166–173.
- Ivanoff, A., & Jang, S. J. (1991). The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: A study of prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 135-146.
- Joiner, T.E.; Rudd, M.D. & Rajab, M.H. (1997). The Modified Scale for

- Suicidal Ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 260-265.
- Joiner, T., Brown, J., & Wingate, L. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.
- Joukamaa, M. (1997). Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science International*, 89, 167-174.
- Kattimani, S., Sarkar, S., Rajkumar, R.P., & Menon, V. (2015). Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(2), 171-176.
- Kim, S.M., Baek, H., Han, D.H., Lee, Y.S., & Todd, D.A.Y. (2014). Psychosocial-environmental risk factors for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation: Findings from a sample of 73,238 adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, ..., 1-11.
- Kovacsznay, B., Miraglia, R., Beer, R., & Way, B. (2004). Reducing suicides in New York State correctional facilities. *Psychiatry Quarterly*, 75, 61-70.
- Kuo, W., Gallo, J., & Eaton, W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497-501.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lester, D. (1987). Social deviancy and suicidal behavior. *Journal of Social Psychology*, 127, 339-340.
- Lester, D. (2013). Hopelessness in undergraduate students around the world - a review. *Journal of Affective Disorders*, 150, 1204-120.
- Liebling, A. (1993). Chaplaincy life: Suicide and suicide attempts in prison. *New Life*, 10, 76-81.
- Liebling, A. (1993). Suicides in young prisoners: A summary. *Death Stud*, 17, 381-409.
- Liebling, A., Price, D., & Schefer, G. (2011). *The prison officer* (2ndEd.). New York: Willan.
- Liebling, A. (1995). Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35(2), 173-187.
- Linehan, M.M., & Nielsen, S.L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 773-775.
- Lohner, J., & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in males inmates self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 370-385.
- Lopes, P., Barreira, D.P., & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: Avaliação de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 47-57.
- Loureiro, L. M. J., & Gameiro, M. G. H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: Para lá da significância estatística. *Revista de*

- Enfermagem Referência*, 3, 151-162.
- Luxton, D.D., Rudd, M.D., Reger, M.A., & Gahm, G.A. (2011). A Psychometric study of the suicide ideation scale. *Archives of Suicide Research*, 15(3), 250-258.
- Magaletta, P.R., Patry, M., Wheat, B., & Bates, J. (2008). *Prison inmate characteristics and suicide attempt lethality: Exploratory study. Psychological Services*, 5(4), 351-361.
- Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S., & Mann, J.J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1084-1088.
- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. (2009). Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Research*, 169, 16-21.
- Mandracchia, J.T. & Smith, P.N. (2015). The interpersonal theory of suicide applied to male prisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 293-301.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5ªEd. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marzano, L. Fazel, S., Rivlin, A., & Hawton, K., (2011). Near-lethal self-harm in women prisoners: Contributing factors and psychological processes. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22, 863-884.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., & Fazel, S., (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide: A case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social Science and Medicine*, 72, 874-883.
- Marzano, L., Rivlin, A., Fazel, S., & Hawton, K. (2009) Interviewing survivors of near-lethal self-harm: A novel approach for investigating suicide amongst prisoners. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 152-155.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., & Fazel, S. (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide a case control study of near lethal self-harm in women prisoners. *Social Science & Medicine*, 72, 874-883.
- May, M.A., Klonsky, E.D., & Klein, D.N. (2012) Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 946-952.
- Mann, J. J., Waternux, C., Haas, G.L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Martin, M.S., Dorken, S.K., Simpson, A.I.F., McKenzie, K., & Colman, I., (2014). The predictive validity of depression hopelessness suicide screening form for self-harm among prisoners. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(6), 733-747.
- Meadows, L.A., Kaslow, N.J., Thompson, M.P., & Jurkovic, G.J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among african american women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 109-121.
- Mendes, R., Santos, S., Taveira, F., Oliveira, R.J.D., Santos, A., & Magalhães,

- T. (2015). Child suicide in the north of Portugal. *Journal Forensic Science*, 60(2), 471-475.
- Mendes, R., Vieira, M., Horta, M., & Oliveira, R.A. (2003). Risco de suicídio em condutores adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(21), 465-474.
- Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., & Gadol, E. (2013). Cognitive inflexibility and suicidal ideation mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry Research*, 210, 174-181.
- Moreira, N. A. (2008). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Moreira, N. A. (2009). *Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: Estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Moreira, N. A. (2010). *Suicídio nas prisões*. Porto: Livpsic.
- Moreira, N. A. C. & Gonçalves, R.A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1(28), 133-148.
- Moreira, S. J. (1998). Suicídio prisional: Um retrato. *Temas Penitenciários*, Série II, 1, 17-38.
- Moreira, S. J. (2005). Estatísticas prisionais 2004. *Temas Penitenciários*, Série III, 1/2, 89-122.
- Negrelli, A.M. (2006). *Suicídio no sistema carcerário: Análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Neves, P. (2010). *Comportamentos desviantes em meio prisional: Aspectos da personalidade, racionalidade e estratégias dos sujeitos de acção*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: A Systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 569-581.
- Nunes, C.P.S. (2012). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente. Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Oliveira-Brochado, F., Simões, M. R., & Paúl, C. (2014). Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (vol. II, pp. 189-212). Coimbra: Edições Almedina.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2006). *Prevenção do suicídio - Um recurso para conselheiros*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2000). *Prevenção do suicídio: Um*

manual para profissionais da mídia. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf

- Osman, A., Gifford, J., Jones, T., Lickiss, L., & Wenzel, R. (1993). Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychological Assessment*, 5(2), 154-158.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Allan & Unwin.
- Palmer, E. J. & Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 164-170.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H.I. Braun, D. N. Jackson & D.E. Wiley (Eds.). *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49-69). Mahwah NJ: Erlbaum.
- Pedrosa, C., & Dias, I. (2005). Intervenção psicológica em meio prisional. *Temas Penitenciários*, série III, 1/2, 79-87.
- Peixoto, B., & Azenha, S. (2006). *Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio*. Sociedade Portuguesa de Suicidologia (Ed.), Comportamentos Suicidários em Portugal. Coimbra.
- Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: Avaliação e intervenção em crise. *PsiLogos*, 9(1), 11-23.
- Pescosolido, B.A. (1990). The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. *The Sociological Quarterly*, 31(3), 337-357.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pinheiro, I. & Cardoso, J. (2011). *Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio na população reclusa: Estudo exploratório*. Disponível em: http://www.spppj.com/uploads/n_4.pdf
- Pinto, R.D.P.M. (2011). *Ideação suicida e sintomatologia psicopatológica em indivíduos toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Pragosa, C.S.M. (2011). *Tentativa de suicídio em meio prisional. Estudo exploratório de uma população de reclusos com e sem condutas autodestrutivas não fatais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 368, 119-123.
- Quinones, V., Jurska, J., Fener, E., & Miranda, R. (2015). Active and passive problem solving: Moderating role in the relation between depressive symptoms and future suicidal ideation varies by suicide attempt history. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 402-412.
- Reynolds, W.M. (1991). Psychometric characteristics of the adult suicidal ideation questionnaire in college students. *Journal of Personality*

- Assessment*, 56(2), 289-307.
- Ribeiro, J. L., & Barros, R.A. (1995). Estado depressivo em função do tempo de permanência em prisão preventiva. In L. Almeida, M.S. Araújo, M. C., Vila-Chã & M.E. Oliveira (Orgs), *Áreas de intervenção e compromissos sociais dos psicólogos* (pp. 79-83). Lisboa: Actas da Convenção Anual da APPORT.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2010). Psychiatric disorders in male prisoners who made bear-lethal suicide attempts: case-control study. *British Journal Psychiatry*, 197, 313-319.
- Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L., & Hawton, K. (2013). The suicidal process in male prisoners near-lethal suicide attempts. *Psychology, Crime and Law*, 19(4), 1-23.
- Robustelli, B., Trytko, A.C., Li, A., & Whisman, M.A. (2015). Marital discord and suicidal outcomes in a national sample of married individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1-10.
- Rohde, P., Seeley, J.R., & Mace, D.E. (1997). Correlates of suicidal behavior in a juvenile detention population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(2), 164-175.
- Rožanov, V.A. & Mid'ko, A. (2011). Personality patterns of suicide attempts within 'Big Five': Gender differences in Ukraine. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 693-700.
- Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavior model of suicidality. *Suicide-Life Threatening Behavior*, 30, 18-33.
- Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. B. (2006). Psicopatologia e prática clínica. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia (Ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Santos, S., Campos, R.C., & Tavares, S. (2014). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*, publicado online, DOI:10.1080/07481187.2014.946626.
- Santos, J.C., Saraiva, C.B., & Sousa, L. (2005). Emoção expressa: caracterização, estabilidade e importância no para-suicídio recorrente. *Revista Referência*, 2 (1), 40-51.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I., M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: National clinical survey. *Journal of British Psychiatry*, 184(3), 263-267.
- Sher, L., Oquendo, M.A., & Mann, J. J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 337-344.
- Silva, V., Oliveira, H., Botega, N., Léon, L., Barros, M., & Dalgalarrodo, P. (2006). Factores associados à ideação suicida na comunidade: Um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1835-1843.
- Simlot, R., Mcfarland, K., & Lester, D. (2013). Testing Joiner's Theory of suicide in jail inmates: An exploratory study. *Psychological Reports: Sociocultural Issues in Psychology*, 112(1), 100-105.
- Smith, A.R., Ribeiro, J.D., Mikolajewski, A., & Taylor, J. (2012). An

- examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Research*, 197, 60–65.
- Souza, R.B., & Ávila, M.T. (2008). *Ideação suicida: Uma avaliação da saúde mental de infratores presos*. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/324/271>
- Stenger, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tatman, A. W. & Kreamer, S. (2014). Psychometric properties of the social desirability scale-17 with individuals on probation and parole in the United States. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 9(1), 122–130.
- Taylor, P.J., Hutton, P., & Wood, I. (2015). Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45, 911–926.
- Toprak, S., Cetin, I., Guven, T., Can, G., & Demircan, C. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research*, 187, 140–144.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e a sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 18-22.
- Venta, A., Ross, E., Schatte, D., & Sharp, C. (2012) Suicide ideation and attempts among inpatient adolescents with borderline personality disorder: Frequency, intensity and age of onset. *Personality and Mental Health*, 6, 340–351.
- Vicente, S., Nunes, A., Viñas, C., Freitas, D., & Saraiva, C.B. (2001). Depressão, ideação suicida e desesperança em doentes alcoólicos. *Psiquiatria Clinica*, 22(1), 85-93.
- Vieira, K.F.L., & Coutinho, M.P.L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(4), 714-727.
- Vidal, C.E.L., Gontijo, E.C.D.M., & Lima, L.A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175-187.
- Way, B.B., Miraglia, R., Sawyer, D.A., Beer, R., & Eddy, J. (2005). Factores related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 207-221.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Factores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.
- Witte, T. K., Gordon, K. H., Smith, P. N., & Van Orden, K. A. (2012). Stoicism and sensation seeking: Male vulnerabilities for the acquired capability for suicide. *Journal of Research in Personality*, 46, 384-392.

Anexo A – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Convidamo-lo a colaborar numa **investigação que tem como objetivo o estudo dos comportamentos auto lesivos em pessoas que se encontram em situação de reclusão.**

A sua colaboração é **voluntária** e poderá em qualquer momento e por qualquer motivo desistir de colaborar nesta investigação.

É assegurado o **anonimato** e a **confidencialidade** das respostas e resultados obtidos.

A sua participação é muito importante, pois irá contribuir para compreender melhor o problema dos comportamentos auto lesivos em contexto prisional e, ao mesmo tempo, validar um instrumento de avaliação com este objectivo. Este instrumento de avaliação poderá ser útil para um rastreio mais adequado de casos de risco de comportamentos de suicídio, em contexto prisional.

Os resultados obtidos serão objecto de tratamento estatístico agregado (e não individual) e usados para fins exclusivos de investigação.

A sua colaboração consistirá na resposta a alguns questionários. Não existem respostas certas ou erradas. Apenas lhe é pedido que responda de acordo com o que considera que melhor corresponde aquilo que pensa e sente e à sua história de vida.

Por favor, leia com atenção todos os questionários e não deixe nenhuma pergunta por responder. É importante que o preenchimento destes instrumentos respeite a ordem em que são apresentados. O tempo previsto para o preenchimento de todos os questionários é de aproximadamente 30 minutos.

Muito obrigado pela sua disponibilidade para participar nesta investigação.

Responsáveis pelo projecto de investigação:

Ana Margarida Duarte Ferraz
(Aluna do 5º Ano de Mestrado Integrado em Psicologia – Subárea de
Psicologia Forense da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra - FPCEUC)
Prof. Mário R. Simões
(Prof. Catedrático da FPCEUC)

FORMULÁRIO de CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu abaixo assinado _____
(nome completo) estou de acordo em participar no “*Estudo de validação de um questionário de avaliação de Comportamentos Auto lesivos em Reclusos*”, que está a ser realizado no âmbito da tese de Mestrado Integrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), por Ana Margarida Duarte Ferraz (aluna do 5º Ano – Subárea de Psicologia Forense), sob orientação do Professor Doutor Mário R. Simões.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Sei que devo responder da forma mais sincera possível, e que não existem respostas certas ou erradas.

Sei que sou livre de abandonar a minha participação na investigação, em qualquer momento, se for essa a minha intenção.

Foi-me assegurado que os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para efeitos de investigação e concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo.

O participante,

(nome completo)

A investigadora,

Anexo B – Questionário de Dados Sociodemográfico**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

IDENTIFICAÇÃO _____ **Data de avaliação** ____/____/____.

Idade _____ **Data de nascimento** ____/____/____.

Nacionalidade _____

Estado civil:

Solteiro Casado/União de facto Divorciado/Separado Viúvo

Filhos:

Não Sim Número de filhos _____

Agregado Familiar: Em liberdade, com quem vivia?

Companheira/o Pais Irmãos Avós Filhos Sozinho

Instituição de apoio Outros

Nível socioeconómico

Baixo Médio Inferior Médio Superior Superior

Área de Residência: (aldeia; vila; cidade)

Rural Moderadamente Urbana Predominantemente Urbana

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Analfabeto Sabe Ler e Escrever 1º ciclo 2º ciclo 3º Ciclo

Ensino Secundário Curso profissional Ensino superior

Ano de escolaridade mais elevado concluído: _____

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL/OCUPAÇÃO EM LIBERDADE

Empregado (há quanto tempo? _____)

Trabalhador por conta de outrem trabalhador por conta própria

Idade com que começou a trabalhar? _____

Em liberdade que profissão tinha? _____

Estudante Reformado

Desempregado

SAÚDE

Seguido atualmente em psicologia/psiquiatria Não Sim

Seguido no passado em psicologia/psiquiatria Não Sim

Toma medicação Não Sim

HISTORIAL DE TOXICODEPENDÊNCIA:

Não Sim Idade de início _____

Atualmente, ainda consome? Sim Não

Abstinente desde _____ Tratamentos _____

Recaídas Não Sim N° _____

Substâncias que já consumiu:

Cannabis/Haxixe Heroína Cocaína “Speeds”/anfêtas

Drunfos/Calmantes Cola/solventes Metadona

Substância(s) principal/preferida(s) _____

Substância(s) atual _____

HISTORIAL DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Não Sim Idade de início _____

Atualmente, ainda consome? Não Sim

Abstinente desde _____ Tratamentos _____

Recaídas Não Sim N° _____

CONTEXTO PRISIONAL

Idade da primeira prisão/ano _____

Antecedentes Criminais: Não Sim

Antecedentes Prisionais: Não Sim

N° de prisões ____ N° de condenações ____

Situação: Preventivo Condenado

Regime: Comum Aberto no Interior

Aberto no Exterior Segurança

Crime: _____

Pena (duração) _____

Isolamento disciplinar:

Permanência Obrigatória em Alojamento (POA) _____

Cela disciplinar _____

Recebe visitas regularmente? Não Sim

Tem apoio familiar? Não Sim

Ocupação no EP

Sim: frequenta escola curso profissional ocupação laboral

Não: não tem atividade dentro do EP

História de maus tratos, negligência, abuso (físico, sexual, psicológico) na infância? Não Sim

Alguma vez pensou ou tentou fazer mal a si próprio? Não Sim

Anexo C – Instrumentos de avaliação de comportamentos suicidários

- Utilizados para a seleção dos itens da ECAL:

Beck, Schuyler, & Herman (1974) - Suicide Intent Scale (SIS)
 Beck, Kovacs & Weissman (1979) - Escala de Ideação Suicida (BSI)
 Columbia Suicide Form (CSHF)
 Ferreira & Castela (1999) – Questionário de Ideação Suicida
 HASS I: Self Report Questionnaire - Harkavy Asnis Suicide Survey (Demo)
 HASS II: Self Report Questionnaire - Harkavy Asnis Suicide Survey
 Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles (1983) - Inventário de Razões para viver (RFL)
 Mills & Kroner (2002) - Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS)
 Moreira (2009) – Inventário de *stress* em contexto prisional
 Nunes (2012) – Questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAISA)
 Osman et al. (1999) – Suicide Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ)
 Rudd (1989) - Escala de Ideação Suicida (SIS)
 Stork (1977) – Escala de Risco Suicidário

- Outras analisadas:

Beck, Beck & Kovacs (1975) - Escala de Letalidade (LS)
 Beck, Steer & Ranieri (1988) - Escala de Autoavaliação para a Ideação Suicida (SSI-R)
 Cooper-Patrick, Crum, & Ford (1994) - Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SIS-Q)
 Cull & Gill (1988) - Escala de Probabilidade de suicídio (SPS)
 Ivanoff & Jang (1991) - Suicidal Behaviors Interview (SBI)
 Ivanoff, Jang, Smyth & Linehan (1994) - Inventário de razões para viver – versão breve (RFL-B)
 Kowalchuk & King (1988) - Inventário de orientação de vida (LOI)
 Jobes, Jacoby, Cimboic, & Husted (1997) - The Suicide Status Form (SSF)
 Linehan (1981) - Questionário de Comportamentos Suicidas (SBQ)
 Linehan, Wagner, & Cox (1983) - Parasuicide History Interview (PHI)
 Litman & Farberow (1961) e Holmes & Howard (1980) - Suicide Potential Rating Scale (SPLS)
 Miller, Norman, Bishop & Dow (1986) - Escala de Ideação Suicida Modificada (MSSI)
 Neimeyer & Macinnes (1981) - Inventário de Resposta à intervenção no suicídio (SIRI)
 Neimeyer & Bonnelle (1997) - SIRI-2
 Osman, Barrios, Gritman & Osman (1993) - Escala de tendências suicidas multi-atitude (MAST)
 Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros (1998) - The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)
 Reynolds (1988) - Questionário de Ideação Suicida (SIQ)
 Reynolds (1991) - Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ)
 Smith, Conroy & Ehler (1984) - Escala de Letalidade de Tentativa de Suicídio (LSARS)