

## Adaptação e Evidências de Validade do *Deliberate Self-Harm Inventory* – Versão Simplificada (DSHI-s)

Mariana Siqueira Menezes<sup>1</sup>

André Faro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Sergipe, Brasil

### Resumo

Esta pesquisa adaptou e analisou as evidências de validade da versão simplificada do *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI-s) para o português. Participaram 160 estudantes do ensino médio. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, o Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) e a versão traduzida do DSHI-s (nomeado como Inventário de Autolesão Deliberada - reduzido - IAD-r). A análise dos dados foi conduzida por meio dos *softwares* SPSS e *Factor*. O resultado da análise fatorial exploratória indicou uma estrutura final para o IAD-r composta por 15 itens distribuídos em um fator e a escala apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,95; ômega de McDonald = 0,95). Constataram-se, também, evidências de validade convergente do IAD-r com o QIAIS-A (índice de correlação = 0,775;  $p < 0,001$ ). Portanto, os presentes achados demonstraram evidências de validade do IAD-r, pois foram obtidas características psicométricas satisfatórias para mensuração de comportamentos autolesivos em adolescentes.

*Palavras-chave:* comportamento autodestrutivo, análise fatorial, psicologia da saúde, psicometria

### Adaptation and evidence of Validity of the Deliberate Self-harm Inventory - short version (DSHI-s)

#### Abstract

This research adapted to Portuguese and analyzed the validity evidence of the simplified version of the Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-s). Participants included 160 high school students. A sociodemographic questionnaire, the Questionnaire of Impulse, Self-harm and Suicidal Ideation in Adolescence (QIAIS-A), and the translated version of the DSHI-s (Deliberate Self-Injury Inventory - reduced - IAD-r) were applied. Data analysis was conducted using SPSS and *Factor*. The result of the Exploratory Factor Analysis indicated a final structure for the IAD-r composed of 15 items and one factor, and the scale showed good internal consistency (Cronbach's Alpha = .95; McDonald's Omega = .95). There was also evidence of convergent validity of the IAD-r with the QIAIS-A (correlation index = .775;  $p < .001$ ). Therefore, the current findings allow attesting that the IAD-r showed satisfactory validity evidence for measuring self-injurious behaviors in adolescents.

*Keywords:* Self-Injurious Behavior; Factor Analysis, Health Psychology; Psychometrics.

### Adaptación y evidencias de validez del Deliberate Self-Harm Inventory - versión simplificada (DSHI-s)

#### Resumen

Esta investigación adaptó y analizó evidencias de validez de la versión simplificada del *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI-s) para portugués. Participaron 160 estudiantes de secundaria. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Impulso, Autolesiones e Ideación Suicida en la Adolescencia (QIAIS-A) y la versión traducida del DSHI-s (denominado Inventario de Autolesiones Deliberadas - reducido - IAD-r). El análisis de los datos se realizó con el software SPSS y *Factor*. El resultado del Análisis Factorial Exploratorio indicó una estructura final para el IAD-r con 15 ítems distribuidos en un factor, y la escala mostró una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,95; Omega de McDonald's = 0,95). También hubo evidencias de validez convergente del IAD-r con el QIAIS-A (índice de correlación = 0,775;  $p < 0,001$ ). Por lo tanto, los presentes hallazgos demuestran evidencias de la validez del IAD-r, ya que se obtuvieron características psicométricas satisfactorias para medir conductas autolesivas en adolescentes.

*Palabras clave:* Conducta Autodestructiva; Análisis Factorial; Salud Psicológica; Psicometría.

Comportamento autolesivo diz respeito à ação de causar danos e/ou de provocar dor, de forma deliberada, ao tecido corporal. Pode ocorrer com ou sem intenção suicida, mas, mesmo quando o comportamento autolesivo é realizado sem a intenção de tirar a própria vida, eleva o risco de suicídio acidental de modo considerável (Guerreiro & Sampaio, 2013; Nock, 2009). O comportamento autolesivo mais recorrente parece ser o corte na pele (*cutting*), sendo esse o método utilizado

por 70% das pessoas que se autolesionam. Outros tipos comuns de comportamento autolesivo são: bater, pontapear, arranhar e queimar a si mesmo. No que diz respeito a região, os braços, as mãos, os pulsos, as coxas e a barriga são as regiões mais comumente afetadas, respectivamente (Guerreiro & Sampaio, 2013; Nock, 2009; 2010). Outras manifestações do comportamento autolesivo são descritas como: ingerir uma quantidade de medicação muito acima do que foi prescrito ou da

dose terapêutica recomendada, fazer uso de drogas ilícitas na intenção de se autoagredir, ingerir substâncias ou objetos não consumíveis ou alimentos que estejam em temperaturas muito elevadas com a intenção de se machucar e utilizar substâncias químicas para ferir a própria pele (Nock, 2010; Proaño, 2018).

Pessoas de qualquer faixa etária podem se engajar em comportamentos autolesivos, todavia essa prática costuma ocorrer com mais frequência entre adolescentes. As taxas de prevalência de autolesão que têm sido encontradas em vários países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Turquia, Bélgica, Suécia, Suíça, Alemanha, Itália, Nova Zelândia, Austrália, Holanda, Espanha, Noruega, Finlândia, Japão, China e Indonésia) é de, em média, 17,2% em adolescentes (de 10 a 17 anos), 13,4% em jovens adultos (de 18 a 24 anos) e 5,5% em adultos (de 25 anos ou mais) (Swannell, Martin, Page, Hasking, & St. John, 2014).

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por conflitos emocionais e identitários. Adolescentes podem encarar essa fase como um período conturbado e apresentar dificuldade para se ajustarem em meio a esse contexto. Desse modo, eles podem praticar a autolesão num esforço para se adaptarem às situações que interpretam como estressantes (Santos & Faro, 2018; Zappe & Dell'Aglio, 2016). No Brasil, ainda não há estudos nacionais representativos sobre as taxas de prevalência do comportamento autolesivo, especialmente entre adolescentes. Esse argumento se dá com base em levantamento nas plataformas abertas SciELO, PePSIC e Google Acadêmico, em janeiro de 2020, utilizando-se as palavras-chave (em português e em inglês) “comportamentos autolesivos” ou “autolesão”. No entanto, pesquisas de menor proporção realizadas no país reuniram dados sobre a ocorrência da autolesão em populações específicas. Um exemplo é a pesquisa de Fonseca, Silva, Araújo e Botti (2018) que foi realizada com 517 adolescentes de idades entre 10 e 14 anos. Utilizando a Escala de Comportamento de Autolesão (ECA), os autores verificaram que aproximadamente 10% dos participantes relataram autolesão no último ano.

O comportamento autolesivo possui várias funções e pode servir como mecanismo de autorregulação de estados emocionais negativos, como forma de requerer a atenção de outras pessoas para si, como autopunição ou até mesmo como uma tentativa de evitar o suicídio. A autolesão também pode servir para interromper estados dissociativos e para ter a sensação de controle, autonomia e independência (Nock, 2010;

Santos & Faro, 2018). Além disso, esse comportamento pode promover uma sensação de alívio imediato, o que acaba por resultar num estado de bem-estar. Porém, tal sensação é momentânea de modo que logo em seguida é comum o surgimento de sentimentos, como vergonha e culpa (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009). Quanto aos fatores relacionados ao comportamento autolesivo, estão: sofrer maus-tratos na infância (negligência, violência psicológica e/ou física, abuso sexual etc.), ser vítima de *bullying*, problemas familiares, abuso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, baixa autoestima, ser do sexo feminino, divórcio parental, morte parental etc. (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2014; Plener, Schumacher, Munz, & Groschwitz, 2015; Spears, Montgomery, Gunnell, & Araya, 2014).

A investigação dos comportamentos autolesivos é fundamental, uma vez que permite conhecer melhor acerca das taxas de prevalência e das características de manifestação do fenômeno. Em âmbito internacional, há algumas medidas disponíveis para mensurar os comportamentos autolesivos, tais como o *Inventory of Statements About Self-injury* (ISAS) (Silva et al., 2016), o *Self-Harm Inventory* (SHI) (Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998), o *Self-Harm Behavior Questionnaire* (SHBQ) (Gutierrez, Osman, Barrios, & Kopper, 2001), o *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (SASII) (Linehan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006), o *Self-Injury Questionnaire* (SIQ) (Santa Mina et al., 2006), o *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI) (Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007) e o *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI-s) (Lundh, Karim, & Quilisch, 2007).

No Brasil, a maior parte das pesquisas sobre comportamentos autolesivos consiste em revisão da literatura, análise de discurso e relatos de caso (Cedaro & Nascimento, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Otto & Santos, 2016). Dos poucos estudos empíricos sobre autolesão publicados no país, a maioria utilizou instrumentos próprios no formato de entrevista (Silva & Siqueira, 2017). Além disso, no Brasil, até o momento, há apenas uma escala validada para mensuração desses comportamentos: o Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) (Peixoto et al., 2019). O QIAIS-A possui 64 itens divididos em quatro blocos, sendo que 16 itens avaliam impulsividade, 14 itens avaliam os comportamentos autolesivos, 31 itens investigam as funções do comportamento autolesivo e três itens avaliam ideação suicida. A adaptação transcultural do QIAIS-A para o contexto

brasileiro foi realizada por Peixoto et al. (2019). As evidências de validade sugeriram que o QIAIS-A em sua versão brasileira é uma medida adequada para avaliação da impulsividade, autoagressão e ideação suicida com bons índices de consistência interna e evidências de validade convergente e divergente.

Embora o QIAIS-A seja um instrumento com evidências de validade para avaliação da impulsividade, de funções da autolesão e da ideação suicida, além da ocorrência do próprio comportamento autolesivo, por possuir 64 itens, a sua utilização em pesquisas ou mesmo em contexto clínico ou na atenção básica pode gerar dificuldades adicionais de obtenção de dados, principalmente quando ocorre a aplicação simultaneamente de outros questionários. Dessa forma, outros instrumentos mais breves, quando comparados ao QIAIS-A, podem facilitar a coleta de dados com amostras grandes e nas quais seja necessária a aplicação simultânea de outras medidas. O DSHI-s é um exemplo de instrumento que pode ser utilizado como uma alternativa ao QIAIS-A, por ser sucinto (uma vez que contém apenas 16 itens) e por ser muito simples, podendo ser respondido rapidamente por adolescentes em situação escolar regular (Lundh et al., 2007).

O DSHI-s é a versão simplificada do DSHI (Gratz, 2001) e sua aplicabilidade foi testada por Lundh, Karim e Quilisch (2007) por meio de um estudo piloto, porém as propriedades psicométricas da escala não foram avaliadas. O instrumento consiste em um questionário de autorrelato destinado especialmente a adolescentes. Os itens da escala avaliam diferentes aspectos da automutilação deliberada, como autolaceração (cortar-se, morder-se, magoar os próprios ferimentos etc.), e outros tipos de autoagressão física (como bater em si mesmo, socar paredes, bater a cabeça contra objetos etc.), incluindo frequência, gravidade e tipo de comportamento de autolesão. A automutilação deliberada é uma subcategoria de comportamentos autodestrutivos que envolvem a prática de causar danos ao próprio corpo. O DSHI-s não diferencia comportamentos autolesivos com ou sem intenção suicida, sendo capaz de identificar qualquer comportamento de automutilação não fatal que seja praticado de forma deliberada e que resulte em lesão grave o suficiente para danificar o tecido corporal (a exemplo de cicatrizes). Além disso, esse instrumento tem sido utilizado no cenário internacional (Cawood & Huprich, 2011; Fraser et al., 2018).

Tendo em vista esse perfil favorável a estudos com grandes amostras, bem como sua facilidade de administração, a adaptação do DSHI-s para o português

possivelmente irá favorecer o crescimento da investigação dos comportamentos autolesivos no Brasil. Além do mais, a versão adaptada da escala também pode ser útil em outros países de língua portuguesa nos quais a escala ainda não tenha sido traduzida, pois poderá facilitar pesquisas acerca das evidências de validade em outros contextos, bem como favorecer a investigação da autolesão em diferentes populações. Tais contribuições podem ser consideradas um ganho científico significativo. Portanto, considerou-se importante dispor de mais instrumentos com evidências de validade para avaliação do comportamento autolesivo, além do QIAIS-A, no contexto brasileiro. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo adaptar e analisar as primeiras evidências de validade da versão simplificada do *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI-s) (Lundh et al., 2007) para o português.

## Método

### *Participantes*

A amostra desta pesquisa foi calculada para atender ao critério de, pelo menos, 10 participantes para cada item da escala a ser analisada (Pasquali, 2017). Assim, participaram da pesquisa 160 estudantes do ensino médio de cinco escolas de Aracaju (SE). Duas das escolas eram privadas, sendo que uma delas estava localizada no centro da cidade e a outra, em um bairro da zona sul. As outras três escolas, públicas, estavam localizadas em diferentes bairros da zona norte. Vale ressaltar que a condição socioeconômica da amostra apresentou variações, ou seja, os alunos das escolas particulares possuíam condição socioeconômica mais elevada em comparação aos alunos das escolas públicas. Dos participantes, 47,5% ( $n = 76$ ) eram alunos de escolas públicas e 52,5% ( $n = 84$ ) de escolas privadas. A idade deles variou de 15 a 18 anos, com uma média de 16,4 ( $DP = 0,98$ ). Quanto ao sexo, 50,6% ( $n = 81$ ) dos adolescentes eram do sexo feminino e 49,4% ( $n = 79$ ) do sexo masculino. Os critérios de inclusão foram estar na sala de aula no momento da aplicação dos questionários de pesquisa e ter entregue à equipe de coleta de dados no dia da pesquisa o termo de anuência assinado pelos pais.

### *Instrumentos*

#### *Questionário sociodemográfico*

Foi aplicado para a obtenção de informações sobre o adolescente, tais como idade (em anos), sexo

(masculino ou feminino) e tipo de escola na qual estava estudando no momento da pesquisa (pública ou privada).

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

O QIAIS-A possui 64 itens divididos em quatro blocos, sendo que 16 itens avaliam impulsividade, 14 itens avaliam os comportamentos autolesivos, 31 itens investigam as funções do comportamento autolesivo e três itens avaliam a ideação suicida. É um instrumento de autorrelato e escala Likert de quatro pontos [de 0 (*nunca acontece comigo*) a 3 (*acontece-me sempre*)], com exceção do bloco funções cuja opção de resposta é dicotômica (sim ou não). O bloco que contempla as questões relacionadas ao autodano possui duas subdivisões: autodano próprio ou com recurso de objetos (itens 1 ao 8) e autodano associado a comportamentos de risco (itens 9 ao 13) (Peixoto et al., 2019).

Vale ressaltar que foi realizada uma pequena alteração na estrutura da escala para o uso nesta pesquisa. O item de número 13 (“Conduzo de forma arriscada – alta velocidade, não respeito regras de trânsito”) da subescala que avalia a prática de comportamentos autolesivos foi excluído, pois adolescentes que residem no Brasil (abaixo de 18 anos) não têm autorização para dirigir e, desse modo, manter tal item na escala poderia gerar respostas confusas ou incertas. Peixoto et al. (2019) foram os responsáveis pela adaptação transcultural do QIAIS-A para o português. As evidências de validade sugeriram que o QIAIS-A, em sua versão brasileira, é uma medida adequada para avaliação da impulsividade, autoagressão e ideação suicida, com bons índices de consistência interna e evidências de validade convergente e divergente.

O QIAIS-A demonstrou índices de consistência interna satisfatórios em sua validação inicial no Brasil, a saber: (a) subescala de autoagressão, fator 1 (autoagressão associada a comportamento de risco) com alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de 0,8; fator 2 (autoagressão propriamente dita e autoagressão com recurso de objeto),  $\alpha$  em 0,9; (b) subescala de impulsividade, fator 1 (impulso/hipercinesia)  $\alpha$  de 0,8; fator 2 (controle do impulso),  $\alpha$  em 0,7; (c) subescala de ideação suicida, fator único, com  $\alpha$  de 0,9 (Peixoto et al., 2019). Seguindo-se a mesma estrutura de Peixoto et al. (2019), na presente pesquisa, a confiabilidade do QIAIS-A também foi considerada aceitável em todos os fatores: (a) subescala de autoagressão, fator 1,  $\alpha$  igual a 0,8; fator 2,  $\alpha$  em 0,6; (b) subescala de impulsividade, fator 1,  $\alpha$  de 0,6; fator 2,  $\alpha$  em 0,8; (c) subescala de ideação suicida, fator único, com  $\alpha$  de 0,9.

*Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-s)*

O DSHI-s foi desenvolvido por Lundh et al. (2007) como uma versão simplificada do DSHI de Gratz (2001). O instrumento consiste em um questionário de autorrelato com 16 itens que avaliam diferentes aspectos da automutilação deliberada, incluindo frequência, gravidade e tipo de comportamento de autoagressão. A escala possui formato Likert contendo quatro possibilidades de respostas que indicam o envolvimento intencional no comportamento autolesivo correspondente (“nunca”, “uma vez”, “mais que uma vez” ou “muitas vezes”). A versão preliminar da escala traduzida foi denominada “Inventário de Autolesão Deliberada (IAD-r)”. O “r” da versão em português diz respeito à abreviação da palavra “reduzido” (“s”, *short*).

*Aspectos Éticos*

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (CAAE: 10257918.1.0000.5546). Além da autorização do CEP, a coleta de dados foi realizada mediante a autorização dos coordenadores/diretores das escolas, dos pais/responsáveis e dos próprios adolescentes.

Nas escolas públicas, um dia antes da coleta de dados, foi entregue o termo de consentimento aos alunos e aos pais ou responsáveis. Nas escolas privadas os termos foram entregues uma semana antes de acordo com a disponibilidade da escola. Os alunos cujos pais concordaram em participar da pesquisa levaram o termo de anuência devidamente assinado no dia da coleta. Durante a coleta de dados, antes da entrega dos questionários, foi apresentado, explicado e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O adolescente, por meio de sua assinatura em duas vias do TCLE, também confirmou o desejo de participar da pesquisa.

Aos adolescentes que apresentaram alguma instabilidade emocional logo após o preenchimento do questionário, foi fornecido suporte psicológico necessário e foram realizados os devidos encaminhamentos para acompanhamento especializado em saúde mental, tanto na escola, como no sistema de saúde pública.

*Procedimentos de Adaptação do DSHI-s*

No que se refere à adaptação e validação do DSHI-s, antes foi obtida autorização do autor da escala, Lars-Gunnar Lundh. A tradução do DSHI-s para o português se deu por meio do método de tradução-retradução (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010). Os responsáveis pela tradução foram três juízes

fluentes nos idiomas inglês e português. Após a devolução pelos três juízes, foi realizada a síntese das versões traduzidas e encaminhadas para a tradução reversa, que consistiu na retradução da versão traduzida para o idioma original da escala. A retradução foi realizada apenas por um juiz, também fluente em ambas as línguas. Todos os juízes eram pesquisadores da área da psicologia e realizaram os procedimentos de tradução/retradução de forma individual.

A versão traduzida do DSHI-s foi submetida ao processo de validação de conteúdo, a fim de verificar a capacidade de aplicabilidade da escala e a possibilidade de os itens mensurarem todas as dimensões do construto autolesão. Por meio da validação de conteúdo também se buscou identificar itens inadequados ao objetivo do instrumento. A validação do conteúdo foi realizada por três juízes-avaliadores da área da Psicologia. Os juízes foram orientados a avaliar três critérios (clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica), sendo que deveriam assinalar suas respostas em uma escala Likert de cinco pontos (1 = pouquíssima, 2 = pouca, 3 = média, 4 = muita e 5 = muitíssima). Por fim, mediante a avaliação dos juízes, o coeficiente de validade de conteúdo (CVC) foi calculado no intuito de analisar a concordância entre os juízes-avaliadores. Todos os itens foram considerados aceitáveis tendo em vista que obtiveram um CVC > 0,8. Encontrou-se coeficientes considerados satisfatórios (Clareza de linguagem = 0,84; Pertinência prática = 0,81; Relevância teórica = 0,82).

Além da avaliação dos critérios de validação do conteúdo, foi pedido aos juízes que opinassem quanto a realização de modificações que contribuíssem para uma melhor compreensão dos itens da versão traduzida da escala por adolescentes brasileiros. As modificações sugeridas envolveram a estrutura da escala, as instruções para responder a escala e a substituição de termos presentes nos itens ou adição de novas palavras. Todas as recomendações dos juízes foram levadas em consideração e executadas.

Inicialmente, foram realizadas visitas a algumas escolas de Aracaju (SE). Ao todo, foram realizadas visitas a 13 escolas. No entanto, a direção/coordenação de apenas cinco das escolas visitadas concordaram em participar da pesquisa. Dessa forma, a coleta de dados ocorreu apenas nas que permitiram o acesso da equipe de pesquisa. Reuniões com os coordenadores e/ou diretores foram agendadas. Em reunião com os coordenadores/diretores, o projeto de pesquisa foi apresentado e discutido e, por fim, foi pedido a autorização deles para realizar a pesquisa junto aos alunos

da instituição. No intuito de comprovar a autorização dos coordenadores e/ou diretores para realizar a coleta de dados, foi entregue a solicitação de autorização para pesquisa para que assinassem. Outra via do documento assinado ficou sob posse deles.

A aplicação dos questionários junto aos alunos se deu de forma coletiva, turma por turma, nas salas de aula. Havia em média 30 alunos por sala e o tempo médio de administração dos questionários foi de 25 minutos. Nas escolas públicas, condições importantes para garantir a qualidade da aplicação dos questionários, tais como iluminação e ventilação, foram consideradas, pelo menos, como minimamente viáveis para a coleta de dados. Essas mesmas condições foram avaliadas como satisfatórias nas escolas privadas e, portanto, também tidas como favoráveis à aplicação dos instrumentos. À despeito das diferenças de ambiente de acordo com o tipo de escola, os pesquisadores julgaram que não haveria prejuízos significativos ao procedimento de coleta e, com base nessa percepção, realizaram a obtenção das informações.

#### *Análise de Dados*

A análise dos dados foi realizada por meio dos programas *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versão 20) e *Factor Analysis Application* (*Factor*, versão 10.1). Inicialmente foram feitos ajustes no banco de dados e geradas análises exploratórias a fim de obter os escores finais das escalas, frequências, médias e desvios padrão. Posteriormente, foi conduzida uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) no *Factor*. A justificativa pela escolha do *Factor* se baseia no fato de que ele vem sendo indicado como um dos programas estatísticos com melhor desempenho na análise fatorial (Damásio, 2012).

O método de rotação escolhido para gerar a AFE foi o Varimax. O *Factor* possibilitou verificar a fatorabilidade e adequação da escala por meio do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; esperado > 0,7) e do teste de esfericidade de Bartlett (esperado  $p < 0,05$ ). O *Factor* também sugere a quantidade de fatores por meio de análise paralela e produz indicadores para aferição de adequação da unidimensionalidade da escala; a saber: *Unidimensional Congruence* (Unico; esperado acima de 0,95), *Explained Common Variance* (ECV; esperado acima de 0,85) e o *Mean of Item Residual Absolut Loadings* (Mireal; esperado inferior a 0,30). Além disso, por meio do *software* também foi possível verificar a necessidade de exclusão de itens para a viabilização do ajuste do modelo exploratório.

O *Factor* também permitiu conferir o ajuste dos dados por meio do *Nonnormed Fit Index* (NNFI) e do *Comparative Fit Index* (CFI). Para ambos, são aceitáveis valores acima de 0,90. A confiabilidade da escala foi avaliada com o alfa de Cronbach ( $\alpha$ ; esperado > 0,60) e do ômega de McDonald's ( $\Omega$ ; esperado > 0,70). Por fim, com o SPSS, foi realizada a análise concorrente entre o QIAIS-A (bloco B) e o IAD-r por meio do teste de correlação de Spearman dos escores totais das escalas, tendo em vista a distribuição não normal dos dados.

## Resultados

Com base nos achados do *Factor*, a amostra revelou-se adequada, considerando-se que o valor do KMO foi satisfatório (KMO = 0,938) e o Teste de Bartlett foi estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Os resultados da análise paralela indicaram a existência de 1 (um) fator, sendo que a variância explicada foi elevada (61,0%). A unidimensionalidade da escala foi avaliada como sendo adequada [(Unico = 0,973; Intervalo de Confiança (IC) = 0,95 – 0,99); (ECV = 0,894; IC = 0,871 - 0,946); (*Mireal* = 0,208; IC = 0,163 – 0,281)], o que reiterou o resultado da análise paralela.

Foi sugerido pelo próprio *software* a exclusão do item 11 (“Você, intencionalmente, já quebrou seus próprios ossos?”), pois esse item produziu variância negativa na primeira análise realizada. Vale salientar que a frequência de respostas nesse item foi quase nula, com apenas 1,3% dos participantes respondendo que realizaram o comportamento autolesivo nele investigado, ao passo que 98,7% revelaram nunca ter se engajado em tal comportamento. Após essa exclusão, os itens que permaneceram na análise apresentaram cargas fatoriais entre 0,50 (item 2) e 0,91 (itens: 1, 9 e 16). Nessa versão com 15 itens, os dados se mostraram ajustados com os indicadores considerados aceitáveis (NNFI = 0,993 e CFI = 0,994) e a escala apresentou boa confiabilidade ( $\alpha = 0,95$ ;  $\Omega = 0,95$ ).

A média do escore total do IAD-r foi de 21,5 ( $DP = 7,60$ ) e a média do escore total do QIAIS-A (Bloco B) foi de 3,4 ( $DP = 5,10$ ). Quanto aos resultados da análise da validade convergente, constatou-se uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre as escalas ( $r = 0,775$ ;  $p < 0,001$ ).

## Discussão

A presente pesquisa teve como objetivo adaptar e analisar as primeiras evidências de validade da versão

simplificada do *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI-s) (Lundh et al., 2007) para o português. Procurou-se, com isso, favorecer a investigação dos comportamentos autolesivos em adolescentes brasileiros e oferecer uma medida válida para avaliação dessa conduta, além do QIAIS-A, no país. Os resultados, com base nos valores do KMO e do teste de Bartlett, mostraram bons índices de adequação, atestando ser plausível a realização da AFE. Esta revelou que o IAD-r apresentou estrutura unifatorial, com uma variância explicada de 61%, o que demonstra que o modelo pode ser considerado confiável e que explica bem os dados (Field, 2009). Tais resultados estão de acordo com o que foi encontrado no estudo de validação do DSHI por Gratz (2001). Cabe destacar que, além dessa pesquisa, não foram localizadas outras versões do DSHI-s validadas internacionalmente.

Vale apontar que a versão do DSHI desenvolvida por Gratz possui duas diferenças em comparação à versão proposta nesta pesquisa (IAD-r). A primeira diz respeito ao número final de itens das escalas, pois a versão de Gratz contém um item a mais (16 itens) do que o IAD-r. A outra diferença possui relação com a modalidade de respostas das escalas, uma vez que a versão de Gratz possui formato dicotômico e o IAD-r é Likert, seguindo a proposta de Lundh et al. (2007). Apesar das diferenças entre os instrumentos, a comparação entre eles pode ser considerada viável, tendo em vista que as duas escalas avaliam os mesmos aspectos da autolesão (Lundh et al., 2007).

Quanto à exclusão do item 11, que foi sugerida pela AFE, acredita-se que uma possível explicação é que o comportamento autolesivo representado pelo item se trata de uma atitude que parece não fazer parte do repertório comportamental dos adolescentes que compuseram a amostra. Ao observar a frequência de respostas no item, fica evidente o baixo engajamento de tais adolescentes nesse tipo de autolesão, tendo em vista que a maior parte deles (98,7%) revelou nunca ter realizado o comportamento. Acredita-se, portanto, que a exclusão desse item não compromete a investigação do fenômeno em questão – expectativa suportada pelos indicadores da análise – e a versão com 15 itens parece averiguar os comportamentos mais comuns no contexto brasileiro.

Ainda de acordo com a AFE, os dados se mostraram ajustados com os indicadores considerados aceitáveis. A qualidade do ajuste se refere a capacidade do modelo fatorial de aderir aos dados (Field, 2009), o que permite concluir que o IAD-r possui um bom

Tabela 1.

*Cargas Fatoriais e Estatística Descritiva dos Itens do Inventário de Autolesão Deliberada (IAD-r) (n = 160)*

Itens	Nunca	Uma vez	Mais do que uma vez	Muitas vezes	M(DP)	$\lambda$
1. Você, intencionalmente, já cortou seu pulso, braços ou outras áreas do corpo?	66,9	10,6	10,0	12,5	1,6 (1,08)	0,90
2. Você, intencionalmente, já se queimou com um cigarro, isqueiro ou um fósforo?	83,1	9,4	5,0	2,5	1,2 (0,67)	0,49
3. Você, intencionalmente, já riscou com força palavras, imagens, desenhos ou outras marcas em sua pele, ao ponto de se machucar?	75,6	8,8	11,9	3,8	1,4 (0,84)	0,73
4. Você, intencionalmente, já se arranhou com força, ao ponto de causar machucados, cicatrizes ou sangramentos?	56,3	16,3	15,6	11,9	1,8 (1,08)	0,81
5. Você, intencionalmente, já mordeu a si mesmo ao ponto de ferir ou rasgar a pele?	78,8	5,0	13,1	3,1	1,4 (0,83)	0,77
6. Você, intencionalmente, já esfregou algo que machuca (por exemplo, uma lixa) em seu corpo?	83,1	9,4	5,6	1,9	1,2 (0,64)	0,83
7. Você, intencionalmente, já derramou algo que queima ou machuca (por exemplo, ácido) em sua pele?	95,0	3,1	0,6	1,3	1,0 (0,40)	0,57
8. Você, intencionalmente, já usou algum produto químico de limpeza que pode vir a causar machucados para esfregar sua pele (por exemplo, soda cáustica, água sanitária etc.)?	94,4	3,1	0,6	1,9	1,1 (0,46)	0,67
9. Você, intencionalmente, já inseriu objetos afiados, como agulhas, alfinetes, grampos, etc. em sua pele, com força ao ponto de se machucar? (sem incluir tatuagens, piercing nas orelhas, agulhas usadas para uso de drogas ou <i>piercings</i> ).	81,3	6,3	10,0	2,5	1,3 (0,75)	0,90
10. Você, intencionalmente, já esfregou vidro em sua pele ou se cortou com vidro?	84,4	6,9	5,6	3,1	1,2 (0,64)	0,81
11. Você, intencionalmente, já bateu a cabeça contra algo a ponto de causar algum machucado?	82,5	11,3	3,8	2,5	1,4 (0,86)	0,76

(Continua)

Tabela 1.

*Cargas Fatoriais e Estatística Descritiva dos Itens do Inventário de Autolesão Deliberada (LAD-r) (n = 160) (Continuação)*

Itens	Nunca	Uma vez	Mais do que uma vez	Muitas vezes	M(DP)	$\lambda$
12. Você, intencionalmente, já se socou ou bateu em si mesmo a ponto de causar algum machucado?	66,9	14,4	13,8	5,0	1,5 (0,90)	0,67
13. Você, intencionalmente, já impediu que as suas feridas se curassem ou melhorassem?	76,9	9,4	8,1	5,6	1,4 (0,86)	0,77
14. Você, intencionalmente, já fez alguma outra coisa para se machucar que não foi perguntado neste questionário?	78,1	5,0	10,6	6,3	1,4 (0,91)	0,90
15. Você já se machucou intencionalmente em qualquer uma das formas mencionadas acima, de modo que isso levou você a ter que ir ao hospital ou teve uma lesão grave o suficiente para exigir cuidados médicos?	90,6	6,3	2,5	6,0	1,1 (0,46)	0,76

Notas. NNFI (Non-Normed Fit Index) = 0,993; CFI (Comparative Fit Index) = 0,994;  $\alpha$  (coeficiente alfa de Cronbach) = 0,952;  $\Omega$  (coeficiente ômega de McDonald) = 0,954;  $\lambda$  = Carga fatorial; F (%) = Frequências; M = Média; DP = Desvio Padrão. Obs.: O item 11, da escala original (Você, intencionalmente, já quebrou seus próprios ossos?) foi excluído da análise fatorial exploratória. Portanto, a partir do item 12, houve realocação da ordem dos itens.

modelo fatorial. A respeito da confiabilidade da escala, observou-se elevada consistência interna. Os indicadores de confiabilidade servem para indicar a capacidade de uma medida de produzir resultados consistentes quando os mesmos aspectos estão sendo testados sob as condições iguais (Field, 2009). Portanto, o IAD-r demonstrou ser um instrumento fidedigno e que tende a se manter estável em aplicações futuras. Ao comparar tais achados com as propriedades psicométricas de outros estudos, verificou-se que a consistência interna encontrada nesta pesquisa foi superior a encontrada por Gratz (2001) ( $\alpha = 0,82$ ).

Quanto aos resultados da análise de validade convergente, constatou-se uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre as escalas. Tais achados sustentam que o IAD-r é capaz de mensurar a prática de autolesão, tendo-se como base o QIAIS-A. É importante ressaltar que o QIAIS-A é um instrumento que demonstrou ser válido e ter propriedades psicométricas apropriadas para ser utilizado no Brasil (Peixoto et al., 2019). Além disso, os presentes achados confirmam que ambos os instrumentos são compatíveis e

medem o mesmo construto, ou seja, a prática de comportamentos autolesivos. O fato de dispor de outro instrumento com menor quantidade de itens e que mensura o mesmo fenômeno é benéfico, uma vez que ajuda a tornar mais concisas as coletas de dados sobre autolesão no país. Ademais, isso tende a ser útil no cotidiano de profissionais da saúde ou da educação, por exemplo, pois facilita o rastreamento da presença de comportamentos autolesivos em adolescentes. Em termos práticos, os achados favorecem a utilização desse instrumento junto a outros, sem que o procedimento de obtenção de informações se torne demasiadamente extenso ou cansativo.

Gratz (2001) testou a validade convergente do DSHI (versão original). Para isso, ele conduziu análises de correlação entre uma variável dicotômica e também a frequência de autolesão do DSHI e as pontuações de outras medidas de autolesão (*General Self-Harm Questionnaire*; itens do *Diagnostic Interview for Borderlines, Revised (DIB-R)*, e um item do *Suicide Behaviors Questionnaire (SBQ)*). O autor também testou a correlação entre o DSHI e medidas de avaliação do transtorno de

personalidade *borderline* [*Borderline Personality Organization Scale* (BPO)], tendo em vista que a autolesão é apontada como sendo um comportamento comum em pessoas com esse transtorno mental. Gratz (2001) concluiu que o DSHI apresentou boa validade convergente, pois foi constatado que a escala se mostrou moderadamente correlacionada com todas as outras medidas de autolesão e com os instrumentos para avaliação dos transtornos de personalidade *borderline*. Desse modo, tanto a versão original da escala (o DSHI) quanto a versão proposta nesta pesquisa (IAD-r) revelaram possuir evidências de validade convergente. Portanto, a partir deste estudo há achados sobre a convergência desse instrumento com mais uma medida (o QIAIS-A), o que contribui com a avaliação das suas qualidades psicométricas em maior escala.

Acredita-se que uma das limitações desta pesquisa consistiu na não realização de uma análise discriminante. Essa análise não foi possível porque incluir mais instrumentos no questionário de pesquisa poderia tornar a coleta mais extensa e cansativa e elevar as chances de erros ou do não preenchimento dos itens. Além disso, a inclusão de mais escalas demandaria mais tempo em sala de aula e excederia o tempo que foi disponibilizado pela escola para realização da coleta, possivelmente interferindo de modo mais amplo no cotidiano escolar. Para estudos futuros, sugere-se a condução de uma análise discriminante, pois com isso seria possível verificar se o escore do IAD-r não se relaciona com os escores de outros testes com os quais não se deve relacionar, a exemplo do escore de uma escala de esperança. Outra limitação diz respeito à faixa etária dos participantes, já que eles tinham idade de 15 a 18 anos, o que não compreende o intervalo de anos da adolescência (10 aos 20 anos) (World Health Organization [WHO], 2014) Recomenda-se, portanto, ampliar a faixa etária da amostra em futuras aplicações.

Para as próximas pesquisas utilizando o IAD-r, sugere-se a realização de uma análise confirmatória do instrumento, pois isso permitiria testar o ajuste dos dados e o quanto o modelo hipotético iria refletir o conjunto dos dados observados. Assim, a análise confirmatória poderia confirmar ou refutar os resultados da análise fatorial exploratória inicial, gerando maior confiabilidade para a análise fatorial do instrumento (Pacico & Hutz, 2015). A execução dessas recomendações contribuirá para uma mais completa avaliação psicométrica da escala.

Vale salientar que uma implicação derivada do fato de apenas um juiz ter realizado a retradução do

DSHI-s é a de que, diferentemente da etapa de tradução, não foi possível comparar versões na retradução. Sendo assim, é possível pensar que a contribuição de apenas um juiz resulte em algum viés para a pesquisa. No entanto, entendeu-se que tal possibilidade não tenha ocorrido ou, pelo menos, causado distorção significativa no instrumento, visto ter havido plena compatibilidade entre as versões retraduzida e original dos itens.

A ausência de coleta-piloto para verificação da adequabilidade dos itens também merece ser destacada, o que ocorreu devido a limitações no acesso às escolas no período da coleta de dados. Logo, não houve como realizar o teste prévio dos itens, como recomendam Borsa, Damásio e Bandeira (2012). De qualquer forma, o fato de não terem surgido dúvidas no momento da coleta indica que não houve dificuldades na compreensão dos itens ou da escala de resposta da IAD-r por parte dos participantes.

Uma das contribuições desta pesquisa diz respeito à disponibilidade de mais um instrumento com evidências de validade para avaliação do comportamento autolesivo além do QIAIS-A, no contexto brasileiro. O IAD-r é simples, de fácil aplicação e pode ser preenchido rapidamente pelos respondentes. Espera-se, com o presente estudo, favorecer o crescimento da investigação dos comportamentos autolesivos no Brasil e em outros países de língua portuguesa. Isso poderá propiciar um maior entendimento da manifestação desse fenômeno e, então, possibilitar que profissionais da área da saúde (sobretudo, da saúde mental) atuem de forma mais eficaz na sua prevenção e no seu tratamento.

## Referências

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Psicologia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432. doi:10.1590/S0103-863X2012000300014
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A., & Teodoro, M. L. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. Em L. Pasquali, et al. (Org.). *Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas*, (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
- Cawood, C. D., & Huprich, S. K. (2011). Late adolescent nonsuicidal self-injury: The roles of coping style, self-esteem, and personality pathology. *Journal of*

- Personality Disorders*, 25(6), 765-781. doi:10.1521/pedi.2011.25.6.765
- Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e gozo: Relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223. doi:10.1590/S0103-65642013000200002
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11, 213-228. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712012000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007)
- Field, A. (2009). Análise de Fatores exploratória. Em V. Lorí (Ed.). *Descobrendo a estatística usando o SPSS-2* (PP. 1-679). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fonseca, P. H. N. D., Silva, A. C., Araújo, L. M. C. D., & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 246-258. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017)
- Fraser, G., Wilson, M. S., Garisch, J. A., Robinson, K., Brocklesby, M., Kingi, T., ... & Russell, L. (2018). Non-suicidal self-injury, sexuality concerns, and emotion regulation among sexually diverse adolescents: A multiple mediation analysis. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 432-452. doi:10.1080/13811118.2017.1358224
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263. doi:10.1023/A:1012779403943
- 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
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 475-490. doi:10.1207/S15327752JPA7703\_08
- 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
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312. doi:10.1037/1040-3590.18.3.303
- Lundh, L. G., Karim, J., & Quilisch, E. V. A. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 33-41. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00567.x
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi:10.1111/j.1467-8721-2009.01613.x
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309-317. doi:10.1037/1040-3590.19.3.309
- Nock, M. K., Prinstein, M., & Sterba, S. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Psychology of Violence*, 118(14), 816-827. doi:10.1037/a0016948
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46-52. doi:10.1016/j.jad.2014.02.015
- Otto, S. C., & Santos, K. A. (2016). O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: O caráter epidêmico da autolesão. *Psicologia Revista*, 25(2), 265-288. Recuperado de <http://200.144.145.24/psicorevista/article/view/24537>
- Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2015). Validade. Em Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. *Psicometria* (pp. 71-95). Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2017). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Peixoto, E. M., Palma, B., Farias, I., Santana, N., Zanini, D., & Bueno, J. M. (2019). Questionário de *Psico-USF, Bragança Paulista, v. 28, n. 1, p. 41-52, jan./mar. 2023*

- impulsividade, autoagressão e ideação suicida para adolescentes (QIAIS-A): Propriedades psicométricas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(2), 272-285. doi:10.15309/19psd200201
- 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(2), 1-11. doi:10.1186/s40479-014-0024-3
- Proaño, V. J. C. (2018). La relación entre experiencias de trauma infantil y comportamiento de riesgos suicida. *Psiquemag*, 6(1), 19-44. Recuperado de <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/viewFile/171/89>
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H
- Santa Mina, E. E., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C., & Grewal, P. (2006). The Self-Injury Questionnaire: Evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 221-227. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00944.x
- Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 5-14. doi:10.24879/201800120010092
- Silva, E., C., Benjet, C., García, F., J., Cárdenas, S., J., Gómez-Maqueo, L., Emilia, M., & Cruz, A., V. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2544-2551. doi:10.1016/j.aiprr.2016.08.004
- Silva, M. F., A., & Siqueira, A. C. (2017). O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura-RO. *Revista Farol*, 3(3), 5-20. doi:10.1016/j.aiprr.2016.08.004
- Spears, M., Montgomery, A. A., Gunnell, D., & Araya, R. (2014). Factors associated with the development of self-harm amongst a socio-economically deprived cohort of adolescents in Santiago, Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 629-637. doi:10.1007/s00127-013-0767-y
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. doi:10.1111/sltb.12070
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Recognizing adolescence*. Recuperado de <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>
- Zappe, J. G., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: Risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. *Psico*, 47(2), 99-110. doi:10.15448/1980-8623.2016.2.21494

Recebido em: 20/11/2020

Reformulado em: 28/06/2021

Aprovado em: 04/10/2021

Nota dos autores:

Agradecimentos à CAPES/CNPQ pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

Sobre os autores:

**Mariana Siqueira Menezes** possui graduação e mestrado em psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI), ambos pela Universidade Federal de Sergipe (UFS/SE). É psicóloga clínica e também atua na área de avaliação psicológica. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde da UFS (GEPPS-UFS).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0383-5014>

*E-mail:* [marianasm.psicologia@gmail.com](mailto:marianasm.psicologia@gmail.com)

**André Faro** é Doutor em Psicologia (UFBA). Professor de psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal de Sergipe (UFS/SE) e pesquisador na área da Psicologia da Saúde. Pesquisador CNPq (nível 2).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7348-6297>

*E-mail:* [andre.faro.ufs@gmail.com](mailto:andre.faro.ufs@gmail.com)

Contato com os autores:

Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI)  
Av. Marechal Rondon, s/n, Jardim Rosa Elze  
São Cristóvão-SE, Brasil  
CEP: 49100-000