



Universidades Lusíada

Cintra, Sara Cristina Zeferino, 1995-

Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans

<http://hdl.handle.net/11067/4762>

Metadados

Data de Publicação	2019
Resumo	<p>Este estudo tem como base a análise da relação entre os comportamentos suicidários e autolesivos na população trans, através de variáveis psicológicas (impulsividade, auto-dano, ideação suicida, comportamentos suicidários e dor psicológica) e sociodemográficas (idade, género, relação familiar, apoio familiar, se já realizou ou não alterações corporais, situações de risco e dificuldades experienciadas durante o processo de transição). Deste modo, realizou-se um estudo quantitativo, através da uti...</p> <p>This study is based on the analysis of the relationship between suicidal and self-harm behaviors in trans populations, through psychological variables (Impulsivity, self-harm, suicidal ideation, suicidal behaviors and psycho-ache) and sociodemographics (Age, gender, family relationship, family support, if body changes were made or not, risk situations and difficulties experienced during transition process). A quantitative study was made through the application of a online survey for the Portugues...</p>
Palavras Chave	Transgénero - Psicologia, Transgénero - Comportamentos suicidas, Automutilação
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:47:35Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans

Realizado por:
Sara Cristina Zeferino Cintra

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 4 de Dezembro de 2019

Lisboa

2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans

Sara Cristina Zeferino Cintra

Lisboa

agosto 2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans

Sara Cristina Zeferino Cintra

Lisboa

agosto 2019

Sara Cristina Zeferino Cintra

Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita

Lisboa

agosto 2019

Ficha Técnica

Autora Sara Cristina Zeferino Cintra
Orientadora Prof.^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

CINTRA, Sara Cristina Zeferino, 1995-

Comportamentos suicidários e autolesivos na população trans / Sara Cristina Zeferino Cintra ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia 1972-

LCSH

1. Transgénero - Psicologia
2. Transgénero - Comportamentos suicidas
3. Automutilação
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Transgender people - Psychology
2. Transgender people - Suicidal behavior
3. Self-mutilation
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HQ77.9.C56 2019

*“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa
que tornou a tua rosa tão importante.”*

O Príncipezinho

Agradecimentos

No decorrer desta jornada, foram várias as pessoas que me acompanharam, apoiaram e que nunca deixaram que eu perdesse o foco.

Em primeiro lugar, queria agradecer à pessoa mais maravilhosa do mundo, que me apoiou, incondicionalmente, em todos os momentos da vida. A minha mãe é a pessoa mais guerreira que conheci. Foram todas as suas palavras positivas, de conforto e carinho que permitiram que eu nunca desistisse daquilo que mais gosto de fazer. Deu-me asas para voar, mesmo que quisesse que eu permanecesse, eternamente, debaixo da sua asinha. Obrigada por todos os esforços que fizeste e continuas a fazer por mim. Obrigada por todo o teu apoio, por seres mãe e pai ao mesmo tempo e por estares sempre do meu lado quando eu mais preciso. Longe, mas sempre perto. Amo-te muito.

Em segundo lugar, queria agradecer às minhas avós, especialmente, à avó Maria Amélia, por me ter apoiado e por todos estes anos ter sido uma segunda mãe para mim. Obrigada por todos os telefonemas que fizeste para saber se estava bem e como tinha corrido o meu dia.

Agradeço também à Catarina por ter aturado todo o meu stress e mau feitio durante todo este ano. Mesmo longe daquelas pessoas que são muito importantes para mim, deste-me sempre o apoio que eu precisava, mesmo quando a minha vontade era desistir. Obrigada por todo o amor, carinho e conforto. Foste uma peça fundamental neste meu percurso académico.

Um agradecimento especial à Dona Marília, por toda a paciência e palavras amigas que me foi dando ao longo de todo o meu percurso académico.

Quero agradecer também à professora Doutora Túlia Cabrita, por toda a ajuda, disponibilidade, pelos conselhos, paciência e, principalmente, por todo o apoio nesta excelente orientação, assim como em anos letivos anteriores.

Quero agradecer também a todos os professores que tive o privilégio de conhecer e aprender durante estes cinco anos. Obrigada professora Doutora Tânia Gaspar, professor Doutor Manuel Domingos, professora Doutora Teresa Leite, professor Doutor António Rebelo por estes anos, onde trabalho foi a palavra de ordem e pela partilha de conhecimentos.

Um agradecimento especial à professora Olga, querida professora primária, por toda a amizade que prevalece até aos dias de hoje.

Agradeço também aos meus colegas de curso, em especial à Joana Trindade e à Sandra Estevão, pela amizade e por todos os dias e todas as horas que passámos juntas a estudar. Todo o apoio mútuo permitiu que conseguíssemos ultrapassar esta fase, complicada e stressante, com mais motivação. Que esta amizade seja eterna e que possamos trabalhar em diversos projetos juntas.

Também quero agradecer à Inês Louro, Sara Moty, Inês Faustino, João Lopes, Tomé, Maria Inês, Mónica, Olivia, Eduardo, Vânia Gomes, Andreia, Sara Ferreira, Liliane e Sara Bôto por toda a amizade ao longo destes cinco anos.

Obrigada a todas as instituições e associações que permitiram que este estudo visse a luz do dia. Obrigada Casa Qui, Rede ex aequo, Centro Gis, ILGA Portugal, Transmissão e Transsexual Portugal pela disponibilidade e simpatia na divulgação do questionário. Obrigada por todo o trabalho que têm estado a desenvolver para todas as pessoas LGBT.

Obrigada Vasco Sampaio pela disponibilidade e simpatia para responder a todas as minhas dúvidas sobre o mundo T.

Obrigada ao André por ter sido incansável no auxílio da divulgação da minha dissertação. Toda a tua história, as tuas palavras de apoio e motivação deram um toque especial a este meu projeto.

Agradeço à Cláudia Albuquerque, Catarina Pontes, Catarina Rodrigues e Catarina Nunes por todos os bons momentos que passámos juntas, que apesar de poucos, permitiram-nos partilhar muitas gargalhadas e desabafos.

Obrigada a todas as estrelinhas do céu que estão a olhar por mim, bisavós e tio, porque mesmo longe eu sei que sempre estiveram ao meu lado.

Obrigada primo Bruno por todo o carinho e por sempre afirmares que sou o teu orgulho.

Um bem-haja a todos!

Resumo

Este estudo tem como base a análise da relação entre os comportamentos suicidários e autolesivos na população trans, através de variáveis psicológicas (impulsividade, auto-dano, ideação suicida, comportamentos suicidários e dor psicológica) e sociodemográficas (idade, género, relação familiar, apoio familiar, se já realizou ou não alterações corporais, situações de risco e dificuldades experienciadas durante o processo de transição). Deste modo, realizou-se um estudo quantitativo, através da utilização de um questionário online para a população portuguesa. A amostra é composta por 114 pessoas (73,7% identificam-se com o género masculino, 16,7% do género feminino e 9,7% identificam-se com outros géneros não conformes). De acordo com os resultados obtidos, revelou-se que a amostra apresenta elevados níveis de ideação suicida, comportamentos suicidários e dor psicológica, enquanto que os comportamentos autolesivos apresentam valores reduzidos. As variáveis sociodemográficas como a idade, as alterações corporais, situações de risco experienciadas e dificuldades sentidas no decorrer do processo de transição influenciam significativamente a adoção de comportamentos suicidários e autolesivos e o aparecimento de dor psicológica.

Palavras-chave: Comportamentos suicidários, comportamentos autolesivos, dor psicológica, identidade de género, pessoas trans

Abstract

This study is based on the analysis of the relationship between suicidal and self-harm behaviors in trans populations, through psychological variables (Impulsivity, self-harm, suicidal ideation, suicidal behaviors and psychache) and sociodemographics (Age, gender, family relationship, family support, if body changes were made or not, risk situations and difficulties experienced during transition process). A quantitative study was made through the application of an online survey for the Portuguese population. The sample is composed by 114 people (73.3% identify with the masculine gender, 16.7% identify with the feminine gender and 9.7% identify with other non-conforming genders). The results show that this sample has high levels of suicidal ideation, suicidal behaviors and psychache, while the self-harm behaviors have lower values. The sociodemographic variables like age, body changes, experienced risk situations and difficulties felt during the transition process influence significantly the adoption of suicidal behavior, self-harm and the emergence of psychache.

Key-words: Suicidal behaviors, self-harm behaviors, psychache, gender identity, trans people

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Localidade dos Participantes	42
Tabela 2 - Escolaridade dos Participantes	42
Tabela 3 - Identidade de Género dos Participantes.....	43
Tabela 4 - Orientação Sexual dos Participantes.....	43
Tabela 5 - Alterações corporais	43
Tabela 6 - Desejo de realizar alterações corporais.....	44
Tabela 7 - Dificuldades sentidas no processo de transição.....	44
Tabela 8 - Situações de risco experenciadas pelos participantes no processo de transição	45
Tabela 9 - Distribuição das variáveis psicológicas: Impulso, Auto-Dano e Ideação suicída ..	51
Tabela 10 - Distribuição da variável psicológica: Comportamentos suicidários.....	52
Tabela 11 - Distribuição da variável psicológica: Dor psicológica	52
Tabela 12 – Análise da relação entre as variáveis psicológica em função da idade dos participantes	53
Tabela 13 – Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função do género dos participantes	54
Tabela 14 – Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função do apoio familiar dos participantes.....	55
Tabela 15 – Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função da relação familiar dos participantes.....	56
Tabela 16 - Relação entre a relação familiar dos participantes e as variáveis psicológicas	56
Tabela 17 – Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função das situações de risco experenciadas pelos participantes	57

Tabela 18 - Associação entre as situações de risco experienciadas pelos participantes e as variáveis psicológicas	58
Tabela 19 – Análise da relação entre as variáveis psicológicas e as dificuldades experienciadas durante o processo de transição dos participantes	59
Tabela 20 - Associação entre as dificuldades no processo experienciadas pelos participantes e as variáveis psicológicas	59
Tabela 21 – Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função das alterações corporais dos participantes.....	60
Tabela 22 - Correlações entre as variáveis psicológicas (QIAIS-A, QCS-R e Psychache Scale).....	61
Tabela 23 - Regressão linear das variáveis psicológicas e demográficas como preditoras da Dor psicológica	63
Tabela 24 - Regressão linear das variáveis psicológicas e demográficas como preditoras dos Comportamentos suicidários.....	64
Tabela 25 - Regressão linear das variáveis psicológicas e demográficas como preditoras da Ideação suicida.....	65

Lista de Figuras

Figura 1 – Síntese da relação entre os comportamentos suicidários e os seus fatores associados	79
--	----

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- ANOVA - Análise da variância
- CP - Correlação de Pearson
- CS - Correlação de Spearman
- DGS - Direção Geral de Saúde
- DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- FTM - Female to male
- ILGA - Internacional Lesbian, Gay, bissexual, trans and intersex association
- KW - Kruskal-Wallis
- LGB - Lésbicas, gays e bissexuais
- LGBT - Lésbicas, gays, bissexuais e trans
- MTF - Male to Female
- NSSI - Non-suicidal self-injury
- PNPS - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
- QCS-R - Questionário de Comportamentos Suicidários Revisitado
- QIAIS-A - Questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida nos adolescentes
- SPSS - Statistical package for the Social Sciences
- WPATH - World Professional Association for Transgender Health

Sumário

Agradecimentos	IX
Resumo	XIII
Abstract	XV
Lista de Tabelas	XVII
Lista de Figuras	XIX
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XXI
Sumário	XXIII
Introdução	1
Enquadramento Teórico	7
Identidade de Género em Pessoas Trans	7
Comportamentos Suicidários	9
Comportamentos Suicidários na População Trans	18
Comportamentos Autolesivos	30
Comportamentos Autolesivos na População Trans	35
Objectivos	39
Método	41
Participantes	41
Instrumentos	45
Procedimentos	48
Resultados	51
Resultados descritivos do estudo	51
Estudo da Relação Entre as Variáveis Psicológicas e Demográficas	53
Estudo da Associação Entre os Comportamentos Suicidários e Autolesivos com Base nas Variáveis Psicológicas	61
Resultado do Estudo das Variáveis Predictoras	63
Discussão	67
Referências	83
Anexos	111
Lista de Anexos	113
Anexo A	115
Anexo B	119
Anexo C	123
Anexo D	129

Introdução

Através da visibilidade dada depois da Revolta de *Stonewall*, nos Estados Unidos da América, este acontecimento histórico permitiu a ascensão da distinção face à diferença entre os diversos padrões de comportamento sexual humano (Manteigas, 1996).

Os movimentos pelos direitos LGBT, nos Estados Unidos da América, levaram a que a Europa sofresse algumas alterações no seu padrão de pensamento, mesmo com o surgimento de alguns movimentos mais conservadores, que promoviam uma opressão face às minorias (Manteigas, 1996).

O género é assim definido como um construto biológico, genético, anatómico, psicológico, cultural e social, que classifica as pessoas como homens ou mulheres (Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer & Landers, 2008; Winter, Diamond, Green, Karasic, Reed, Whittle & Wylie, 2016, Macedo, 2018). A identidade de género corresponde a um conjunto de atitudes, sentimentos e comportamentos que são experienciados e expressados pelo indivíduo, independentemente, do seu sexo biológico. Por outro lado, o sexo biológico é definido como o conjunto de características sexuais primárias e secundárias, nomeadamente os cromossomas, hormonas, órgãos sexuais internos e externos e as gónadas. O género, por norma, é definido através da observação, após o nascimento, do órgão sexual externo ou através de diagnósticos pré-natais, uma vez que se assume o pressuposto que o género que foi atribuído à nascença, corresponde ao sexo biológico da pessoa (Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer & Landers, 2008; Winter, Diamond, Green, Karasic, Reed, Whittle & Wylie, 2016, Macedo, 2018).

O termo trans é um termo *guarda-chuva*, dado que abarca diferentes tipos de pessoas que se autoidentificam com as mais diversas categorias de género, diferentes

daquelas que são esperadas ao género que fora atribuído à nascença. As pessoas podem identificar-se com o binarismo de género, homem ou mulher, identificar-se com os dois, bigénero, não se identificar com nenhum dos dois, não-binário ou *genderqueer*, ou então não adotar qualquer um dos géneros mencionados, designando-se como agénero ou género neutro. Por outro lado, as pessoas cisgénero apresentam uma congruência social de género, em que as características sexuais correspondem ao género atribuído à nascença (Green, 2004; Bailey, Ellis & Mcneil, 2014; Platero, 2014; Moleiro *et al*, 2017).

As pessoas que se identificam como trans demonstram ao longo de todo o seu percurso de vida que a identidade de género se diferencia do sexo biológico. A população trans, é constituída por uma multiplicidade de indivíduos, que transgride as convencionais normas de género e as expectativas esperadas pela sociedade (Lev, 2004; Grossman & D'Augelli, 2007; Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer & Landers, 2008; WPATH, 2012).

O suicídio é um fenómeno complexo constituído por fatores psicológicos, biológicos, genéticos, socioculturais e económicos (WHO, 2011; DGS, 2013). É visto como uma morte intencional, não natural, produzida pela própria pessoa que tem como objetivo pôr fim à sua própria vida. Este fenómeno pode distinguir-se de duas formas: morte intencional, suicida ou homicida e morte acidental (Corbella, 2004 cit por Paulino, Viegas, Costa & Pereira, 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Na Europa encontram-se os maiores níveis de incidência de suicídio no mundo. Estima-se que ocorra cerca de 58.000 suicídios por ano, no continente europeu (Eurostat, 2017). Todos os dias cerca de 3000 pessoas se suicidam no mundo inteiro, o equivalente a um indivíduo a cada 40 segundos. No entanto, por cada um que põe fim à vida, 20 ou mais tentam cometer suicídio (WHO, 2016).

O suicídio é uma das três principais causas de morte de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e 44 anos (WHO, 2014), representando um problema de saúde pública (Roberts & Yeager, 2005; Maguen & Shipherd, 2010; Vasconcelo-Raposo, Soares, Silva, Fernandes & Teixeira, 2016).

As pessoas trans apresentam elevados níveis de ansiedade, depressão, insatisfação com a imagem corporal, um elevado nível de abuso de substâncias e/ou falta de apoio financeiro, legal, educativo, social, sentimentos de rejeição, problemas psicopatológicos, comportamentos suicidários e autolesivos, entre outros, o que por sua vez origina baixos níveis de saúde (Bailey, Ellis & Mcneil, 2014).

Com efeito, constata-se que este estudo se torna pertinente, dado que não se verifica a existência de estudos relacionados com os comportamentos suicidários e autolesivos na população trans portuguesa. No entanto, o estudo que se aproxima mais da realidade portuguesa foi elaborado em Espanha, mostrando assim apenas uma visão binária das pessoas trans. Por outro lado, foram realizados diversos estudos internacionais acerca dos comportamentos suicidários nesta população, mas aparentemente não houve nenhum que interligasse estes tipos de comportamentos com a dor psicológica sentida pela pessoa.

Assim, o presente estudo tem como principais objetivos verificar: se existem diferenças significativas entre os diversos géneros citados pelos participantes e os comportamentos autolesivos; se existem diferenças entre pessoas que não se encontram em nenhuma situação de risco e aquelas que se encontram; as dificuldades sentidas pelos participantes e o quão estas podem ser gatilhos para a adoção destes tipo de comportamentos; qual a frequência e presença dos comportamentos suicidários e autolesivos na população portuguesa e como a dor psicológica aparece como um fator preponderante para a adoção destes comportamentos.

Por conseguinte, procedeu-se à investigação e análise das variáveis demográficas e psicológicas individuais, através da utilização de instrumentos validados para a população portuguesa. A presente investigação apresentou as seguintes variáveis psicológicas: Impulso, Auto-Dano, Ideação Suicida, Comportamentos suicidários e Dor psicológica. Através dos dados recolhidos da amostra, será feita uma discussão de hipóteses explicativas face aos comportamentos suicidários e autolesivos com base em características psicológicas e demográficas.

Num primeiro momento, para que seja possível fundamentar a investigação, serão apresentadas conceptualizações e teorias acerca das pessoas trans e dos seus comportamentos suicidários e autolesivos.

Num segundo momento, será apresentada a metodologia, na qual estão descritos os objetivos, o tipo de estudo, as características demográficas dos participantes, os instrumentos utilizados, os procedimentos realizados, com o objetivo principal de compreender todo o processo de investigação efetuado.

Num terceiro momento, serão apresentadas todas as análises estatísticas efetuadas, a fim de facilitar a compreensão científica das variáveis estudadas.

Posteriormente, serão discutidos os resultados obtidos no presente estudo, relacionando com os objetivos que foram propostos e os seus pontos mais convergentes e divergentes.

Por fim, mas não menos importante, serão apresentadas as conclusões e respetivas recomendações, de forma a ser possível contribuir para estudos futuros relativamente a esta área.

Este estudo inovador pretende, no fundo, ser uma mais-valia para a comunidade científica portuguesa, no estudo de pessoas trans, assim como o estudo das variáveis:

comportamentos suicidários, comportamentos autolesivos e dor psicológica, na medida em que se verifica uma escassez de estudos em Portugal relacionados com esta temática.

Enquadramento Teórico

Identidade de Género em Pessoas Trans

A diferenciação entre os conceitos de sexo e género surgiu, inicialmente, por Money e colaboradores, na década de 50, representando um marco bastante importante para estudos posteriores. Os autores defendiam que o sexo dizia respeito às características físicas que são possíveis de serem observadas e diferenciadas entre homens e mulheres, enquanto o género correspondia às características psicológicas e comportamentais de cada sexo. Mais tarde, os autores, reformulando a sua teoria defenderam que o sexo estava ligado a questões biológicas e o género seria um produto de influências culturais. Money tornou-se o pai da definição do conceito dos papéis de género, aparecendo o termo, pela primeira vez, na redação do texto

“Hermaphroditism, gender and precocity in Hyperadrenocorticism: Psychologic Findings”. (Money, Hampson & Hampson, 1955; Money, 1994).

A sociedade tende a atribuir papéis de género tais como, comportamentos, traços de personalidade, habilidades e interesses que são próprios para homens e mulheres. Devido a esta binaridade, nascem generalizações originárias dos estereótipos de género que incutem a diferença entre os comportamentos dos homens e das mulheres, sendo que, as mulheres são vistas aparentemente, como pessoas passivas e dependentes, contrariamente, aos homens, que são vistos como pessoas mais agressivas e independentes (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

O binarismo de género tem sido amplamente questionado, uma vez que o género deve ser visto como um espectro. De modo geral, os indivíduos que não se enquadram no padrão do exclusivamente homem ou mulher, poderão apresentar múltiplas formas de neutralidade, ambiguidade, multiplicidade, parcialidade, fluidez, entre muitos outros. (Reis & Pinho, 2016; Macedo, 2018).

A criança, à medida que cresce, vai-se apercebendo que as pessoas se diferenciam umas das outras (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014). A sua família, convicta, irá criar à priori, expectativas à volta do binarismo, ou seja, quando a criança crescer vai ter de obedecer a determinadas regras que lhe são impostas pela sociedade e, caso isso não aconteça, não irá seguir o que é considerado como norma (Silva, 2014).

Os pais educam as crianças de acordo com o género que lhes foi atribuído à nascença, escolhendo minuciosamente, os brinquedos e o vestuário que julgam ser indicados para esse género. Todavia, quando existem preferências por gostos comuns ao género oposto, estas questões, inconsciente e erradamente, levam os pais a questionar-se sobre a orientação sexual dos seus filhos (Beliz, 2018).

Com efeito, torna-se pertinente distinguir os conceitos de orientação sexual e de identidade de género. Enquanto a identidade de género, como já foi referido, é caracterizada como o género com o qual a pessoa se identifica, a orientação sexual refere-se ao sentimento de atração física, psicológica, sexual e/ou emocional por um tipo de corpo ou género (Macedo, 2018).

As pessoas trans, quando se apercebem da sua identidade de género, tendem a realizar os primeiros passos para a sua transição social, por meio do *Coming out*. Deste modo, apesar das pessoas trans apresentarem uma multiplicidade de identidades, muitas delas deparam-se com determinadas dificuldades, como por exemplo, a discriminação social, barreiras em relação ao estigma sentido, a imposição de se adequar aos papéis sociais, expressões de género e ao corpo que corresponda à sua identidade (Moleiro *et al*, 2017).

O processo de transição é complexo, individual diferindo de pessoa para pessoa. Contudo, algumas pessoas sentem esta incongruência de género e preferem não realizar o processo, enquanto outras sentem a necessidade de realizar a sua transição social,

legal e médica (Collazo, Austin & Craig, 2013; Winter, Diamond, Green, Karasic, Reed, Whittle & Wylie, 2016).

De facto no que diz respeito à transição médica, necessitam de recorrer a procedimentos médicos para se aproximarem do género com que se identificam (Bailey, Ellis & Mcneil, 2014). Com efeito, estes procedimentos, como a terapia hormonal, que tem como objetivo feminizar ou masculinizar o corpo, assim como cirurgias que permitem a mudança de características primárias e secundárias, auxiliam o bem-estar físico e psicológico da pessoa (WPATH, 2012).

As pessoas trans, ao recorrerem aos serviços de saúde, deparam-se ainda com profissionais que apresentam, aparentemente, dificuldades a nível conceptual, demonstrando confusão na definição dos conceitos relacionados com a sexualidade humana como: sexo, género, identidade de género e orientação sexual, dificultando assim o processo médico da pessoa trans (Rodríguez, García & Gras, 2018).

No que toca à transição social e legal, esta consiste no desejo da alteração de nome e de género nos documentos de identificação. No entanto, mesmo que ocorra esta mudança, em alguns casos, preferem não recorrer a procedimentos médicos, sentindo-se satisfeitos com o seu corpo (Bailey, Ellis & Mcneil, 2014; Winter, Diamond, Green, Karasic, Reed, Whittle & Wylie, 2016).

Comportamentos Suicidários

O conceito comportamentos suicidários tem sido bastante discutido na comunidade científica, sendo alvo, por vezes, de alguma confusão e facilmente suscetível a críticas (Guerreiro & Sampaio, 2013; Saraiva & Gil, 2014).

O suicídio é um fenómeno complexo constituído por fatores psicológicos, biológicos, genéticos, socioculturais e económicos (WHO, 2011; Direção Geral de

Saúde, 2013). É visto como uma morte intencional, não natural, produzida pela própria pessoa que tem como objetivo pôr fim à sua própria vida. Este fenómeno pode distinguir-se de duas formas: morte intencional, suicida ou homicida, e morte acidental (Corbella, 2004 cit por Paulino, Viegas, Costa & Pereira, 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Os peritos portugueses em suicidologia, na elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) (Direção Geral de Saúde, 2017), referem que dentro dos comportamentos suicidários estão presentes fenómenos como a ideação suicida e os atos suicidários. Neste sentido, defendem que os atos suicidários podem subdividir-se em tentativas de suicídio e em suicídio consumado.

A ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado, podem ou não estar relacionados entre si, uma vez que da ideação suicida ao suicídio consumado existe um amplo espectro de risco. Estes podem ocorrer de forma sequencial, progressiva ou repetitiva, podendo o seu grau de gravidade aumentar ao longo do tempo (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Os comportamentos suicidários têm-se constituído como um dos maiores problemas da sociedade atual, sendo necessário saber como intervir, a quem é possível recorrer, conhecer e reconhecer os sinais de alerta e desmistificar os preconceitos inerentes a este tipo de comportamentos (Peixoto & Azenha, 2006).

Os comportamentos suicidários correspondem à ideação suicida, ao planeamento e à tentativa de suicídio (Azevedo & Matos, 2014).

Pensar é diferente de agir, assim, a ideação suicida, encontra-se entre um espectro contínuo e a gravidade da tipologia de pensamentos recorrentes, acerca da ideia de morte, e do planeamento para a execução do ato (Saraiva & Gil, 2014). Segundo o PNPS (2013), a ideação suicida caracteriza-se por um conjunto de pensamentos e de

cognições de pôr fim à própria vida e, pode ou não, levar à adoção de comportamentos autolesivos ou a passar do pensamento à ação. É necessário observar se a ideação suicida está representada como forma de desejo ou plano para cometer o suicídio, uma vez que nem sempre estes tipos de pensamentos levam a cometer o ato de pôr fim à vida.

No que toca aos comportamentos suicidários é necessário fazer a distinção entre três conceitos: Tentativa de Suicídio, Suicídio Consumado (PNPS, 2013) e Parassuicídio (Acinas & Pietro, 2009).

As tentativas de suicídio, caracterizam-se como um ato levado a cabo pelo indivíduo que tem como objetivo principal pôr fim à sua vida, mas que, por diversas razões, não se concretiza. É um comportamento autolesivo sem a existência de resultados de morte, no entanto, existem provas de que a pessoa tentou pôr termo à vida (Roberts & Yeager, 2005; PNPS, 2013). Segundo Acinas & Prieto (2009), ocorre uma tentativa falhada de se suicidar, uma vez que o mecanismo que o indivíduo utiliza falha pelo método não ser o mais adequado ou por existir uma intervenção de terceiros, como forma de resgate.

O risco de cometer suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas falhadas, estando associado a intervalos pequenos de tempo entre estes episódios (Bertole, Fleischmann, Leo, Bolhar, Botega & Silva, 2005). Segundo Mello-Santos, Wang e Bertole (2005), existem probabilidades de que por cada suicídio consumado haja pelo menos dez tentativas de nível moderado a grave, sendo necessário cuidados médicos, dado que estas são quarenta vezes mais frequentes do que o suicídio.

O Parassuicídio é caracterizado como um comportamento não fatal e invulgar, no qual o indivíduo não tem intenção de pôr fim à vida, mas que pode gerar algum tipo de dano, em si próprio, caso não exista o auxílio de outrem (Oliveira, Amâncio &

Sampaio, 2001). Quem adota este tipo de comportamentos não procura a morte como solução, mas procura de certo modo, desafiar a vida (Rothes, 2006).

Estima-se que cerca de 15% das pessoas que manifestaram uma tentativa de suicídio, acabarão por consumir o ato (Veiga & Andrade, 2014). De um modo geral, estima-se que entre 1% a 5% da população mundial possa vir a cometer suicídio, em algum momento da vida (Volpe, Corrêa, Barrero, 2006).

Quanto à questão do suicídio consumado, este fenómeno consiste num ato provocado pelo indivíduo com o objetivo de acabar com a sua vida, ao qual é necessário dar importância à intencionalidade e à natureza psicopatológica do próprio (PNPS, 2013).

O suicídio ocorre através de uma crise que gera pensamentos e/ou comportamentos disfuncionais, requerendo a uma predisposição, a um ou vários gatilhos, um facilitador e a um método que tenha como objetivo chegar a um resultado (Jans, Taneli & Warnke, 2012; Saraiva, 2014).

Os fatores sociodemográficos, contextuais e da esfera suicidária podem ser predisposições para o indivíduo adotar este tipo de comportamento (WHO, 2011; Saraiva, 2014; Santos & Neves, 2014; Mendonça, 2015).

No que concerne aos fatores sociodemográficos é necessário ter em conta a idade, o género, o estado civil, o contexto de espiritualidade/religião, a situação profissional e/ou académica e a saúde mental (Santos, 2014).

Em relação à idade, existe maior prevalência em idosos e jovens, no entanto é a camada mais jovem, na fase da adolescência e início da idade adulta, que apresenta uma maior taxa de tentativas de suicídio (Azevedo & Matos, 2014). O suicídio é a maior causa de morte de adolescentes, em todo o mundo (Rey, Bella-Awusah & Liu, 2015).

Segundo a DGES (2017), pelo menos 50% dos suicídios ocorre na população idosa a partir dos 64 anos de idade. No entanto, como já fora referido, é na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade, que se verifica um índice mais elevado de comportamentos suicidários, podendo assim considerar-se um valor alarmante, uma vez que este número está a aumentar em diversos países (Santos, 2014; Veiga & Andrade, 2014; Ribeiro & Moreira, 2018).

De acordo com o que foi referido, é importante destacar que é no período da adolescência e no início da idade adulta, que acontece a transformação das estruturas identitárias do indivíduo. Este período de transformação é marcado pelo desenvolvimento das características sociais, emocionais, afetivas, físicas e familiares. Estas características podem levar o adolescente a experienciar sintomatologia depressiva e ansiosa, sendo um risco agravado de comportamentos suicidários (Ores et al, 2012). Por outro lado, o fácil acesso de meios letais é um potencializador para o suicídio. A camada mais jovem recorre ao suicídio como um ato impulsivo, utilizando métodos mais violentos, com o recurso de armas de fogo, precipitação de alturas e o enforcamento. Deste modo, é importante existir uma supervisão parental, uma vez que os adolescentes e jovens adultos têm fácil acesso a meios altamente letais (PNPS, 2013; Hepp, Stulz, Unger-Köppel & Ajdacic-Gross, 2015).

Relativamente ao género, existe uma maior prevalência em homens do que nas mulheres na adoção deste tipo de comportamentos. Os homens apresentam taxas de comportamentos suicidários quatro vezes mais elevadas do que as mulheres. De um modo geral, é o género masculino que regista maior incidência a recurso de métodos mais letais comparativamente às mulheres (Hawton & van Heeringen, 2009; Santos, 2014).

No que toca ao estado civil, existem estudos que mostram um maior índice de comportamentos suicidários em solteiros, divorciados e viúvos, do que em pessoas casadas (Volpe, Corrêa & Barrero, 2006; Santos, 2014).

No que diz respeito à religião católica, judaica, muçulmana, as pessoas que apresentam um maior envolvimento com a sua fé, revelam menores taxas de suicídio. Determinadas religiões, como é o caso da religião muçulmana, apresenta baixas taxas de suicídio comparativamente a outras, devido à gravidade do julgamento e da punição (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006).

Quanto às dificuldades académicas, indivíduos que apresentem insucesso escolar, nomeadamente adolescentes, registam uma elevada taxa de suicídio (Cordovil, Crujo & Guerreiro, 2009). Por outro lado, a dificuldade do acesso ao ensino superior leva, determinados jovens, a elevados níveis de desespero a adotarem comportamentos suicidários (Santos, 2014).

Relativamente à situação profissional, o fator que apresenta uma associação mais forte com os comportamentos suicidários é a situação do desemprego, mais predominante no género masculino (Mckee, Karanikolos, Belcher, Stuckler & Austerity, 2012; Rodrigues, Sousa-Uva, Foncesa, Marques, Pina & Matias-Dias, 2017). Estes indivíduos experienciam maiores níveis de sintomatologia depressiva e/ou abuso de bebidas alcoólicas (Santos, 2014).

No que toca à saúde mental, determinadas doenças mentais apresentam uma forte correlação com comportamentos suicidários como é o caso da depressão, estando entre os 45% a 80%, e de comportamentos aditivos (Santos, 2014). Por outro lado, é importante salientar que o risco se torna cada vez maior quando existe diagnóstico de doença mental acompanhada de tentativas de suicídio prévias (PNPS, 2013). As doenças mentais, como descritas na literatura internacional são um forte potenciador de

ocorrência de suicídio como por exemplo, perturbação de humor, de destacar a depressão, perturbação de ansiedade, perturbações psicóticas, perturbações de personalidade e abuso excessivo de álcool (OMS, 2012,2013; DGS, 2017). Além disso, é importante destacar que pelo menos 60% dos jovens que têm depressão, afirmam que já tiveram pensamentos suicidas e pelo menos 30% já tentaram suicidar-se (Rey, Bella-Awusah & Liu, 2015).

Em termos de fatores contextuais, realçam-se questões como histórico de abusos e maus tratos, história familiar e *bullying* (Mendonça, 2015). Relativamente aos abusos e maus tratos, pessoas que tenham sido vítimas de violência doméstica, de abusos físicos e/ou sexuais ou sofrido de *bullying* em ambiente escolar, apresentam um maior risco de comportamentos suicidários. Os maus tratos geram consequências nefastas na vida da pessoa, demonstrando o aparecimento de sintomatologia depressiva, stress pós-traumático, ansiedade, isolamento social, abuso de substâncias psicoativas e a comportamentos autolesivos, sendo estas predisposições para a ocorrência de comportamentos suicidários (Aitken & Munro, 2018; Maclsaac, Bugeja, Jelinek, 2017; Santos, 2014; Lisboa, Braga & Ebert, 2009). O *Bullying* leva a um estado agravado de mal-estar crónico, pelo facto de os abusos causarem sofrimento na vida do estudante, recorrendo a mentiras como pretexto para a não ida à escola. Tal facto correlaciona-se com consequências psicopatológicas, como sintomas psicossomáticos, perturbação do pânico, fobia social, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivas compulsivas, problemas com a imagem corporal, podendo levar a diagnósticos como anorexia e bulimia, assim como a perturbação de *stress* pós-traumático e consequentemente ao suicídio (Maldonado, 2011; Silva, 2010). Em relação ao histórico familiar, pessoas que tenham relações disfuncionais com os familiares, como abandono familiar, negligência,

ruptura de laços afetivos, entre outros, podem ter uma tendência para comportamentos suicidários (Santos, 2014).

Simultaneamente, apesar de ser possível observar comportamentos suicidários através de fatores sociodemográficos e contextuais, é importante referir que existem fatores próprios no campo do suicídio, tais como tentativas de suicídio prévias, acesso a meios letais e a criação de um plano suicida. Neste sentido é importante referir que existe uma correlação significativa entre o suicídio, a letalidade e o plano que estava delineado aumentando assim, o risco de passar ao ato (Mendonça, 2015; Saraiva, 2014).

Para além de todas as predisposições que podem estar presentes, já mencionadas, a presença de um ou mais gatilhos pode levar o indivíduo a realizar este tipo de comportamentos. Os gatilhos acontecem quando existem episódios na vida do próprio que geraram sentimentos de vergonha, frustração, raiva e/ou humilhação por parte dos colegas na escola, familiares, amigos, forças de segurança, entre outros, com por exemplo, um término de uma relação, perda de um familiar, divulgação de informações sobre episódios de abuso sexual, entre vários outros acontecimentos (Jans, Taneli & Warnke, 2012).

Por outro lado, os facilitadores também contribuem para a adoção de comportamentos suicidários. Neste contexto, as emoções fortes decorrentes de uma crise acompanhados pelo consumo excessivo de substâncias psicoativas e álcool, torna-se um potencial para a ocorrência de suicidalidade (Jans, Taneli & Warnke, 2012).

Para além das predisposições, gatilhos e facilitadores, os indivíduos que pretendem acabar com a sua vida, procuram a oportunidade indicada. Assim, muitas pessoas têm uma ideia sobre a forma como querem executar o plano (Jans, Taneli & Warnke, 2012).

É importante entender o nível de risco em que o indivíduo se encontra, de forma a ser possível avaliar de uma forma eficaz e delinear um plano de intervenção (Santos & Neves, 2014). Com efeito, estes níveis de risco classificam-se em leve, moderado e grave. Assim sendo, quando um indivíduo se encontra num nível de risco leve, está presente ideação suicida, apresenta mecanismos de *coping* para a resolução do problema procurando algumas soluções alternativas para o alívio do seu sofrimento, uma certa ausência de mecanismos psicossociais desencadeadores de *stress*, pouco e/ou nenhum uso de substâncias psicoativas ou álcool, inexistência de acesso a meios letais para cometer o suicídio, não detém de qualquer tipo de psicopatologia e apresenta suporte social, estando disposto a recorrer a apoios para atenuar a sua dor. Caso se apresente em um grau moderado, apresenta-se frequentemente com pensamentos suicidas, comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio de baixa letalidade. Apresenta igualmente o risco de dependência, intoxicação e abuso de substâncias psicoativas e álcool, alguma psicopatologia associada, mas compensada e pode apresentar disfuncionalidade no campo do suporte social, levando a adotar uma postura ambivalente na procura de apoios. O indivíduo que se encontre num nível de risco grave, apresenta-se com um plano suicida, ideação suicida permanente, tem acesso a meios letais, apresenta um histórico de tentativas prévias e/ou de grande letalidade. Existe um elevado abuso, nível de intoxicação e dependência de substâncias psicoativas, álcool e medicamentos. Apresenta psicopatologia grave, falta de apoio social e existe uma recusa de qualquer tipo de apoio (Janes, Taneli, Warnke, 2012; Rey, Bella-Awusah & Liu, 2015).

É de extrema importância ter em conta os sinais de alerta de possíveis ocorrências de comportamentos suicidários, tais como: conversas sobre o desejo de cometer suicídio, perda de apetite e insónias, mudanças repentinas de comportamento,

perda de interesse pela sua aparência, distanciamento de atividades sociais e de amigos, perdas de interesse em coisas comuns no seu dia-a-dia como a escola, trabalho ou *hobbies*, aumento no abuso de substâncias psicoativas e de álcool, perdas significativas. Todavia, existe uma preparação prévia para a morte, como escrever cartas de despedida ou testamentos e uma preocupação com a morte e com o ato de morrer (American Psychological Association, 2001; American Psychiatric Association, 2018).

Por conseguinte, para além da existência de fatores de riscos associados, é relevante refletir sobre os fatores protetores que podem auxiliar na prevenção dos comportamentos suicidários, tais como suporte familiar e, conseqüentemente, uma boa relação com os membros da mesma, boas habilidades sociais, capacidade de estabelecer relações sociais e interpessoais, bom nível de autoestima, altruísmo e resiliência, apresentar abertura à mudança e à experiência, boa integração social, aceitar ajuda de pessoas relevantes, ausência de doença mental e fortes crenças religiosas (OMS, 2000; Bertole, Mello-Santos & Botega, 2010; DGS, 2013; PNPS, 2013).

Comportamentos Suicidários na População Trans

Os jovens trans necessitam de apoios sociais, tanto dentro, como fora da própria população LGBT, uma vez que são alvo de preconceito e discriminação regularmente, tanto por parte da família, como pela própria sociedade em que estão inseridos, levando a situações de precariedade e marginalidade, assim como o clima de violência que sofrem pelas próprias famílias, devendo à partida ser o seu suporte (Frazão, 2014).

Por conta da invisibilidade, as pessoas trans apresentam uma maior prevalência face ao desenvolvimento de possíveis psicopatologias, nomeadamente a depressão, uma vez que estão expostas a fatores de risco como discriminação, falta de suporte social, falta de apoio familiar, *stress* das minorias e baixa autoestima (Macedo, 2018).

Meyer (2003), cria um modelo explicativo do stress das minorias sociais, no qual conceptualiza o stress social com o impacto negativo na saúde mental da população LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais). De acordo com o autor, a presença de stressores como o estigma sexual na sociedade, provoca nos indivíduos LGB um elevado sofrimento. Estes stressores podem ser divididos em stressores distais (produzem um efeito indireto no stress sentido, tendo impacto onde o indivíduo se insere e não, propriamente, numa perspetiva pessoal) e stressores proximais (produzem efeito direto na pessoa e na sua identidade pessoal). No que toca a stressores distais, exemplos como discriminação, preconceito, rejeição social, violência e vitimização são significativos, enquanto nos stressores proximais, como o medo de rejeição, a homofobia internalizada e o ocultar a sua orientação sexual geram elevados níveis de sofrimento. O stress das minorias provém de fatores socioculturais, dos sistemas e das instituições que rodeiam o indivíduo e que geram algum confronto entre as características pessoais e os eventos desencadeadores de stress. Apesar dos indivíduos sofrerem com o estigma proveniente da sociedade e da discriminação, o autor defende que existe fatores que permitem a minimização dos efeitos negativos dos mesmos, como uma boa capacidade de resiliência, suporte emocional e social, partilha de experiências e sentimento de orgulho e pertença à comunidade.

De acordo com Herek (2009), Szymanski e Hilton (2013), o stress das minorias está associado ao estigma sentido como por exemplo, o preconceito, estigma internalizado, estigma percebido, estigma agido e o heterossexismo e/ou a cis.normatividade.

Mais tarde, o modelo de Meyer (2003), fora adaptado por Testa, Sciacca, Wang, Hendricks, Goldblum, Brandford e Bongar (2012) para pessoas trans, intitulado *Gender Minority Stress*. O mesmo apresenta como stressores distais a discriminação, a rejeição,

a vitimização e a não afirmação da sua identidade, enquanto nos stressores proximais está presente uma transfobia internalizada, expectativas negativas e a não descoberta. Deste modo, todos estes stressores são potenciadores de ideação suicida, comportamentos autolesivos e, em casos extremos, o suicídio (Testa, Michaels, Bliss, Rogers, Balsam & Joiner, 2017).

Neste sentido, de acordo com Hughto, Reisner e Pachankis (2015), adaptando o modelo ecológico-social para as pessoas trans, o estigma é operacionalizado em três vertentes: estrutural, interpessoal e individual. Relativamente ao estigma estrutural, este refere-se às normas sociais e políticas das instituições que podem levar à dificuldade de acesso de recursos e meios que possam ser necessários para o indivíduo, de destacar, as barreiras sentidas no serviço de saúde, desigualdade de género, desigualdade económica, falta de informação e formação, políticas discriminatórias e a imposição da cisgenormatividade. Na vertente interpessoal, esta caracteriza-se como formas diretas em que são sentidas o estigma, como por exemplo violência física, verbal, abuso sexual devido à sua identidade de género, discriminação nos cuidados de saúde, discriminação no trabalho, rejeição familiar, crimes de ódio, agressão física e sexual. No que toca à vertente individual, este refere-se aos sentimentos vividos pelo sujeito que pode ser um auxílio para a antecipação e impedimento dos comportamentos, como o evitar, o ocultar e/ou a internalização do estigma.

Hendricks e Testa (2012), através dos resultados do seu estudo, acreditam que diversos indicadores como a solidão, a negligência médica e a desconexão com a sociedade, são resultado de rejeição familiar, de amigos, de colegas de trabalho, da condição de rotulados como doentes mentais, serem alvo de assédio, violência e discriminação em todas as faixas etárias. Neste sentido, devido a estes indicadores

existe uma forte correlação entre pessoas trans e comportamentos suicidários, devido ao estigma sentido (Schumann & Martini, 2016).

De acordo com um estudo elaborado por Marchall, Claes, Bouman, Witcounb e Arcelus (2015), verificou-se a existência de uma maior prevalência de comportamentos de autodano e comportamentos suicidários em pessoas trans do que em pessoas cisgénero, sendo que os valores dessa prevalência diferem nos diversos estágios de transição.

Porém, no que toca a fatores estruturais, de acordo com a literatura internacional, existe uma falta de informação e formação relativa a questões de identidade de género, sobretudo sobre as pessoas transgénero. Os profissionais de saúde têm conhecimento acerca de psicopatologia, mas não no que diz respeito às questões identitárias, apresentando assim algumas dificuldades na conceptualização de sexo e género (Lev, 2004; Shipherd, Green, Abramovitz, 2010).

Por outro lado, a nível dos cuidados de saúde, existe uma dificuldade e um desrespeito pelo nome social da pessoa, uma preocupação excessiva com o carácter patologizante e a não afirmação do processo de transição. Além disso, o estigma existente nos profissionais de saúde não lhes proporciona segurança e bem-estar, uma vez que a assistência médica se torna um entrave, devido à estrutura do sistema médico (Rocon, Sodré. Zamboni, Rodrigues & Roseiro, 2018; Safer, Coleman, Feldman, Garofalo, Hembree, Radix & Sevelius, 2016; Grant, Mottet, Tanis, Herman, Harrison & Keisling, 2010), tempo de espera (Rocon, Rodrigues, Zamboni & Pedrini, 2015; Pinto & Moleiro, 2012) e os elevados custos dos serviços (Seelman, Col n-Diaz, LeCroix, Xavier-Brier & Kattari, 2017).

Assim, de acordo com um estudo realizado por Seelman et al (2017), muitas pessoas trans preferem não procurar ajuda nos profissionais de saúde com medo de

sofrerem discriminação por parte dos mesmos. O estudo revela uma associação significativa entre o evitar a procura de cuidados de saúde e o medo da discriminação e um baixo nível de saúde mental.

A nível estrutural, os estudos demonstram a existência de uma desproteção de pessoas trans a nível de políticas públicas, dificuldades no reconhecimento legal dos documentos de identificação, complicações na criação de planos de saúde, carência económica e/ou educacional e elevado nível de desemprego, comparativamente a pessoas cisgénero (Vermeir, Jackson & Marshall, 2018; Gonzales & Henning-Smith, 2017; Logie, James, Tharao & Loutfy, 2012). De acordo com um estudo publicado por Bauer e Scheim (2015), numa amostra de 433 pessoas trans, constatou-se que 58% dos inquiridos não obtiveram diploma de curso com o nome e/ou pronomes escolhidos; 13% foram despedidos por serem trans; 10% afirmam que lhes foi negado ou interrompido cuidados médicos nos serviços de urgência; 20% sofreram de abusos físicos ou sexuais e 31% dos inquiridos mudaram o seu nome legal e vivem conforme o género com que se identificam, mas não mudaram o género referenciado nos seus documentos de identificação.

Existem evidências que o estigma, a nível estrutural, afeta a saúde mental e física das pessoas trans na adolescência e idade adulta (Hatzenbuehler, Bellatorre, Lee, Finch, Muennig & Fiscella, 2014; Pachankis, Hatzenbuehler & Starks, 2014).

Relativamente a fatores interpessoais, destaca-se a discriminação social, rejeição familiar, crimes de ódio, violência, abuso físico e sexual. A literatura mostra que a população trans quando presencia eventos discriminatórios e traumáticos, estes podem ser preditores para comportamentos suicidários (House, Van Horn, Coppeans & Stepleman, 2011; Trujillo, Perrin, Sutter, Tabacc & Benotsch, 2016).

De acordo com o estudo realizado por Scheim, Bauer e Pyne (2015), cerca de 57% referem que têm evitado utilizar casas de banho públicas por temerem pela sua segurança, assim como idas ao ginásio, escola, centros comerciais ou restaurantes. É notório que este evitar reflete a discriminação e violência sentidas pelas pessoas trans, devido a experiências anteriores. Das pessoas trans que experienciaram abuso físico ou sexual, cerca de 97%, pelo menos, evitam um espaço público e um terço dos inquiridos mais do que um dos locais mencionados. Neste sentido, através dos resultados obtidos no estudo realizado por Seelman (2016), a autora concluiu que existe uma forte associação entre a proibição do acesso a estes locais públicos, tentativas de suicídio e a vitimização interpessoal perpetuada por estudantes e professores.

As desigualdades estruturais levam, conseqüentemente, as pessoas trans a estarem expostas, uma vez que é uma população que apresenta uma grande vulnerabilidade e um maior risco de vitimização no que toca às relações de intimidade, destacando a dificuldade na procura de emprego, acesso à saúde, segurança social, entre outras (Seelman, 2015). Devido à falta de respostas para pessoas trans, de forma a denunciarem crimes de violência doméstica e/ou outras situações que ameaçam a sua integridade física, muitos não procuram ajuda nem denunciam (Courvant & Cook-Daniels, 2000).

Em situações de violência conjugal ou em relações de intimidade, *o outing*, ou seja, a revelação da sua identidade de género por parte do agressor sem o seu consentimento, corresponde a um tipo de violência emocional e psicológica (Lev, 2004).

Por outro lado, nas pessoas trans é muito frequente existir violência social e económica nesta população. Neste sentido, quando existe violência social ocorre uma tendência, tanto por parte da família, do seu relacionamento atual, ou outros membros

da sua rede social, de impedir o contacto com outras pessoas significativas, controlar as chamadas telefónicas ou, simplesmente, controlar os movimentos da vítima, provocando um certo isolamento, uma vez que pode evidenciar marcas de maus tratos, assim como a presença de psicopatologia ligadas aos abusos. Por outro lado, o agressor poderá limitar ou negar o acesso a bens de primeira necessidade, negação de ajuda económica ou controlar as contas bancárias da vítima (Moleiro, Pinto, Oliveira & Santos, 2016).

Pessoas trans que vivenciaram violência física e/ou sexual apresentam maiores probabilidades de cometer suicídio, ter um histórico de tentativas de suicídio e um elevado número de tentativas, juntamente com o abuso de substâncias. Dois terços dos inquiridos, numa amostra de 350 pessoas trans, reportaram histórico de ideação suicida. O abuso físico está relacionado com a ideação suicida em mulheres trans, enquanto os homens trans apresentam o abuso sexual como um preditor para ideação suicida. Cerca de 26,3% das mulheres trans e 30,4% de homens trans reportam histórico de tentativas de suicídio (Testa, Sciacca, Wang, Hendrick, Goldblum & Bradford, 2012).

Os indivíduos apresentam elevados níveis de rejeição familiar à medida que se vão tornando mais velhos, tenham os órgãos sexuais biologicamente masculinos e com uma identidade de género binária. Os autores reportaram a existência de uma incidência de 42,3% de tentativas de suicídio e após realizarem o controlo das variáveis de idade, raça/etnia, género atribuído à nascença, renda da casa, educação, posição a nível da carreira, foi a rejeição familiar que apresentou uma maior incidência neste tipo de comportamentos (Klein & Golub, 2016).

Por outro lado, de acordo com os resultados do estudo, levado a cabo por Haas, Rodgers e Herman (2014), numa amostra com 5885 sujeitos, cerca de 65% dos sujeitos indicaram que já tentaram cometer suicídio. Esta prevalência de tentativas de suicídio,

está associada significativamente com a rejeição por parte dos familiares, afastamento ou a ocorrência de algum tipo de abusos por parte de familiares e/ou amigos (Haas, Rodgers & Herman, 2014).

Num estudo realizado na Irlanda, em 2014, com uma amostra de 164 pessoas, os autores verificaram que 78% tinham ideação suicida e 63% tentaram cometer suicídio no ano passado. No que toca à ideação suicida, 32% afirmaram que já pensaram cometer suicídio uma ou duas vezes, 14% pensaram em cometer suicídio mensalmente, 15% pensaram semanalmente e 2% pensaram diariamente. Em relação a tentativas de suicídio, 40% afirmaram que já tentaram por fim à sua vida e 12% tentaram cometer uma vez suicídio, 22% entre 2 a 5 vezes e 6% mais do que 5 vezes (TENI, 2012).

De acordo com Haas, Rodgers e Herman (2014), o estudo demonstra que existe uma consistência a nível de experiências de trabalho negativas. Através dos resultados obtidos, cerca de 65% dos inquiridos relataram já terem vivenciado violência física no trabalho e 64% assédio e/ou agressão sexual.

Num estudo realizado pela *National Center for Transgender Equality* (James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet & Anafi, 2016), os inquiridos apresentaram elevados níveis de discriminação no trabalho, devido à sua identidade e/ou expressão de género, assim como perdas de oportunidades de emprego, perda de confidencialidade, assédio e agressão física, psicológica e sexual. Os inquiridos também relataram a ocorrência de despedimentos, impossibilidade de progressão de carreira, visto que lhes foi negada uma promoção e a não contratação para um emprego devido à sua identidade e/ou expressão de género. Neste sentido, é importante salientar que devido à dificuldade na procura de emprego, por conta da discriminação sentida a nível estrutural, institucional e interpessoal, as pessoas trans procuram trabalho sexual como alternativa. Assim, fatores como a pobreza, dificuldades económicas, desigualdade de oportunidades de

emprego, situações de sem abrigo são algumas das razões que levam as pessoas trans a escolher o trabalho sexual como forma de sustento (Nadal, Davidoff & Fujii-Doe, 2014; Haas, Rodgers & Herman, 2014; James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet & Anafi, 2016). Quando realizam trabalho sexual, principalmente as mulheres trans, existe uma maior probabilidade das mesmas contraírem HIV. Todavia, apesar de procurarem ajuda médica, existe uma negligência significativa por parte dos serviços de saúde na prestação de cuidados (Baral, Poteat, Strömdohl, Wirtz, Guadamuz & Beyrer, 2013).

A nível escolar, as pessoas trans, por vezes são assediadas, agredidas, intimidadas, roubadas por outros alunos e/ou professores, devido à presença de estigma em ambiente escolar. Muitos jovens trans que se encontram no seio do meio académico, acabam por ter alguma prevalência de tentativas de suicídio (Formby, 2015; James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet & Anafi, 2016).

De acordo com Grossman e D'Augelli (2007) e Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johanson, Langstrom e Landen (2011), existe uma maior incidência de tentativas de suicídio nas pessoas trans jovens, do que em pessoas heterossexuais e cigénero. Por outro lado, apesar da escola ter a obrigação de ser um lugar seguro para os alunos, os jovens trans que experienciam o fenómeno do *Bullying* de múltiplas formas, como a negação de tratar a pessoa pelo nome escolhido e pelos respetivos pronomes, assim como a proibição do acesso a casas de banho e vestiários levam, por vezes, jovens trans a utilizarem casas de banho que não correspondam à sua identidade. Assim, estes fatores podem levar facilmente jovens trans a serem alvo de exposição, agressão e de *Bullying* (Kosciw, Greytak, Bartkiewicz, Boesen & Palmer, 2012).

No que toca a fatores individuais, a transfobia internalizada é descrita na literatura como o resultado da internalização das normas de género na sociedade. A transfobia internalizada tem sido associada a fatores de stress minoritário que afeta

negativamente a saúde de indivíduos trans (Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken & Donbson, 2015). Alguns estudos demonstram que estes fatores de stress minoritário aparecem no começo do processo de transição (Budge, Tebbe & Howard, 2012). Por outro lado, diversos estudos apontam para uma maior prevalência de tentativas de suicídio, quando os indivíduos experienciam transfobia internalizada (Grant, Mottet, Tanis, Herman & Keisling, 2010; Haas, Rodgers & Herman, 2014).

A vitimização que decorre em ambiente escolar está positivamente associada a um histórico de tentativas de suicídio, elevado número de tentativas em diferentes idades (Goldblum, Testa, Pflum, Hendricks, Bradford & Bongar, 2012), sendo também um forte preditor para a ideação suicida (Grossman & D'Augelli, 2007). Num estudo realizado na Suécia, com uma amostra composta por 796 pessoas trans entre os 15 e os 95 anos de idade, observou-se que 37% das pessoas que participaram responderam que já tinham considerado cometer suicídio no espaço de 12 meses e 32% tentaram cometer suicídio. O presente estudo verificou que existia uma correlação direta entre o suicídio e a vitimização de pessoas trans (Zeluf, Dheijne, Orre, Mannheimer, Deogan, Hoijer, Winzer & Thorson, 2018).

A população trans apresenta elevados níveis de psicopatologia, nomeadamente a presença de depressão e ansiedade. Por outro lado, é descrito na literatura a presença de perturbações da personalidade, perturbações do comportamento alimentar, disfunções sexuais, perturbação bipolar, perturbações psicóticas, entre outras. É também encontrado na literatura, baixos níveis de bem-estar psicológico nos indivíduos trans, revelando assim, uma elevada prevalência de problemas de saúde mental. Neste sentido, os autores acreditam que estes indivíduos sofrem um duplo estigma, uma vez que para além da transfobia sentida, estão igualmente associados problemas de saúde mental (Nuttbrock, Hwahng, Bockting, Rosenblum, Mason, Macri & Becker, 2010; Mizock &

Mueser, 2014; Claes, Bouman, Witcomb, Thurston, Fernandez-Aranda & Arcelus, 2015; Dhejne, Vlerken, Heylens & Arcelus, 2016; Connolly, Zervos, Barone, Johnson, Joseph, 2016). É interessante observar que existe uma maior incidência de psicopatologia em pessoas trans comparativamente a pessoas cisgênero. Neste contexto, são as mulheres trans que têm uma maior prevalência de psicopatologia do que os homens trans (Dhejne, Vlerken, Heylens & Arcelus, 2016).

A insatisfação com a imagem corporal também está muito presente nesta população apresentando, como já foi referido anteriormente, sintomas de perturbações do comportamento alimentar. O tratamento hormonal pode ser um fator de alívio para atenuar esta sintomatologia. Além disso, em casos onde ocorra uma insatisfação corporal elevada, perfeccionismo, sintomatologia ansiosa e baixa autoestima, estas características psicológicas revelam-se preditoras de perturbações do comportamento alimentar (Jones, Haycraft, Bouman, Brewin, Claes & Arcelus, 2018).

A ocultação e/ou omissão da identidade de género em contexto social, podem ser uma estratégia, das pessoas trans, para evitar o estigma e a vitimização, no entanto, adotar este tipo de comportamento pode originar stress psicológico e consequências a nível intrapessoal e interpessoal (Rood, Maroney, Puckett, Berman, Reisner & Pantalone, 2017). De acordo com Bariola, Lyons, Leonard, Pitts, Badcock e Couch (2015), cerca de 46% dos inquiridos apresentaram elevados níveis de sofrimento psicológico, no entanto, segundo os mesmos autores, pertencer a uma camada mais jovem, a falta de apoio familiar e experiências de vitimização, são a preditores deste sofrimento.

A dor psicológica é um indicador clínico que leva a um melhor entendimento do comportamento suicidário independentemente do contexto ou das causas psicológicas que lhe estão associadas. Sentimentos negativos intensos como a culpa, vergonha e

desesperança podem ser indicadores de sofrimento psicológico, quando não existem perspectivas para o futuro. Há uma forte ligação entre a dor mental e as necessidades psicológicas básicas do indivíduo como por exemplo: o amor, sentimento de pertença e/ou a proximidade e independência. Se as necessidades não forem satisfeitas, maior será a percepção de dor psicológica (Verrocchio, Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri & Bech, 2016).

O modelo da dor psicológica foi, amplamente, estudado por Shneidman, no qual defende que a dor psicológica, denominada pelo próprio como *psychache*, constitui um fator de risco que pode levar ao suicídio e que este comportamento não pode ocorrer sem que exista dor psicológica integrada, mesmo que coexistam fatores de *distress*, outro tipo de comportamentos de risco ou psicopatologias inerentes. Em determinados casos, o suicídio corrobora com uma dor psicológica de tal maneira insuportável, que permite aliviar aquele sofrimento. Assim, a dor psicológica é vista como uma dor individual, ou seja, é diferente de pessoa para pessoa e que detém características próprias. Este tipo de dor nem sempre é verbalizada, constituindo-se como um processo complexo que nem sempre é, claramente, percebido e/ou entendido. Deste modo, é necessário a existência de um sentimento de segurança, empatia e adoção de uma postura avaliativa para ajudar alguém que detenha de dor psicológica (Shneidman, 1996; Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman & Sirota, 2003; Verrocchio, Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri & Bech, 2016). O suicídio ocorre, quando a dor psicológica é insuportável, ultrapassando os limiares para a suportar (Shneidman, 1993).

Por conseguinte, é necessário criar de estratégias preventivas para a vitimização, promover estratégias para o combate ao suicídio, promover cuidados de saúde para a população e desconstruir estigmas presentes no seio da sociedade são estratégias

bastante importantes para prevenir comportamentos suicidários (Zeluf, Dheijne, Orre, Mannheimer, Deogan, Hoijer, Winzer & Thorson, 2018).

Comportamentos Autolesivos

Na comunidade científica verificam-se algumas divergências sobre toda a nomenclatura existente acerca dos comportamentos autolesivos, devido à presença ou não, de intenção suicidária (Silverman, 2006; Mangnall & Yurkovich, 2008; Guerreiro & Sampaio, 2013), trata-se de um conceito complexo a aplicar na língua portuguesa (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Alguns estudos defendem que o comportamento de autolesão pode ser igualado a diversos termos encontrados na literatura internacional como *Self-harm*, *Self-cutting*, *Self-Injury* e *NSSI* (Arcelus, Claes, Witcomb, Marshall & Bouman, 2016). Os conceitos que descrevem os comportamentos autolesivos são muito idênticos entre si, sendo percecionados quase como sinónimos. Contudo, através da literatura anglo-saxónica, é possível distinguir por pequenas diferenças, dois grandes grupos de comportamentos autolesivos: o termo *self-injury* é caracterizado como a autodestruição do tecido corporal, sem que exista intenção suicida (Klonsky, 2007; Nock & Favazza, 2009; Saraiva & Gil, 2014; Klonsky, Victor & Saffer, 2014), e o termo *deliberate self-harm*, é descrito como uma multiplicidade de comportamentos e/ou intenções, que não se diferencia da adoção deste tipo de comportamentos, ser ou não, uma tentativa de suicídio, assim como a existência de autolesão (Skegg, 2005; Madge, et al, 2008; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012). Os comportamentos autolesivos sem intenção suicidária são caracterizados como uma forma de expressão a um conflito (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015) motivado por um desejo inconsciente, acompanhado de sofrimento psicológico, de se punir a si próprio (Andover, Morris, Wren & Bruzzese, 2012; Vieira, Pires, Pires, 2016; Trinco & Santos, 2017).

Apesar das diferentes definições, no que toca aos comportamentos autolesivos, existem quatro características que são comuns em todas as nomenclaturas (Ougrin, NG & Zundel, 2010): o método (PNPS, 2013), o resultado (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006), a letalidade (Brown, Henriques, Sosdjan & Beck, 2004) e a intencionalidade (Nock, 2010).

O método corresponde a um processo da autolesão e/ou comportamento que seja suicidário ou simplesmente uma tentativa de suicídio que tenha como objetivo provocar um auto-dano (PNPS, 2013). Os comportamentos autolesivos sem intenção suicidária podem incluir diversos métodos, como por exemplo, beliscar-se e/ou bater-se a si próprio, cortar-se, partir e/ou perfurar objectos, impossibilitar a cicatrização de feridas, partir propositadamente os próprios ossos, saltar de edifícios, consumo excessivo de fármacos e/ou drogas, ingestão de substâncias não comestíveis, entre outros, com a finalidade de aliviar a sua dor (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006; Madge *et al*, 2011). Por outro lado, de acordo com a literatura internacional, o *deliberate self-harm*, pode caracterizar-se como um comportamento de auto-mutilação, toma excessiva de uma ou várias substâncias, limitação e diminuição da ingestão de alimentos, prática de sexo inseguro, condução em excesso de velocidade e outros (Skegg, 2005; Klonsky, 2007).

No que diz respeito ao resultado, este pode dar origem a uma morte propositada ou acidental, podendo o indivíduo ficar ou não com lesões ou sequelas (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006).

Quanto à letalidade, esta encontra-se relacionada com a potencialidade de existir morte através do método que seja utilizado pelo indivíduo. Os métodos utilizados podem ser de alta ou de baixa letalidade, sendo que os autores definem como alta letalidade a utilização de armas de fogo ou precipitação nas alturas, enquanto que

métodos de baixa letalidade podem estar relacionados com utilização de substâncias medicamentosas ou automutilações. No entanto, a letalidade pode ser subjetiva (avaliada pelo próprio sujeito que pratica aquele comportamento) ou objetiva (avaliada por um médico). Neste seguimento, mais de 50% dos indivíduos que adotam comportamentos autolesivos, avaliam de forma incorreta a letalidade do método por eles utilizado (Brown & Plener, 2017).

Por fim, a intencionalidade de acordo com Nock (2010), é uma característica relativa aos comportamentos autolesivos que mais tem suscitado controvérsia na comunidade científica. É descrita como a determinação do indivíduo para agir, que tende a alcançar um objetivo, mas em certos casos, a finalidade poderá ser o suicídio.

De acordo com Arcoverde e Soares (2012), os comportamentos autolesivos podem estar associados a uma dimensão aditiva, uma vez que após o indivíduo sentir um alívio resultante da autolesão, percebe que através da adoção destes comportamentos poderá chegar à atenuação do seu sofrimento. Assim, através do estudo realizado por Jorge, Queirós e Saraiva (2015), numa amostra de 25 adolescentes portugueses, constatou-se que existe uma associação entre a dimensão aditiva e a dependência psicológica gerada pelos comportamentos autolesivos, como uma tentativa falhada de os abandonar.

Os fatores de risco que estão associados aos comportamentos autolesivos, dividem-se, segundo a literatura, em três grandes grupos: fatores sociodemográficos, destacando-se a idade e o género, interpessoais e fatores pessoais (Klonsky, 2011; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012; Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2012).

No que toca a factores sociodemográficos, a literatura mostra que existe uma maior incidência de comportamentos autolesivos em adolescentes e jovens adultos do

que na restante população (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Brent, McMakin, Kennard, Goldstein, Mayes & Douaihy, 2013; Grandclerc, Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal & Moro, 2016). No que diz respeito ao género, os estudos apontam para uma maior associação no género feminino do que no género masculino (Guerry & Prinstein, 2010; Adrian, Zeman, Erdley, Lisa & Sim, 2011; Bresin & Schoenleber, 2015; Plener, Schumacher, Munz & Groschwitz, 2015).

Relativamente a factores interpessoais, salienta-se a existência de maiores comportamentos autolesivos, quando a nível familiar o indivíduo apresenta episódios e/ou experiências traumáticas, sendo estes os mecanismos de stress que potenciam a ocorrência deste tipo de comportamentos. Destacam-se assim, abusos e maus tratos, divórcio dos pais, desafios socioeconómicos e violência intrafamiliar (Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2012; Martin, Bureau, Yurkowski, Fournier, Lafontaine, Cloutier, 2016). Estudos sugerem que quanto menor for o suporte social, maior será a incidência de comportamentos autolesivos (Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2012). Estudos também apontam para uma maior associação entre comportamentos autolesivos e abuso sexual e/ou físico (Boxer, 2010). Na literatura internacional, destaca-se nas camadas mais jovens, uma correlação significativa entre vitimização, *bullying* e comportamentos autolesivos (Fisher, Moffitt, Houts, Belsky, Arseneault & Caspi, 2012; Claes, Luyckx, Baetens, Van de Vem & Witteman, 2015).

No que concerne a factores individuais é importante referir variáveis psicológicas como autocriticismo, menosprezo por si próprio, sentimentos negativos autodirecionados, baixa auto-estima (Whitlock, Muehlenkamp & Purington, 2013; Claes, Luyckx, Baetens, Van de Vem & Witterman, 2015), pensamentos ruminatórios, problemáticas relacionadas com a internalização, impulsividade comportamental, sentimentos de raiva, comportamentos problemáticos, alexitimia, sofrimento

psicológico (Whitlock, *et al*, 2011; Plener, Schumacher, Munz & Groschwitz, 2015), desesperança (Dougherty *et al*, 2009), desregulação emocional (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa & Sim, 2011), solidão (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson & Boergers, 2001), entre outros.

Neste sentido, torna-se relevante destacar a prevalência de perturbações psiquiátricas em pessoas que apresentam comportamentos autolesivos, através de sintomatologia internalizada e externalizada, sendo as mais frequentes: perturbações depressivas (Baetens *et al*, 2015; Knorr *et al*, 2016), perturbações da ansiedade (Subica, Allen, Frueh, Elhai & Fowler, 2016), perturbações do comportamento alimentar (Bjärehed & Lundh, 2008; Cucchi, Ryan, Konstantakopoulos & Stroumpa, 2016), perturbação de personalidade borderline (Nock, Joiner & Gordon, 2006; Turner, Dixon-Gordon, Austin, Rodriguez, Rosenthal & Chapman, 2015), perturbações do stress pós-traumático (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala & Barlow, 2015) e perturbações de abuso de substâncias (Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2011).

Um fator a nível individual que pode ser um forte preditor para a realização de comportamentos autolesivos, é o histórico de tentativas de suicídio (Giletta, Prinstein, Abela, Gibb, Barrocas & Hankin, 2015). Um estudo desenvolvido por Scott, Pikonis, Hipwell, Keeman e Stepp (2015) demonstrou que raparigas que apresentavam histórico de ideação suicida ou comportamentos autolesivos estavam mais predispostas às tentativas de suicídio, em algum momento futuro.

Assim, os estudos sobre comportamentos autolesivos, nomeadamente em jovens, aparentam ser de enorme relevância, uma vez que a literatura tem mostrado uma maior associação entre a psicopatologia e a probabilidade de cometer suicídio no futuro (Raupp, Marin & Mosmann, 2018).

Por fim, Klosky (2011) num estudo realizado com 39 jovens adultos que tinham comportamentos autolesivos de forma sistemática, observou que a maioria dos inquiridos, relataram que a adoção deste tipo de comportamentos autolesivos permitia-lhes aliviar todo o sofrimento e emoções negativas. Verificou-se a existência de mudanças a nível da afetividade, ou seja, quanto menor fosse o grau de sobrecarga (afeto negativo) maior seria a probabilidade de o indivíduo dar lugar a afetos mais positivos, como o caso dos sentimentos de calma, alívio e relaxação. Assim sendo, os participantes que experimentaram maiores benefícios a nível afetivo foram aqueles que manifestaram maior incidência de comportamentos autolesivos (através da automutilação), assim quanto maior for a perceção de que a automutilação traga afetividade positiva, maior será a frequência dos seus cortes. O autor refere que as automutilações podem levar a um desejo de aliviar estados de afeto negativo de excitação alta, como por exemplo, estados de afeto negativo, sentimentos de frustração, opressão, sintomatologia ansiosa, depressiva, sentimentos de solidão, tristeza e a sensação de vazio.

Comportamentos Autolesivos na População Trans

Atualmente, os estudos que abordam temáticas relativas aos comportamentos autolesivos na população trans, em Portugal, têm sido escassos (Frazão, 2014).

Através do modelo *Gender Minority Stress*, desenvolvido por Testa *et al* (2012), os mecanismos estimuladores de stress, distais e proximais são fortes preditores para o desenvolvimento de comportamentos autolesivos e ideação suicida.

Devido à escassez de estudos em Portugal sobre os comportamentos autolesivos na população trans, Frazão (2014) destaca um estudo realizado em Espanha, o país mais próximo, geograficamente, de Portugal. Os autores Oncala, Miguel, Ansio, Banovio e Schafer (2004) realizaram um estudo em Málaga, no Hospital Carlos Mata, composto

por 75 pessoas FTM e 125 MTF, com idades compreendidas entre os 15 e os 61 anos. Os resultados mostraram que cerca de 59,3% das pessoas transgénero MTF, com a média de idades compreendia aos 17,97 anos e 40,7% das pessoas FTM com a média de idades de 17,72 anos já tinham pensado suicidar-se em algum momento das suas vidas. Igualmente, verificou-se que no que toca às tentativas de suicídio, a prevalência era de 18,5% em pessoas MTF, com a média de idades compreendida nos 20,75 anos e 11,5% para FTM, em que a média de idades era de 19,90. Por fim, a média de tentativas de suicídio era de 2,15% por pessoa.

A população trans apresenta um histórico de comportamentos autolesivos que se corroboram com tentativas de suicídio (Marchall *et al*, 2016). Um estudo levado a cabo por Grossman e D´Augelli (2007) demonstrou que, pelo menos, um quarto dos inquiridos trans evidenciaram ter tido uma tentativa de suicídio e cerca de 41,8% um histórico de comportamentos autolesivos.

Conforme o que está descrito na literatura internacional, em termos de factores sociodemográficos, existe uma prevalência nos comportamentos autolesivos em homens trans do que em mulheres trans. Contudo, as tentativas de suicídio não são estatisticamente significativas entre ambos os géneros (Skagerberg, Parkinson & Carmichael, 2013), apresentando um valor muito maior que a população cisgénero (Davey, Arcelus Meyer & Bouman, 2016), em camadas mais jovens (Claes, Bouman, Witcomb, Thurston, Fernandez-Aranda & Arcelus, 2014).

Neste seguimento, de acordo com um estudo feito por Marchall et al (2015), verificou-se uma maior prevalência de comportamentos de autodano e comportamentos suicidários em pessoas transgénero do que pessoas cisgénero, sendo que os valores dessa prevalência diferem nos diversos estágios de transição. Através de estudos recentes, os jovens transgénero demonstram possuir uma maior taxa de doenças

psiquiátricas comparativamente à população cisgénero (Connolly, Zervos, Barone, Johnson, Joseph, 2016).

Diversos factores de risco, interpessoais e pessoais, estão associados a comportamentos autolesivos como a falta de suporte social, sentimentos de rejeição por pertencer a uma camada mais jovem, ser portador de doença psiquiátrica, *bullying*, vitimização, abusos e maus tratos, insatisfação com a imagem corporal, transfobia internalizada e *outcomes* psicossociais negativos (Marchall *et al*, 2016; Davey, Arcelus, Meyer & Bouman, 2016; Peterson, Abigail, Matthews, Copps-Smith & Conard, 2016; Taliaferro, McMorrisb & Eisenbergc, 2018).

Num estudo realizado em 2016, numa amostra de 155 indivíduos diagnosticados com disforia de género, composta por 66,5% de mulheres trans e 33,5% de homens trans, verificou-se que existia uma maior incidência de comportamentos autolesivos sem intenção suicida em homens trans (57,7%) do que nas mulheres trans (26,2%). No entanto, observou-se que as mulheres trans com comportamentos autolesivos apresentavam maior sintomatologia a nível psicológico face a questões intrapessoais e interpessoais, do que em homens trans, Assim sendo, constatou-se que pessoas trans que apresentavam comportamentos autolesivos sem intenção suicida tinham mais problemas do foro psicológico, interpessoal e falta de apoio social do que indivíduos trans sem comportamentos autolesivos (Arcelus, Claes, Witcomb, Mashall, Bouman, 2016).

Com efeito, é necessário a criação de estratégias preventivas para a vitimização, promoção de estratégias para o combate ao suicídio, fomentar cuidados de saúde para a população e desconstruir estigmas presentes no seio da sociedade (Zeluf, Dheijne, Orre, Mannheimer, Deogan, Hoijer, Winzer & Thorson, 2018).

Objectivos

Tendo em consideração a análise científica realizada acerca dos comportamentos suicidários e autolesivos, verificou-se que existe uma carência de literatura nacional deste tipo de comportamentos na população LGBT, nomeadamente em pessoas trans.

Após a identificação do problema em estudo, verificou-se ser necessário estabelecer objetivos para a investigação. Os objetivos gerais permitem identificar qual e/ou quais as intenções do trabalho, enquanto que os objetivos específicos dão sustentação a um processo gradual para alcançar uma finalidade no processo de investigação (Sousa & Batista, 2011).

Assim foi definido com objetivo geral para este trabalho de investigação:

- A compreensão da relação existente entre os comportamentos suicidários e autolesivos na população trans.

Por conseguinte, para alcançar o objetivo geral citado acima, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- A existência de diferenças significativas entre os géneros em relação aos comportamentos suicidários e autolesivos e dor psicológica;
- Se existem diferenças significativas entre as idades dos participantes e a adoção de comportamentos suicidários, autolesivos e dor psicológica;
- Compreender se ter e/ou não ter apoio familiar influencia a adoção de comportamentos suicidários, autolesivos e dor psicológica;
- Compreender se ter e/ou não ter feito alterações corporais influencia a adoção de comportamentos suicidários, autolesivos e dor psicológica;
- Compreender as dificuldades da população trans durante o processo de transição e de que forma estas influenciam a adoção de comportamentos suicidários, autolesivos e a presença de dor psicológica;

- Compreender se as situações de risco experienciadas pela população em estudo influenciam a adoção de comportamentos suicidários, autolesivos e a presença de dor psicológica;
- Compreender se existe uma relação entre a variável dor psicológica na adoção de comportamentos suicidários;
- Compreender se existe uma relação entre a variável dor psicológica e pensamentos suicidas;
- Compreender se existe uma relação entre a variável dor psicológica e os comportamentos de auto-dano;
- Compreender quais as variáveis psicológicas e demográficas preditoras da dor psicológica;
- Compreender quais as variáveis psicológicas e demográficas preditoras dos comportamentos suicidários;
- Compreender quais as variáveis psicológicas e demográficas preditoras da ideação suicida;

Método

O presente estudo foi desenhado através de uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva, permitindo assim uma melhor compreensão da incidência de comportamentos suicidários e autolesivos na população trans e da existência, ou não, de relações entre esta população e esta tipologia comportamental.

Participantes

Os participantes do presente estudo são constituídos por pessoas que tenham uma identidade não conforme o género que lhes foi atribuído à nascença. Neste sentido, foram delineados os seguintes critérios de inclusão: a) o/a participante ter uma identidade não conforme o género que lhe fora atribuído à nascença; b) caso seja menor de idade ter permissão dos responsáveis legais para participar no estudo; c) ter respondido no mínimo a 80% do questionário. Quanto aos critérios de exclusão a ter em conta foram: a) ter uma identidade conforme o género que lhe fora atribuído à nascença; b) não ter permissão por parte dos responsáveis legais para participar no estudo; c) não ter respondido no mínimo a 80% do questionário.

Neste estudo foram respeitados todos os princípios éticos do consentimento informado, anonimato e confidencialidade, nomeadamente no que diz respeito à obtenção dos dados e da relação entre os participantes e associações/instituições.

Este estudo é composto por uma amostra por conveniência e não-aleatória, uma vez que constitui uma população específica. A recolha dos dados foi realizada entre o mês de dezembro de 2018 e maio de 2019, constituída por 114 participantes entre os 16 e os 60 anos de idade ($M= 23.85$ e $DP=7.048$).

Tabela 1 - *Localidade dos Participantes*

Localidade (Nuts II)	Frequência	%
Região Norte	30	26.6
Região Centro	7	6.2
Região de Lisboa	63	55.3
Região do Alentejo	3	2.7
Região do Algarve	8	7
Ilhas dos Açores e da Madeira	3	2.7
Total	114	100

Os participantes deste estudo encontram-se, maioritariamente, na região Norte (n=30) apresentando uma percentagem de 26.6% dos resultados e de Lisboa (n= 63) com 55.3% dos resultados. Como é possível constatar, na região de Lisboa é onde se concentraram mais de metade dos participantes.

Tabela 2 - *Escolaridade dos Participantes*

Escolaridade	Frequência	%
Ensino Básico	11	9.6
Ensino Secundário	58	50.9
Bacharelato	1	0.9
Licenciatura	30	26.3
Mestrado	9	7.9
Doutoramento	1	0.9
Total	110	96.5
<i>Missing values</i>	4	3.5
Total	114	100

Na tabela 2 pode verificar-se que 50.9% dos participantes (n=58) têm o ensino secundário, sendo metade da amostra do estudo. Relativamente ao ensino superior, a licenciatura apresenta o segundo valor mais alto da amostra com 26.3% (n=30) dos resultados. De acordo com os resultados obtidos, 3.5% dos sujeitos (n=4) não responderam a esta pergunta.

Tabela 3 - *Identidade de Género dos Participantes*

Identidade de Género	Frequência	Percentagem
Masculino	84	73.7
Feminino	19	16.7
Outras Identidades de género não conformes	11	9.7
Total	114	100

De acordo com a tabela 3, verificou-se que 73.7% (n=84) dos participantes identificam-se com o género masculino, 16.7% (n=19) com o género feminino e 9.7% (n=11) com outras identidades de género não conformes.

Tabela 4 - *Orientação Sexual dos Participantes*

Orientação Sexual	Frequência	Percentagem
Heterossexual	62	54.4
Homossexual	10	8.8
Bissexual	19	16.7
Pansexual	20	17.5
Outros	3	2.6
Total	114	100

Face aos dados obtidos acerca da orientação sexual dos participantes, é possível observar que 54.4% (n=62), mais de metade da amostra, são heterossexuais. Cerca de 8.8% (n=10) são homossexuais, 16.7% (n=19) são bissexuais, 17.5% são pansexuais e 2.6% (n=3) apresentam outra orientação sexual.

Tabela 5 - *Alterações corporais*

Já realizou alterações corporais?	Frequência	%
Sim	59	51.9
Não	55	48.2
Total	114	100

Com os dados obtidos na tabela 5, é possível observar que os valores são muito semelhantes entre si, sendo que metade dos participantes já realizaram alterações corporais, enquanto outros ainda não realizaram alterações corporais. Assim, cerca de 51.9% (n=59) já realizaram alterações corporais e 48.2% (n=55) dos participantes ainda não realizaram alterações corporais.

Tabela 6 - *Desejo de realizar alterações corporais*

Pretende realizar alterações corporais?	Frequência	%
Sim	101	88.6
Não	8	7
Total	109	95.6
<i>Missing values</i>	5	4.4
Total	114	100

Na tabela 6 é possível observar que 88.6% (n=101) pretende realizar alterações corporais, 7% (n=8) não querem realizar alterações corporais e 4.4% (n=5) não responderam à pergunta, somando assim um total de 95.6% (n=109) que responderam a esta questão.

Tabela 7 - *Dificuldades sentidas no processo de transição*

Dificuldades sentidas no processo de transição	Frequência	%
Dificuldades a nível pessoal	50	43.9
Dificuldades a nível social	29	25.4
Dificuldades a nível organizacional	30	26.3
Total	109	95.6
<i>Missing</i>	5	4.4
Total	114	100

Nos dados da tabela 7 verifica-se que 43.9% (n=50) dos participantes apresentam dificuldades a nível pessoal, 25.4% (n=25.4) demonstram dificuldades a

nível social e 26.3% (n=30) dificuldades a nível organizacional, o que prefaz um total de 95.6% (n=109) que responderam a este item.

Tabela 8 - *Situações de risco experienciadas pelos participantes no processo de transição*

Situações de risco	Frequência	%
Não se encontra em situação de risco	61	53.5
Negligência e/ou expulsão de casa	11	9.6
Violência física, psicológica e/ou verbal	12	10.5
Violência doméstica	11	9.6
Total	95	83.3
<i>Missing</i>	19	16.7
Total	114	100

Na tabela 8 observa-se que 53.5% (n=61) não se encontram em nenhuma situação de risco, 9.6% (n=11) encontram-se ou encontraram-se numa situação de negligência e/ou expulsão de casa, 10.5% (n=12) são ou foram vítimas de violência física, psicológica e/ou verbal e 9.6% (n=11) sofrem ou sofrerem de violência doméstica, num total de 83.3% (n=95) que responderam a este item. Neste sentido, é possível constatar que cerca de 29.7% (n=34) dos indivíduos que responderam a esta questão, num total de 95 participantes, encontram-se ou encontraram-se em alguma situação de risco.

Instrumentos

O protocolo de investigação é constituído pelos seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico, QIAIS-A (Castilho P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012), QCS-R (Campos & Holden, 2000) e a *Psychache Scale* (Campos, 2013).

O questionário sociodemográfico é um instrumento que contempla informações factuais sobre os indivíduos, desde opiniões a crenças, sendo um instrumento útil para a recolha de informação (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O questionário sociodemográfico pretendeu caracterizar e avaliar as variáveis de idade, residência, escolaridade, identidade de género, orientação sexual, a relação e a aceitação familiar, se já fez e/ou pretende realizar alterações corporais, situações de risco e dificuldades sentidas no processo de transição.

O QIAIS-A (Castilho, Barreto-Carvalho, Nunes & Pinto-Gouveia, 2012) é um questionário de auto-resposta, validado para a população portuguesa, constituído por 64 itens, distribuídos por 4 fatores: Impulsividade (16 itens), Auto-Lesão (14 itens), Funções (31 itens) e Ideação Suicida (3 itens). Na escala original foi excluído o fator Funções, de carácter nominal, para a validação da presente escala. É uma escala tipo *Likert* que vai de 0 (Nunca) a 4 (Acontece-me sempre). Neste seguimento, o fator Impulso contém duas componentes: impulso/hipercinésia (12 itens) e auto-controlo do impulso (4 itens). No fator Autodano este é constituído por três componentes: autodano próprio (4 itens), autodano por meio de objetos (4 itens) e autodano relacionado com comportamentos de risco (6 itens). Através da aplicação deste questionário, é possível recolher informação relativamente ao grau de impulsividade, a presença ou não de comportamentos autolesivos, as suas respetivas funções e a presença de ideação suicida nos participantes.

A escala original do QIAIS-A, apresenta na sua totalidade um alfa de Cronbach de .90, um alfa de Cronbach de .77 para o fator Impulso, .88 para o Auto-dano, .94 para Funções de autodano e .82 para a Ideação suicida. Quanto aos componentes, o fator Impulso no componente impulso/hipercinésia o valor de Alfa de Cronbach é de .78 e o componente Controlo do Impulso é de .65. No factor Auto-dano, o componente de auto-

dano propriamente dito apresenta um valor de .87, auto-dano com recurso a objetos de .82 e auto-dano associado a comportamentos de risco de .77. Neste sentido, apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach de .85 para um total de 33 itens, sem o factor nominal inerente às Funções de comportamento de auto-dano. Deste modo, quanto maior for a pontuação de um fator, maior será a atitude em relação à mesma.

Na amostra do presente estudo foi obtido um valor de Alfa de Cronbach para o factor Impulso de .78, para o factor de auto-dano de .84, para o fator funções de .93 e para o factor de Ideação Suicida de .85. Relativamente aos componentes do factor Impulso, a componente Impulsividade/Hipercinesia obteve-se um Alpha de Cronbach de .77 e do Controlo do Impulso um valor de .63. Em relação aos componentes do factor de Auto-dano, a componente Auto-Dano próprio apresentou um valor de Alpha de Cronbach de .87, Autodano com recursos a objecto de .60 e Auto-dano associado a comportamentos de risco com um valor de .56.

O QCS-R de Osman, Bagge, Gutierrey, Konick, Kopper e Barrios (2001) adaptado para a população portuguesa (Campos, Rebelo & Abreu, 2011) é um questionário de autorelato composto por 4 itens, traduzido e validado para a população portuguesa, utilizando um procedimento simples, de forma a que os itens ficassem claros. A versão portuguesa é uma reprodução semelhante sem que fosse necessário realizar alterações muito significativas. O QCS-R é um questionário que tem como objetivo avaliar a ideação suicida e/ou tentativas de suicídio ao longo do percurso de vida do sujeito, a frequência da ideação suicida e as probabilidades de o mesmo vir a cometer suicídio no futuro, sendo possível diferenciar os participantes em risco de cometerem suicídio e participantes que não apresentam risco suicidário. É constituído por uma escala de tipo *Likert* entre 1 e 4, 1 e 5, 1 e 3, e 0 e 6 para os quatro itens. O Alfa de Cronbach do QCS-R, na escala original, apresenta um valor de .77. Na amostra do

presente estudo foi obtido um valor de Alpha de Cronbach para o factor de comportamentos suicidários de .815.

A *Psychache Scale* foi originalmente construída sobre a operacionalização dos critérios de Holden, Mehta, Cunningham e McLeod (2001). Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa (Campos & Holden, 2015), utilizando um procedimento simples de forma a que os itens ficassem claros. Este questionário tem como principal objetivo avaliar a percepção do indivíduo que experiencia a dor mental. A versão portuguesa é uma reprodução semelhante sem que fosse necessário realizar alterações muito significativas. Este questionário de autorrelato é constituído por 13 itens, numa escala de tipo *Likert* que vai de 1 (Discordo fortemente) a 5 (Concordo Fortemente), podendo as pontuações variar entre 13 e 65. Os primeiros nove itens estão relacionados com a frequência produzida pela dor psicológica, variando na tipologia de respostas desde Nunca (1) a Sempre (5). Os últimos 4 itens, estão relacionadas à intensidade gerada pela dor psicológica, variando entre Discordo Completamente (1) a Concordo fortemente (5). Apresenta uma boa consistência interna, tendo sido obtido na versão original um valor de .93. De acordo com a amostra do presente estudo foi obtido um valor de Alpha de Cronbach para o factor de Dor Psicológica de .97.

Procedimentos

Tendo em vista a recolha de dados, em primeiro lugar foi realizado um pedido de autorização aos autores dos questionários. Em seguida, efetuou-se a partilha dos questionários na sua versão online junto das diversas associações e instituições. Os dados foram recolhidos através do apoio de diversas instituições e associações, com espaços físicos ou não, espalhadas de norte a sul do país, apresentando como principal foco questões relacionadas à orientação sexual, identidade e/ou expressão de género, nomeadamente a ILGA Portugal, Rede ex aequo, Casa Qui, Centro Gis, Transmissão e

Transexual Portugal. Por outro lado, a recolha dos dados também fora feita com recurso às redes sociais através do efeito bola de neve.

No que toca aos procedimentos estatísticos, na análise de dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23 para o Windows, de modo a organizar e a sistematizar informação. Realizou-se a limpeza da base de dados, na qual participaram na sua totalidade 150 pessoas. De acordo com os critérios de exclusão anteriormente definidos, foram excluídos 36 participantes, ficando um total de 114 sujeitos.

Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva dos dados relativa ao tamanho da amostra e distribuição das percentagens, médias e desvios padrão.

De acordo com os objetivos que foram delineados para o presente estudo, serão apresentados os resultados em relação às escalas do QIAIS-A, QCS-R e *Psychache Scale*, através da análise das associações entre as respetivas escalas e de algumas variáveis sociodemográficas (idade, residência, género, orientação sexual, apoio familiar no processo de transição, relação familiar, situações de risco e dificuldades no processo de transição).

Deste modo, para que seja possível realizar-se estas associações é necessário proceder-se aos cálculos dos coeficientes alfa de Cronbach para cada escala utilizada, realizar correlações de Pearson entre as dimensões das diferentes escalas, analisar a variância através da ANOVA comparando as médias, tendo sido utilizada a ANOVA one-way para aferir se existem diferenças de um ou mais fatores e comparar as suas médias.

Por outro lado, foi utilizado testes não paramétricos como o teste de Kruskal-Wallis com a finalidade de comparar grupos de médias que não apresentassem um padrão de distribuição normal, assim como a correlação de Spearman, com o intuito de

perceber a associação entre algumas variáveis nomeadamente, no que toca às variáveis sociodemográficas: situação de risco e dificuldades decorrentes no processo de transição.

Por fim, recorreu-se ao modelo de regressão linear para analisar se o modelo entre as variáveis era explicativo e qual e/ou quais as variáveis que o influenciam. Por outro lado, também foi possível fazer previsões entre as variáveis dependentes.

Resultados

Resultados descritivos do estudo

Tabela 9 - *Distribuição das variáveis psicológicas: Impulso, Auto-Dano e Ideação suicida*

QIAIS-A	N	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Impulso na totalidade	114	1.10	0.43	.06	2.38	.462	.35
- Impulso/Hipersinésia	114	1.05	.51	.08	2.50	.591	.16
- Controlo do Impulso	114	1.24	.60	.00	2.75	.245	-.21
Auto-dano na totalidade	114	.32	.38	.00	1.79	1.58	2.47
- Auto-Dano propriamente dito	114	.61	.75	.00	3.00	1.27	.88
- Auto-Dano com recurso a objetos	114	.20	.39	.00	2.00	2.60	7.25
- Auto-Dano associado a comportamentos de risco	114	.20	.29	.00	1.33	1.78	2.77
Funções	70	1.70	.24	1.00	2.00	-.72	.21
Ideação Suicida	114	1.67	.86	.00	3.00	.02	-1.02

Na variável psicológica do Impulso na totalidade observou-se que, as respostas dos participantes (N=114) variam entre .06 de mínimo e 2.38 de máximo, a média corresponde a um valor de 1.10 e um desvio padrão de 0.43. Relativamente à primeira dimensão da variável Impulso, a dimensão Impulso/Hipersinésia as respostas dos participantes variam entre .08 de mínimo e 2.50, a média é de 1.05 e um desvio padrão de .51. Na segunda dimensão da variável impulso, o controlo do impulso varia entre .0 de mínimo e 2.75 de máximo, a média é de 1.24 e o desvio padrão de .60.

A variável psicológica do Auto-Dano na totalidade constatou-se que, as respostas dos participantes (N=114) variam entre .0 de mínimo e 1.79 de máximo, a média é de 0.32 e o desvio padrão de 0.38. No que toca à primeira dimensão da variável Auto-Dano, a dimensão Auto-Dano propriamente dito as respostas dos participantes variam entre .0 de mínimo e 3.00 de máximo, a média é de .61 e o desvio padrão um

valor de .75. A segunda dimensão desta mesma variável, o Auto-Dano com recurso a objetos apresenta um valor mínimo de .0 e máximo de 2.00, a média é de .20 e desvio padrão de .39. Por outro lado, a dimensão auto-dano associada a comportamentos de risco as respostas dos participantes variam entre .0 de mínimo e 1.33 de máximo, a média é de .20 e o desvio padrão de .29.

Na variável Funções do Auto-dano, o valor mínimo é de 1.00 e o máximo de 2.00, a média é de 1.70 e um desvio padrão de .24 para um total de 70 respostas.

Por fim, relativamente ao fator ideação suicida, constatou-se que, as respostas dos participantes (N=114) variam entre .0 de mínimo e 3.00 de máximo, a média apresenta um valor de 1.67 e desvio padrão de .86.

Tabela 10 - *Distribuição da variável psicológica: Comportamentos suicidários*

QCS-R	M	DP	Minimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Comportamentos Suicidários	2.64	1.20	.75	5.25	.27	-88

No que toca à escala de comportamentos suicidários o valor mínimo é de .75 e o máximo de 5.25, apresenta uma média de 2.64 e um desvio padrão de 1.20.

Tabela 11 - *Distribuição da variável psicológica: Dor psicológica*

Psychache Scale	M	DP	Minimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Dor Psicológica	2.65	1.20	1.00	5.00	2.65	-1.16

De acordo com os dados obtido na tabela 11, o valor mínimo para a dor psicológica é de 1.00 e o máximo de 5.00, apresenta uma média de 2.65 e um valor de desvio padrão de 1.20.

Estudo da Relação Entre as Variáveis Psicológicas e DemográficasTabela 12 – *Análise da relação entre as variáveis psicológica em função da idade dos participantes*

	Até aos 25 anos		Até aos 60 anos		F	P
	M	DP	M	DP		
IT	1.10	.46	1.07	.35	.112	.738
IH	1.05	.55	1.04	.37	.001	.975
CI	1.27	.59	1.16	.62	.774	.381
ADT	.035	.41	.23	.26	1.926	.168
APD	.68	.80	.41	.54	2.925	.090
ADO	.24	.43	.08	.19	3.965	.049
ACR	.19	.29	.22	.30	.215	.644
F	1.68	.25	1.77	.23	1.707	.196
IS	1.71	.88	1.57	.82	.526	.470
CS	2.72	1.21	2.41	1.15	1.502	.223
DP	2.69	1.25	2.54	1.09	.345	.558

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Verifica-se a existência de diferenças significativas entre as idades relativamente à dimensão auto-dano com recurso a objetos [$F(1,112) = 3.965, p=.049$], sendo que os participantes com idades até aos 25 anos apresentam uma média de .24, enquanto que os participantes até aos 60 anos apresentam uma média de .08. Assim sendo, é a camada jovem que adota mais comportamentos autolesivos com o auxílio de objetos.

Tabela 13 – *Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função do género dos participantes*

	Masculino (n=84)	Feminino (n=19)	Outra tipologia de género (n=12)	KW	P
	M	M	M		
IT	57.68	61.13	49.86	.821	.663
IH	56.52	65.63	50.95	1.662	.436
CI	59.82	50.58	51.73	1.617	.446
ADT	59.99	47.82	55.73	2.226	.329
APD	59.37	46.89	61.55	2.570	.277
ADO	59.51	50.87	53.59	1.755	.416
ACR	59.24	54.84	48.68	1.325	.516
F	34.44	44.25	25.70	3.538	.170
IS	58.93	50.63	58.45	1.007	.604
CS	59.78	53.26	47.41	1.745	.418
DP	59.71	50.00	53.59	1.509	.470

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Como é possível observar na tabela 13 não existem valores significativos. Deste modo, não existem diferenças significativas entre os géneros para as variáveis psicológicas em estudo.

Tabela 14 – *Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função do apoio familiar dos participantes*

	Tem apoio familiar		Não tem apoio familiar		F	P
	M	DP	M	DP		
IT	1.09	.42	1.11	.45	.078	.780
IH	1.06	.49	1.02	.55	.131	.718
CI	1.17	.55	1.37	.66	3.049	.084
ADT	.30	.36	.34	.41	.376	.541
APD	.58	.67	.66	.86	.315	.576
ADO	.20	.41	.20	.34	.011	.915
ACR	.18	.27	.23	.33	.618	.433
F	1.69	.24	1.72	.26	.168	.683
IS	1.66	.89	1.68	.82	.009	.926
CS	2.58	1.17	2.73	1.25	.426	.515
DP	2.65	1.21	2.67	1.21	.007	.933

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Como é possível observar na tabela 14 não existem valores significativos.

Assim, não existem diferenças significativas entre o apoio familiar para as variáveis psicológicas em estudo.

Tabela 15 – *Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função da relação familiar dos participantes*

	Relação familiar muito boa (n=33)	Relação familiar boa (n=35)	Relação familiar satisfatória (n=37)	Relação familiar má (n=9)	KW	p
	M	M	M	M		
IT	52.91	61.03	57.73	59.67	1.079	.782
IH	54.36	62.91	56.43	52.33	1.500	.682
CI	54.47	51.41	63.54	67.44	3.589	.309
ADT	52.14	58.70	59.19	65.56	1.594	.661
APD	51.71	59.71	57.24	71.17	2.915	.405
ADO	51.35	59.67	57.59	71.22	4.060	.255
ACR	54.74	57.40	63.49	43.39	3.600	.308
F	40.65	31.35	38.28	27.50	3.574	.311
IS	51.06	60.66	59.45	60.83	1.829	.609
CS	51.03	58.20	62.01	59.94	2.029	.566
DP	51.56	59.33	58.97	66.11	1.860	.602

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Como é possível observar na tabela 16 não existem valores significativos. Deste modo, não existem diferenças significativas entre o tipo de relação familiar dos participantes e as variáveis psicológicas em estudo.

Tabela 16 - *Relação entre a relação familiar dos participantes e as variáveis psicológicas*

Relação Familiar	IT	IH	CP	ADT	APD	ADO	ACR	F	IS	CS	DP
1	.056	-.005	.143	.108	.118	.145	.033	-.088	.099	.124	.122

* $p < 0.05$ ** <0.01

De acordo com os dados obtidos na tabela, verifica-se que não existem correlações significativas entre a relação familiar e as variáveis psicológicas em estudo.

Tabela 17 – *Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função das situações de risco experienciadas pelos participantes*

	Não se encontra em situação de risco (n=61)	Negligência e/ou expulsão de casa (n=11)	Violência física, verbal e/ou psicológica (n=12)	Violência Doméstica (n=11)	KW	p
	M	M	M	M		
IT	46.02	51.09	45.08	59.05	2.359	.501
IH	46.62	53.64	40.75	57.91	2.873	.412
CI	46.59	37.14	56.00	57.95	4.391	.222
ADT	43.53	50.41	49.63	68.59	8.088	.044
APD	44.37	48.82	51.17	63.86	5.179	.159
ADO	42.68	55.32	48.92	69.18	14.131	.003
ACR	46.39	53.41	41.79	58.32	3.283	.350
F	32.92	24.83	38.19	17.50	7.930	.047
IS	43.31	56.55	49.79	63.50	6.489	.090
CS	42.96	58.64	47.25	66.14	8.493	.037
DP	44.12	45.86	58.25	60.45	5.186	.159

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Verifica-se a existência de diferenças significativas entre as situações de risco experienciadas pelos participantes relativamente ao fator dimensão auto-dano na totalidade [$\chi^2(3) = 8.088$; $p = .044$], sendo que pessoas que vivenciam violência doméstica demonstram uma maior média de comportamentos de autodano ($M=68.59$), quando comparadas com pessoas em situações de risco diferentes e/ou que não experienciam situações de risco.

Também se verifica diferenças significativas no que toca à dimensão do auto-dano com recurso a objetos [$\chi^2(3) = 14.131$; $p = .003$], uma vez que pessoas que vivenciam violência doméstica ($M=69.18$) demonstram uma maior média na adoção de

comportamentos de autodano com recurso a objetos, quando comparadas com pessoas em situações de risco diferentes e/ou que não experienciam situações de risco.

No fator Funções do auto-dano verifica-se também diferenças significativas [$\chi^2(3) = 7.930$; $p = .047$], dado que pessoas que experienciam violência física, verbal e/ou psicológica ($M=38.19$) apresentam uma maior média neste tipo de comportamento, comparativamente a pessoas em situações de risco diferentes e/ou que não experienciam situações de risco.

Verifica-se diferenças significativas relativamente aos comportamentos suicidários [$\chi^2(3) = 8.493$; $p = .037$], uma vez que pessoas que vivenciam violência doméstica ($M=66.14$) demonstram uma maior média de comportamentos suicidários, quando comparadas com pessoas em situações de risco diferentes e/ou que não experienciam situações de risco.

Tabela 18 - Associação entre as situações de risco experienciadas pelos participantes e as variáveis psicológicas

Situações de risco	IT	IH	CP	ADT	APD	ADO	ACR	F	IS	CS	DP
	.110	.074	.111	.253*	.210*	.342**	.094	-.212	.240*	.255*	.214*

* $p < 0.05$ ** < 0.01

Existem evidências significativas para se afirmar que as diferentes variáveis psicológicas e as situações de risco se relacionam. Deste modo, verifica-se que existe uma relação fraca entre as variáveis auto-dano na totalidade ($CS=.253$), auto-dano propriamente dito ($CS=.210$), ideação suicida ($CS=.240$), comportamentos suicidários ($CS=.255$) e dor psicológica ($CS=.214$). Por outro lado, é importante salientar que apenas a variável auto-dano com recurso a objetos ($CS=.342$) é relacionado moderadamente com as situações de risco.

Tabela 19 – *Análise da relação entre as variáveis psicológicas e as dificuldades experienciadas durante o processo de transição dos participantes*

	Dificuldades a nível pessoal (n=50)		Dificuldades a nível social (n=29)		Dificuldades a nível organizacional (n=30)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
IT	1.13	.48	1.11	.41	1.01	.33	.693	.502
IH	1.09	.55	1.07	.52	.94	.44	.832	.438
CI	1.23	.61	1.22	.51	1.23	.66	.001	.999
ADT	.30	.34	.40	.43	.20	.30	2.372	.098
APD	.60	.65	.74	.80	.37	.61	2.228	.113
ADO	.17	.31	.31	.50	.13	.38	1.906	.154
ACR	.20	.31	.24	.30	.14	.24	.860	.426
F	1.69	.22	1.65	.23	1.78	.31	1.221	.302
IS	1.63	.89	1.90	.73	1.44	.85	2.358	.100
CS	2.57	1.09	2.95	1.23	2.28	1.09	2.577	.081
DP	2.76	1.15	2.83	1.15	2.19	1.14	2.934	.058

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Verifica-se a existência de diferenças significativas entre as situações de risco experienciadas pelos participantes relativamente ao fator da dor psicológica [F (2,106) = 2.934, p=.058], sendo que pessoas que apresentam dificuldades a nível social demonstram ter uma maior média de dor psicológica (M=2.83), quando comparadas aos outros tipos de dificuldades ao longo do processo de transição.

Tabela 20 - *Associação entre as dificuldades no processo experienciadas pelos participantes e as variáveis psicológicas*

Dificuldades no processo	IT	IH	CP	ADT	APD	ADO	ACR	F	IS	CS	DP
	-.106	-.115	-.004	-.097	-.117	-.021	-.074	-.117	-.072	-.077	-.185

*p < 0.05 **<0.01

De acordo com os dados obtidos na tabela, verifica-se que não existem correlações significativas entre a relação familiar e as variáveis psicológicas em estudo.

Tabela 21 – *Análise da relação entre as variáveis psicológicas em função das alterações corporais dos participantes*

	Já realizou alterações corporais (n=59)		Não realizou alterações corporais (n=55)		F	p
	M	DP	M	DP		
IT	1.04	.36	1.15	.49	1.770	.186
IH	.99	.42	1.11	.59	1.627	.205
CI	1.21	.60	1.27	.60	.291	.591
ADT	.28	.31	.35	.43	1.080	.301
APD	.52	.57	.70	.89	1.522	.220
ADO	.15	.32	.25	.45	2.081	.152
ACR	.21	.32	.19	.27	.056	.813
F	1.70	.24	1.70	.25	.010	.921
IS	1.63	.83	1.72	.89	.287	.593
CS	2.58	1.16	2.70	1.24	.281	.597
DP	2.43	1.11	2.90	1.26	4.581	.035

Legenda da tabela: IT= Impulso na totalidade; IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT=Auto-Dano na totalidade; APD= Auto-Dano propriamente dito; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor psicológica

Verifica-se, na tabela 21, a existência de diferenças significativas entre as pessoas que já se submeteram a alterações corporais e quem não as realizou relativamente ao fator da dor psicológica [$F(1,112) = 4.581, p=.035$], sendo que pessoas que não realizaram alterações corporais demonstram ter uma maior média em relação à dor psicológica ($M=2.90$), quando comparada às pessoas que submeteram a alterações corporais.

Estudo da Associação Entre os Comportamentos Suicidários e Autolesivos com Base nas Variáveis Psicológicas

Tabela 22 - *Correlações entre as variáveis psicológicas (QIAIS-A, QCS-R e Psychache Scale)*

	IT	IH	CI	ADT	ADP	ADO	ACR	F	IS	CS	DP
Impulso na Totalidade	1										
Impulso/Hipersinésia	.938**	1									
Controlo do Impulso	.463**	.126	1								
Auto-Dano na Totalidade	.559**	.531**	.241**	1							
Auto-Dano propriamente dito	.537**	.492**	.279**	.914**	1						
Auto-Dano com recurso a objectos	.387**	.367**	.170	.854**	.729**	1					
Auto-Dano associado a comportamentos de risco	.420**	.432**	.098	.689**	.397**	.438**	1				
Funções	-.528**	-.496**	-.281*	-.747**	-.721**	-.587**	-.526	1			
Ideação suicida	.445**	.449**	.125	.572**	.500**	.428**	.484**	-.526**	1		
Comportamentos suicidários	.437**	.436**	.135	.585**	.549**	.457**	.416**	-.447**	.773**	1	
Dor psicológica	.492**	.461**	.230**	.660**	.638**	.532**	.424**	-.591**	.712**	.690**	1

*p < 0.05 **<0.01

Através da análise da tabela 23 é possível evidenciar a existência de algumas correlações entre as variáveis.

A variável impulso na totalidade encontra-se associada de forma forte com a variável impulso/hipersinésia (CP=.938), auto-dano na totalidade (CP=.559), auto-dano propriamente dito (CP=.537) e negativamente com as funções (CP=-.528). Esta mesma variável encontra-se associada de forma moderada com o controlo do impulso (CP=.463), auto-dano com recurso a objetos (CP=.387), auto-dano associado a

comportamentos de risco (CP=.420), ideação suicida (CP=.445), comportamentos suicidários (CP=.437) e dor psicológica (CP=.492).

No que toca ao Impulso/Hipersinésia esta variável encontra-se fortemente associada com o auto-dano na totalidade (CP=.531). Esta variável relaciona-se moderadamente com o auto-dano propriamente dito (CP=.492), auto-dano com recurso a objetos (CP=.367), auto-dano associado a comportamentos de risco (CP=.432), ideação suicida (CP=.449), comportamentos suicidários (CP=.436), dor psicológica (CP=.461) e de forma negativa com as funções (CP= -.496).

O controlo do impulso encontra-se de forma fraca associada ao auto-dano na totalidade (CP=.241), auto-dano propriamente dito (CP=.279), dor psicológica (CP=.230) e negativamente associado às funções (CP=-.281).

O auto-dano na totalidade encontra-se fortemente associado ao auto-dano propriamente dito (CP=.914), auto-dano com recurso a objetos (CP=.854), auto-dano associado a comportamentos de risco (CP=.689), ideação suicida (CP=.572), comportamentos suicidários (CP=.585), dor psicológica (CP=.660) e negativamente com as funções (CP=-.747).

No auto-dano propriamente dito esta variável encontra-se fortemente com o auto-dano com recurso a objetos (CP=.729), comportamentos suicidários (CP=.549), dor psicológica (CP=.638) e negativamente com as funções (CP=-.721). Esta variável associa-se moderadamente com o auto-dano associado a comportamentos de risco (CP=.397) e com a ideação suicida (CP=.500).

O auto-dano com recurso a objetos associa-se fortemente com a dor psicológica (CP=.532) e negativamente com as funções (CP=-.587). Esta variável correlaciona-se moderadamente com o auto-dano associado a comportamentos de risco (CP=.438), ideação suicida (CP=.428) e comportamentos suicidários (CP=.457).

O auto-dano associado a comportamentos de risco encontra-se moderadamente associado à ideação suicida (CP=.484), comportamentos suicidários (CP=.416) e dor psicológica (CP=.424).

As funções estão associadas negativamente e fortemente com a ideação suicida (CP=-.526) e com a dor psicológica (CP=-.591). Por outro lado, correlaciona-se de forma moderada, mas negativa com os comportamentos suicidários (CP=-.447).

A ideação suicida encontra-se associada fortemente com os comportamentos suicidários (CP=.773) e com a dor psicológica (CP=.712).

Por fim, os comportamentos suicidários estão associados de forma forte com a dor psicológica (CP=.690).

Resultado do Estudo das Variáveis Predictoras

Tabela 23 - *Regressão linear das variáveis psicológicas e demográficas como predictoras da Dor psicológica*

	R²	R² ajustado	Beta	t	P
IH			-.118	-.851	.400
CI			.038	.332	.742
ADT			.185	.627	.534
ADO			.067	.302	.764
ACR			-.128	-.784	.438
F			-.314	-1.518	.137
IS	.566	.418	.127	.777	.442
CS			.354	2.025	.049
I			.130	1.026	.311
G			.058	.503	.618
RF			-.121	-.626	.535
AF			.066	.341	.735
SR			-.007	-.057	.955
DdP			-.035	-.305	.762

Legenda da tabela: IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT= Auto-Dano na totalidade; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções do Auto-Dano; IS= Ideação Suicida; CS= Comportamentos suicidários; I= Idade; G= Género; RF= Relação Familiar; AF= Apoio Familiar; SR= Situações de risco; DdP= Dificuldades durante o processo;

Os resultados obtidos mostram que apenas a variável CS ($B=.354$; $p=.049$) é preditora da Dor psicológica. Assim, esta variável explica 42% da variância da dor psicológica [$R^2 = .114$; $R^2 Aj = .039$; Erro= 1.11252; $F(7,83) = 1.518$; $p < .001$], sendo os comportamentos suicidários a variável, de entre as variáveis psicológicas e demográficas, que se apresenta como melhor preditor.

Tabela 24 - *Regressão linear das variáveis psicológicas e demográficas como predictoras dos Comportamentos suicidários*

	R²	R² ajustado	Beta	t	p
IH			.249	2.218	.032
CI			-.130	-1.332	.190
ADT			.035	.139	.890
ADO			.179	.953	.346
ACR			-.140	-1.012	.317
F			.146	.813	.421
IS			.496	4.215	.000
DP	.684	.577	.257	2.025	.049
I			.002	.014	.989
G			-.140	-1.454	.154
RF			-.009	-.053	.958
AF			-.117	-.712	.481
SR			.068	.646	.522
DdP			-.037	-.383	.704

Legenda da tabela: IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT= Auto-Dano na totalidade; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções do Auto-Dano; IS= Ideação Suicida; DP= Dor Psicológica; I= Idade; G= Género; RF= Relação Familiar; AF= Apoio Familiar; SR= Situações de risco; DdP= Dificuldades durante o processo

Os resultados obtidos mostram que as variáveis IS ($B=.496$; $p=.000$), IH ($B=.249$; $p=.032$) e DP ($B=.257$; $p=.049$) são predictoras dos Comportamentos suicidários. Deste modo, estas três variáveis explicam 58% da variância dos comportamentos suicidários [$R^2 = .684$; $R^2 Aj = .577$; Erro= .69928; $F(14,41) = 6.352$;

$p < .001$], sendo a IS, de entre as variáveis psicológicas e demográficas, que se apresenta como melhor preditor.

Tabela 25 - *Regressão linear das variáveis psicológicas e demográficas como preditoras da Ideação suicida*

	R²	R² ajustado	Beta	t	p
IH			-.138	-1.061	.295
CI			.098	.859	.395
ADT			.050	.178	.860
ADO			-.228	-1.098	.278
ACR			.133	.859	.396
F			-.263	-1.335	.189
CS			.610	4.215	.000
DP	.611	.479	.114	.777	.442
I			-.090	-.747	.459
G			-.016	-.150	.882
R			.036	.206	.838
AF			-.028	-.156	.877
SR			.068	.588	.560
DdP			.148	1.401	.169

Legenda da tabela: IH= Impulso/Hipersinésia; CI= Controlo do Impulso; ADT= Auto-Dano na totalidade; ADO= Auto-Dano com recurso a objetos; ACR= Auto-Dano associado a comportamentos de risco; F= Funções do Auto-Dano; CS= Comportamentos suicidários; DP= Dor Psicológica; I= Idade; G= Género; RF= Relação Familiar; AF= Apoio Familiar; SR= Situações de risco; DdP= Dificuldades durante o processo

Os resultados obtidos mostram que apenas a variável CS (B=.610; $p=.000$) é preditor da ideação suicida. Deste modo, a variável CS explica 48% da variância dos comportamentos suicidários [$R^2 = .611$; R^2 Aj= .479; Erro= .57244; $F(14,41)= 4.609$; $p < .001$], sendo a IS, de entre as variáveis psicológicas e demográficas, que se apresenta como melhor preditor.

Discussão

O objetivo geral do presente estudo é perceber se existe uma relação entre comportamentos suicidários e/ou autolesivos na população trans.

De acordo com diversos estudos internacionais observa-se que existe uma grande incidência de ideação suicida e de comportamentos suicidários junto da população trans (Haas, Rodgers & Herman, 2014; Klein & Golub, 2016; Clevenger *et al*, 2017; Testa *et al*, 2017). Com a análise realizada no presente estudo, constatou-se que existem valores significativos entre a população trans, a ideação suicida e os comportamentos suicidários, corroborando assim com a literatura internacional.

No que toca ao auto-dano, apesar de a incidência ser baixa, os dados da amostra demonstram que o impulso, os comportamentos suicidários e a dor psicológica corroboram com este tipo de comportamentos. O impulso é uma característica psicológica representando um fator de risco precipitante para a adoção de futuros comportamentos autolesivos (Cates, Catone, Bebbington & Broome, 2019). Os mais jovens recorrem a atos mais impulsivos, utilizando métodos mais violentos para cometer suicídio, uma vez que têm mais facilidade no acesso a meios com maior letalidade (Hepp, Stulz, Unger-Köppel & Ajdacic-Gross, 2015). Por outro lado, a dor psicológica relaciona-se com a adoção de comportamentos autolesivos, visto que o auto-dano é produzido como uma forma de aliviar a acumulação de sentimentos e emoções, resultantes desse sofrimento psicológico (Klonsky, 2009; Nock, 2010).

No que concerne ao objetivo traçado relativamente à comparação das idades e das variáveis psicológicas, verificou-se que apenas o comportamento de auto-dano com recurso a objetos apresenta diferenças significativas entre as idades, sendo a camada mais jovem, a que apresenta uma maior incidência neste tipo de comportamentos. No período da adolescência e início da idade adulta, surgem transformações nas estruturas

identitárias da pessoa. Estas transformações são pautadas pelo desenvolvimento de características a nível social, emocional, afetivo, físico e familiar (Ores *et al*, 2012). O fácil acesso de meios letais por parte dos mais jovens torna-se um potencializador para a adoção deste tipo de comportamentos (Hepp, Stulz, Unger-Köppel & Ajdacic-Gross, 2015). Os resultados obtidos corroboram com a investigação levada a cabo por Oncala, Miguel, Ansio, Banovio e Schafer (2004) na qual se observou que é a camada mais jovem que apresenta uma maior incidência de comportamentos autolesivos, comparativamente aos mais velhos. Diversos fatores de risco estão associados a este tipo de comportamentos nos mais jovens, como fatores sociodemográficos, pessoais e interpessoais nomeadamente, a falta de suporte social, sentimentos de rejeição, existência de psicopatologia, abusos e/ou maus tratos, insatisfação com a imagem corporal, *bullying*, transfobia internalizada e a presença de *outcomes* psicossociais negativos (Clements-Nolle, Marx, Katz, 2008; Marchall *et al*, 2016; Arcelus, Meyer & Bouman, 2016; Peterson, Abigail, Matthews, Copps-Smith & Conard, 2016; Taliaferro, McMorrisb & Eisenbergc, 2018). Na realidade, no presente estudo não se verificaram diferenças significativas em termos de idade no que diz respeito aos comportamentos suicidários. No entanto, segundo a literatura, a presença de suicidalidade, na população em geral, alcança o seu expoente máximo na fase da adolescência e idade adulta (Conwell, Duberstein & Caine, 2002). Por outro lado, os jovens trans apresentam uma maior incidência de comportamentos suicidários e autolesivos do que os jovens cisgénero (Marchall *et al*, 2015; Jonhs *et al*, 2019). Na literatura internacional destaca-se ainda a existência de uma relação significativa entre as idades mais jovens e a vitimização, *bullying* e a adoção de comportamentos autolesivos (Fisher, Moffitt, Houts, Belsky, Arseneault & Caspi, 2012; Claes, Luychx, Baetens, Van de Vem & Witteman, 2015). Assim, é possível observar que a população

mais jovem neste estudo, adota comportamentos autolesivos com recurso à utilização de objetos com a finalidade, aparentemente, para aliviar a sua dor, sem que ocorra intenção suicidária (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006; Madge *et al*, 2011).

Relativamente à comparação de géneros em relação às variáveis psicológicas, não se encontrou diferenças significativas, demonstrando assim que não é identidade de género com a qual a pessoa se identifica que influencia a adoção de comportamentos suicidários e/ou autolesivos. Estes resultados corroboram com os estudos desenvolvidos por García-Vega, Camero, Fernandez e Villaverde (2018), dado que os mesmos não encontraram diferenças significativas entre os géneros na adoção de comportamentos suicidários, autolesivos ou a presença de pensamentos suicidas. Por outro lado, de acordo com o estudo de Arcelus, Claes, Witcomb, Mashall e Bouman (2016), as mulheres trans que adotavam comportamentos autolesivos, apresentaram maiores níveis de sintomatologia psicológica quer a nível intrapessoal e interpessoal comparativamente aos homens trans. Devido à escassez de estudos produzidos em Portugal, Oncala, Miguel, Ansio, Banovio & Schafer (2004) demonstraram que as pessoas MTF apresentaram maiores resultados de ideação suicida e tentativas de suicídio comparativamente aos FTM.

O processo de transição é complexo e individual, havendo por parte das pessoas trans a necessidade de realizar mudanças tanto a nível social, legal e/ou médico (Winter, Diamond, Green, Karasic, Reed, Whittle & Wylie, 2016). No que diz respeito ao apoio familiar, relação familiar e às variáveis psicológicas estudadas, não se verificaram diferenças significativas entre quem tem apoio familiar e quem não tem. No que toca ao tipo de relação familiar também não se verificou diferenças significativas nos vários casos. Em contrapartida, a literatura internacional afirma que a rejeição familiar é um fator de risco significativo para uma maior incidência de comportamentos suicidários e

autolesivos, ou seja, quando existem relações disfuncionais com os familiares, há uma tendência para que as pessoas adotem este tipo de comportamentos. Assim, a prevalência de tentativas de suicídio está relacionada com a rejeição por parte dos seus familiares, abandono familiar e/ou negligência, rutura de laços afetivos com os familiares, a ocorrência de algum tipo de violência e/ou abuso por parte dos mesmos e/ou amigos e o afastamento das figuras parentais (Haas, Rodgers & Herman, 2014; Santos, 2014). Por outro lado, é importante referir que através do estudo realizado por Yadegarfar, Meinhold-Bergmann e Ho (2014) as pessoas trans apresentaram um maior índice de rejeição familiar comparativamente às pessoas cisgénero e, conseqüentemente, menor apoio a nível social, mais fatores de risco associados, menores fatores protetores, maior presença de psicopatologia e solidão, relacionando-se a uma maior adoção de comportamentos suicidários. A não aceitação da identidade de género por parte dos familiares e a sua conseqüente rejeição, segundo Hendricks e Testa (2012) é resultado de indicadores como a solidão e desconexão com a sociedade. A rejeição familiar é então vista como um stressor interpessoal, sendo justamente um fator negativo para a saúde mental das pessoas trans (Klein & Golub, 2016). Deste modo, quanto maior for o suporte social, melhor será a qualidade de vida e menor será a presença de fatores de sofrimento psicológico (Bariola *et al*, 2015; Baser, Oz & Karakaya, 2016). Por outro lado, é importante salientar que segundo o estudo realizado por Haas, Rodgers e Herman (2014), a rejeição por parte dos familiares e/ou amigos, o afastamento e/ou ocorrência de algum tipo de abusos protagonizados pelos mesmos, leva as pessoas trans a apresentarem incidência de tentativas de suicídio.

De facto, no que concerne à transição médica, as pessoas trans necessitam de recorrer a procedimentos médicos de forma a aproximarem-se do género com o qual se identificam (Bailey, Ellis & Mcneil, 2014). Relativamente à realização de alterações

corporais, verificou-se que existem diferenças significativas entre quem realizou alterações e quem não se submeteu a esses procedimentos. As pessoas que ainda não realizaram alterações ao seu próprio corpo apresentam mais dor psicológica comparativamente aos outros que se submeterem a alterações corporais. De acordo com o WPATH (2012), os cuidados de saúde para as pessoas trans são condicionados, devido as exigências face às avaliações clínicas. No que concerne às terapias hormonais são exigidas pelo menos duas avaliações, no entanto, caso a pessoa apresente quadros psicóticos e/ou perturbações da personalidade são automaticamente excluídos, não dando sequer início aos tratamentos. Pinto e Moleiro (2012) verificaram numa análise qualitativa, em Portugal, que os participantes para obterem um diagnóstico inicial o tempo médio varia entre a 1 a 6 meses. Por outro lado, para as mesmas pessoas se submeterem a cirurgias genitais, os profissionais de saúde necessitam da aprovação da Ordem dos Médicos Portugueses. Segundo Windsor (2011), as incongruências geradas pelo sistema de saúde incapacitam as pessoas trans de tomar decisões sobre os seus próprios corpos, uma vez que as pessoas cisgénero não necessitam de passar por avaliações psicológicas para realizarem cirurgias. No entanto, o autor constata no seu estudo, que a qualidade de vida e bem-estar psicológico das pessoas trans apresenta diferenças significativas e positivas após as cirurgias, visto que antes de realizar as alterações corporais, os participantes relatavam repugnância pelo seu próprio corpo. As cirurgias e/ou a realização de terapia hormonal pode ser um fator de alívio para atenuar alguma sintomatologia, como por exemplo o comportamento alimentar, elevados níveis de perfeccionismo, sintomas depressivos e/ou baixa auto-estima, revelando assim serem fortes características psicológicas predictoras deste tipo de comportamentos (Jones, Haycraft, Bouman, Brewin, Claes & Arcelus, 2016).

No que diz respeito às situações de risco vivenciadas pelas pessoas trans do presente estudo, constatou-se a existência de diferenças significativas em pelo menos quatro variáveis psicológicas: auto-dano na totalidade, auto-dano com recurso a objetos, funções do auto-dano e comportamentos suicidários, na qual destaca-se a violência doméstica, como a situação de risco que apresenta maior incidência de comportamentos suicidários e autolesivos. Devido à escassa literatura que relacione a violência doméstica, em particular com as pessoas trans, os estudos existentes demonstram que este tipo de violência é exercida maioritariamente por parte de familiares, visto que a mesma é provocada por conflito e/ou rejeição familiar. Assim, as pessoas trans ao adotarem comportamentos de isolamento, devido à violência exercida em ambiente doméstico, não procuram ajuda (Pinto & Moleiro, 2015). É de extrema importância salientar que casos de *outing* nas relações de intimidade, são considerados como uma estratégia de intimidação por parte do agressor e, conseqüentemente, uma componente relacionada à violência doméstica nesta população (Lev, 2004). É muito frequente existir violência social e económica por parte de figuras significativas como por exemplo, pela família, pelo relacionamento atual e outros, de impedir o contacto com pessoas que lhe são próximas, controlar chamadas telefónicas e/ou os movimentos da vítima, gerando conseqüentemente situações de isolamento, maus tratos e a presença de psicopatologia associada a estes abusos (Moleiro, Pinto, Oliveira & Santos, 2016). As pessoas trans apresentam um elevado risco de vitimização, vivenciando vários tipos de violência em diversos momentos da vida, devido à sua identidade de género (Brown, 2011; Testa *et al*, 2012). Por outro lado, segundo Goodmark (2013), a violência doméstica envolve também ataques abusivos por parte do/a parceiro/a. Nesta perspectiva, existe um maior abuso físico em diversas partes do corpo onde, tradicionalmente, se identifica o género como por exemplo nos genitais, no peito e/ou

na cabeça. Estes atos de violência não são considerados atos isolados, visto que acontece frequentemente. Assim, as vítimas podem sofrer de assédio em locais públicos por parte de estranhos, abusos físicos e/ou sexuais e experienciar episódios de violência na própria casa (Stotzer, 2009; Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2014). Num estudo realizado por Reback *et al* (2001) verificou-se que 37% dos perpetradores de violência são pessoas desconhecidas da vítima, 14% polícias, 9% os pais, 4% irmãos, 4% vizinhos, 3% amigos e 3% outros. No que diz respeito à negligência familiar e/ou expulsão de casa, a literatura indica que os indivíduos trans apresentam diversos riscos a estes níveis, sendo um fator propício para situações de sem-abrigo. Deste modo, devido à violência exercida nesta população, os comportamentos suicidários associam-se significativamente com a vitimização trans (Maguen & Shipherd, 2009; Testa *et al*, 2012; Moody, Fuks, Peláez, Smith, 2015; Barboza, Dominguez, Chace, 2016; Zeluf *et al*, 2018). Por outro lado, é de referir que para além da violência doméstica, os maus tratos, abusos físicos e/ou sexuais e *bullying*, de acordo com a literatura, a população trans apresenta uma maior incidência de comportamentos suicidários. Estes maus tratos levam os indivíduos a possuírem uma maior sintomatologia depressiva, ansiedade e stress pós-traumático, causando consequentemente, o isolamento social, consumo e abuso de substâncias, um histórico de tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos e predisposições para a adoção de comportamentos suicidários (Aitken & Munro, 2018; MacIssac, Bugeja, Jelinek, 2017; Santos, 2014; Testa, Sciacca, Wang, Hendrick, Goldblum & Bradford; 2012; Lisboa, Braga & Ebert, 2009). Num estudo realizado por Testa, Sciacca, Wang, Hendrick, Goldblum e Bradford (2012), o abuso físico está associado a pensamentos suicidas em mulheres trans, enquanto os homens trans apresentam o abuso sexual como preditor de ideação suicida. É evidente que pessoas trans que experienciam discriminação e/ou

violência devido a experiências anteriores evitam diversos espaços públicos. Existe uma forte associação entre a proibição do acesso a locais públicos, como por exemplo casas de banho públicas, com tentativas de suicídio e vitimização interpessoal (Scheim, Bauer & Pyne, 2015; Seelman, 2016). Neste seguimento, é de especial relevância referir que a presença de gatilhos em situações de risco, em determinados acontecimentos da vida que geraram sentimentos como vergonha, frustração, raiva e/ou humilhação por parte de familiares, companheiro/a, colegas da escola, forças de segurança, amigos, episódios como o termino de uma relação, divulgação de informações acerca da sexualidade, podem levar à adoção de comportamentos suicidários e autolesivos (Jans, Taneli & Warnke, 2012).

Relativamente às dificuldades sentidas no processo de transição, o presente estudo demonstra que existe diferenças significativas em relação à dor psicológica sentida, apontando assim para uma maior frequência de dificuldades a nível social. O modelo ecológico-social para pessoas trans, corrobora com os resultados obtidos no estudo. Este modelo operacionaliza o estigma em três vertentes: estrutural, interpessoal e individual. A vertente estrutural engloba as normas sociais e políticas das instituições que podem dificultar o acesso a recursos e/ou meios que proporcionam bem-estar à pessoa como por exemplo entraves a nível do sistema de saúde, falta de informação e formação, desigualdades de género, imposição da cisgenormatividade, políticas discriminatórias, entre outros. A vertente interpessoal diz respeito às formas indiretas como é vivido o estigma, como discriminação nos cuidados de saúde e/ou no trabalho, abusos físicos ou sexuais, violência psicológica e/ou verbal, rejeição familiar, entre muitos outros. A vertente individual corresponde aos sentimentos vividos pela própria pessoa, influenciando e/ou impedindo a adoção de determinados comportamentos, internalização do estigma, entre outros (Hughto, Reisner & Pachankis, 2015). Alguns

estudos demonstram que a nível estrutural, existe uma falta de proteção para com as pessoas trans quer a nível de políticas públicas, dificuldades na criação de planos de saúde adequados, complicações a nível do reconhecimento legal dos documentos de identificação, carência económica e/ou social e elevadas taxas de desemprego comparativamente a pessoas cisgénero (Vermier, Jackson & Marshall, 2018; Gonzales & Henning-Smith, 2017; Logie, James, Tharao & Loutfy, 2012). Verificou-se neste estudo que os participantes relataram maiores dificuldades em termos interpessoais, tais como, discriminação nos cuidados de saúde, violência física, psicológica e/ou verbal e rejeição no seu grupo de pares, nomeadamente por parte do seio familiar. As pessoas trans ao tomarem consciência da sua identidade de género, tendem a realizar os primeiros passos na sua transição social. Deste modo, deparam-se com diversas dificuldades como: discriminação social, barreiras a nível do estigma sentido, a imposição de determinados papéis de género, expressão de género e ao corpo que corresponda à sua identidade (Moleiro *et al*, 2017). O stress de minorias provém de fatores socioculturais, dos sistemas e das instituições que rodeiam o indivíduo e que geram algum confronto entre as características pessoais e os eventos desencadeadores de stress (Meyer, 2003). Estes fatores aparecem no começo do processo de transição. A transfobia internalizada, por exemplo, afeta negativamente a saúde desta população (Budge, Tebbe & Howard, 2012; Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken & Donbson, 2015). As dificuldades significativas presentes na amostra deste estudo correspondem, no fundo, a fatores de risco relacionados ao contexto social, por meio de discriminação e vitimização, estando assim associados a tentativas de suicídio (Clements-Nolle, Marx & Katz, 2008). Em termos de dificuldades institucionais, as pessoas trans reportam dificuldades por parte dos profissionais de saúde nomeadamente na conceptualização dos conceitos relacionados com a sexualidade humana, impedindo consequentemente, o

processo médico (Rodríguez, García & Gras, 2018). Diversos indicadores como a solidão, negligência médica e a própria desconexão com a sociedade, são consequências da rejeição familiar e/ou social e da negligência médica, uma vez que existe uma maior preocupação com a psicopatologia, do que o processo de transição da pessoa (Hendricks & Testa, 2012; Rocon, Sodré, Zamboni, Rodrigues & Roseiro, 2018). Por outro lado, num estudo realizado por Clevenger *et al* (2017) os autores identificaram que características individuais como fatores internos, demográficos e/ou fatores relacionados à saúde mental, assim como características ambientais, nomeadamente o suporte social corroboram com a presença de idea o suicida e tentativas de suicídio. Em termos de comportamentos autolesivos, estudos sugerem que quanto menor for o suporte social, maior será a incidência do auto-dano (Muehlenkamp, Quigley & Whitlock, 2012). Por conseguinte, um dos fortes indicadores para a ado o de comportamentos autolesivos é o histórico de tentativas de suicídio (Giletta, Prinstein, Abela, Gibb, Barrocas & Hankin, 2015).

Com a finalidade de explicar melhor a rela o entre as variáveis dependentes e independentes procurou-se verificar quais as variáveis preditoras que permitem explicar a dor psicológica, a idea o suicida e os comportamentos suicidários, através da regressão linear. Nesta perspectiva, verificou-se que as variáveis psicológicas são mais explicativas e significativas do que as características demográficas da amostra em estudo.

No que diz respeito aos comportamentos suicidários verificou-se então que apenas as variáveis psicológicas influenciavam a ado o destes comportamentos, particularmente o impulso/hipersinésia, a idea o suicida e a dor psicológica. No estudo realizado por Bariola, Lyons, Leonard, Pitts, Badcock e Couch (2015) verificou-se que em termos de dor psicológica e resiliência, fatores como a idade jovem, episódios de

vitimização e falta de suporte familiar estão associados ao sofrimento psicológico. As estratégias de *coping* e resiliência, portanto, promovem a redução do estigma (Mizock & Mueser, 2014; Bariola *et al*, 2015). Os homens e as mulheres trans que experienciaram vitimização física demonstram piores níveis de *outcomes* de saúde mental como consequência da violência exercida devido à sua identidade de gênero e/ou expressão de gênero (Barboza, Dominguez & Chance, 2016). A dor psicológica associa-se com as variáveis psicológicas incrementando um maior risco de comportamentos suicidários. As psicopatologias depressivas e sentimentos de desesperança, de acordo com a literatura internacional, estão fortemente associados à dor psicológica (Shneidman's, 1999; Lester, 2000; DeLisle & Holden, 2009; Troister & Holden, 2010; Pompili, Lester, Tatarelli & Ginardi, 2010). Deste modo, a presença de psicopatologia na população trans demonstra ser preditora dos comportamentos suicidários (Haas *et al*, 2011). Conforme os abusos exercidos junto a esta população por conta da sua identidade de gênero, verificou-se que existe uma associação entre psicopatologia depressiva, ideação suicida e suicidalidade (Nuttbrock *et al*, 2010; Irwin, Coleman, Fisher & Marasco, 2014; Trujillo *et al*, 2016). Neste sentido, existe uma forte associação entre saúde mental e dificuldades individuais, estes dados validam a associação entre a depressão, ideação suicida e comportamentos suicidários, revelando que as pessoas trans apresentam uma maior sintomatologia depressiva do que a população em geral (Nuttbrock *et al*, 2010). Por outro lado, é importante salientar que para além da depressão, as pessoas trans demonstram elevados níveis de ansiedade, insatisfação corporal, abuso de álcool, abuso de drogas e/ou outras substâncias, perturbações da personalidade e perturbação do stress pós-traumático (Mustank, Garafalo & Emerson, 2010; Bailey, Ellis & Mcneil, 2014).

Os comportamentos suicidários aparecem, salvo raras exceções, na presença de doença ou sintomatologia do foro psiquiátrico (Ernst, Lalovia & Lesage, 2004). Só apenas 10% das pessoas que cometem suicídio não apresentam doenças psicopatológicas. É necessário ter em conta os sinais de alerta e/ou de risco de possíveis ocorrências de comportamentos suicidários, tais como, conversas sobre o desejo de cometer suicídio, perda de apetite e insónias, mudanças repentinas de comportamento, perda de interesse pela sua aparência, distanciamento de atividades sociais e/ou de amigos, perdas de interesse em coisas comuns no seu dia-a-dia como por exemplo atividades ligadas à escola, trabalho ou *hobbies*, aumento no abuso de drogas e álcool, perdas significativas, características psicológicas como pessimismo, desesperança, agressividade, impulsividade, baixa autoestima, introversão, ansiedade elevada, fatores genéticos e/ou familiares, experiências traumáticas na infância, assim como determinados traços da personalidade e padrões de comportamento (American Psychological Association, 2001; Hawton & van Heeringen, 2009; American Psychiatric Association, 2018). Por conseguinte, para além de fatores de riscos associados, é de extrema relevância refletir sobre os fatores protetores que podem auxiliar na prevenção dos comportamentos suicidários, tais como: suporte familiar e, conseqüentemente, uma boa relação com os membros da mesma, boas habilidades sociais, capacidade de estabelecer relações sociais e interpessoais, boa autoestima, apresentar altruísmo e resiliência, abertura à mudança e à experiência, integração social, aceitar ajuda de pessoas relevantes, ausência de doença mental e fortes crenças religiosas (OMS, 2000; Bertole, Mello-Santos & Botega, 2010; DGS, 2013; PNPS, 2013).

Assim, é necessário criar estratégias preventivas para o combate à adoção de comportamentos suicidários tais como a promoção de cuidados de saúde adequados e desconstrução de estigmas (Zeluf *et al*, 2018).

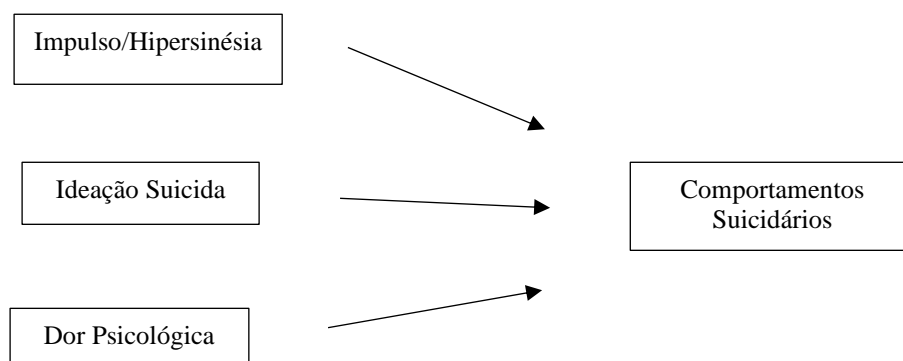


Figura 1 – Síntese da relação entre os comportamentos suicidários e os seus fatores associados

Na elaboração da síntese da relação entre os comportamentos suicidários e os seus fatores associados, foi possível observar que as variáveis psicológicas se associam de maneira muito significativa entre si, isto é, quanto maior for a incidência de comportamentos suicidários maior será a presença de impulso/hipersinésia, ideação suicida e dor psicológica. Assim sendo, de um modo geral, as variáveis psicológicas explicam 58% da variância dos comportamentos suicidários. Estes dados permitem demonstrar que apenas as variáveis psicológicas, impulso/hipersinésia, ideação suicida e dor psicológica, são as que mais explicam o aparecimento de comportamentos suicidários, uma vez que as características sociodemográficas em nada influenciam aparentemente, a suicidalidade.

Em termos de limitações do presente estudo, destaca-se o facto de as associações e instituições serem, maioritariamente, cediadas nas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto. Em distritos localizados mais no interior do país e nos arquipélagos dos Açores e Madeira verificou-se pouca afluência de respostas. Também é importante ressaltar a escassa literatura nacional sobre a temática, tendo sido necessário recorrer a

literatura predominantemente estrangeira, uma vez que já existem um número significativo de estudos acerca deste tema. No que toca ao fator dor psicológica, os estudos com foco na população LGBT, principalmente na população trans são escassos. Uma outra limitação encontrada no estudo corresponde por um lado, ao facto de nem todas as instituições/associações contactadas possuírem um espaço físico, no qual fosse possível aplicar os questionários e, por outro lado porque as mesmas têm necessidade de preservar o anonimato dos seus utentes, tendo sido a aplicação dos questionários realizada exclusivamente de forma online.

Relativamente a recomendações e/ou sugestões para estudos futuros, demonstrou-se a pertinência da realização de mais estudos que tivessem um principal enfoque na comunidade portuguesa. Seria importante também a realização de entrevistas, no sentido de compreender de que forma estes comportamentos se refletem no dia-a-dia das pessoas trans. Além disso, são necessários mais estudos relativamente a características psicológicas da população trans, nomeadamente, a temáticas associadas como por exemplo: a resiliência e estratégias de *coping*, fatores individuais, sociais e institucionais, vitimização, autoestima, que corroborem com este tipo de comportamentos. Por um lado, é necessário existir um maior interesse por parte da comunidade científica acerca desta temática, uma vez que é preciso alertar sobre a incidência dos comportamentos suicidários e/ou autolesivos nesta população em específico. Através deste estudo, psicólogos e/ou futuros psicólogos que trabalhem no terreno com utentes que tenham uma identidade de género diferente àquela que lhes foi atribuída à nascença, devem ter presentes os fatores de risco e de proteção, com o intuito de poderem intervir de forma adequada quando percepcionarem a existência deste tipo de comportamentos. É necessário adotar uma postura empática, de apoio, de não julgamento, estar atento/a a possíveis fatores de risco e sobretudo, respeitar o nome

e pronomes, através do qual a pessoa gosta de ser tratada, com o intuito de criar um ambiente seguro em contexto de consulta. Por outro lado, é necessário criar programas de psicoeducação e de prevenção, de forma a educar o ambiente social, em diversos contextos, assim como possibilitar a criação de estratégias que permitam a segurança e o bem-estar das pessoas trans. Por conseguinte, deve-se desconstruir determinadas crenças dentro da comunidade científica, de forma a proporcionar uma outra perspectiva acerca desta população.

Referências

- Acinas, M., & Prieto, F. (2008). Gestión de emergências por intento de suicidio. In E. Torres (Ed.), *Psicología y emergéncia: habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergéncia* (pp. 321-365). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2010). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 389–400. doi: 10.1007/s10802-010-9465-3
- Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia. (2014). *Ser trans na EU. Análise comparativa dos dados do inquérito LGBT europeu*. Viena, Austria: Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia. doi: 10.2811/4069
- Aitken, R., & Munro, V. (2018). *Domestic abuse and suicide: exploring the links with refuge's client Base and work force*. London: Refuge.
- Alegría, C.A., & Ballard-Reisch, D. (2013). Gender expression as a reflection of identity reformation in couple partners following disclosure of male-to-female transsexualism. *Internacional Journal of Transgenderism*, 14(2), 49-65. doi: 10.1080/15532739.2013.791653
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climpsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2018). *2018 Annual meeting sessions: global mental health*. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/international/annual-meeting-sessions>
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5 ed.). Washington: APA.

- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W.P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402–412. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.003
- Arcoverde, R.L., & Soares, L.S.L.C. (2012). Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 2*, 293-300. doi: 10.1590/S0102-79722012000200011
- Azevedo, A., & Matos, A.P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*(1), 180-191. doi: 10.15309/14psd150115
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., ... Griffith, J.W. (2015). The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: a longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1). doi: 10.1186/s13034-015-0059-2
- Bailey, L.J. Ellis, S., & McNeil, J. (2014). Suicide risk in the UK trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Mental Health Review Journal, 19*(4), 209-220. doi: 10.1108/mhrj-05-2014-0015
- Baral, S.D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A.L. Guadamuz, T.E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 13*(3), 214-222. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8
- Barboza, G.E., Dominguez, S., & Chace, E. (2016). Psysical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. *Preventive medicine reports, 4*, 385-390. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.08.003

- Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health, 105*(10), 2108-2116. doi: 10.2105/AJPH.2015.302763
- Basar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(7), 1133-1141. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.04.071
- Bauer, G.R., Scheim, A.I., Pyne, J., Traver, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health, 15*(1), 1-15.
- Beliz, V. (2018). *Chamar as coisas pelos nomes: como e quando falar sobre sexualidade*. Lisboa: Arena.
- Bentley, K.H., Cassiello-Robbins, C.F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D.H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 37*, 72–88. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.006
- Bertole, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhar, J., Botega, N., Silva, D., & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts plans and ideation in culturally diverse site: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine, 35*, 1457-1465.
- Bjärehed, J., & Lundh, L. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation?. *Cognitive Behaviour Therapy, 37*(1), 26–37. doi: 10.1080/16506070701778951

- Bockting, C.L., Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Kuyken, W., Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: the contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical psychology review*, *41*, 16-26. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.003
- Botega, N.J., Werlang, B.S.G., Cais, C.F.S., & Macedo, M.M.K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, *37*(3), 213-220.
- Brent, D.A., McMakin, D.L., Kennard, B.D., Goldstein, T.R., Mayes, T.L., & Douaihy, A.B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(12), 1260–1271. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.009
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *38*, 55–64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009
- Brown, R.C., & Plener, P.L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, *19*(3). doi: 10.1007/s11920-017-0767-9
- Budge, S.L., Adelson, J.L., & Howard, K.A.S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(3), 545-557. doi: 10.1037/a0031774
- Budge, S.L., Katz-Wise, S.L., Tebbe, E.N., Howard, K.A.S., Schneider, C.L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, *41*(4), 601-647. doi: 10.1177/0011000011432753

- Campos, R.C., & Holden, R.R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individual. *Journal of Clinical Psychology, 71*(10), 994-1003. doi: 10.1002/jclp.22196
- Campos, R.C., Holden, R.R., & Gomes, M. (2018). Assessing psychache as a suicide risk variable: data with the portuguese version of the psychache scale. *Death Studies, 1*–7. doi: 10.1080/07481187.2018.1493002
- Carvalho, Á. (Coord.) (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
- Cates, A.N., Catone, G., Bebbington, P., & Broome, M.R. (2019). Attempting to disentangle the relationship between impulsivity and longitudinal self-harm: Epidemiological analysis of UK household survey data. *International journal of social psychiatry, 65*(2), 1-9. doi: 10.1177/0020764019827986
- Claes, L., Bouman, W.P., Witcomb, G., Thurston, M., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(1), 168–179. doi: 10.1111/jsm.12711
- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Van de Ven, M., & Witteman, C. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: the moderating role of parental support. *Journal of Child and Family Studies, 24*(11), 3363–3371. doi: 10.1007/s10826-015-0138-2

- Collazo, A., Austin, A., & Craig, S.L. (2013). Facilitating transition among transgender clientes: components of effective clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 228-237. doi: 10.1007/s10615-013-0436-3
- Connolly, M.D., Zervos, M.J., Barone, C.J., Johnson, C.C., & Joseph, C.L.M. (2016). The mental health of transgender youth: advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.012
- Connolly, M.D., Zervos, M.J., Barone, C.J., Johnson, C.C., & Joseph, C.L.M. (2016). The mental health of transgender youth: advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.012
- Cordovil, C., Crujo, M., & Guerreiro, D. (2009). *Tentativas de suicídio em adolescentes internados na unidade de internamento de pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC): Janeiro de 2006 a Fevereiro de 2009*. Poster. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/417>
- Courvant, D., & Cook-Daniels, L. (2000). *Trans and intersex survivors of domestic violence: defining terms, barriers and responsibilities*. Recuperado de <http://www.cwhn.ca/en/node/26750>
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A.Ş., Renshaw, S., ... Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(07), 1345–1358. doi: 10.1017/s0033291716000027
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W.P. (2015). Self-injury among trans individuals and matched controls: prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494. doi: 10.1111/hsc.12239

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J.F.M., & Bille-Brahe, U. (2006).

Definitions of suicidal behavior. *Crisis*, 27(1), 4–15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Langström., & Landén, M.

(2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *Plos one*, 6(2), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0016885

Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and

gender dysphoria: a review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. doi: 10.3109/09540261.2015.1115753

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*

(2013/2017). Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns:*

enquadramento global e nacional e referência de recursos em casos emergentes. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G. (2004).

Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*, 4(7), 1-5.

Eurostat (2017). *Almost 60000 suicides in the EU.* Recuperado de

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>

Fisher, H.L., Moffitt, T.E., Houts, R.M., Belsky, D.W., Arseneault, L., & Caspi, A.

(2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ*, 344, e2683–e2683. doi: 10.1136/bmj.e2683

- Formby, E. (2015). Limitations of focussing on homophobic, biphobic and transphobic ‘bullying’ to understand and address LGBT young people's experiences within and beyond school. *Sex Education, 15*(6), 626-640. doi: 10.1080/14681811.2015.1054024
- Frazão, P. (2014). Comportamentos autodestrutivos em lésbicas, gays, bissexuais, transexuais/transgéneros. In C.B. Saraiva., B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica* (pp. 405-414). Lisboa: Lidel.
- García-Vega, E., Camero, A., Fernández, M., & Villaverde. (2018). Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema, 30*(3), 283-288. doi: 10.7334/psicothema2017.438.
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., & Reisberg, D. (2014). *Psicologia* (10ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldblum, P., Testa, R.J., Pflum, S., Hendricks, M.L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 468-475. doi: 10.1037/a0029605
- Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2017). Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *The Milbank Quarterly, 95*(4), 726-748. doi: 10.1111/1468-0009.12297
- Goodmark, L. (2013). Transgender people, intimate partner abuse, and the legal system, *Harvard civil rights-civil liberties law review, 48*, 1-60.
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence:

- a systematic review. *Plos one*, *11*(4), e0153760. doi:
10.1371/journal.pone.0153760
- Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J.L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Recuperado de
https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Green, J. (2004). *Becoming a visible man*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Grossman, A.H. & D'Augelli, A.R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide & Life-threatening behavior*, *37*(5), 527-537. doi:
10.1521/suli.2007.37.5.527
- 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. doi:
10.1016/j.rpsp.2013.05.001
- Guerry, J.D., & Prinstein, M.J. (2009). Longitudinal Prediction of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury: Examination of a Cognitive Vulnerability-Stress Model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*(1), 77–89. doi:
10.1080/15374410903401195
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(9), 1062–1069. doi: 10.1097/00004583-200109000-00015

- Haas, A.P., Rodgers, P.L., & Herman, J.L. (2014). *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults*. Los Angeles, CA: The Williams Institute.
Recuperado de <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/research/suicide-attempts-among-transgender-and-gender-non-conforming-adults/>
- Hatzenbuehler, M.L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B.K., Muenning, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social science & medicine*, *103*, 22-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.005
- Hawton, K., Saunders, K.E., & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, *379*(9834), 2373-2382. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60322-5
- Hawton, K., Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*. *373*(9672), 1372-1381. doi: 10.1007/s00787-011-0232-y
- Hendricks, M.L., & Testa, R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 460-467. doi: 10.1037/a0029597
- Hepp, U., Stulz, N., Unger-Köppel, J., & Ajdacic-Gross, V. (2011). Methods of suicide used by children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(3), 67-73. doi: 10.1007/s00787-011-0232-y
- Herek, G.M., Gillis, J.R., Cogan, J.C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(1), 32-43.
- Holden, R.R., Mehta, K., Cunningham, E.J., & McLeod, L.D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural*

- Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(4), 224-232. doi:
<http://dx.doi.org/10.1037/h0087144>
- House, A.S., Van Horn, E., Coppeans, C., & Stepleman, L.M. (2011). Interpersonal trauma and discriminatory events as predictors of suicidal and nonsuicidal self-injury in gay, lesbian, bisexual, and transgender persons. *Traumatology*, 17(2), 75-85. doi: 10.1177/1534765610395621
- Hughto, J.M.W., Reisner, S.L., & Pachankis, J.E. (2015). Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231.
- Irwin, J.A., Coleman, J.D., Fisher, C.M., & Marasco, V.M. (2014). Correlates of suicide ideation among LGBT Nebraskans. *Journal of homosexuality*, 61(8), 1172-1191. doi: 0.1080/00918369.2014.872521.
- James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. transgender survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Recuperado de <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF>
- Jans, T., Taneli, Y., & Warnke, A. (2018). Suicide and self-harming behaviour. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1-41). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Recuperado de <https://iacapap.org/content/uploads/E.4-Suicide-update-2018.pdf>
- Jones, B.A., Haycraft, E., Bouman, W.P., Brewin, N., Claes, L., & Arcelus, J. (2018). Risk factors for eating disorder psychopathology within the treatment seeking

- transgender population: the role of cross-sex hormone treatment. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 120–128. doi: 10.1002/erv.2576
- Jorge, J.C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Decodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 2, 207-219. doi: 10.14417/ap.991
- Klein, A., Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193-199. doi: 10.1089/lgbt.2015.0111
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E.D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(09), 1981–1986. doi: 10.1017/s0033291710002497
- Klonsky, E.D., Victor, S.E., & Saffer, B.Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565–568. doi: 10.1177/070674371405901101
- Knorr, W., Dentener, F., Hantson, S., Jiang, L., Klimont, Z., & Arneth, A. (2016). Air quality impacts of European wildfire emissions in a changing climate. *Atmospheric Chemistry and Physics*, 16(9), 5685–5703. doi: 10.5194/acp-16-5685-2016
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Increasing self-reported suicide attempts by adolescents in Greece between 1984 and 2007.

- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 231–237. doi: 10.1007/s00127-010-0185-3
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2011). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381–389. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x
- Kosciw, J.G., Greytak, E.A., Bartkiewicz, M.J., Boesen, M.J., & Palmer, N.A. (2012). *The 2011 National School Climate Survey: the experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York: GLSEN.
- Lev, A.I. (2004). *Transgender emergence: therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York: Haworth Clinical Practice Press.
- Lisboa, C., Braga, L.L., & Ebert, G. (2009). O fenómeno *bullying* ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínicos*, 2(1), 59-71.
- Logie, C.H., James, L., Tharao, W., Loutfy, M.R. (2012). "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), 1-11. doi: 10.7448/IAS.15.2.173921
- Lombardi, E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of homosexuality*, 56(8), 977-992.
- Macedo, A. (2018). *Identidade de género e orientação sexual na prática clínica*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maclsaac, M.B., Bugeja, L., & Jelinek, G. (2016). The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review.

- Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(1), 1-8. doi:
10.1111/1753-6405.12594
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667–677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Maguen, S., & Shipherd, J.C. (2010). Suicide risk among transgender people. *Psychology & Sexuality*, 1(1), 34-43. doi: 10.1080/19419891003634430
- Maldonado, M.T. (2011). *Bullying e cyberbullying: o que fazemos com o que fazem conosco*. São Paulo: Moderna.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175–184. doi: 10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x
- Manteigas, N.N. (1996). Do desejo homossexual à identidade sexual: a invenção de uma diferença. In I. Leal (Org.), *Atas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 57-63). Lisboa: ISPA.
- Marshall, E., Claes, L., Bouman, W.P., Witcomb, G.L., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 58–69. doi: 10.3109/09540261.2015.1073143
- Martin, J., Bureau, J.-F., Yurkowski, K., Fournier, T.R., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent–child

- relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170–180. doi:
10.1016/j.adolescence.2016.03.015
- Mayer, K.H., Bradford, J.B., Makadon, H.J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989-995. doi:
10.2105/ajph.2007.127811
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., & Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, 12(4), 346-350.
- Mello-Santos, C., Wang, Y.P., Bertolote, J.M. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 131-134.
- Mendonça, F.V.M. (2015). *Suicídio na adolescência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
Recuperado de
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30460/1/Suic%C3%ADdo%20na%20Adolesc%C3%A2ncia%20-%20Artigo%20de%20Revis%C3%A3o%20-%202003.15%20-%20Fl%C3%A1vio%20Mendon%C3%A7a.pdf>
- Meyer, L.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Mizock, L., & Mueser, K.T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 146-158. doi:
10.1037/sgd0000029

- Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J.M., & Santos, M.H. (2016). *Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Centro de Investigação e Intervenção Social ISCTE-UL, CIG. Recuperado de https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/Violencia-domestica_boas-pr%C3%A1ticas-no-apoio-a-v%C3%ADtimas-LGBT-Guia-para-profissionais-de-estruturas-de-apoio-a-v%C3%ADtimas.pdf
- Moleiro, C., Raposo, C.S., Moita, G., Pereira, H., Gato, J., Silva, M., & Neves, S. (2017). *Guia orientador da intervenção psicológica: guia orientador da intervenção psicológica com pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT)*. Lisboa: OPP.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of sex & Marital Therapy*, 20, 163-177.
- Money, J., Hampson, J.G., Hampson., J.L. (1955). The examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97(4), 301-319.
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith. (2015). Without this, i would for sure already be dead: a qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(3), 266-280.
doi: 10.1037/sgd0000130
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43(1). doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child*

- and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Mustanski, B.S., & Garofalo, R., Emerson, E.M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American journal of public health*, 100(12), 2426-2432. doi: 10.2105/AJPH.2009.178319.
- Nadal, K.L., Davidoff, K.C., & Fujii-Doe, W. (2014). Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(2), 169-183. doi: 10.1080/15299732.2014.867572
- Nock, M., Joinerjr, T., Gordon, K., Lloydrichardson, E., & Prinstein (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M.K., & Favazza, A.R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/11875-001>
- 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* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação não publicada). Universidade dos Açores, Ponta Delgada. Retirado de

<https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugalSousaNunes2013.pdf>

- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*, 47(1), 12-23. doi: 10.1080/00224490903062258
- Oliveira, A., Amancio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509-521.
- OMS (2000). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Oncala, G.C., Miguel, T.B., Antonio, I.E., Ansio, F.G., Banovio, M.G., & Schaffer, I.G. (2004). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 2838-2848.
- Orbach, L., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 33(3), 231-241.
- Ores, L.C., Quevedo, L.A., Jansen, K., Carvalho, A.B., Cardoso, T.A., Souza, L.D.M., ... Silva, R.A. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 305-312. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200009
- Osman, A., Bagge, C.L., Gutierrez, P.M., Konick, L.C., Kopper, B.A., & Barrios, F.X. (2011). The suicidal behaviors questionnaire-revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples, *Assessment*, 8(4), 443-354.
- Pachankis, J.E., Hatzenbuehler, M.L., & Starks, T.J. (2014). The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men's daily tobacco

- and alcohol use. *Social Science & Medicine*, 103, 67-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.10.005.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Paulino, M., Viegas, F., Costa, J.F., & Pereira, C.P. (2012). A complementaridade de perspectivas na investigação do suicídio: a psicologia, a medicina legal e a criminalística. In F. Almeida, & M. Paulino (Eds.), *Profiling, vitimologia & ciências forenses: perspectivas atuais* (pp. 49-96). Lisboa: Factor.
- Peixoto, V., & Azenha, S. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. In B. Peixoto, C.B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Peterson, C.M., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L.A. (2016). Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475–482. doi: 10.1111/sltb.12289
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2012). As experiências de cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia*, 26(1), 129-151.
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes, *Psicologia*, 26(1), 129-151.
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 12-20. doi: 10.1037/a0036487

- Platero, R.L. (2014). *Transexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos* (2ª ed.). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Plener, P.L., Schumacher, T.S., Munz, L.M., & Groschwitz, R.C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. doi: 10.1186/s40479-014-0024-3
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., ... & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1392-1431. doi: 10.3390/ijerph7041392.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raupp, C.S., Marin, A.H., & Mosmann, C.P. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica*, 2, 289-308. doi: 10.33208/PC1980-5438v0030n02A05
- Reback, C.J., & Lombardi, E.L. (2001). HIV risk behaviors of male-to-female transgenders in a community-based harm reduction program. In W.O Bockting, S. Kirk (Eds.), *Transgender and HIV: risks, prevention, and care*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Reis, N., & Pinto, R. (2016). Géneros não-binários, identidades, expressões e educação. *Revista Reflexão e Ação*, 24(1), 07-25. doi: 10.17058/rea.v24i1.7045
- Rey, J.M., Bella-Awusah, T.T., & Jing, L. (2015). Depression in children and adolescents. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (1-36). Geneva: International Association for Child and

- Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Recuperado de <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf>
- Ribeiro, J.M., & Moreira, M.R. (2018). Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 2821-2834. doi: 10.1590/1413-81232018239.17192018
- Roberts, A.R., & Yeager, K.R. (2005). Adolescent Substance abuse and crisis intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(1), 19-33. doi: 10.1093/brief-treatment/mhi001
- Rocon, P.C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M.D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-2526. doi: 10.1590/1413-81232015218.14362015
- Rocon, P.C., Sodré, F., Zamboni, J., Rodrigues, A., & Roseiro, M.C.F.B. (2018). O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde. *Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 43-53.
- Rodrigues, A.P., Sousa-Uva, M., Fonseca, R., Marques, S., Pina, N., & Matias-Dias, C. (2017). Depression and unemployment incidence rate evolution in Portugal, 1995-2013: general practitioner sentinel network data. *Revista de Saúde Pública*, 17, 51- 98. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006675.
- Rodríguez, A.J.S., García, M.E.A., & Gras, R.M.L. (2018). La Salud de adolescentes y adultos transg nero: revisión sistemática desde la perspectiva de g nero. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 50(1), 05-20. doi: 10.21865/RIDEP50.1.01
- Rood, B.A., Maroney, M.R., Puckett, J.A., Berman, A.K., Reisner, S.L., & Pantalone, D.W. (2017). Identity concealment in transgender adults: a qualitative

- assessment of minority stress and gender affirmation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 704-713. doi: 10.1037/ort0000303
- Rothes, I.M.S.A. (2006). *Suicídio juvenil: representações sociais dos médicos e dos psicólogos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/25614/2/29796.pdf>
- Rudin, J., Yang, Y., Ruane, S., Ross, L., Farro, A., & Billing, T. (2016). Transforming attitudes about transgender employee rights. *Journal of Management Education*, 40(1), 30-46. doi: 10.1177/1052562915609959
- Safer, J.D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevellius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 168-171. doi: 10.1097/MED.0000000000000227
- Santos, M.J. (2014). Da proteção e do risco. In C.B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords), *Suicídio e comportamentos autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp. 111-125). Lisboa: Lidel.
- Santos, N., & Neves, E.L. (2014). Entrevista e intervenção em crise. In C.B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords.), *Suicídio e comportamentos autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp. 101-110). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. (2014). *Depressão e suicídio: um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B., & Gil, N.P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C.B. Saraiva, B. Peixoto, D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp. 41-54). Lisboa: Lidel.

Schumann, B., & Martini, S.R. (2016). A tendência suicida entre os transexuais. *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*. Recuperado de

<https://www.edizioniesi.it/dperonline/data/uploads/articoli/berta-schumann-e-sandra-regina-martini-formatt.pdf>

Seelman, K.L., Cólón-Díaz, J.P., LeCroix, R.H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017).

Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: connections to general health and mental health among transgender adults.

Transgender Health, 2(1), 17-28. doi: 10.1089/trgh.2016.0024

Shipherd, J.C., Green, K.E., & Abramovitz, S. (2010). transgender clients: identifying and minimizing barriers to mental health treatment. *Journal of Gay & Lesbian*

Mental Health, 14(2), 94-108. doi: 10.1080/19359701003622875

Shneidman, E.S. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham: Jason Aronson.

Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.

Silva, A.B.B. (2010). *Bullying: mentes perigosas nas escolas*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Silva, A.P.O. (2014, Maio). Diálogos sobre pessoas dissidentes da heterossexualidade e sexualidades. Trabalho apresentado no *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas*

Públicas, Universidade Estadual de Londrina, Brasil. Recuperado de

http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT5_Anna%20Paula%20Oliveira%20Silva.pdf

Silverman, M.M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519–532. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.519

Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013). Self-harming thoughts and behaviors in a group of children and adolescents with gender dysphoria.

- International Journal of Transgenderism*, 14(2), 86-92. doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.817321>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483. doi: 10.1016/s0140-6736(05)67600-3
- Sousa, M.J., & Baptista, C.S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, tese e relatórios*. Lisboa: Pactor.
- Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: a review of United States data. *Aggression and violent behavior*, 14(3), 170-179. doi:
10.1016/j.avb.2009.01.006
- Subica, A.M., Allen, J.G., Frueh, B.C., Elhai, J.D., & Fowler, J.C. (2015).
Disentangling depression and anxiety in relation to neuroticism, extraversion, suicide, and self-harm among adult psychiatric inpatients with serious mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 349–370.
doi:10.1111/bjc.12098
- Szymanski, D.M., Ikizler, A.S., & Dunn, T.L. (2016). Minority Women's relationship quality: examining the roles of multiple oppressions and silencing the self. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(1), 1-10.
- Taliaferro, L.A., McMorris, B., & Eisenberg, M.E. (2018). Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry Research*, 268, 65-67.
- TENI. (2012). *Suicide in trans communities - new data from the mental health & well-being survey*. Recuperado de <http://www.teni.ie/news-post.aspx?contentid=673>
- Testa, R.J., Michaels, M.S., Bliss, W., Rogers, M.L., Balsam, K.F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 125-136.

- Testa, R.J., Sciacca, L.M., Wang, F., Hendricks, M.L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 452-459. doi: 10.1037/a0029604
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: a test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences, 49*(7), 689-693. doi: 10.1016/j.paid.2010.06.006
- Trujillo, M.A., Perrin, P.B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E.G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *The international journal of transgenderism, 18*(1), 39-52. doi: 10.1080/15532739.2016.1247405
- Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary Rosenthal, M., & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research, 230*(1), 28–35. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.058
- Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A.R., Silva, F., Fernandes, M.G., & Teixeira, C.M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia, 33*(2), 345-354. doi: 10.1590/1982-02752016000200016
- Veiga, F.A., Andrade, J. (2014). Epidemiologia e fatores de risco. In C.B. Saraiva (Ed.), *Depressão e suicídio* (pp. 15-42). Lisboa: Lidel.
- Vermeir, E., Jackson, L.A., & Marshall, E.G. (2017). Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Culture, health & sexuality, 20*(2), 232-246. doi: 10.1080/13691058.2017.1338757

- Verrocchio, M.C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00108
- Volpe, F.M., Corrêa, H., Barrero, S.P. (2006). Epidemiologia do suicídio. In H. Corrêa, & S.P. Barrero (Eds.), *Suicídio: uma morte evitável* (pp. 11-27). São Paulo: Athneu.
- Whitlock, J. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *PEDIATRICS*, 117(6), 1939–1948. doi: 10.1542/peds.2005-2543
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 486–492. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691–698. doi: 10.1080/07448481.2010.529626
- Windsor, E.J. (2011). *Regulating healthy gender: surgical body modification among transgender and cisgender consumers* (Unpublished doctoral dissertation). College of Arts and Sciences, Georgia State University. Recuperado de https://scholarworks.gsu.edu/sociology_diss/55
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388, 390-400. doi: 10.1016/s0140-6736(16)00683-8
- Wolford-Clevenger, C., Cannon, C.J., Flores, L.Y., Smith, P.N., & Stuart, G.L. (2017). Suicide risk among transgender people: a prevalent problem in critical need of

empirical and theoretical research. *Violence and gender*, 4(3), 69-72. doi:

10.1089/vio.2017.0006

World Health Organization. (2011). *Preventing suicide: a resource for suicide case*

registration. Genebra: World Health Organization. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf

World Health Organization. (2014). *World health statistics 2014: a wealth of*

information on global public health. Genebra: World Health Organization.

Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112739/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2016). *Suicide Data*. Genebra: World Health Organization.

Recuperado de

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of care for*

the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people.

Minneapolis: WPATH.

Yadegard, M., Meinhold-Bergmann, E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social

isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression,

suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female

transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 247-363. doi:

10.1080/19361653.2014.910483

Zeluf, G., Dhejne, C., Orre, C., Mannheimer, L.N., Deogan, C., Höijer, J., ... Thorson,

A.E. (2018). Targeted victimization and suicidality among trans people: a web-

based survey. *LGBT Health*, 5(3), 180-190. doi: 10.1089/lgbt.2017.0011

ANEXOS


LISTA DE ANEXOS


- Anexo A** - Autorização para a utilização do QIAIS-A
- Anexo B** - Autorização para a utilização do QCS-R e *Psychache Scale* versão portuguesa
- Anexo C** - Pedido de colaboração para a partilha de questionários com as várias instituições/associações
- Anexo D** - Questionário online

ANEXO A

Autorização para a utilização da QIAIS-A

autorização uso QIAIS 📎 1 ▾ 📄

 Carolina Dall'Antonia da Motta <carolina.d.motta@gmail.com> ↶ ↷ → ...
qui, 11/04/2019 12:44
Você; Célia Maria de Oliveira Barreto Carvalho ▾

 QIAIS Reduzido.pdf
91 KB

Boa tarde, Sara,

A pedido da Professora Célia Carvalho, que me encaminhou o seu pedido, informo que temos todo o gosto em autorizar o uso do QIAIS, pelo que nos encontramos ao seu dispor se necessitar de mais informação acerca do mesmo.

A nossa equipa tem desenvolvido diversas colaborações com investigadores que fazem uso dos nossos instrumentos dentro e fora do país, sendo que gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para averiguar o seu interesse em eventualmente partilhar alguns dos dados recolhidos com o instrumento numa colaboração futura, caso seja também do seu interesse.

ANEXO B

Autorização para a utilização do QCS-R e *Psychache Scale* versão portuguesa

Pedido de autorização para a utilização das escalas QCS-R e PSYCHACHE SCALE 4

Rui C. Campos <rcampos@uevora.pt>
dom, 04/11/2018 18:03
Você ▾

QCS-R FINAL.pdf
70 KB

Mostrar os 4 anexos (1 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Cara Sara
Em anexo os questionários (que devem ser utilizados na forma em que foram validados) e um artigo de referência para cada prova. Não deve socorrer-se de dissertações em repositório para obter as provas.
Bom trabalho!
Rui Campos

...

ANEXO C

Pedido de colaboração para partilha do questionário com as várias
associações/instituições

Pedido de autorização para recolha de dados

AP Associação ILGA Portugal <ilga@ilga-portugal.pt>
seg, 12/11/2018 02:19
Você; centro

Cara Sara,

Obrigada pelo seu contacto e lamentamos a demora da nossa resposta. Se nos enviar o link do estudo podemos colocá-lo online na nossa área de apoio a estudos do site. Aconselhamos também um contacto com as Associações [Casa Qui](#) e [rede exaequo](#)

Obrigada e até breve,

Marta Ramos

Associação ILGA PORTUGAL
Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo

Pedido de autorização para recolha de dados

C Centro Gis - Centro de Respostas às Populações LGBTI <gis@associacaoplanoi.org>
qua, 09/01/2019 14:13
Você

Boa tarde cara Sara,
Muito obrigada pelo envio do questionário. Já partilhei junto dos nossos contactos de email e num grupo fechado de pessoas trans a que temos acesso enquanto profissionais. Votos de um excelente trabalho!
Qualquer questão adicional não hesite em contactar-nos.
Um beijinho
Sara

Aplicação de questionário para tese de mestrado



rede ex aequo <geral@rea.pt>

dom, 13/01/2019 01:08

Você ▾



Olá Sara Cristina,

Em primeiro lugar, muitos parabéns pela escolha do tema do projeto de investigação! Sem dúvida que os resultados serão muito úteis e interessantes para toda a comunidade LGBTI e sociedade em geral.

Perante o conteúdo do assunto no qual te vais debruçar, tínhamos todo o prazer em ajudar da forma que pudermos, mas ficamos com dúvidas sobre qual gostarias que fosse a nossa contribuição. Podemos, claro, enviar o questionário para os nossos associados, mas aguardamos a tua resposta com mais informações sobre o que pretendes.

Um grande abraço,

Pela direção da rede ex aequo,



Projeto educação lgbti <educacao@rea.pt>

>

qui, 17/01/2019 12:40

Você ▾



Olá Sara,

Sim, da nossa parte não há qualquer problema em aplicar os questionários a oradores do Projeto Educação (suponho que seja isso, certo?). Nós podemos lançar o apelo na mailing, se quiseres, bastar dar-nos todas as informações. :)

Abraço,

Rita



projeto educação lgbti

rede ex aequo

www.rea.pt/projeto-educacao · educacao@rea.pt · +351 910 273 728



Casa Qui <geral@casa-qui.pt>

ter, 22/01/2019 13:13

Você ▾



Cara Sara,

É com muito gosto que colaboremos.

Ficamos a aguardar o questionário para sua divulgação.

Com os melhores cumprimentos,



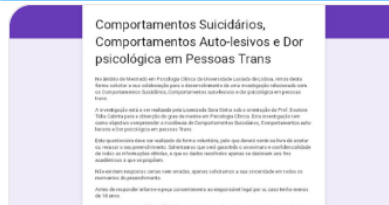
CasaQui

assoc. solidariedade social

Rita Paulos | Diretora Executiva

Acredito que juntos seremos mais fortes

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc0KGw6x-q3lNL_FWDUBI21wz-9di5BTWebXDR1TRp5bqeLHg/viewform?fbclid=IwAR3-bwydk03mFlmZTh-XHHHo9CWfj81s7xCRES8hboVAMaqJKjLQD84TJM



Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans
No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, vimos desta...

docs.google.com

10/01/2019, 00:17



Divulgado.



Transexual Portugal

Opções

Pesquisar na conversa

Gerir Mensagens

Classificar a Experiência

Notificações

Ligação do Messenger

m.me/206480776058294

ANEXO D

Questionário online

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, vimos desta forma solicitar a sua colaboração para o desenvolvimento de uma investigação relacionada com os Comportamentos Suicidários, Comportamentos auto-lesivos e dor psicológica em pessoas trans.

A investigação está a ser realizada pela Licenciada Sara Cintra sob a orientação da Prof. Doutora Túlia Cabrita para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica. Esta investigação tem como objectivo compreender a incidência de Comportamentos Suicidários, Comportamentos auto-lesivos e Dor psicológica em pessoas Trans.

Este questionário deve ser realizado de forma voluntária, pelo que deverá sentir-se livre de aceitar ou recusar o seu preenchimento. Salientamos que será garantido o anonimato e confidencialidade de todas as informações obtidas, e que os dados recolhidos apenas se destinam aos fins académicos a que se propõem.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas solicitamos a sua sinceridade em todos os momentos do preenchimento.

Antes de responder informe e peça consentimento ao responsável legal por si, caso tenha menos de 18 anos.

Deixamos a nossa total disponibilidade para todos os esclarecimentos que sejam necessários.

Email para contacto: saracristina_psicologia@outlook.pt

1. Idade

2. Caso seja menor de idade, o seu responsável legal deu-lhe consentimento para responder a este questionário?

Mark only one oval.

Sim

Não

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

3. Residência

Mark only one oval.

- Faro
- Beja
- Setubal
- Évora
- Lisboa
- Santarém
- Portalegre
- Leiria
- Castelo Branco
- Coimbra
- Aveiro
- Viseu
- Guarda
- Porto
- Braga
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Bragança
- Ilhas da Madeira
- Ilhas dos Açores

4. Escolaridade

Mark only one oval.

- Ensino primário
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Identifica-se como uma pessoa trans?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

6. Género

7. Qual a sua orientação sexual?

https://docs.google.com/forms/d/1ih12eJ0mS_rZeJnkq06Ww1zPluvOSgo1EV4TGd0fOD0/edit

2/9

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

8. Como avalia a sua relação familiar?

Mark only one oval.

- Muito boa
- Boa
- Satisfatória
- Má

9. Os seus familiares apoiam-no no seu processo de transição?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

10. Já realizou alterações ao corpo?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

11. Caso tenha respondido "sim" na pergunta anterior, diga-nos que alterações já realizou.

12. Pretende realizar alterações ao corpo?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

13. Já se encontrou ou encontra-se em alguma situação de risco (ex: expulsão de casa, violência doméstica, perda de ajudas económicas, etc)? Em que situações?

14. Durante o processo de transição, o que sente e ou sentiu mais dificuldades?

https://docs.google.com/forms/d/1ih12eJ0mS_rZeJnkq06Ww1zPluvOSgo1EV4TGd0lOD0/edit

3/9

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

QIAIS-A (Castilho, P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C, & Pinto-Gouveia, J., 2012).

Este questionário destina-se a avaliar comportamentos impulsivos, de auto-dano e pensamentos suicidas.

Por favor, leia cada frase com atenção e marque a resposta que melhor se adapta a si. Não existem respostas certas ou erradas.

- Nunca aconteceu comigo - 0
- Acontece-me algumas vezes - 1
- Acontece-me muitas vezes - 2
- Acontece-me sempre - 3

15. A - Impulso

Check all that apply.

	0	1	2	3
Faço coisas sem pensar nas consequências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os outros dizem que ando "a mil há hora"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gasto mais dinheiro do que queria ou devia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perco a paciência muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digo a primeira coisa que me vem à cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino as tarefas que começo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É difícil para mim controlar as emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos jogos tenho dificuldade em esperar a minha vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de planear o que faço com tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roubo ou mexo em coisas eu não posso para me sentir melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mim é difícil ficar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex. álcool, comida, jogo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou cuidadoso (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado ou penalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil concentrar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É difícil esperar numa fila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

16. B - Auto-Dano

Check all that apply.

	0	1	2	3
Magoou-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nodos negros, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito (almofada, por exemplo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corto certas partes do meu corpo de propósito (com lâminas, tesouras, facas, x-acto, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queimo certas parte do meu corpo de propósito (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espeto agulhas ou objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso excessivamente de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso excessivamente de drogas leves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso excessivamente de medicação (para ficar "mocado").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de laxantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem proteção, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Outros comportamentos

Se respondeu 0 a todas as questões anteriores passe para a pergunta D (ideação suicida). Se tens alguma resposta com 1 ou mais continue por favor. Esta parte do questionário destina-se a compreender melhor o comportamento de auto-agressão sem intenção suicida. Vai encontrar algumas afirmações que podem mostrar a utilidade que este comportamento tem para si.

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

18. C. Funções*Check all that apply.*

	Sim	Não
Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para me sentir menos inferior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando me magoo procuro castigar-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a auto-controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a acalmar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex; excitação, alegria).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para chamar a atenção dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para me vingar dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para não magoar os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

https://docs.google.com/forms/d/1ih12eJOMs_rZejnq06Ww1zPluvOSgo1EV4TGdofOD0/edit

6/9

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

	Sim	Não
Magoar-me para mostrar a mim mesmo(a) que consigo aguentar a dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magoar-me dá-me gozo e prazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. D. Ideação Suicida*Check all that apply.*

	0	1	2	3
Já houve alturas em que pensei que me queria matar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há algumas em que penso que não tenho futuro nem saída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há alturas em que gostava de desaparecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QCS-R(SBQ-R; Osman et al., 2001) Versão portuguesa de Rui C. Campos, Sofia Rebelo e Helena Abreu (2011)

Instruções: Para cada uma das 4 perguntas, assinale com uma cruz a resposta que melhor se aplica a si. Para cada uma das 4 perguntas escolha apenas uma das respostas.

20. 1- Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?*Mark only one oval.*

- 1- Nunca
- 2- Tive apenas um breve
- 3a- Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, mas não o tentei fazer
- 3b- Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, e queria realmente morrer
- 4a- Tentei matar-me, mas não queria morrer
- 4b- Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer

21. 2- Com que frequência pensou matar-se no último ano?*Mark only one oval.*

- 1- Nunca
- 2- Raramente (1 vez)
- 3- Algumas vezes (3 vezes)
- 4- Frequentemente (3 ou 4 vezes)
- 5- Muito frequentemente (5 ou mais vezes)

22. 3- Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?*Mark only one oval.*

- 1- Não
- 2a- Sim, uma vez, mas não queria realmente morrer
- 3a- Sim, mais que uma vez, mas não queria fazê-lo
- 3b- Sim, mais do que uma vez, e queria realmente fazê-lo

23/07/2019

Comportamentos Suicidários, Comportamentos Auto-lesivos e Dor psicológica em Pessoas Trans

23. 4- Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?

Mark only one oval.

- 0- Nunca
- 1- Nenhuma possibilidade
- 2- Bastante improvável
- 3- Improvável
- 4- Provável
- 5- Bastante provável
- 6- Muito provável

Psychache Scale(Holden e colaboradores, 2000) (Versão portuguesa, Campos, 2013)

Instruções: As frases seguintes referem-se à sua dor psicológica NÃO à sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências.

1=nunca; 2= algumas vezes; 3=frequentemente; 4= muito frequentemente; 5=sempre

24. Check all that apply.

	1	2	3	4	5
1. Sinto dor psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parece-me que dói por dentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A minha dor faz-me ter vontade de gritar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A minha dor faz a minha vida parecer sombria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não consigo compreender porque sofro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Doí-me, porque me sinto vazio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha alma dói	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor continue usando a escala seguinte

1=discordo fortemente; 2= discordo; 3=Indeciso(a); 4=concordo; 5=concordo fortemente

25. Check all that apply.

	1	2	3	4	5
10 - Não consigo aguentar mais a minha dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Por causa da minha dor, a minha situação é impossível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - A minha dor está a desfazer-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - A minha dor psicológica afeta tudo o que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stop filling out this form.

Muito obrigada pela sua colaboração!

https://docs.google.com/forms/d/1ih12eJ0mS_rZejnkq06Ww1zPluvOSgo1EV4TGd0lOD0/edit

8/9