



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stress e os Comportamentos
Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes

Cátia Vicente Barata

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2016

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

Agradecimentos

Este trabalho simboliza os últimos cinco anos de crescimento, aprendizagem, esforço, dedicação que percorri e o início de uma nova etapa tão esperada na minha vida. Contudo, tive o apoio de um conjunto de pessoas importantes e que sem elas nada disto seria possível. Deixo os meus sinceros agradecimentos.

Meio Académico:

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, pela sua amabilidade e disponibilidade que teve comigo durante todo este percurso. As suas ferramentas de trabalho dentro da sala de aula fazem dela uma distinta profissional que marca a diferença para mim enquanto aluna. Quero dizer-vos com isto que despoletou em mim uma inquietude em fazer bem e melhor, saber mais, em redescobrir novos conhecimentos, incentivou-me, fez-me sempre acreditar apesar das dificuldades que foram surgindo. E uma qualidade que eu admiro é o saber ouvir-nos a nós alunos, isso facilita o processo e a nossa evolução e dá-nos confiança para continuarmos a batalhar até atingirmos o nosso produto final. A sua experiência na investigação e a sua partilha de saberes enriqueceu-me e foi fundamental para a realização deste trabalho, o meu sincero obrigado à Professora Maria Gouveia-Pereira sem o seu apoio nada disto seria possível.

Quero agradecer aos jovens e pais que participaram nesta investigação, foram uma peça fundamental neste trabalho. Aos diretores das escolas que autorizaram a investigação mas em especial à professora Esmeralda Pereira, ao meu tio Fernando Barata, à Edite Mendes, à Dra. Anabela e ao Dr. João Martins que facilitaram este processo.

À Sofia Moreira, minha colega e grande amiga de projeto, juntas alcançámos as nossas metas através do nosso trabalho conjunto. Apoiou-me ao longo deste processo mostrando sempre a sua disponibilidade e carinho. Quero agradecer às minhas colegas de seminário de dissertação pela sua partilha de sugestões e dificuldades sentidas mas em especial à Catarina Matias pelo seu apoio incondicional. À minha querida Joana Ferreira que se tornou numa pessoa muito especial e presente no meu dia-a-dia.

À Paula Miranda agradeço a sincera amizade que demonstrou ao longo destes cinco anos.

Meio Pessoal:

Aos meus Pais, quero agradecer todo o apoio prestado desde o início do meu percurso académico, onde confiaram, acreditaram e motivaram-me sempre nas minhas escolhas. A importante partilha de experiências pessoais como profissionais, a vossa demonstração de amor, carinho, motivação e as críticas construtivas foram fundamentais para o meu crescimento. O meu sincero obrigada, com vocês a minha vida é e sempre foi muito colorida.

Ao meu namorado, Ruben Teixeira, por todo o amor, compreensão e incentivo. Aos meus familiares e amigos agradeço o vosso apoio e carinho que sempre demonstraram, em especial à Cristina Santos que me apoiou neste meu sonho desde o primeiro dia. Às minhas queridas amigas Marta Lamelas, Adriana Fernandes, Daniela Alves que apesar da distância estiveram sempre presentes.

Por último quero agradecer à Dra. Sónia Freches que teve um papel fundamental ao longo deste percurso de aprendizagem e crescimento.

Os meus agradecimentos sinceros a todos.

Resumo

Dada a escassez de estudos referentes aos comportamentos autolesivos (CAL) nos adolescentes em Portugal bem como relativamente aos atos suicidas torna-se pertinente analisar este fenómeno na adolescência. O presente estudo foi realizado com o objetivo de explorar a relação entre a sintomatologia de ansiedade, depressão e stresse (ADS) e a ocorrência dos comportamentos autolesivos (CAL) e ideação suicida (IS) presente (ou não) nos adolescentes, bem como perceber qual a relação existente entre os CAL e a IS. Pretendeu-se também analisar, se a presença ou não de CAL e o sexo dos adolescentes podem influenciar ADS. Outro dos objetivos foi compreender quais as funções que estão mais correlacionadas com CAL (funções intrapessoais ou funções interpessoais). Por último pretendeu-se analisar se existem (ou não) diferenças significativas entre a sintomatologia ADS dos adolescentes e das mães e dos pais. Participaram 237 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos e os respetivos pais (N= 174). Os inquiridos pertenciam à área de Lisboa e Vale do Tejo, Região Centro e Beira Baixa. Foi solicitado que respondessem a um conjunto de escalas: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), Inventário dos Comportamentos Autolesivos (Duarte & Gouveia- Pereira, 2015) e o Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999). Relativamente aos resultados constatou-se que 28,7% (N=68) dos adolescentes já fez mal a si próprio de modo intencional, sendo a maioria do sexo feminino. Todos os adolescentes com estes comportamentos evidenciam ter ideação suicida. Constatou-se ainda que a ADS está correlacionada com os CAL e IS. Existe uma forte associação entre CAL e IS. Verificou-se que os CAL influenciam a ADS. Verificou-se que os adolescentes têm níveis mais elevados de ADS relativamente às mães e aos pais. É crucial que continue este tipo de investigação em Portugal, pois só assim conseguiremos prevenir estes comportamentos e diminuir o sofrimento sentido pelos jovens. Parece-nos também relevante estarmos atentos aos jovens mas igualmente aos seus progenitores no que concerne a esta temática.

Palavras-chave: Ansiedade, Depressão e Stress, Comportamentos Autolesivos, Ideação Suicida.

Abstract

Due to the lack of studies related to self-injurious behavior (SIB) in adolescents in Portugal, as well as regarding suicidal acts it becomes pertinent to analyze this phenomenon in adolescence. The present study was conducted in order to explore the relationship between symptoms of anxiety, depression and stress (ADS) and the manifestation of self-injurious behavior (SIB) and suicidal ideation (SI) present (or not) in adolescents, as well as understanding the relationship between SIB and IS. It was also intended to analyze if the presence (or not) of SIB and the sex of adolescents could influence ADS. An additional objective to this study was to understand the most prevalent functions which are more correlated with SIB (intrapersonal or interpersonal functions). As a final point, it was intended to analyze whether there is (or not) significant differences between ADS symptoms of adolescents and their mothers and fathers. Method: 237 adolescents aged between 12 and 20 years and their parents (N = 174). The interviewed belonged to the area of Lisboa e Vale do Tejo, Região Centro and Beira Baixa. They were asked to answer a set of scales: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal in 2004), Inventário dos Comportamentos Autolesivos (Duarte & Gouveia- Pereira, 2015) and Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999). Regarding results it was verified that 28.7% (N = 68) of teens have hurt himself intentionally and mostly of them are female. All of the adolescents with these behaviors show suicidal thoughts. It was found that ADS symptomatology is correlated with SIB and IS. There is a strong association between SIB and IS. It was verified that SIB influence ADS. It was found that adolescents have higher levels of ADS comparatively to theirs mothers and fathers. It is crucial to have a follow up to this type of research in Portugal, because only then these behaviors can be prevented reducing the suffering experienced by young people. It would be relevant, as well, not only to be alert regarding young people but equally to their parents in what concerns this issue.

Keywords: Anxiety, depression and stress, self-injurious behavior, Suicidal Ideation.

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 1 |
| 1. O Modelo Sistémico..... | 2 |
| 2. A Adolescência..... | 4 |
| 3. Ansiedade, Depressão e Stress (ADS)..... | 7 |
| 4. Comportamentos Autolesivos (CAL)..... | 11 |
| 5. As Funções dos Comportamentos Autolesivos..... | 14 |
| 6. Atos Suicidas: Ideação Suicida e o Suicídio..... | 16 |
| 7. Fatores Protetores e Fatores de Risco dos Comportamentos Autolesivos e dos Atos Suicidas..... | 19 |
| 8. Objetivo e Hipóteses do Estudo..... | 21 |
| Método..... | 24 |
| 1. Participantes..... | 24 |
| 2. Instrumentos..... | 26 |
| 2.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21..... | 26 |
| 2.2 Inventário dos Comportamentos Autolesivos..... | 27 |
| 2.3 Questionário de Ideação Suicida- SIQ..... | 28 |
| 3. Procedimento..... | 29 |
| 3.1 Procedimento Estatístico..... | 30 |
| Resultados..... | 31 |
| Discussão..... | 44 |
| Referências Bibliográficas..... | 51 |
| Anexos..... | 58 |
| Anexo A: Consentimento Informado e Autorização..... | 59 |
| Anexo B: Folha de Rosto do Questionário Preenchido pelos Adolescentes..... | 60 |
| Anexo C: Folha de Rosto do Questionário Preenchido pelas Mães e Pais..... | 61 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Distribuição da Amostra de Adolescentes Segundo a Idade e o Género..... | 24 |
| Tabela 2. Frequência dos Anos de Escolaridade da Amostra de Adolescentes por Género... | 25 |
| Tabela 3. Frequência das Reprovações da Amostra de Adolescentes..... | 25 |
| Tabela 4. Análise de Fidelidade do EADS-21 para os Adolescentes..... | 27 |
| Tabela 5. Análise de Fidelidade do EADS-21 para as Mães..... | 27 |
| Tabela 6. Análise de Fidelidade do EADS-21 para os Pais..... | 27 |
| Tabela 7. Análise de Fidelidade do Inventário dos Comportamentos Autolesivos e para as Funções desses Comportamentos para os Adolescentes..... | 28 |
| Tabela 8. Análise de Fidelidade do Questionário de Ideação Suicida..... | 29 |
| Tabela 9. Tabela de ocorrência se já fez mal a si próprio intencionalmente..... | 31 |
| Tabela 10. Tabela de frequência se fez mal a si mesmo intencionalmente referente ao sexo..... | 32 |
| Tabela 11. Tabela de frequência dos Tipos de Comportamentos Autolesivos realizados..... | 32 |
| Tabela 12. Tabela de ocorrência se já fez mal a si próprio intencionalmente de acordo com o sexo..... | 33 |
| Tabela 13. Tabela de frequência da Idade em que ocorreu o primeiro Comportamento Autolesivo..... | 33 |
| Tabela 14. Tabela de frequência de onde os adolescentes vão buscar a ideia para a realização destes comportamentos..... | 34 |
| Tabela 15. Tabela de frequência onde os adolescentes realizam este tipo de comportamentos..... | 34 |
| Tabela 16. Tabela de frequência do intervalo entre o pensamento e a prática de comportamentos autolesivos..... | 35 |
| Tabela 17. Tabela de frequência acerca da ausência ou presença do outro na prática de comportamentos autolesivos..... | 35 |
| Tabela 18. Tabela de ideação suicida na amostra dos adolescentes..... | 36 |

| | |
|---|----|
| Tabela 19. Tabela de frequência da Tentativa de Suicídio Própria dos pais..... | 36 |
| Tabela 20. Tabela de frequência acerca do pensamento em por fim à própria vida..... | 36 |
| Tabela 21. Tabela acerca de suicídios conhecidos na família dos pais..... | 37 |
| Tabela 22. Tabela acerca da Tentativa de Suicídios conhecidos dos pais..... | 37 |
| Tabela 23. Correlação de Pearson entre a Sintomatologia de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes (CAL e IS)..... | 38 |
| Tabela 24. ANOVA Two-Way para a Ansiedade nos Adolescentes em Função dos CAL e do Sexo..... | 39 |
| Tabela 25. ANOVA Two-Way para a Depressão nos Adolescentes em Função dos CAL e Sexo..... | 39 |
| Tabela 26. ANOVA Two-Way para o Stress nos Adolescentes em Função dos CAL e do Sexo..... | 40 |
| Tabela 27. Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e as Funções Interpessoais e a Frequência dos Comportamentos Autolesivos (CAL)..... | 41 |
| Tabela 28. ANOVA One-Way para a Ansiedade entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)..... | 41 |
| Tabela 29. ANOVA One-Way para a Depressão entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)..... | 42 |
| Tabela 30. ANOVA One-Way para o Stress entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)..... | 42 |
| Tabela 31. Teste Post Hoc de Tukey para a Ansiedade entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)..... | 43 |
| Tabela 32. Teste Post Hoc de Tukey para a Depressão entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)..... | 43 |
| Tabela 33. Teste Post Hoc de Tukey para o Stress entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)..... | 43 |

Introdução

O período da adolescência faz parte do desenvolvimento humano onde o jovem já não é considerado uma criança mas também ainda não atingiu a fase adulta. É crucial neste período que o sujeito desenvolva várias capacidades fundamentais para se transformar num adulto. É nesta fase que uma adolescência normal se pode reverter em patológica, o que por vezes leva a comportamentos arriscados para a vida do indivíduo (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000; Guerreiro & Sampaio, 2013).

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013) os atos suicidas dizem respeito às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado. Os comportamentos autolesivos (CAL) referem-se a atos autolesivos intencionais mas podem ser comportamentos com ausência de intencionalidade suicida (Carvalho, Peixoto, Saraiva, Sampaio, Amaro, Santos, Santos, & Santos, 2013; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). Os CAL e os atos suicidas são comportamentos de risco que devem merecer a devida preocupação e atenção, pois estes demonstram ser a segunda maior causa de morte na adolescência (Sampaio et al., 2000). Quando o adolescente passa por uma adolescência patológica, os CAL surgem acompanhados por um mau estar psicológico, que por sua vez pode conduzir o sujeito aos pensamentos suicidas. Esses pensamentos caracterizam a ideação suicida (IS). Assim os CAL e a IS tornam-se um problema de saúde pública em Portugal, e por isso é pertinente investigarem-se os fatores de risco e de proteção para estas duas variáveis (Guerreiro & Sampaio, 2013; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

São evidenciados alguns dos fatores de proteção e de risco no que respeita aos CAL e aos atos suicidas. A ADS são apontados pela literatura como um fator de risco para estes comportamentos suicidários e autolesivos. É crucial prevenir e adotar novas estratégias para combater esta problemática (Carvalho et al., 2013; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). Este fenómeno necessita de ser explorado continuamente para que os profissionais de saúde possam ser capazes de intervir e detetar antecipadamente estas situações que colocam os jovens em risco e caso seja necessário serem devidamente encaminhados (Reis, Figueira, Ramiro & Matos, 2012, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013). Primeiramente será exposta a revisão de literatura referente aos temas expostos anteriormente que sustentam o objetivo do presente estudo. De seguida será apresentado o objetivo da investigação e as hipóteses. Seguidamente uma descrição da amostra, dos instrumentos e procedimentos utilizados. Em última análise serão apresentados os resultados e concernente discussão dos mesmos.

1. O Modelo Sistémico

*“Família é contexto natural para crescer.
Família é complexidade.
Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afetivos.
Família gera amor, gera sofrimento.
A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se.”*
(Relvas, 2004, p.1)

Na perspectiva de Gameiro (1993), a família é tida como uma rede complexa de emoções e relações que não são passíveis de ser pensadas como instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados. Gameiro (1993) afirma que “... a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”. Na perspectiva sistémica e na aceção de Sampaio e Gameiro (1985), a família é considerada um sistema aberto, onde um grupo de elementos estão ligados por um conjunto de relações, em contínua e permanente transformação, para que se possa adaptar e sobreviver às diferentes exigências internas e externas que vai enfrentando ao longo do seu processo de desenvolvimento. A família é pois um sistema entre outros sistemas com os quais interage. Também o sistema familiar pode integrar outros subsistemas, como por exemplo o sistema conjugal, parental e fraternal. Por outro lado, a família não é uma entidade estática, mas está antes em processo de mudança constante, tal como o próprio contexto social em que está inserida (Relvas, 1996).

Considerada como “qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo (...) e destino comum” (Alarcão, 2000) ou como o “conjunto de elementos ligados por relações, em contínua relação com o exterior [e] que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido por de estádios de evolução diversificada” (Sampaio & Gameiro, 1985), a família é geralmente considerada como o lugar privilegiado da elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação e, assim, enquadramento relacional fundamental ao desenvolvimento. Face à diversidade de configurações familiares, a definição sistémica de família remete para duas funções cruciais ao seu desenvolvimento e ao crescimento salutar dos membros, as *funções interna e externa*, responsáveis respectivamente, pela proteção e autonomia dos elementos e pela integração social e cultural, mediadas pelo sentimento de pertença. É no *subsistema parental* que estão postas as funções executivas no sentido da educação e da protecção. Segundo Alarcão (2000), “é a partir das interações pais-filhos que as crianças aprendem o sentido da autoridade, a forma de negociar e de lidar com o conflito no contexto da relação vertical. É também no contexto desta interação que se

desenvolve o sentido de filiação e de pertença familiar” (p.53). E é no cotidiano de cada família que existe um cruzamento das regras universais da sua organização, com herança e expectativas específicas, onde se vão definindo os papéis, afinando os modelos de relação e reescrevendo as identidades pessoais (Alarcão & Gaspar, 2007).

Este processo de construção dinâmico, marcado por ensaios e negociações, mais ou menos explícitos, exige a coerência e a previsibilidade que garantam a estabilidade necessária em cada etapa desenvolvimental, para se enfrentar as mudanças que o crescimento individual e familiar implicam. A flexibilidade dos sistemas surge como a capacidade para lidar com uma necessidade de mudança ou transformação, sem que a coerência sistêmica seja colocada em questão. Pelo contrário, a *imprevisibilidade*, tida como a falta de consistência dos padrões de comportamento e dos sistemas de regulação familiar, dificulta a construção das regras de interação e ainda perturba o equilíbrio necessário à transformação (Alarcão & Gaspar, 2007). De acordo com Ross e Hill (2000, cit. Alarcão & Gaspar, 2007) a imprevisibilidade ocorre quando os elementos da família não são capazes de, ou não querem, cumprir consistentemente com as suas responsabilidades, tais como cuidar (dar afeto e alimento).

A imprevisibilidade também ocorre quando falham os sistemas de regulação ou os mecanismos de manutenção das expectativas (a violação das regras não é punida). Os pais, ou os seus substitutos, são os elementos chave do caos ou da instabilidade familiares. Este caos diz respeito à desordem e à inconsistência que dificultam a criação de qualquer nova ordem (Ross e Hill, 2000, cit. Alarcão & Gaspar, 2007). É hoje consensual afirmar-se, quando se reporta às estratégias educativas parentais, que o estilo democrático ou *autorizado* (Baumrind, 1996), marcado pela definição de regras claras de comportamento e respeito pela autonomia e independência dos filhos, está não só associado a pais exigentes e responsivos, como permite o desenvolvimento da criança, associando-se, por isso, a maior competência social. Pelo contrário, um estilo permissivo, em que o controlo é precário e as regras frágeis, ou um estilo indulgente ou não envolvido, em que pode haver pouca coercividade e responsividade, estão associados a menor responsabilidade/assertividade social e a maior dependência (Baumrind, 1996).

A *imprevisibilidade familiar* e a *inconsistência disciplinar* têm sido associadas a um maior risco de comportamento anti-social, assim como de problemas de comportamento e de ajustamento social e escolar (Ross & Hill, 2000, cit. Alarcão & Gaspar, 2007).

Ross e Hill (2000, cit. Alarcão & Gaspar, 2007) verificaram ainda que a percepção da consistência parental ao nível das atitudes e regras avaliada por adolescentes de 13 anos está correlacionada com a sua saúde psicológica aos 50 anos, o que é consonante com a afirmação

de Ross e Hill (2000, cit. Alarcão & Gaspar, 2007), de que a percepção de controlo sobre o meio tem repercussões claras, em termos físicos e mentais. Estes autores observaram que os níveis mais elevados de imprevisibilidade estavam presentes em famílias com menos rotinas e envolvimento afetivo, confusão de papéis, fraca capacidade de *coping*, dificuldades de comunicação, respostas afetivas e disciplinares inconsistentes e desentendimento parental, estando a *imprevisibilidade familiar* associada a um funcionamento individual menos saudável, tanto por parte dos filhos, com maior predisposição a problemas emocionais, de comportamento e de atenção, referidos pelos progenitores, como por parte dos pais, que revelaram uma auto-percepção de níveis mais elevados de depressão e ansiedade (Ross e Hill, 2000, cit. Alarcão & Gaspar, 2007).

2. A Adolescência

Se pretendermos definir o conceito de adolescência e o seu período de duração verificamos que não é uma designação estática e, por isso, varia mediante os autores e os contextos históricos socioculturais. Torna-se difícil delimitar um início e um fim desta fase do desenvolvimento, tal dificuldade prende-se com o meio em que está inserido o indivíduo, isto é, os diversos contextos em que o sujeito contacta e se relaciona irão promover e influenciar a sua heterogeneidade. Sendo evidente que cada jovem tem uma experiência de vida diferenciada e única, é de fácil entendimento que todos os jovens são diferentes e, por isso, torna-se difícil estabelecer um padrão universal no que respeita ao período de duração da adolescência (Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013). A Organização Mundial de Saúde define adolescência como (cit. por Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010) “... o período da vida que compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos”. Também Mesquita, Ribeiro, Mendonça e Maia (2011), descrevem esta etapa do desenvolvimento como um “... período de transição entre a infância e a idade adulta, está associada a mudanças a nível físico, psicológico, social e cognitivo.” Segundo estes autores, neste período é natural emergirem diversas alterações a vários níveis. Laufer (2000), afirma que o período da adolescência inicia-se entre os 12 e os 14 anos e termina aos 21 anos de idade.

Segundo Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência faz parte de uma etapa do desenvolvimento do indivíduo, que é marcada por importantes mudanças, quer fisiológicas, quer psicossociais, relevantes para o desenvolvimento e o amadurecimento do jovem. É esperado que o sujeito se consiga tornar um adulto autónomo, independente e com uma

identidade bem delimitada. Para que tal crescimento ocorra é necessário que o jovem explore e se adapte, de modo ajustado, ao meio, ainda assim, é fulcral que o indivíduo possua no seu interior um bom objeto interno. Este bom objeto irá traduzir o quão amado e investido está o sujeito, de modo a conseguir arriscar e viver com confiança o que o meio lhe proporcionar. Por conseguinte, o indivíduo só conseguirá amar os outros e transformar-se se tiver um bom objeto dentro de si, bem como sentir-se seguro através dos laços afetivos que estabeleceu com as suas figuras cuidadoras. Os autores Cruz et al., (2013), acrescentam que quando o processo de exploração ao meio e de adaptação não emergem de modo adequado, por conseguinte este pode provocar percursos do desenvolvimento desajustados, como são exemplo os comportamentos de risco.

Na construção de uma identidade bem definida, o jovem enfrenta momentos de maior fragilidade que são naturais nesta fase do desenvolvimento, onde surge uma testagem das suas capacidades face a um problema (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). Sampaio et al., (2000), dão relevância a duas tarefas importantes do desenvolvimento – a autonomização e a construção da sua identidade – para que estas duas tarefas sejam cumpridas é necessário que se construa uma elevada independência e envolvimento afetivo dos jovens em relação aos pais para que esta etapa do desenvolvimento se dê harmoniosamente.

Na adolescência, surge uma alteração ao nível do pensamento dos indivíduos – onde estes elaboram vários tipos de questionamento acerca de si próprios, sobre o meio envolvente e até mesmo a diferenciarem as suas ideias e pareceres da dos outros - tal evidência revela um pensamento mais elaborado por parte dos jovens (Bradley, 2003).

Os investigadores Schoeppe e Havighurst (1952) explanam três fatores primários no que respeitam às tarefas de desenvolvimento, são eles: I) Fator de base afetiva (que está relacionado com o alcance da independência do jovem e o bom relacionamento com os jovens da mesma idade); II) Fator de base intelectual (que são as tarefas direcionadas para o desenvolvimento da consciência e moralidade e por outro lado o desenvolvimento das capacidades intelectuais); III Fator de base biológica (as tarefas direcionadas à aprendizagem do papel sexual adaptado/ajustado). Tendo em conta o ajustamento dos diferentes papéis do jovem, será da responsabilidade dos pais trabalhar a questão dos papéis, de modo a ajustarem e reinventarem um novo papel no meio familiar, como no mundo externo, para o seu filho desenvolver. Esta nova adaptação poderá causar conflitos conjugais no casal devido à intensa

reorganização que esta definição de papéis implica na estrutura familiar (Pinto, 2010; Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014).

Também é típico da adolescência, segundo Erikson (1972), a identificação do adolescente a um grupo de pares, isto é, um grupo em que este se assemelhe às características dos outros jovens, por exemplo jovens com os mesmo interesses, o modo de vestir e os seus objetivos. Esta identificação permite ao jovem projetar-se no outro, que por sua vez facilita uma leitura mais notória de si mesmo. Erikson (1972) afirma que a projeção no outro revela a defesa do adolescente contra a perda de identidade presente nesta fase da adolescência. É interessante observarem-se as diferenças existentes entre ambos os géneros em relação às expectativas a um grupo, em que as raparigas revelam preferir a relação de confiança (quer seja pela partilha de informação ou questões íntimas), enquanto os rapazes preferem ter um apoio na resolução de problemas, mais concretamente com as figuras de autoridade (Cole & Cole, 2004).

Nesta fase do desenvolvimento, surgem diversas obrigações e novas responsabilidades para o jovem, abrangendo todos os contextos da sua vida. Para o jovem conseguir dar uma resposta ajustada a tais responsabilidades e obrigações é necessário haver uma boa articulação entre os diferentes contextos (por exemplo: meio escolar com meio familiar). Assim o jovem tornar-se-á maduro e autónomo (Rodrigues & Machado, 2002). De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência patológica caracteriza-se pela ausência de esperança e a incapacidade para se lidar com as emoções, constituir um sentido de pertença e manter um sentimento interior de bem-estar. Os autores acrescentam que nesta fase do desenvolvimento são frequentes os comportamentos de risco, como sejam o tabagismo, o consumo de substâncias/drogas/álcool, as relações sexuais não protegidas, entre outros. Este tipo de comportamento deverá então ser analisado no que respeita à sua intensidade, repetição e seguimento. No entanto, como sabemos faz parte de uma adolescência normal os jovens correrem alguns riscos.

Fazemos aqui uma breve abordagem deste período crucial da vida de um adolescente, porém e dado o tema deste trabalho, iremos explorar mais aprofundadamente no decorrer deste enquadramento teórico, mais à frente, os comportamentos autolesivos e os atos suicidas relacionados com a adolescência.

3. Ansiedade, Depressão e Stress (ADS)

A adolescência é a fase da vida de um jovem onde acarreta um período de transformações e mudanças. Devido a esse período de transformação, o adolescente tem de enfrentar novos desafios e fazer grandes adaptações durante o seu desenvolvimento. Ao longo desse processo o jovem tem de enfrentar novas realidades por que ainda não teria passado. É comum nesta fase que o adolescente se sinta ansioso e que seja difícil para si reajustar-se a essa nova etapa da sua vida (Batista & Oliveira, 2005).

De acordo com May (1980), o autor define ansiedade como uma relação de conflito, impotência que existe entre a pessoa e o ambiente ameaçador, bem como os processos neurofisiológicos que decorrem dessa relação. A ansiedade pode ser caracterizada por um desconforto que surge pela percepção antecipada de perigo, isto é, algo estranho e desconhecido. Esta cria no sujeito um sentimento de medo, desconfortante e apreensivo (Swedo, Leonard & Allen, 1994). Para os autores Andrade e Gorenstein, (1998) definem ansiedade como um acontecimento normal do desenvolvimento do ser humano, determinado como um estado emocional com componentes psicológicas e fisiológicas. Ainda assim, acrescentam que a ansiedade torna-se patológica quando é manifestada de forma exagerada e sem qualquer situação real ameaçadora que a desencadeie.

A ansiedade patológica é definida como sendo desproporcionada a um dado acontecimento real quando emerge de forma exagerada e desajustada, interferindo assim na qualidade de vida da pessoa, bem como no conforto emocional ou no desempenho de atividades no dia a dia da pessoa (Swedo, Leonard & Allen, 1994). Batista e Oliveira (2005), investigaram os sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes e concluíram que as raparigas tendem a ter mais sintomas ansiosos como ter medo de não conseguirem acabar o curso, ter medo de enfrentarem os seus medos, pensarem que vão fazer as coisas erradamente entre outros. Em relação aos rapazes tendem a ter mais sintomas ansiosos como ter medo de sofrer um acidente, irritabilidade fácil com os colegas, sentem-se nervosos quando realizam uma avaliação.

Os investigadores Lovibond e Lovibond (1995), definem depressão como a perda de auto-estima e de motivação, e está relacionada com a percepção que os indivíduos têm em atingir determinados objetivos significativos na sua vida, sendo estes percecionados como inatingíveis. O termo de depressão também pode ser definido como um distúrbio do afeto ou humor e pode ser classificado e diagnosticado de acordo com o número, gravidade e

durabilidade dos sintomas (Mesquita et al, 2011). No cotidiano é comum os indivíduos utilizarem o termo para designar um estado afetivo normal (i.e. tristeza), como um sintoma ou uma doença.

Atualmente, é comum nos adolescentes serem diagnosticadas patologias psiquiátricas, relacionadas com perturbações de ansiedade e depressão (Moran, Coffey, Romaniuk, Olsson, Borschmann, Carlin & Patton, (2012). 4% dos jovens entre os 12 e os 17 anos e 9% com idades a partir dos 18 anos manifestam sintomas de depressão, dados relatados da OMS (Bergen, Hawton, Waters, Ness, Cooper, Steeg & Kapur, 2012). Jovens até aos 16 anos de idade terão tido pelo menos uma perturbação ansiosa (aproximadamente 10 % dos jovens), o que revela uma prevalência mais acentuada deste tipo de perturbação major (Mora et al., 2012; Bergen et al., 2012). Episódios depressivos na adolescência são fortemente alarmantes, sendo o comportamento suicidário o mais violento. Estudos relatam que as adolescentes depressivas tendem a ser menos populares entre os seus pares no contexto escolar ou social e por isso têm amizades de curta duração e podem até mesmo experienciar um segundo episódio depressivo durante a adolescência o que constitui um risco elevado (Puig-Antich, Kaufman, Ryan, et al., 1993; Dalley, Bolocofsky, Alcorn & Baker, 1992).

De acordo com Rice e Leffert (1997) os sintomas evidenciados de depressão na adolescência são: profunda tristeza, baixa auto-estima, baixa concentração, desvalorização pessoal, sentem-se socialmente desintegrados, não se sentem amados, mostram-se desmotivados e têm dificuldade em fazer um projeto de vida. Comparativamente com os adultos, os adolescentes deprimidos evidenciam um decurso com maior variabilidade, mostrando assim dificuldades ao nível interpessoal, tendência para se refugiarem na comida e um elevado risco de ideação suicida (Rice & Leffert, 1997). Além das características referidas anteriormente, são também notadas pelos adolescentes com depressão um baixo rendimento escolar, dificuldades de concentração nas aprendizagens, queixas somáticas (i.e. dor de cabeça, estômago), nervosismo e comportamentos de adição de substâncias (Rice & Leffert, 1997).

As situações ambientais podem provocar stress e são agrupadas em: acontecimentos vitais (life-events), acontecimentos diários menores e situações de tensão crónica. Os chamados life-events foram estudados pela primeira vez por Holmes e Rahe em 1967. Na literatura os life-events têm sido intitulados como eventos de vida stressantes, eventos de

stress, eventos de vida negativos ou acontecimentos vitais (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Podemos classificar os eventos de vida stressantes em dependentes e independentes. Os dependentes tal como o nome ilustra, dependem da participação do sujeito, ou seja, dependem do modo como o indivíduo se coloca nas relações interpessoais, como este se relaciona com o meio, e onde o seu comportamento provocará situações desfavoráveis para si próprio. Os independentes não dependem da participação do indivíduo, ou seja, são acontecimentos como por exemplo o nascimento de um filho, a morte de um familiar, a saída de um filho de casa como parte do ciclo de vida do desenvolvimento (Margis et al., 2003).

É importante fazer-se a distinção entre evento traumático e evento de vida stressante. O primeiro implica que o indivíduo seja exposto a consequências psíquicas por um longo período de tempo, mesmo depois do seu afastamento. O evento traumático grave integra aspetos relacionados ao comprometimento da integridade física da própria pessoa ou de outro (Margis et al., 2003). Se relacionarmos este conceito com a adolescência, podemos pensar nas diversas situações geradoras de stress por que os jovens enfrentam no seu dia-a-dia, onde têm de se reajustar, não sendo situações fáceis para os próprios estes poderão ser conduzidos aos comportamentos autolesivos e até mesmo os atos suicidas. Os eventos de vida stressantes dão origem a efeitos psicológicos expressos através de sintomas e desadaptações (Margis et al., 2003). Os sintomas relacionados com o stress podem ser: I) Sintomas físicos (i.e. tensão muscular, cansaço, dor de cabeça etc.), II) Sintomas emocionais (i.e. raiva, ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, etc.) e III) Sintomas cognitivos (i.e. pensamentos repetitivos, pensamentos indesejáveis, dificuldade de concentração, etc.) (Baloglu, 2003).

Os acontecimentos diários menores e as situações de tensão crónica também são elementos geradores de respostas de stress. Os acontecimentos diários menores podem ser vivenciados através de situações do dia-a-dia, como é exemplo a realização de um teste, perder coisas, esperar em filas, ouvir o som do despertador ou o barulho provocado por vizinhos. Por último as situações de tensão crónica são aquelas em que geram stress a longo prazo e de forma intensa, por exemplo um relacionamento conjugal perturbado com agressões verbais e físicas (Margis et al., 2003).

A literatura tem revelado o interesse em investigar-se conceitos como a ansiedade, depressão e o stress relacionando-os com os comportamentos autolesivos e os atos suicidas, uma vez que este demonstram ter um forte impacto neste tipo de condutas. Está comprovado

pela literatura que indivíduos que se agredem propositadamente, apresentam maior psicopatologia geral (i.e. ansiedade, depressão, impulsividade, etc.) (Hawton & Harriss, 2007; Fortune, Stewar, Yadave Hawton, 2007). No entanto, podemos verificar que este tipo de diagnóstico relacionado com perturbações ansiosas e depressivas são uma forte ameaça para os CAL e o suicídio (Madge, Hawton, McMahon, Corcoran, Leo & Wilde 2011; Moran et al. 2012; Haw, Hawton, Houston e Townsend, 2001).

O estudo “*Self-harm in adolescents: a self-report survey in schools from Lisbon, Portugal*” teve como objetivo principal determinar a prevalência dos CAL, bem como fatores psicossociais numa amostra de adolescentes portugueses. Este estudo focou-se essencialmente em três aspetos importantes, sendo eles: a epidemiologia dos CAL nos adolescentes, a caracterização destes comportamentos e realizaram uma associação com sintomas ansiosos e depressivos. A amostra continha 1713 alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos de idade, onde lhes foi pedido o preenchimento de um questionário anónimo. Os investigadores verificaram que a ansiedade e a depressão presente nos jovens estão fortemente ligados aos CAL. O estudo alerta que os CAL foram mais presenciados nas raparigas. Em conclusão este artigo revela que os CAL são um problema de saúde pública em Portugal (Guerreiro et al. 2015).

O estudo de Azevedo e Matos (2014), procurou avaliar a presença de ideação suicida em adolescentes da população geral (em Portugal) e analisar a relação entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva nos jovens. Para isso utilizaram como instrumento o questionário de ideação suicida validado para a população portuguesa (por Ferreira & Castela, 1999), bem como o inventário de depressão para crianças validado por Marujo 1994 em Portugal. A amostra do estudo incluiu 233 adolescentes (sendo 86 do sexo masculino e 147 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade. Os resultados do estudo apontam que 26 adolescentes apresentaram ideação suicida dos quais 76,9% eram do género feminino. Os resultados acrescentam ainda que a ideação suicida correlaciona-se significativamente com a sintomatologia depressiva. Os resultados sustentam a hipótese de uma relação entre ideação suicida e sintomatologia depressiva. Os investigadores alertam para a presença de ideação suicida nos adolescentes portugueses da população geral.

4. Comportamentos Autolesivos (CAL)

“Os comportamentos autolesivos sem intenção suicida na adolescência surgem como um modo de expressão do corpo, pelo corpo e que devem ser “descodificados”
(Jorge, Queirós & Saraiva, 2015).

Podemos encontrar na literatura variadas denominações para o conceito de comportamentos autolesivos (CAL), no entanto a falta de consenso entre os investigadores e os clínicos tem lesado o entendimento deste fenómeno. É relevante que a comunidade científica utilize de forma clara e consistente a designação dos termos para que assim se possa aperfeiçoar os inúmeros estudos acerca desta temática. É importante mencionar que tanto o suicídio como os comportamentos autolesivos (CAL) estão indissociavelmente ligados, e, por isso a enorme dificuldade de abordarmos os conceitos separadamente.

Denominações como, automutilação (“self-mutilation”), autoagressão deliberada (“deliberate self-harm”), comportamentos suicidários ou parassuicidários (“parasuicide behavior”), autoagressão (“self-harm”), comportamento autodestrutivo (“autodestructive behavior”) ou violência autodirigida (“Self-directed violence”), são também nomenclaturas utilizadas pelos investigadores referentes aos comportamentos autolesivos (CAL) e ao suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013; Nock, 2010; Barbedo, & Matos, 2009). Esta pluralidade de termos, poderá ser causada pelas diferentes conceptualizações de cada cultura.

No entanto neste trabalho usaremos o conceito CAL. Como podemos dar conta, não existe consenso na literatura no que respeita à definição dos CAL, especificamente à sua intencionalidade (ou não) suicidária, por isso diferenciam-se na literatura dois grandes grupos anglo-saxónicos, são eles: I) Deliberate self-harm (i.e. este campo não diferencia se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio abrangendo todas as formas de autolesão, - p.ex. cortes na superfície corporal – reconhece as dificuldades de medição da intencionalidade mas evita a questão) e o II) Non Suicidal self-injury (i.e. menciona apenas a destruição do tecido corporal do jovem na ausência da intencionalidade de morrer, incluindo apenas cortes - “self-cutting”- e comportamentos relacionados, p.ex. queimaduras, etc.) (Skegg, 2005; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd, Prinstein, 2006).

Em todas as nomenclaturas existem quatro conceitos básicos: o método, o resultado, a letalidade e a intencionalidade (Ougrin & Zundel, 2010). O método diz respeito ao modo que o indivíduo utiliza para se auto-lesar (i.e. queimaduras corporais, cortes, sobredosagem, etc.). Aparentemente o método parece ser de fácil medição, no entanto constata-se ao nível epidemiológico que pode ser de difícil medição, visto que os estudos são de auto-relato na maioria das vezes (Nock, 2010). O resultado refere-se tal como o nome indica à finalidade do comportamento, que poderá ser a morte (acidental ou suicídio), bem como a sobrevivência com ou sem lesões (de Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, 2006). A letalidade está interligada com o elevado risco de morte relacionado ao método usado (Ougrin & Zundel, 2010). São considerados métodos de alta letalidade (i.e. armas de fogo, precipitação de alturas ou enforcamentos) e baixa letalidade (automutilações ou algumas sobredosagens). O conceito de letalidade abrange a letalidade objetiva (i.e. avaliada por um médico) e a letalidade subjetiva (avaliada pelo próprio indivíduo). Esta dimensão é importante porque 50% das pessoas com este tipo de comportamento avaliam incorretamente a letalidade do método (Brown, Henriques, Sosdjan, 2004). Por último a intencionalidade, é provavelmente o termo mais controverso por causar desacordo entre os investigadores. Este conceito pode ser definido como a firmeza para agir de forma a atingir um objetivo (i.e. uma pessoa suicidar-se). É difícil de operacionalizar.

Como atrás se refere, o Plano Nacional de Suicídio em Portugal elegeu a seguinte nomenclatura: comportamentos autolesivos e atos suicidas (Carvalho et al, 2013).

Actualmente em Portugal, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio define os CAL como *“Comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objetos não ingeríveis, (p. ex. lixívia, detergente, lâminas ou pregos)”* (Carvalho et al. 2013). Na presente investigação irá adotar-se esta definição de trabalho para os CAL.

Os investigadores Madge, et al. (2008), realizaram um estudo em sete países europeus cuja amostra tinha mais de 30.000 adolescentes em contexto escolar, definiram os CAL do seguinte modo: *“comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões*

ao próprio (p.ex. cortar-se, saltar de alturas); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância de recreio, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível". Esta definição não emprega o termo de intencionalidade suicida mas sim o de intencionalidade de se magoar ou ferir-se a si próprio, abrangendo por um lado a tentativa de suicídio e por outro os CAL sem intencionalidade suicida.

O estudo "*How Much detail needs to be elucidated in self-harm research?*" atestou que a percepção dos adolescentes em relação aos CAL são concordantes com a definição anteriormente explicitada. Dada a controvérsia da definição do conceito CAL, a investigação intitulada por "*Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão de literatura com foco na investigação em língua portuguesa*", teve como principal objectivo rever os conceitos atuais, a epidemiologia e a clínica dos CAL, os investigadores apontam que existe um claro problema de saúde pública, pois os estudos encontrados revelam altas prevalências em amostras comunitárias e clínicas (Guerreiro & Sampaio, 2013). Os investigadores ainda alertam para a necessidade de estudos realizados nesta área para assim existir um contributo e um avanço científico, bem como uma clarificação do conceito.

A literatura tem revelado elevadas taxas dos comportamentos autolesivos na fase da adolescência, porém os diferentes modelos teóricos não diferenciam a adolescência da idade adulta (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; cit por Jorge, Queirós & Saraiva, 2015).

Se nos focarmos nos conceitos de adolescência e nos CAL, entendemos que quando um adolescente não tem recursos internos seguros e bem consolidados poderá cair numa adolescência patológica. Os comportamentos autolesivos são ilustrativos disso mesmo, ou seja, podemos afirmar que adolescentes com este tipo de comportamentos estão inseridos numa adolescência patológica (Guerreiro & Sampaio, 2013). As adolescências patológicas são caracterizadas pela falta de motivação, esperança e incapacidade para gerir as emoções, conter um sentido de pertença (p. ex. ao grupo da escola) e essencialmente conservar dentro de si um sentimento de plenitude, bem-estar (Sampaio, 2007). Quando estamos perante um caso desta dimensão, não devemos ignorar tal evidência, pois normalmente o jovem experiencia um intenso sofrimento e mau estar interior. É de salientar que vários estudos realizados com jovens portugueses afirmam que os CAL nos adolescentes estão fortemente interligados a um grande insucesso ao nível individual, familiar, e social. Estes jovens revelam esse fracasso por consequência de várias tentativas desesperadas de uma alteração de uma situação perturbadora e insubsistente (Sampaio, 1991). Os estudos evidenciam que 10%

dos adolescentes apresentam CAL, no mínimo uma vez ao longo da vida, sendo mais comum no sexo feminino (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). Independentemente da sua intencionalidade face à morte, antecedentes de CAL são um elevado fator de risco de suicídio (Hawton & Harriss, 2007), sendo potencialmente identificados em até 40% dos suicídios consumados (Cavanagh, Carson, Sharpe, Lawrie, 2003). Dados os elevados riscos para este tipo de população, tornou-se uma prioridade tanto na Europa como em Portugal, a prevenção e investigação destes comportamentos (Wahlbeck & Makinen, 2008; Carvalho et al. 2013).

5. As Funções dos Comportamentos Autolesivos

Está demonstrado na literatura de que os CAL desempenham diversas funções e estão ao serviço de diferentes finalidades em diferentes fases da vida e em pessoas diferentes (Suyemoto, 1998; Klonsky, 2007; cit por Jorge, Queirós & Saraiva, 2015). Existem diferentes modelos explicativos para a compreensão dos CAL (Nock, 2010).

Os CAL sem intenção suicida, têm seis modelos explicativos diferentes: modelo ambiental, modelo de regulação emocional, modelo anti-dissociativo, modelo sexual, modelo anti suicídio e modelo interpessoal (Suyemoto, 1998; cit por Jorge, Queirós & Saraiva, 2015).

De acordo com Nock (2010), existem dois grandes grupos de funções, são elas: as intrapessoais e as interpessoais. As funções intrapessoais dizem respeito à regulação afetiva ou ao modo que o indivíduo lida com as experiências emocionais negativa. As funções interpessoais ou denominadas sociais dizem respeito a influências interpessoais e questões de autonomia. O investigador faz referência também ao tipo de reforço destes comportamentos, havendo a possibilidade de serem reforçados positivamente ou negativamente.

O reforço negativo intrapessoal diz respeito ao termino da tensão como por exemplo o jovem sentir-se aliviado por “descarregar” essa tensão ou diminuir sentimentos de raiva. O reforço positivo intrapessoal está associado ao aumento de tensão do jovem, ou seja o adolescente pode sentir-se satisfeito ao estar-se a castigar, o que pode levar a uma motivação do comportamento, isto é, um aumento dos pensamentos. O reforço negativo interpessoal está associado à diminuição do comportamento num contexto social, por exemplo a família não se agredir. O reforço positivo interpessoal diz respeito a um acontecimento socialmente desejável como pode ser exemplo, a atenção e o suporte.

O investigador Klonsky (2009) refere treze funções para os CAL sendo elas: a regulação afetiva, a antidissociação, o antissuicídio, os limites interpessoais, a influência interpessoal, a autopunição, a procura de sensações, a sinalização de angústia, a autonomia, a criação de laços em pares, o autocuidado, a vingança e a resistência. Os adolescentes com esta prática, podem mencionar mais do que uma razão para o seu ato e podem mencionar outras funções que poderão variar com o decorrer do tempo (Lewis & Arbuthnott, 2012; cit por Nock, 2010).

A regulação afetiva é anunciada pela literatura como a principal razão para os CAL e a autopunição emerge como sendo a segunda (Klonsky, 2011). É interessante verificar que os modelos teóricos explicativos acerca dos CAL, referem que apesar das consequências negativas destes atos nas pessoas, encontram-se reforçados de diferentes formas, e que, quando os resultados desses atos superam essas consequências, os CAL mantêm-se (Nock, 2010).

O estudo intitulado por “Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência”, teve como objetivo conhecer os significados e funções subjacentes aos CAL numa amostra clínica de adolescentes. Participaram 25 adolescentes recrutados na consulta externa do Serviço de Adolescência do Departamento de Psiquiatria da infância e da adolescência do Centro Hospitalar do Porto. Os resultados revelaram a existência de funções intrapsíquicas e interpessoais, estando os comportamentos ao serviço de mais do que uma função, na maioria dos casos. Os autores revelam que estas funções enquadram-se em diferentes modelos explicativos teóricos, sendo possível identificar o predomínio de funções de alívio da tensão emocional e tentativa de fuga, ambas pertencentes ao modelo de Regulação emocional, e de funções interpessoais, enquadradas no modelo Ambiental. Os investigadores realçam a importância de futuras investigações acerca desta temática para existir uma maior compreensão acerca das funções dos CAL.

6. Atos Suicidas: Ideação Suicida e Suicídio

“A adolescência é assim uma fonte inesgotável de criatividade individual e familiar, um cenário de trocas afetivas intensas onde a vida e a morte surgem constantemente.

É neste quadro complexo que tantas vezes surge a tentativa de suicídio”

(Gammer & Cabié, 1999).

De acordo com Azevedo e Matos (2014) e Guerreiro e Sampaio (2013), o ato suicida é a nível global a segunda causa de morte na adolescência e em Portugal dados recentes da Direção-Geral de Saúde revelam um aumento do número de suicídio nos últimos anos. Novos estudos têm contribuído com dados significativos para o entendimento do comportamento suicida nos jovens adolescentes. Para vários autores o suicídio pode ser definido como: “ ... *todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima saberia dever produzir esse resultado.*” (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Outros investigadores defendem que o ato suicídio está cheio de simbologia, este ato pode ser visto como uma estratégia desesperada de libertação que emerge quando o jovem já não tem mais nenhuma forma de comunicar a tristeza e a solidão que o invadem (Sampaio, 1991). Quando o jovem chegar a este ponto de colocar a sua própria vida em risco (o ato suicida), dever-se-á a um profundo tormento, percepcionado como algo insuportável sem vista a um objetivo de vida. Assim sendo, é relevante alertar os profissionais de saúde para a sua boa prática neste tipo de casos, em que estes deverão ajudar o jovem sempre que possível de modo a facilitar-lhe uma visão motivadora para a continuação da sua vida, evitando que este ponha um fim a ela. Após esta consciencialização por parte dos profissionais é importante existir uma prevenção e identificação precoce deste tipo de comportamentos, pois estes evoluem de modo sequencial, progressivo e repetitivo (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Dada uma perspetiva que gera o comportamento suicida como um espectro comportamental, a ideação suicida poderá ser entendida como estado preliminar de novos comportamentos suicidas de maior severidade e auto penosos (Pfeffer, 1985). Por isso, é importante compreender o conceito de ideação suicida.

Para os investigadores Azevedo e Matos (2014) “*A ideação suicida refere-se a pensamentos acerca de auto-destruição, que incluem a ideia de que a vida não vale apenas ser vivida, bem como planos específicos para lhe por fim.*”. A ideação suicida é uma dimensão

primária na classificação de comportamentos suicidas (Pferffer, 1985), sendo um forte indicador para o risco de suicídio (Reynolds, 1988).

É importante frisar as três categorias existentes dos comportamentos suicidas que se distinguem pelo seu nível de severidade e heterogeneidade, são elas: a *ideação suicida*, a *tentativa de suicídio* e o *suicídio consumado*. A primeira categoria é caracterizada pelos “*pensamentos, ideias, planificação e o vontade de por fim à sua vida*”. É um forte preditor a um futuro suicídio. A tentativa de suicídio (segunda categoria), diz respeito “*a uma autodestruição e com alguma intencionalidade de morrer*”. Por último, temos o suicídio consumado que pode ser designado como “*morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica...*” (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; Guerreiro & Sampaio, 2013).

É importante ter em consideração a existência da ideação suicida que é vulgarmente um sinal de sofrimento emocional grave e antecede-se à tentativa de suicídio e suicídio consumado (Nock et al., 2008). Estudos indicam que as tentativas de suicídio planeadas ou não planeadas, surgem no primeiro ano após o início da ideação suicida (Nock et al., 2008).

De acordo com Ferreira e Castela (1999), é no decorrer da adolescência e na passagem à idade adulta que surge um maior risco de comportamentos suicidas, em que estes incluem a ideação suicida, bem como o planeamento e a tentativa de suicídio. Os autores acrescentam ainda que é crucial a detecção do nível de gravidade da ideação suicida nos jovens, uma vez que esta poderá contribuir significativamente para a deteção pró-activa do jovem em risco de suicídio. Há que ter em conta as consequências nefastas que a ideação suicida trás ao indivíduo, como os distúrbios mentais, problemas comportamentais, baixas estratégias de “*coping*”, baixas relações interpessoais e fraca auto-estima. Deste modo é de crucial importância a elaboração de novas ferramentas para o jovem que permitem uma deteção antecipada dos fatores de risco da ideação suicida (Borges & Werlang, 2006).

Contudo, a passagem do estado das três categorias acima mencionadas (i.e. da ideação suicida para a tentativa de suicídio ou suicídio consumado), emergem com fatores que os favorecem, concretamente os fatores psicossociais como a ansiedade e o desânimo (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; Teruel, Martínez & León, 2014). O investigador Stengel (1980), afirma que o comportamento suicida não resulta apenas da necessidade de causar dano a si próprio mas também a necessidade de se sentir amado e valorizado pelas pessoas que lhe são próximas. Assim, podemos notar que o ato suicida não é apenas um ato individual (devido ao

isolamento), mas também tem um lado interativo e inter-relacional. O investigador Sampaio (1991), verifica que mais de 50% dos indivíduos comunicaram antecipadamente o seu desejo de suicídio aos seus familiares, amigos ou médicos. No presente estudo, a ideação suicida é de primordial interesse, embora estejamos cientes das dificuldades de separar a ideação suicida das restantes categorias (i.e. tentativa de suicídio e suicídio consumado), sabemos que a dificuldade assenta no “silêncio” evidenciado neste tipo de comportamento (Laufer, 2000). Contudo, este tipo de comportamento não deverá ser desvalorizado, pois estão associados outros fatores de risco (Sampaio, 1991).

Na fase da adolescência, os jovens ainda não têm um conhecimento concreto de alguns conceitos, como é o caso da morte. Para o adolescente o conceito de morte não está claro e bem definido. Este tipo de comportamento (os atos suicidas), são sentidos pelo jovem como a última estratégia para por um fim ao sofrimento que este vivencia (Laufer, 2000). Por conseguinte o jovem idealiza o ato suicida, quer isto dizer que quando o adolescente põe em prática a sua decisão, nesse momento a dor sentida dá lugar a um sentimento de “paz infinita”. Por outro lado, o jovem nem sempre tem a certeza de querer morrer e por isso fica na incerteza até ao último minuto, tal fato deve-se aos sentimentos de ambivalência entre o “*desejo de morrer*” e a esperança de “*renascer uma nova pessoa*” (Oliveira, Sampaio & Amâncio, 2001).

O estudo de Sampaio et al. (2000), cujo objetivo foi analisar quais as representações sociais dos adolescentes face ao suicídio, afirma que estas representações são variáveis consoante o género (ser rapaz ou rapariga) a faixa etária, o ano de escolaridade, a região e a presença de ideação suicida nos adolescentes. Os investigadores conseguiram apontar quais os indicadores mais elevados para o suicídio na perspetiva do adolescente, tais foram: a ausência de amigos, a disfunção familiar, o abuso de substâncias e a fuga dos problemas. Os autores acrescentam ainda, que fatores intra-individuais (i.e. problemas de personalidade) e psicossociais (i.e. problemas de integração ao nível social) e biológicos (i.e. doença mental) são fatores relevantes na compreensão dos comportamentos suicidas.

A prevalência de ideação suicida nos adolescentes, são anunciadas na literatura como existir diferenças de género, em que por exemplo os investigadores Hawton et al. (2012) constataram que ao nível global o suicídio é a segunda causa de morte nesta fase do ciclo de vida e sendo nos rapazes a terceira e nas raparigas entre os 15 e os 19 anos é a primeira.

7. Fatores Protetores e Fatores de Risco dos Comportamentos Autolesivos e dos Atos Suicidas

Seguidamente faz-se uma abordagem conjunta no que respeita os fatores de proteção e de risco relativamente aos CAL e aos atos suicidas, visto não existir grande diferença entre eles.

Os fatores de risco são acontecimento de vida, doenças, traços de personalidade, circunstâncias que podem contribuir significativamente para uma pessoa cometer uma tentativa de suicídio ou até mesmo suicidar-se. Os fatores de proteção, ao contrário dos fatores de risco, dizem respeito a características individuais, colectivas e socioculturais, que quando estão presentes e são reforçadas contribuem para a prevenção dos CAL e dos atos suicidas (Carvalho et al. 2013).

Devido à sua complexidade e variedade de comportamentos, tanto os atos suicidas como os CAL devem ser enquadrados numa perspetiva individual, familiar e social (Sampaio, 2002).

Em relação aos CAL temos como fatores de risco: I) Fatores demográficos, Sociais e Educacionais (i.e. idade – este tipo de comportamento ocorre com maior frequência; género – mais frequentes em raparigas; contágio social; baixo nível educacional, etc.); II) Eventos de vida negativas, antecedentes familiares e médicos (i.e. quando o sujeito tem uma estrutura familiar disfuncional; negligência familiar; violência; perdas; abandono escolar, etc.); III) Fatores psiquiátricos e psicológicos (i.e. quando o sujeito apresenta comportamentos autolesivos prévios; doenças psiquiátricas típicas na adolescência como perturbações de humor, ansiedade, comportamentos; impulsividade; abuso de substâncias; agressividade; baixa auto-estima; desesperança, etc.) (Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund, Tutek, Reynolds & Lindenboim, 2006).

No que respeita aos fatores protetores podemos encontrar: I) fatores individuais (i.e. motivação para o seu projecto de vida, noção de valor pessoa, capacidade na resolução de conflitos, etc.); II) fatores familiares (i.e. bom relacionamento familiar, capacidade de apoio e suporte, cuidados parentais mantidos, etc.) e III) fatores sociais (i.e. relacionamento com os pares, clima escolar satisfatório, etc.) (Linehan et al. 2006).

Em relação aos atos suicidas temos como fatores de risco: I) a presença de psicopatologia (concretamente perturbações de humor – borderline, antissocial, perturbações direccionadas aos consumos de substâncias, esquizofrenia e perturbações de personalidade); II) a ideação suicida (caraterizada pelas ideias suicidas); III) o histórico de tentativa de suicídio (níveis

elevados de risco de suicídio); IV) a desesperança e falta de um projeto de vida (incapacidade de solucionar problemas, obstáculos, emerge uma autocrítica acentuada e uma baixa auto-estima); V) os quadros ansiosos e de stress (surtem reações psíquicas intensas em que os indivíduos ficam limitados para lidar com experiências e situações de vida adversas); VI) os acontecimentos de vida negativos (interligados a experiências negativas ou vivências adversas na infância, i.e. separação dos pais, perda de um familiar próximo, etc; que se direcionam a problemas psicológico na fase adulta, especificamente a ideação suicida); VII) Ausência de Suporte Familiar e Social (Fatores como o isolamento social, físico e psicológico são grandes indicadores de risco suicida); VIII) os padrões de vinculação inseguros (quando na primeira infância surgiram vivências traumáticas que contribuíram para o aumento do risco suicida, i.e. vinculações inseguras, cuidados parentais deficitários, etc.); IX) a disponibilidade do método suicida (por norma, decidir-se por fim à vida é um ato elaborado pouco tempo antes de se consumir, frequentemente em jovens devido à sua impulsividade, assim sendo, caso a disponibilidade ao método for facilitada, maior é o risco do adolescente manter e exercer a sua escolha) (Gonçalves et al. 2011).

No que respeita aos fatores protetores dos atos suicidas podemos encontrar: I) estilos cognitivos e características de personalidade (i.e. aptidão para o diálogo com o outro, autoconfiança, competência para pedir ajuda quando necessário); II) modelo familiar (i.e. suporte familiar satisfatório, vinculações seguras); III) fatores culturais e sociais (i.e. relações satisfatórias com os pares, boa integração social, adoção de valores e tradições); IV) fatores ambientais (i.e. alimentação saudável, luz solar, ambiente sem substâncias); V) estratégias de “coping” (i.e. saber gerir o tempo e pressões de stress); VI) prevalências de um projeto de vida consistente e realista (objetivos alcançáveis); VII) satisfação com a vida ; VIII) religiosidade; e boa relação terapêutica (Gonçalves et al. 2011).

Existe um plano denominado por Plano Nacional de Prevenção do Suicídio que será aplicado de 2013 a 2017 (organizado pela Direção- Geral da Saúde e Programa para a Saúde Mental), onde vêm referidos os factores de risco e de protecção (Carvalho et al, 2013). Assim, pode-se verificar semelhanças ao nível individual, sociodemográfico, idade, género e orientação sexual, no que respeita os atos suicidas e aos CAL.

8. Objetivo e Hipóteses do Estudo

Os comportamentos autolesivos e os atos suicidas devem ser investigados de forma mais profunda de modo a existir uma maior compreensão nas práticas dos mesmo pelos adolescentes. Esse conhecimento irá ser crucial no que respeita a uma abordagem preventiva de modo a facilitar o encaminhamento dos jovens em risco (Azevedo & Matos, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013). A sintomatologia da ansiedade, depressão e stress são apontados como fatores de risco para a problemática dos CAL e dos atos suicidas (Carvalho et al. 2013).

No presente estudo, como primeiro objetivo pretende-se analisar de que forma a ansiedade, a depressão e o stress, podem-se relacionar com os comportamentos autolesivos e a ideação suicida nos adolescentes.

Como refere Margis et al. (2003), o stress pode ter um impacto direto na própria pessoa, originando sintomas físicos, emocionais ou cognitivos. A ansiedade e a depressão podem emergir na vida do sujeito através do stress, sendo este um fator prejudicial para a vida da pessoa. Sendo a adolescência uma etapa de mudanças, é importante estarmos atentos a este tipo de situações causadoras de stress de modo a evitar danos irreparáveis.

Atualmente perturbações comuns na adolescência são perturbações de ansiedade e depressão (Moran et al. 2012). Estudos têm evidenciado uma relação significativa entre ansiedade, depressão e os comportamentos autolesivos e ideação suicida (Guerreiro et al. 2015; Azevedo & Matos 2014). Neste seguimento podemos verificar, embora não em grande número, que existem estudos que referem que adolescentes com níveis elevados de ansiedade e depressão tendem a ter mais comportamentos autolesivos e presença de ideação suicida (Aktepe, Caliskan & Sonmez, 2014; Sampaio et al. 2015, Moran et al. 2012, Azevedo & Matos, 2014). Assim, podem-se considerar estes sintomas um fator de risco para os CAL e IS (Hawton et al. 2012).

Assim é pertinente analisar o tipo de influências que estas variáveis individuais podem ter (ou não) nos comportamentos autolesivos e na ideação suicida, de modo a compreender-se melhor o sofrimento que está subjacente a estes comportamentos e pensamentos e de igual forma poder-se evitar um dano irreparável na vida de um sujeito (i.e. numa situação extrema o suicídio). Surge como primeira hipótese:

Hipótese 1: Espera-se que adolescentes mais ansiosos, deprimidos e com stress tenham mais comportamentos autolesivos e maior ideação suicida.

Como segundo objetivo pretende-se analisar qual o tipo de correlação que existe entre os CAL e a IS nos adolescentes, uma vez que os estudos são escassos.

Como explicitado anteriormente os CAL são um problema de elevada prevalência a um nível global, diretamente ligados a uma adolescência patológica, bem como associados a um alto risco em termos de saúde mental e física, como é exemplo ilustrativo o suicídio consumado (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012, cit por Guerreiro & Sampaio, 2013). Estudos revelam uma correlação significativa entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida nos adolescentes (Carvalho, Peixoto, Saraiva, Sampaio, Amaro & Santos, 2013). Dado que os CAL e a IS são um problema atual da saúde pública nos adolescentes, tona-se necessário compreender o tipo de correlação existente entre estas variáveis. Surge como segunda hipótese:

Hipótese 2: Espera-se que exista uma correlação positiva entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida.

Como terceiro objetivo, surge o interesse em se estudar a relação entre a presença ou não de CAL, o sexo e a ADS. Estudos têm vindo a demonstrar por um lado, que os jovens que praticam comportamentos destrutivos tendem a ter níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress comparativamente com os jovens que não praticam esses comportamentos. Por outro lado, tem-se verificado que as raparigas tendem a ter maior ansiedade e depressão comparativamente com os rapazes. E ainda se verifica que os adolescentes com comportamentos autolesivos são maioritariamente do sexo feminino (Moran et al. 2012, Guerreiro et al. 2015, Azevedo & Matos, 2014, Batista & Oliveira, 2005, Margis et al. 2003). Surge como terceira hipótese:

Hipótese 3: Existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e stress em função de presença ou não de comportamentos autolesivos e do sexo dos adolescentes.

Como quarto objetivo, pretende-se analisar qual o tipo de função que desempenham os comportamentos autolesivos nos adolescentes. Estudos têm revelado que os dois grandes grupos das funções dos comportamentos autolesivos se relacionam entre si (funções intrapessoais e funções interpessoais), e que as funções intrapessoais estão mais associadas

aos comportamentos autolesivos praticados pelos jovens comparativamente com as funções interpessoais (Nock 2010, Jorge et al. 2015, Klonsky, 2011). Surge como quarta hipótese:

Hipótese 4: Espera-se que as funções intrapessoais estejam mais correlacionadas com os comportamentos autolesivos comparativamente com as funções interpessoais.

Como quinto e último objetivo procura-se aferir a perspetiva das mães e dos pais dos jovens. Até aos dias de hoje, a literatura tem-se centrado na perspetiva dos adolescentes no que respeita a temática dos CAL e IS. Devido às sugestões de alguns estudos tornou-se pertinente investigar a perspetiva das mães e dos pais dos jovens (Cruz et al, 2013).

Iremos analisar se existem diferenças significativas entre a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress dos adolescentes comparativamente com a das mães e dos pais.

Surge as seguinte questão de investigação:

Questão de Investigação: Será que existem diferenças significativas entre os adolescentes, as mães e os pais na ansiedade, depressão e stress?

Método

1. Participantes

Participaram neste estudo um total de 411 indivíduos (dos quais 237 eram adolescentes, 97 eram mães e 77 eram pais). O estudo contemplou 8 escolas públicas e privadas da área de Lisboa e Vale do Tejo, Região Centro e Beira Baixa.

Os jovens que participaram neste estudo evidenciaram idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos ($M=15,54$; $SD=2,020$). Do sexo feminino eram 133 e do sexo masculino 104 (ver tabela 1). Em relação à nacionalidade emerge uma diversificação: de nacionalidade portuguesa foram 92,8% ($N= 220$), Guineense 2,1% ($N=5$), Cabo-Verdiana 1,7% ($N= 4$), Ucraniana 0,8% ($N= 2$), Romena 0,8% ($N= 2$), Brasileira 0,8% ($N= 2$), Angolana 0,4% ($N= 1$) e Moldava 0,4% ($N= 1$).

Tabela 1. *Distribuição da Amostra de Adolescentes Segundo a Idade e o Género*

| Idade | Sexo | | Total |
|-------|-----------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | |
| 12 | 14 | 16 | 30 |
| 13 | 5 | 5 | 10 |
| 14 | 16 | 16 | 32 |
| 15 | 11 | 21 | 32 |
| 16 | 20 | 31 | 51 |
| 17 | 21 | 22 | 43 |
| 18 | 10 | 15 | 25 |
| 19 | 7 | 5 | 12 |
| 20 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 104 | 133 | 237 |

Os participantes do estudo pertenciam a turmas do ensino regular e profissional. Os jovens que participaram frequentavam o 6º ano, o 7ºano, o 8º ano, o 9º ano, o 10º ano e o 12º ano (ver tabela 2). No que diz respeito às reprovações a maioria dos participantes não reprovou (ver tabela 3).

Relativamente ao número de vezes que reprovaram 25,3% ($N= 60$) reprovou uma vez, 9,7% ($N= 23$) reprovou duas vezes, 1,3% ($N= 3$) reprovou três vezes e 0,4% ($N= 1$) reprovou quatro vezes e 63,3% ($N= 150$) não responderam.

Tabela 2. *Frequência dos Anos de Escolaridade da Amostra de Adolescentes por Género*

| Ano Escolaridade | Sexo | | Total | Porcentagem |
|---------------------|-----------|----------|-------|-------------|
| | Masculino | Feminino | | |
| 6º Ano | 13 | 16 | 29 | 12,2 % |
| 7º Ano | 3 | 4 | 7 | 3% |
| 8º Ano | 17 | 13 | 30 | 12,7 % |
| 9º Ano | 14 | 19 | 33 | 13,9% |
| 10º Ano | 29 | 38 | 67 | 28,3% |
| 11º Ano | 25 | 33 | 58 | 24,5% |
| 12º Ano | 3 | 10 | 13 | 5,5% |
| Total | 104 | 133 | 237 | 100% |

Tabela 3. *Frequência das Reprovações da Amostra de Adolescentes*

| | Frequência | Porcentagem |
|---------------|------------|-------------|
| Sim | 89 | 37,6% |
| Não | 106 | 44,7% |
| Não respondeu | 42 | 17,7 % |
| Total | 237 | 100% |

Em relação ao agregado familiar 18,6% (N= 44) dos adolescentes vivem com a mãe, 2,5% (N= 6) vivem com o pai, 18,6% (N= 44) vivem com os pais, 50,6% (N= 120) vivem com pais e irmão(s) e por último 9,7% (N= 23) com outras.

Relativamente ao número de irmãos dos adolescentes que participaram neste estudo 79,7% (N= 189) tinham irmãos, 15,6% (N= 37) não tinham irmãos e 4,6% (N= 11) não responderam à questão. Foi de igual modo analisado o agregado familiar, mais especificamente a família intacta, o que significa, que são os jovens que vivem com ambos os pais. Assim sendo, 66,2% (N= 157) dos indivíduos tem uma família intacta e 33,8% (N= 80) não tem.

Relativamente à amostra dos pais (mãe e pai), estes demonstraram ter idades compreendidas entre os 29 e os 64 anos de idade (M= 43,35, SD= 5,872). Ao nível da

nacionalidade 97,1% tinham nacionalidade portuguesa. 89 % dos pais tinham irmãos, mas 1,2% não responderam a essa pergunta. A análise evidenciou que 46,8% dos pais eram casados, 39,3% são divorciados, 6,9% estão em união de facto, 3,5%, eram solteiros e 1,7% viúvos. A análise relativa às habilitações literárias dos pais revelaram que 22% das mães e 17,3% dos pais tinham o ensino secundário. Por fim 40,5% das mães e 32,4% dos pais trabalham por conta de outrem.

2. Instrumentos

2.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress foi um instrumento desenvolvido por Lovibond e Lovibond em 1995. Posteriormente a escala foi aferida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004.

Os investigadores, na versão portuguesa obtiveram uma boa consistência interna: para a ansiedade 0,74, para a depressão 0,85 e para o stress 0,81 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). De igual modo, na versão original os investigadores obtiveram uma boa consistência interna: 0,84; 0,91 e 0,90 respetivamente (ansiedade, depressão e stress).

Este instrumento é de auto preenchimento, é constituído por 21 itens e tem como objetivo avaliar sintomas emocionais negativos que correspondem a três dimensões: ansiedade, depressão e stress. Cada dimensão é composta por 7 itens. Existem quatro possibilidades de resposta para cada item, evidenciadas numa escala tipo likert (0 – “não se aplicou nada a mim” a 3 – “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”).

No presente estudo realizou-se a análise psicométrica da escala para a amostra dos adolescentes, das mães e dos pais. Obteve-se um Alfa de Cronbach para a ansiedade de 0,828; e para a depressão de 0,855 onde revelaram uma boa consistência interna. Para o stress obteve-se um Alfa de Cronbach de 0,779 o que evidenciou uma consistência interna aceitável no que respeita à população dos adolescentes (ver tabela 4).

No que respeita à amostra das mães dos jovens obteve-se uma boa consistência interna na dimensão ansiedade (0,874), na dimensão da depressão (0,890) e na dimensão do stress (0,904). Relativamente aos pais dos adolescentes para a dimensão da ansiedade e da depressão obteve-se um Alfa de Cronbach fraco (0,560 e 0,555) e para o stress um Alfa de Cronbach aceitável (0,772) (ver tabela 5 e 6).

Tabela 4. *Análise de Fidelidade do EADS-21 para os Adolescentes*

| | Média | Desvio Padrão | Alfa de Cronbach |
|-----------|--------|---------------|------------------|
| Ansiedade | 0,5666 | 0,62821 | 0,828 |
| Depressão | 0,7161 | 0,70484 | 0,855 |
| Stress | 0,8880 | 0,77957 | 0,779 |

Tabela 5. *Análise de Fidelidade do EADS-21 para as Mães*

| | Média | Desvio Padrão | Alfa de Cronbach |
|-----------|--------|---------------|------------------|
| Ansiedade | 0,3166 | 0,52051 | 0,874 |
| Depressão | 0,3196 | 0,53403 | 0,890 |
| Stress | 0,6068 | 0,60575 | 0,904 |

Tabela 6. *Análise de Fidelidade do EADS-21 para os Pais*

| | Média | Desvio Padrão | Alfa de Cronbach |
|-----------|--------|---------------|------------------|
| Ansiedade | 0,1278 | 0,19178 | 0,560 |
| Depressão | 0,2245 | 0,28705 | 0,555 |
| Stress | 0,4156 | 0,40881 | 0,772 |

2.2 Inventário dos Comportamentos Autolesivos

Duarte e Gouveia- Pereira (2015) desenvolveram o Inventário dos Comportamentos Autolesivos, no entanto encontra-se em fase de adaptação e validação para a população portuguesa. Este instrumento é de auto preenchimento e divide-se fundamentalmente em duas escalas com objetivos diferentes. Uma escala irá avaliar a existência ou não de comportamentos autolesivos, a outra escala irá avaliar as funções desses comportamentos autolesivos para o indivíduo.

A primeira escala (que avalia a ocorrência desses comportamentos), é constituída por 15 itens e é de resposta tipo likert onde o individuo poderá responder “Sim” ou “Não”. Caso o indivíduo responda “Sim”, esta categoria integra como hipóteses de resposta a frequência desses comportamentos: “Uma vez”, “Duas a dez vezes”, “Mais de dez vezes”. Alguns dos comportamentos evidenciados nesta escala são os seguinte: “Cortei-me”, “Mordi-me”,

“Tentei suicidar-me”, “Queimei-me”, “Puxei o cabelo”, entre outros. Esta escala é também constituída por nove questões abertas e/ou descritivas.

A segunda escala (que avalia as funções desses comportamentos) é composta por 39, oscilando entre “1- Discordo Totalmente” e “5- Concordo Totalmente”, e por fim uma questão opcional.

No presente estudo e no que respeita à consistência interna da escala dos comportamentos autolesivos verificou-se um Alfa de Cronbach de 0,779, sendo este aceitável. Para as funções destes comportamentos constatou-se um Alfa de Cronbach excelente de 0,966 nos adolescentes (Ver tabela 7).

Tabela 7. *Análise de Fidelidade do Inventário dos Comportamentos Autolesivos e para as Funções desses Comportamentos para os Adolescentes*

| | Média | Desvio Padrão | Alfa de Cronbach |
|--|--------|---------------|------------------|
| Existência de CAL | 1,1814 | 0,26601 | 0,779 |
| Funções dos CAL (Intrapessoais/Interpessoais) | 2,2824 | 0,75312 | 0,966 |

2.3 Questionário de Ideação Suicida- SIQ

O Questionário de Ideação Suicida (SIQ- Suicidal Ideation Questionnaire) é um instrumento que foi inicialmente elaborado por Reynolds (1988). Este instrumento permite avaliar a gravidade e intensidade dos pensamentos e ideias suicidas em adolescentes e adultos.

Ferreira e Castela (1999) aferiram e validaram este questionário para a população portuguesa, onde obtiveram ao nível da consistência interna um alfa de Cronbach de 0,96 (este valor revela ser ligeiramente superior ao referido pelo autor original). O instrumento não revela pontos de corte para esta população (portuguesa), porém segundo o autor original (Reynolds, 1988), uma pontuação igual ou superior a 41 poderá revelar psicopatologia e um elevado risco de suicídio. O instrumento é integrado por 30 itens com uma escala de resposta tipo likert de 7 pontos, que varia entre 1= “o pensamento nunca surgiu” e 7 = “o pensamento surgiu sempre”. Na presente investigação, realizou-se a análise psicométrica da escala para a amostra do estudo onde se constatou uma excelente consistência interna. Nos adolescentes

obteve-se um Alfa de Cronbach de 0,973, para as mães um Alfa de Cronbach de 0,968 e para os pais um Alfa de Cronbach 0,939 (ver tabela 8).

Tabela 8. *Análise de Fidelidade do Questionário de Ideação Suicida*

| Ideação Suicida | Média | Desvio Padrão | Alfa de Cronbach |
|-----------------|--------|---------------|------------------|
| Adolescentes | 1,6291 | 0,99145 | 0,973 |
| Mãe | 1,3424 | 0,70087 | 0,968 |
| Pai | 1,1329 | 0,32016 | 0,939 |

3. Procedimento

Tendo em vista o objetivo de se recolher uma amostra de adolescentes foi pensado que esse objetivo seria bem cumprido em contexto escolar. Para esse efeito, inicialmente estabeleceu-se o contacto pessoal com as respetivas entidades e foi elaborada uma carta com o fim de o director de cada estabelecimento de ensino poder autorizar (ou não) a recolha da amostra. Após este pedido ter sido autorizado houve um segundo contacto presencial em que foi negociado o melhor momento para se proceder à recolha dos dados, como também o fornecimento de informações acerca dos objetivos da investigação: a amostra desejada, os instrumentos a serem aplicados e as respetivas autorizações aos encarregados de educação. Visto que se pretendia que os participantes fossem menores de idade, os seus encarregados de educação teriam que autorizar a participação dos mesmos no estudo. Assim, sendo foi entregue aos diretores de cada escola a autorização e consentimento informado para os pais dos jovens (Anexo A). Após os pais terem autorizado a participação dos seus filhos no estudo e dado como finalizado todas as questões burocráticas, foi combinada uma data e uma hora para se dar início à recolha da amostra.

A recolha dos dados foi feita em contexto de sala de aula. Antes dos participantes terem acesso ao questionário, foram dadas informações acerca da participação dos jovens no estudo (como o anonimato e a confidencialidade dos mesmos). Foram dadas também instruções para o preenchimento das escalas que continha o questionário, bem como foram dadas informações acerca da participação dos encarregados de educação no mesmo estudo (o questionário dos pais continha o mesmo conjunto de escalas que a dos filhos). Por fim foram esclarecidas eventuais dúvidas e deu-se início à distribuição dos questionários.

Foi entregue a cada jovem três questionários (sendo um deles realizado e entregue pelo próprio naquele momento e os outros dois para os pais preencherem em casa. Um para a mãe

e outro para o pai). Cada questionário continha um código, garantindo o anonimato. Houve situações em que os jovens não tinham como dar o questionário ao seu pai ou mãe (i.e. surgiram muitos casos em que os pais dos jovens estavam emigrados ou já teriam falecido) e por isso esses não participaram. Posteriormente foi combinado quer com os professores quer com os jovens, a entrega dos questionários dos pais, sendo essa entrega feita num dia específico e hora combinada (sendo sempre comunicado que o anonimato e confidencialidade se mantinha quer para os jovens quer para os pais e que a participação no estudo era voluntária e sem obrigatoriedade).

Após estarem entregues os questionários os jovens preparavam-se para começarem a responder, foi comunicado novamente alguns aspetos importantes: o preenchimento era sensivelmente de 20 minutos, não haviam respostas certas nem erradas e que a sua sinceridade era muito importante para o estudo. Foi também explicado que poderiam desistir a qualquer momento, não havendo obrigatoriedade na participação do mesmo. De seguida iniciou-se o preenchimento dos questionários.

O questionário era composto por uma folha de rosto, onde estava explicitado de forma resumida o objetivo da investigação e era pedido que cada participante assinalasse com uma cruz (X) se queriam ou não participar (ver anexo B e C). A página seguinte continha a *Escala de Ansiedade, depressão e stress (EADS-21)*, seguido do *Inventário dos Comportamentos Autolesivos*, *Questionário de Ideação Suicida (QIS)* e por fim um pequeno questionário sociodemográfico. Na última página de cada questionário foi colocado o contacto do NES (Núcleo de Estudos do Suicídio), a voz amiga e os contactos dos centros de saúde da área geográfica das escolas.

Quando os jovens terminaram de preencher o questionário, estes foram recolhidos e esclareceram-se possíveis dúvidas. Por último foram realizadas as despedidas e feitos os agradecimentos quer aos professores, quer aos participantes do estudo.

3.1 Procedimento Estatístico

Inicialmente realizou-se a codificação dos questionários. As respostas dadas quer pelos jovens, quer pelos pais dos jovens foram todas inseridas na versão 22 do *software* IBM SPSS.

Como a amostra em estudo continha mais de 30 sujeitos, não foi preciso realizar a verificação dos pressupostos relativos à normalidade da amostra.

Resultados

Seguidamente serão apresentados os resultados do presente estudo. Inicialmente e para uma melhor compreensão será exposta a análise descritiva de algumas variáveis em estudo. Num segundo momento serão analisadas as hipóteses e questões de investigação.

Inicialmente importa apresentar alguns dos resultados no que dizem respeito aos 237 adolescentes inquiridos no presente estudo.

Será então exposto num primeiro momento uma análise descritiva no que respeita às seguintes variáveis: a ocorrência dos CAL (na presente amostra qual a percentagem de jovens que tem esta prática comportamental), a frequência dos CAL consoante os sexos (feminino e masculino), em que idades ocorre o primeiro comportamento, o tipo de comportamentos, as ideias para a prática do comportamento, o local onde é executado, o intervalo de tempo entre o pensamento e o comportamento, se existe ou não a presença de outro na prática do comportamento e se existe ou não IS nos jovens. Por outro lado e já no que respeita aos pais dos jovens, importa analisar as seguintes variáveis: se existe ou não tentativas de suicídio por parte dos mesmos, se têm conhecimento ou não de suicídios e suicídios na família.

Através de uma análise de frequências concretizou-se uma análise descritiva referente à amostra do estudo (aos adolescentes e pais).

É de destacar que 71,3% (N=169) dos adolescentes não apresentam CAL, já 28,7% (N=68) fez mal a si próprio de modo intencional (ver tabela 9). Dos 68 adolescentes, 31 já fez mal a si próprio por uma vez (13,1%), 18 jovens já fizeram mal a si mesmos de 2 a 10 vezes (7,6%) e 19 jovens já fizeram mal a si mesmos por mais de 10 vezes (8%).

Tabela 9. *Tabela de ocorrência se já fez mal a si próprio intencionalmente*

| | Ocorrência de CAL | Percentagens |
|-------|-------------------|--------------|
| Não | 169 | 71,3% |
| Sim | 68 | 28,7% |
| Total | 237 | 100% |

Realizou-se uma análise relativa à prática dos CAL de acordo com o sexo e frequência dos comportamentos (ver tabela 10).

Tabela 10. *Tabela de frequência se fez mal a si mesmo intencionalmente referente ao sexo*

| | Sexo | | Total |
|----------------------------|-----------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | |
| Não | 81 | 88 | 169 |
| Sim, por uma vez | 10 | 21 | 31 |
| Sim, por duas a dez vezes | 8 | 10 | 18 |
| Sim, por mais de dez vezes | 5 | 14 | 19 |
| Total | 104 | 133 | 237 |

É crucial sabermos identificar quais os comportamentos realizados pelos jovens com maior frequência. Verificou-se que existe um maior predomínio nos seguintes comportamentos: morder-se, bater com o corpo ou bater em si próprio e cortar-se (ver tabela 11). Na presente amostra importa destacar que 7 adolescentes tentaram o suicídio (ver tabela 11). Desta forma, consegue-se identificar 198 comportamentos descritos pelos 68 adolescentes que se auto agridem.

Tabela 11. *Tabela de frequência dos Tipos de Comportamentos Autolesivos realizados*

| | Frequência |
|---|------------|
| Mordi-me | 41 |
| Bati com o corpo ou bati em mim próprio | 30 |
| Cortei-me | 22 |
| Cravei/Gravei símbolos ou palavras na minha pele (sem contar com tatuagens) | 21 |
| Puxei/Arranquei o cabelo | 20 |
| Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão) | 18 |
| Bebi em excesso com a intenção de me magoar | 10 |
| Queimei-me | 9 |
| Espetei-me com agulhas | 8 |
| Tentei suicidar-me | 7 |
| Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar | 5 |
| Outras | 4 |
| Consumi drogas com a intenção de me magoar | 2 |
| Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar | 1 |
| Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer | 0 |
| Total | 198 |

No que respeita aos adolescentes que cometeram CAL constatou-se que 66,2% (N=45) são raparigas e 33,8% (N=23) são rapazes. Estes resultados revelam que existe um número de raparigas superior ao número dos rapazes, o que por sua vez está de acordo com o que a literatura refere (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) (Ver tabela 12).

Tabela 12. *Tabela de ocorrência se já fez mal a si próprio intencionalmente de acordo com o sexo*

| | Sexo | | Total |
|-------|-----------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | |
| Não | 81 | 88 | 169 |
| Sim | 23 | 45 | 68 |
| Total | 104 | 133 | 237 |

Importa compreender qual é a idade do primeiro comportamento autolesivo. Nesse sentido realizou-se uma análise de frequências onde se verificou que os jovens iniciaram estes comportamentos muito precocemente. De acordo com a literatura, estudos indicam que estes comportamentos se iniciam na adolescência, concretamente aos 12 anos de idade (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). No presente estudo podemos corroborar essa informação sendo que existe uma maior prevalência de comportamentos aos 12 anos e aos 15 anos (ver tabela 13).

Tabela 13. *Tabela de frequência da Idade em que ocorreu o primeiro Comportamento Autolesivo*

| | Percentagem |
|-----------------|-------------|
| 2-7 Anos | 2,8% |
| 10 Anos | 1,3% |
| 11 Anos | 1,3% |
| 12 Anos | 3% |
| 13 Anos | 1,7% |
| 14 Anos | 1,7% |
| 15 Anos | 2,5% |
| 16 Anos | 2,1% |
| 17 Anos | 0,8% |
| Não responderam | 82,7% |
| Total | 100% |

Importa perceber de onde surgem estas ideias para a prática destes comportamentos. Assim, verificou-se a maioria dos jovens vão retirar a ideia aos amigos/colegas (ver tabela 14).

Tabela 14. *Tabela de frequência de onde os adolescentes vão buscar a ideia para a realização destes comportamentos*

| | Frequência | Percentagens |
|-----------------|------------|--------------|
| Outros | 28 | 41,8% |
| Amigos/ Colegas | 21 | 31,3% |
| Filmes/ Séries | 17 | 25,4% |
| Internet | 13 | 19,4% |
| Livros | 2 | 3% |

A realização destes comportamentos são maioritariamente efectuados em casa (ver tabela 15).

Tabela 15. *Tabela de frequência onde os adolescentes realizam este tipo de comportamentos*

| | Frequência | Percentagens |
|-------------|------------|--------------|
| Casa | 52 | 76,5 % |
| Escola | 8 | 11,8% |
| Outro sítio | 11 | 16,2% |

É importante perceber quanto tempo passa desde a ocorrência do pensamento do comportamento autolesivo e a realização desse mesmo pensamento. Assim, verificou-se que em 60,3% dos jovens passa menos de uma hora (ver tabela 16).

Tabela 16. *Tabela de frequência do intervalo entre o pensamento e a prática de comportamentos autolesivos*

| | Frequência | Porcentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| Menos de 1 hora | 41 | 60,3% |
| 1 a 3 horas | 12 | 17,6% |
| 3 a 6 horas | 2 | 2,9% |
| 6 a 12 horas | 2 | 2,9% |
| 12 a 24 horas | 1 | 1,5% |
| Mais de um dia | 10 | 14,7% |

Relativamente à prática do comportamento autolesivo, importa compreender se existe ou não a presença de outro durante o ato. Com estes participantes verificou-se que 44,1% dos jovens está sempre sozinho e 14,7% nunca está sozinho (ver tabela 17).

Tabela 17. *Tabela de frequência acerca da ausência ou presença do outro na prática de comportamentos autolesivos*

| | Frequência | Porcentagem |
|---------------|------------|-------------|
| Nunca | 10 | 14,7% |
| Raramente | 8 | 11,8% |
| Algumas vezes | 10 | 14,7% |
| Quase sempre | 10 | 14,7% |
| Sempre | 30 | 44,1% |

Relativamente à ideação suicida nos 68 adolescentes com CAL, verificou-se que todos eles têm este tipo de pensamentos. Dos 237 participantes do estudo verificou-se que 75% tem ideação suicida e 25% não tem ideação suicida (ver tabela 18).

Tabela 18. *Tabela de ideação suicida na amostra dos adolescentes*

| | Frequência | Porcentagem |
|---------------------|------------|-------------|
| Sem Ideação Suicida | 59 | 25% |
| Com Ideação Suicida | 177 | 75% |
| Não Responderam | 1 | |
| Total | 237 | 100% |

No que respeita aos pais importa perceber se estes já tentaram suicidar-se ou não. Os resultados evidenciam que 6,1% das mães já se tentou suicidar uma única vez e 1% já se tentou suicidar duas vezes e mais de duas vezes. Em relação aos pais, estes nunca se tentaram suicidar (ver tabela 19).

Tabela 19. *Tabela de frequência da Tentativa de Suicídio Própria dos pais*

| | Mãe | Pai |
|-----------------|-----|-----|
| Nunca | 91 | 77 |
| 1 Vez | 4 | 0 |
| 2 Vezes | 1 | 0 |
| Mais de 2 vezes | 1 | 0 |
| Total | 97 | 77 |

É interessante verificar que apesar dos pais não terem tentado o suicídio 3,9% dos pais já pensou em por fim à própria vida. Já no que respeita às mães 11,3% já pensou em por fim à própria vida embora apenas 6,2% das mães tenham tentado suicidar-se (ver tabela 20).

Tabela 20. *Tabela de frequência acerca do pensamento em por fim à própria vida*

| | Mãe | Pai |
|--------------------|-----|-----|
| Nunca | 85 | 73 |
| Uma vez | 5 | 2 |
| Dois vezes | 2 | 1 |
| Mais de duas vezes | 4 | 0 |
| Não responderam | 1 | 1 |
| Total | 97 | 77 |

Por outro lado é relevante compreender se os pais têm conhecimento de suicídios na família e se têm conhecimento de tentativa de suicídios conhecidos (ver tabela 21 e 21).

Tabela 21. *Tabela acerca de suicídios conhecidos na família dos pais*

| | Mãe | Pai |
|----------|-----|-----|
| Não | 71 | 57 |
| Sim | 24 | 19 |
| Ausentes | 2 | 1 |
| Total | 97 | 77 |

Tabela 22. *Tabela acerca da Tentativa de Suicídios conhecidos dos pais*

| | Mãe | Pai |
|-------|-----|-----|
| Não | 40 | 29 |
| Sim | 57 | 48 |
| Total | 97 | 77 |

De seguida iremos analisar as hipóteses do presente estudo. Relativamente à primeira hipótese (*Espera-se que adolescentes mais ansiosos, deprimidos e com maior stress tenham mais comportamentos autolesivos e maior ideação suicida*) realizou-se uma correlação de *Pearson*. Esta hipótese tem em vista compreender se existe uma correlação significativa entre a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress e os comportamentos autolesivos, bem como com a ideação suicida nos adolescentes.

Os resultados demonstraram que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a sintomatologia da ansiedade, depressão e stress e a ocorrência de comportamentos autolesivos. Os resultados também demonstraram que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress e a presença de ideação suicida nos adolescentes (ver tabela 23).

Tabela 23. *Correlação de Pearson entre a Sintomatologia de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes (CAL e IS)*

| | I | II | III | IV | V |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| I. Ansiedade | 1 | | | | |
| II. Depressão | ,669** | 1 | | | |
| III. Stress | ,735** | ,627** | 1 | | |
| IV. Ocorrência de CAL | ,364** | ,355** | ,424** | 1 | |
| V. Ideação Suicida | ,479** | ,623** | ,595** | ,539** | 1 |

Como segunda hipótese (*Espera-se que exista uma correlação positiva entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida*) realizou-se uma correlação de *Pearson*.

A análise realizada revelou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as duas variáveis. O que significa que na presença de comportamentos autolesivos há uma maior tendência para emergir a ideação suicida nos adolescentes e vice versa (ver tabela 23). Estes resultados vão de encontro ao que está escrito na literatura, isto é, a ocorrência de comportamentos autolesivos e a ideação suicida estão fortemente relacionadas.

Para analisar a terceira hipótese (*Existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e stress em função de presença ou não de comportamentos autolesivos e do sexo dos adolescentes*) realizou-se uma ANOVA Two-Way.

Os resultados mostram que existe apenas um efeito principal relativamente à variável dos comportamentos autolesivos (ter ou não ter comportamentos) no que concerne à ansiedade ($F(1, 233) = 32,582, p = 0,000$). Os adolescentes que não têm comportamentos autolesivos apresentam menos ansiedade ($M = 0,42$) em relação aos adolescentes com comportamentos autolesivos ($M = 0,93$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas referentes ao sexo nem efeitos de interação (Ver tabela 24).

Tabela 24. ANOVA Two-Way para a Ansiedade nos Adolescentes em Função dos CAL e do Sexo

| Fonte | Tipo III Soma dos Quadrados | <i>g.l</i> | Média dos Quadrados | F | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------|---------|----------|
| Modelo Corrigido | 13,427 | 3 | 4,476 | 13,083 | 0,000 |
| Intercepção | 79,446 | 1 | 79,446 | 232,230 | 0,000 |
| CAL | 11,146 | 1 | 11,146 | 32,582 | 0,000 |
| Sexo | 0,446 | 1 | 0,446 | 1,302 | 0,255 |
| CAL*Sexo | 0,014 | 1 | 0,014 | 0,041 | 0,840 |
| Erro | 79,710 | 233 | 0,342 | | |
| Total | 169,224 | 237 | | | |
| Total Corrigido | 93,137 | 236 | | | |

No que respeita à depressão os resultados evidenciam que existe apenas um efeito principal relativamente à variável dos comportamentos autolesivos ($F(1, 233) = 35,691$, $p = 0,000$). Os adolescentes que não têm comportamentos autolesivos apresentam menos depressão ($M = 0,55$) comparativamente com os adolescentes que apresentam comportamentos autolesivos ($M = 1,12$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas referentes ao sexo nem efeitos de interação (Ver tabela 25).

Tabela 25 ANOVA Two-Way para a Depressão nos Adolescentes em Função dos CAL e Sexo

| Fonte | Tipo III Soma dos Quadrados | <i>g.l</i> | Média dos Quadrados | F | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------|---------|----------|
| Modelo Corrigido | 16,067 | 3 | 5,356 | 12,334 | 0,000 |
| Intercepção | 128,166 | 1 | 128,166 | 295,153 | 0,000 |
| CAL | 15,498 | 1 | 15,498 | 35,691 | 0,000 |
| Sexo | 0,025 | 1 | 0,025 | 0,059 | 0,809 |
| CAL*Sexo | 0,493 | 1 | 0,493 | 1,134 | 0,288 |
| Erro | 101,177 | 233 | 0,434 | | |
| Total | 238,776 | 237 | | | |
| Total Corrigido | 117,244 | 236 | | | |

Relativamente ao stress os resultados mostram que existe apenas um efeito principal no que respeita à variável dos comportamentos autolesivos ($F(1, 232) = 49,713, p = 0,000$). Os adolescentes que não têm comportamentos autolesivos apresentam menos stress ($M = 0,67$) em relação aos jovens que apresentam comportamentos autolesivos ($M = 1,42$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas referentes ao sexo nem efeitos de interação (Ver tabela 26).

Tabela 26. ANOVA Two-Way para o Stress nos Adolescentes em Função dos CAL e do Sexo

| Fonte | Tipo III Soma dos Quadrados | <i>g.l</i> | Média dos Quadrados | F | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------|---------|----------|
| Modelo Corrigido | 29,509 | 3 | 9,836 | 20,140 | 0,000 |
| Intercepção | 192,636 | 1 | 192,636 | 394,429 | 0,000 |
| CAL | 24,280 | 1 | 24,280 | 49,713 | 0,000 |
| Sexo | 1,115 | 1 | 1,115 | 2,284 | 0,132 |
| CAL*Sexo | 0,465 | 1 | 0,465 | 0,951 | 0,330 |
| Erro | 113,307 | 232 | 0,488 | | |
| Total | 139,167 | 236 | | | |
| Total Corrigido | 142,816 | 235 | | | |

Relativamente à quarta hipótese (*Espera-se que as funções intrapessoais estejam mais correlacionadas com os comportamentos autolesivos comparativamente com as funções interpessoais*) realizou-se uma correlação de *Pearson*.

No que respeita aos resultados não se encontraram evidências estatísticas de que as funções intrapessoais estejam mais correlacionadas com os comportamentos autolesivos do que as funções interpessoais. Verifica-se que o valor da correlação entre as funções intrapessoais e a frequência dos comportamentos autolesivos é ligeiramente superior, ainda que não seja possível afirmar que esta é uma diferença significativa (Ver tabela 27).

Tabela 27. *Correlação de Pearson entre as Funções Intrapessoais e as Funções Interpessoais e a Frequência dos Comportamentos Autolesivos (CAL)*

| | I | II | III |
|----------------------------|------|--------|-----|
| I. Frequência dos CAL | 1 | | |
| II. Funções Intrapessoais | ,137 | 1 | |
| III. Funções Interpessoais | ,132 | ,843** | 1 |

Para analisar a questão de investigação (*Será que existem diferenças significativas entre os adolescentes, as mães e os pais na ansiedade, depressão e stress?*) realizou-se uma ANOVA One-Way.

Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (os adolescentes, as mães e os pais) no que respeita à ansiedade ($F(2, 407) = 21,038$, $p = 0,000$) (Ver tabela 28). Os adolescentes apresentam mais ansiedade ($M = 0,567$) em relação às mães ($M = 0,317$) e aos pais ($M = 0,128$).

Tabela 28. *ANOVA One-Way para a Ansiedade entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)*

| Fonte | Tipo III Soma dos Quadrados | <i>g.l</i> | Média dos Quadrados | F | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------|---------|----------|
| Modelo Corrigido | 12,603 | 2 | 6,301 | 21,038 | 0,000 |
| Intercepção | 36,923 | 1 | 36,923 | 123,272 | 0,000 |
| Família | 12,603 | 2 | 6,301 | 21,038 | 0,000 |
| Erro | 121,905 | 407 | 0,300 | | |
| Total | 208,959 | 410 | | | |
| Total Corrigido | 134,508 | 409 | | | |

Relativamente à depressão os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos da amostra ($F(2, 408) = 26,620$, $p = 0,00$) (Ver tabela 29). Os adolescentes apresentam mais depressão ($M = 0,716$) em relação às mães ($M = 0,320$) e aos pais ($M = 0,224$).

Tabela 29. ANOVA One-Way para a Depressão entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)

| Fonte | Tipo III Soma dos Quadrados | <i>g.l</i> | Média dos Quadrados | F | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------|---------|----------|
| Modelo Corrigido | 19,689 | 2 | 9,844 | 26,620 | 0,000 |
| Intercepção | 57,714 | 1 | 57,714 | 156,060 | 0,000 |
| Família | 19,689 | 2 | 9,844 | 26,620 | 0,000 |
| Erro | 150,885 | 408 | 0,370 | | |
| Total | 286,204 | 411 | | | |
| Total Corrigido | 170,574 | 410 | | | |

No que respeita ao stress os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos da amostra ($F(2, 407) = 15,976, p = 0,000$) (ver tabela 30). Os adolescentes apresentam mais stress ($M = 0,888$) em relação às mães ($M = 0,607$) e aos pais ($M = 0,416$).

Tabela 30. ANOVA One-Way para o Stress entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)

| Fonte | Tipo III Soma dos Quadrados | <i>g.l</i> | Média dos Quadrados | F | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------|------------|---------------------|---------|----------|
| Modelo Corrigido | 14,974 | 2 | 7,487 | 15,976 | 0,000 |
| Intercepção | 132,548 | 1 | 132,548 | 282,826 | 0,000 |
| Família | 14,974 | 2 | 7,487 | 15,976 | 0,000 |
| Erro | 190,743 | 407 | 0,469 | | |
| Total | 425,857 | 410 | | | |
| Total Corrigido | 205,717 | 409 | | | |

Para percebermos em que grupos se verificam estas diferenças realizou-se o teste Post Hoc de Tukey. O teste revela que existem diferenças significativas na ansiedade, depressão e stress dos adolescentes e das mães ($p \leq 0,002$) e dos adolescentes e dos pais ($p \leq 0,001$) (ver tabelas 31, 32, 33).

Tabela 31. *Teste Post Hoc de Tukey para a Ansiedade entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)*

| (I) Família | (J) Família | Diferença das Médias (I-J) | Desvio Padrão | <i>P</i> |
|-------------|-------------|----------------------------|---------------|----------|
| Adolescente | Mãe | 0,2500* | 0,0659 | 0,001 |
| | Pai | 0,4388* | 0,0721 | 0,000 |
| Mãe | Adolescente | -,2500* | 0,0659 | 0,001 |
| | Pai | 0,1888 | 0,0838 | 0,064 |
| Pai | Adolescente | -,4388* | 0,0721 | 0,000 |
| | Mãe | -,1888 | 0,0838 | 0,064 |

**p* < .05

Tabela 32. *Teste Post Hoc de Tukey para a Depressão entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)*

| (I) Família | (J) Família | Diferença das Médias (I-J) | Desvio Padrão | <i>p</i> |
|-------------|-------------|----------------------------|---------------|----------|
| Adolescente | Mãe | 0,3965* | 0,0733 | 0,000 |
| | Pai | 0,4916* | 0,0797 | 0,000 |
| Mãe | Adolescente | -,3965* | 0,0733 | 0,000 |
| | Pai | 0,0951 | 0,0928 | 0,562 |
| Pai | Adolescente | -,4916* | 0,0797 | 0,000 |
| | Mãe | -,0951 | 0,0928 | 0,562 |

**p* < .05

Tabela 33. *Teste Post Hoc de Tukey para o Stress entre o Grupo (Adolescentes, Mães e Pais)*

| (I) Família | (J) Família | Diferença das Médias (I-J) | Desvio Padrão | <i>p</i> |
|-------------|-------------|----------------------------|---------------|----------|
| Adolescente | Mãe | 0,2812* | 0,0825 | 0,002 |
| | Pai | 0,4724* | 0,0898 | 0,000 |
| Mãe | Adolescente | -,2812* | 0,0825 | 0,002 |
| | Pai | 0,1912 | 0,1044 | 0,161 |
| Pai | Adolescente | -,4724* | 0,0898 | 0,000 |
| | Mãe | -,1912 | 0,1044 | 0,161 |

**p* < .05

Discussão

O presente estudo foi realizado com o intuito de analisar qual a relação da ansiedade, depressão e stress relativamente à ocorrência dos comportamentos autolesivos (CAL) e da ideação suicida (IS) no período da adolescência, bem como compreender qual a relação existente entre CAL e IS. Quis-se também compreender quais as funções destes comportamentos (CAL) para os jovens que praticam estes comportamentos. Devido à escassez de estudos, analisou-se qual a relação entre os CAL e o sexo no que respeita à ansiedade, depressão e stress dos adolescentes. Houve ainda interesse em compreender se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes, mães e pais na ansiedade, na depressão e no stress.

Inicialmente, fez-se uma análise descritiva no que concerne a algumas variáveis em estudo e primeiramente quis-se compreender quantos adolescentes tinham de fato comportamentos autolesivos. Na presente amostra, existe um número significativo de adolescentes (N=68) que se magoam com a intencionalidade de fazer mal a si mesmo, o que não é necessariamente colocarem um fim à vida. Esta situação muita das vezes não é entendida desta forma pelos mesmos. Estes resultados dão conta de um crescente número de CAL praticados pelos adolescentes e pode admitir-se que estes comportamentos destrutivos são comuns neste período do desenvolvimento.

Se tentarmos compreender estes valores, notamos que poderão ser causados ou atribuídos a um conjunto de fatores, por exemplo dado o período delicado que os jovens atravessam, poderão estes querer afirmarem-se, aceitarem-se dada à fase de instabilidade que vivenciam. Poderão estes vivenciar uma situação de stress ou ansiedade (p. ex., ter boa nota no teste, passar o ano etc.) e não conseguirem responder a essa exigência e de tal forma que poderão auto agredirem-se como meio de alívio de tensão que sentem no momento (Guerreiro & Sampaio, 2013; Moran et al. 2012). Esta lógica também poderá ser válida para uma situação de desgosto de amor em que o jovem poder-se-á sentir deprimido e não encontrar saída para esse sentimento de rejeição, se for o caso e acabar num CAL. Outros fatores poderão remeter-nos para o ser aceite num grupo, dado que esta fase da adolescência dá relevância ao suporte social, i.e., visto ser uma complementaridade na vida de um adolescente. Quando um adolescente vivencia relações pouco harmónicas quer no contexto familiar ou num outro contexto (por exemplo com amigos, com um professor) poderá também ser este um fator importante para a prática destes comportamentos, i.e., pode ser difícil para o

adolescente saber gerir esse sentir e acabar num ato autolesivo (Guerreiro & Sampaio, 2013; Cruz et al. 2013).

Outro dado importante é referente ao sexo, os resultados do presente estudo verificaram que a ocorrência de CAL varia consoante os sexos. Existem maioritariamente raparigas (N= 45) que fazem mal a si mesmas comparativamente com os rapazes (N= 23). Estes resultados poderão dever-se à alta ou baixa letalidade que está relacionada com o método usado no CAL (Hawton et al. 2012). Quer isto dizer, que por norma as raparigas poderão ter maior propensão para praticarem CAL com baixa letalidade, i.e., terem um comportamento menos agressivo, o que por sua vez poderão praticá-los de forma mais repetida e usual. Ao invés dos rapazes que têm maior propensão para praticarem CAL de alta letalidade e por isso a sua prática não será tão usual. Estes resultados vão de encontro ao que a literatura refere e que mencionam que maioritariamente os CAL são mais frequentes em raparigas e estas têm estes comportamentos precocemente e as mulheres são mais propensas a realizar atos de auto corte e os homens a envolverem-se em comportamentos de maior impacto (Hawton et al. 2012; Hamza et al. 2012). Ainda assim, importa referir que no presente estudo os tipos de comportamentos mais recorrentes entre os jovens são “bati em mim próprio”, “arranquei o cabelo”, “mordi-me” e “cortei-me”.

No que respeita às idades com que os jovens iniciam esta prática comportamental, os nossos resultados indicaram que é a partir dos 12 e 15 anos de idade, precisamente na fase de entrada da adolescência, em que os jovens passam por um período de mudança e transição. É de notar que se dá a importante passagem da mudança da fase da puberdade para a fase da adolescência, em que o indivíduo necessita de uma afirmação do self que poderá ser expressa através dos CAL. No entanto, o estudo de Hawton et al. (2012) menciona que quando o jovem não faz devidamente essa passagem de fase poderão emergir estes atos comportamentais auto penosos. Os autores mencionam que os jovens iniciam esta prática auto destrutiva no período da puberdade tardia ou concluída, assim, estes resultados vão de encontro ao que os autores referem.

No que respeita às principais fontes de onde são retiradas as ideias para a prática de CAL, são maioritariamente a amigos, séries ou filmes e o jovem pratica este comportamento em menos de uma hora desde que lhe surge o pensamento. No entanto os resultados demonstraram que a ocorrência destes comportamentos são praticados recorrentemente em casa e sozinhos. No que respeita à ideação suicida presente nos jovens com CAL, verificou-se

que todos eles têm ideação suicida. Devido à forte associação entre CAL e IS, estes resultados são corroborados pela literatura.

No que respeita às hipóteses do presente estudo, a primeira hipótese visou compreender de que forma a ansiedade, a depressão e o stress poderiam estar correlacionados com a prática dos comportamentos autolesivos e a presença de ideação suicida nos adolescentes.

Os resultados demonstraram que existe uma forte associação entre a ansiedade, a depressão e o stress e a presença de comportamentos autolesivos, bem como a presença de ideação suicida nos adolescentes, sendo estes resultados concordantes com a literatura. Alguns dos estudos, embora não em grande número já demonstraram interesse em estudar os comportamentos autolesivos na população juvenil, i.e., na adolescência. Nesse sentido, esses estudos têm vindo a verificar que quem pratica este tipo de comportamentos estão associados níveis de ansiedade e depressão. Por outro lado, também existem estudos que indicam que jovens com presença de ideação suicida tendem a ter níveis elevados de ansiedade, depressão e stress (Guerreiro et al. 2015; Azevedo & Matos, 2014; Ferreira & Castela, 1999, Hawton et al. 2012). De acordo com a literatura estes resultados podem dever-se ao insucesso quer ao nível individual, social e familiar. E também ao período sensível que estes adolescentes percorrem, caracterizado por um intenso mau estar interior que se traduz numa adolescência patológica. Assim a primeira hipótese do presente estudo é corroborada.

A segunda hipótese do estudo pretende compreender se existe uma correlação significativa entre a ocorrência de CAL e a presença de IS nos adolescentes. Os resultados demonstraram que existe uma correlação significativa entre a ocorrência de comportamentos autolesivos e a presença de ideação suicida nos adolescentes. Estes resultados são concordantes com a literatura uma vez que o estudo de Carvalho, et al. (2013), verificou que o risco de comportamentos autolesivos aumenta consoante a tentativa de suicídios no próprio ou os suicídios na família ou de outros significativos. Dado que o surgimento dos comportamentos autolesivos e as ideias suicidas estão relacionadas à etapa da adolescência, por vezes surgem estes pensamentos e comportamentos nos jovens devido ao período de transformação que atravessam e não sabendo dar uma resposta adaptada a estas transformações. Os adolescentes focam-se num outro tipo de resolução do problema, sendo este fazer mal a si próprio ou até mesmo por término à sua vida. Tornou-se pertinente estudar

esta hipótese visto que existem escassos estudos em Portugal acerca desta problemática. Esta segunda hipótese é confirmada.

A terceira hipótese teve o objetivo em analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, na depressão e no stress em função da presença ou não de CAL e do sexo dos adolescentes. Os resultados demonstraram que existem evidências estatísticas de que os níveis da ansiedade, depressão e stress podem ser influenciados pelos CAL.

Nos resultados do presente estudo podemos notar que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos têm níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress comparativamente com os jovens que não praticam estes tipo de comportamentos. Moran et al. (2012) verificaram no seu estudo que os jovens que praticam comportamentos autolesivos tinham níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Estudos referem que jovens que praticam este tipo de comportamento tendem a ter mais ansiedade, depressão e stress (Guerreiro et al. 2015). Neste sentido podemos notar que estes resultados vão de encontro ao que está escrito na literatura.

Por outro lado, não se encontraram evidências estatísticas de que os níveis da ansiedade, depressão e stress sejam influenciados pelo sexo. No que respeita ao efeito de interação dos dois fatores também não se encontraram evidências estatísticas de que o sexo modera os CAL no que diz respeito aos níveis de ansiedade, depressão e stress.

Estes resultados não são concordantes com a literatura, uma vez que estudos indicam que as raparigas tendem a ter níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress comparativamente com os rapazes (Azevedo & Matos, 2014, Batista & Oliveira, 2005, Margis et al. 2003). O estudo intitulado por “*Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes*” verificou que existe um maior número de raparigas com presença da sintomatologia depressiva. No que respeita à ansiedade existem estudos que indicam que existe uma maior prevalência da ansiedade nas mulheres comparativamente com os homens. Contudo o estudo intitulado por “*Sintomas de Ansiedade mais comuns em Adolescentes*” refere que ambos os sexos têm níveis de ansiedade não destacando que exista um maior nível no sexo feminino.

Outros estudos indicam que os jovens que praticam comportamentos autolesivos pertenciam na sua maioria ao sexo feminino (Hawton et al. 2012, Guerreiro et al. 2015). Neste sentido a terceira hipótese é refutada parcialmente, pois só se encontraram diferenças

significativas entre a presença ou não de comportamentos autolesivos e a ansiedade, a depressão e o stress.

Relativamente à quarta hipótese, o objetivo prende-se em perceber se as funções intrapessoais estão mais associadas aos comportamentos autolesivos comparativamente com as funções interpessoais. Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas, o que nos indica que as funções intrapessoais não estão mais associadas aos CAL em relação às funções interpessoais. De acordo com a literatura existem dois grupos de funções, sendo as funções intrapessoais e as interpessoais, contudo os estudos indicam que as funções intrapessoais estão mais associadas aos comportamentos autolesivos praticados pelos adolescentes comparativamente com as funções interpessoais (Nock 2010, Jorge et al. 2015, Klonsky, 2011). Assim estes resultados não são concordantes com a literatura e a presente hipótese não é confirmada. Contudo nos resultados desta hipótese podemos observar diferenças estatisticamente significativas entre as funções intrapessoais e as funções interpessoais, o que quer dizer que estes dois grupos de funções se correlacionam como está descrito na literatura (Nock 2010, Jorge et al. 2015, Klonsky, 2011).

Por fim, dada a pertinência em se estudar não só a perspetiva dos adolescentes, tornou-se relevante estudar-se também as perspetivas das mães e dos pais como sugere o estudo de Cruz et al. (2013) . Pretendeu-se verificar se existem diferenças significativas entre os adolescentes, as mães e os pais na ansiedade, na depressão e no stress.

Os resultados demonstraram que existem diferenças significativas entre os três grupos (adolescentes, mães e pais). Foi ainda possível verificar que o nível da ansiedade, depressão e stress dos adolescentes é mais elevado em relação às mães e aos pais. No entanto entre as mães e os pais não se verificam diferenças significativas referentes à ansiedade, depressão e stress. Estes resultados poderão dever-se ao período que os jovens atravessam, i.e., o período da adolescência, uma vez que acarreta várias transformações, adaptações e quando os jovens estão perante um obstáculo poderão vivenciá-lo com uma intensidade maior comparativamente com os seus progenitores.

Em conclusão, no presente estudo foi possível verificar-se o tipo de relações existentes entre a ansiedade, a depressão e o stress, os comportamentos autolesivos, as funções dos comportamentos autolesivos e por fim a ideação suicida nos adolescentes. Foi possível corroborar que a ansiedade, a depressão e o stress têm uma forte associação entre os comportamentos autolesivos bem como a ideação suicida. Também foi possível confirmar que

a ocorrência dos comportamentos autolesivos estão correlacionados com a ideação suicida nos jovens. Ainda se verificou que os níveis da ansiedade, depressão e stress são influenciados pela presença ou não de CAL.

Neste estudo também foi possível averiguar uma componente referente aos pais (mães e pais), i. e., estudos anteriores não dão enfoque aos pais dos jovens mas sim apenas ao jovem. Nesse sentido também se conseguiu verificar que os jovens têm níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress comparativamente com as mães e os pais inquiridos na presente investigação.

No que respeita às limitações do estudo e apesar de ter sido possível retirar algumas informações pertinentes através dos resultados obtidos é importante discutirem-se algumas das principais limitações. Uma primeira limitação prende-se com a extensão do questionário, uma vez que este está enquadrado num projeto mais vasto. Primeiramente, é de salientar que o questionário demora cerca de 20 a 30 minutos a ser respondido devido à sua extensão. Esse fator pode ter levado os inquiridos a uma certa desmotivação e crescente desatenção e que posteriormente pode ter levado ao preenchimento aleatório das diversas escalas. Um outro aspeto a ter em conta é a veracidade das respostas dos participantes o que nos remete para o fenómeno da desejabilidade social.

Uma segunda limitação, prende-se com o número da amostra sendo que apesar de existirem 237 adolescentes inquiridos, o número de pais (N=174) é bastante inferior àquele que se esperava ter recolhido e não sendo este significativo. Um outro aspeto é o facto de não existir equilíbrio entre a amostra de mães (N=97) e a amostra de pais (N=77), sendo que o desejável seria existir o mesmo número de participantes tanto num grupo como no outro. Por fim uma outra limitação prende-se com o preenchimento dos questionários quer nos jovens quer nos adultos. Os jovens preencheram o seu questionário em contexto de sala de aula, em que a grande maioria estava sentado dois a dois, o que por sua vez pode ter levado à troca de impressões entre os jovens (apesar da supervisão das investigadoras). Outro aspeto importante é a ausência do professor na sala de aula, sendo que a presença do próprio pode limitar o tipo de resposta não se sentido o jovem muito à vontade a responder. Contudo em algumas escolas foi possível que os professores se ausentassem da sala de aula durante o preenchimento dos questionários.

Relativamente ao preenchimento dos questionários por parte dos pais o mesmo acontece, i. e., ao preencherem o questionário em casa os pais podem trocar impressões acerca

do mesmo e realizarem o questionário em conjunto ou até mesmo não haver privacidade para a sua concretização. Neste sentido, todos estes fatores podem ter levado ao enviesamento dos resultados devido a um preenchimento descuidado ou sem falta de condições para existirem respostas sinceras.

Sugere-se em estudos futuros, a realização de um estudo longitudinal de modo a acompanhar-se tanto os jovens como os pais e as mães antes, durante e após o período da adolescência de forma a verificarem-se os níveis de ansiedade, depressão e stress relacionando-os com o surgimento dos comportamentos autolesivos bem como com a ideação suicida. Seria ainda vantajoso realizar-se um outro estudo qualitativo para se averiguar detalhadamente as funções que estes comportamentos têm durante a experiência dos comportamentos autolesivos.

Referências Bibliográficas

- Aktepe, E., Çalışkan, A. & Sönmez, Y. (2014). Self injurious behaviour in high school students in city center of Isparta and factors psychiatrically related with this behavior. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15 (3): 257-264.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Alarcão, M. & Gaspar, M. F. (2007). Imprevisibilidade familiar e as suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Padéia*, 17, 89-102.
- Andrade, L. H. SG., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de psiquiatria clínica.*, 25 (6), 285-90.
- Azevedo & Matos (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 180-191.
- Baloglu, M. 2003. Individual differences in statistics anxiety among college students. *Personality and Individual Differences* 34: 855-865.
- Barbedo, M. & Matos, M. (2009). *Fazer mal a Si Próprio*. In M. Matos & D. Sampaio (coord.). *Jovens com saúde – Diálogo com uma Geração* (pp. 123-130). Lisboa: Texto Editores.
- Batista, M. & Oliveira, S. (2005). Sintomas de Ansiedade mais comuns em Adolescentes. *Revista de psicologia da vetor editora*, 6 (2), 43-50.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S. & Kapur, N. (2012). Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *Lancet*. 380 (3).
- Beuke, C., Fischer, R., & MCDowall, J.(2003). Anxiety and depression :Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*. 23 (6) 831-848.
- Borges, V. & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 195-209.
- Bradley, J. (2003). *Confrontação, apaziguamento ou comunicação?* In Anderson, & R., Dartington, A. (Ed.), *Olhar de frente, Perspectivas Clínicas das Perturbações da Adolescência* (pp. 107-124). Lisboa: Assírio & Alvim.

- Brown, K., Henriques, R., Sosdjan, D. & Beck, T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts. *J Consult Clin Psychol.* 72:1170–4.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J., Santos, J. & Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Castillo, G. L., Recondo, R., Fernando, Asbahr, R & Manfro, G (2000). Transtornos da ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23.
- Cavanagh, T., Carson, J., Sharpe, M. & Lawrie, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 33:395–405.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. & Sampaio, D. (2013). Adolescents and Self Destructive Behaviours: An Exploratory Analysis of Family and Individual Correlates. *Behavioral Psychology/ Psicologia Conductual*, 21, 271- 288.
- Dalley, B. M., Bolocofsky, N. D., Alcorn, B. M., & Baker, C. (1992). Depressive symptomology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychology Review*, 21 (3), 444-458.
- Teruel, D., Martínez, j., & León, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 2, 277-290.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 123-130). Braga, Portugal: Sistemas Humanos e Organizacionais.

- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V. & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *100* (2),199-210.
- Gameiro, J. (1993). *Família e Toxicomania*. Psicologia IX, 1: 33 – 39.
- Gammer, C. & Cabié, M. C. (1999). *Adolescência e crise familiar*. Lisboa: Climepsi.
- Gonçalves, A., Freitas, P. & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e protecção. *Millenium*, 40, 149- 159.
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S. & Martins, C. (2014). How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Behave?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1), 171-178.
- Guerreiro, D., Sampaio, D., Figueira, M. & Madge, N. (2015). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Arch Suicide Res.* 12:1-17.
- Guerreiro, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos auto-lesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (2), 204-2013.
- Hamza, C., Stewart, S., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482–495.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K. & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 178:48–54.
- Hawton, k., & Harriss, L. (2007). Deliberate self-harm in young people: Characteristics and subsequeute mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *J Clin Psychiatry.* 68:1574-83.
- Hawton, K., Saunders, K., & O’Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–82.
- Jorge, Queirós & Saraiva (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida- estudo qualificativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 2 (XXXIII), pp. 207-219.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatr.Res.* 166:260–68

- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981-1986.
- Kristensen, C., Schaefer, L. & Busnello, F. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27 (1), 21-30.
- Laufer, M. (2000). *Compreender o suicídio: tem um significado especial na adolescência?* In Laufer, M. (Ed.) O adolescente suicida (pp. 69-79). Lisboa: Climepsi Editores.
- de Leo, D., Burgis, S., Bertolote, M., Kerkhof, J. & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*. 27:4–15.
- Lewis, S. & Arbuthnott, A (2012). Nonsuicidal Self-Injury: Characteristics, Functions, and Strategies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 26.
- 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.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, M., Corcoran, P., de Leo D. & Wilde J. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 20:499–508.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, J., Corcoran, P. & Fekete, S. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 49:667–77.

- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Psiquiatra* 25 (1) 56-74.
- May, R. (1980). *O significado da ansiedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L. & Maia, A. (2011). Relações Familiares, Humor Deprimido e Comportamentos Autodestrutivos em Adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J., & Patton, G. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379, 236–430.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhares sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 509-521.
- Ougrin, D., Ng V, Zundel, T. (2010). Self-harm in young people: a therapeutic assessment manual. *London: Hodder Arnold*.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psychologica. Psicologia, Saúde e Doença*, 5 (2), 229-239.
- Pfeffer, C. (1985). Self-destructive behavior in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 215-226.
- Pinto, J. (2010). *A adolescência e a família: o processo de separação/individuação. Se..., Não!*, 1, 73-87.

- Puig-Antich, Kaufman & Ryan (1993). The Psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 32, 244-53.
- Reis, M., Figueira, I., Ramiro, L., & Matos, MG. (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In: Matos MG, Tomé G, editors. Aventura social: promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade Lisboa. Placebo Editora.
- Relvas, P. (2004). *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 14, 563-579.
- Reynolds, W. (1988). Suicidal Ideation Questionnaire. *Psychological Assessment Resources*.
- Rice, K. & Leffert, N. (1997). Depression in Adolescence: Implications for School Counsellors. *Canadian Journal of Counsellin*, 31 (1).
- Rodrigues, R., & Machado, M. (2002). *Questões urgentes na educação. Adolescência: Interfaces com a escola e com a família*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (18), 139-155.
- Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psycologica*, 31, 85-92.
- Schoeppe, A., & Havighurst, R. J. (1952). A validation of development and adjustment hypotheses of adolescence. *The Journal of Educational Psychology*, 43 (6), 339-353.
- Skegg K. (2005). Self-harm. *Lancet*. 366:1471-83.
- Stanford, S. & Jones, P. (2010). How much detail needs to be elucidated in self-harm research? *J Youth Adolesc*. 39(5):504-13.
- Stengel, E., (1980). *Suicídio e Tentativa de Suicídio*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

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

Swedo, S. E., Leonard, H. L. & Allen A. J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders . *Current problems pediatri.*, 24, 12-38.

Wahlbeck, K., Mäkinen, M. (2008). *Prevention of depression and suicide*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

Anexos

Anexo A: Consentimento Informado e Autorização

Consentimento Informado

“Jovens e Comportamentos de Risco”

Sofia Moreira e Cátia Barata, estudantes do mestrado em Psicologia Clínica do ISPA-Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida veem solicitar a participação do seu filho(a) no projeto de investigação intitulado “Jovens e Comportamentos de Risco”.

Esta investigação tem como objetivo analisar os fatores protetores e de risco nos comportamentos de risco nos adolescentes. A recolha de dados será feita através da aplicação de um questionário. A participação nesta investigação é voluntária. É totalmente confidencial e anónima. Seja em que circunstância for os dados dos participantes não serão tornados públicos. Este poderá desistir a qualquer momento desta investigação, com a garantia de que as informações dadas até ao momento não serão usadas.

Caso algo esteja incorreto ou não esteja claro, não hesite em solicitar mais informações para os correios eletrónicos sofia_moreira_1992@hotmail.com ou catiavbarata@gmail.com. Se concordar em participar nesta investigação, queira por favor assinar este documento.

Muito Obrigado

Declaro que li e compreendi este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelos investigadores. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, o meu/ minha filho(a) recusar participar nesta investigação. Assim, autorizo o/a

_____ participar na investigação “Jovens e Comportamentos de Risco” e permito a utilização dos seus dados de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas neste documento.

Assinatura do/a encarregado de educação _____

Anexo B: Folha de Rosto do Questionário Preenchido pelos Adolescentes



Este estudo está a ser desenvolvido pelo ISPA – Instituto Universitário e servirá para que possamos conhecer alguns comportamentos que os jovens da tua idade podem ter. As tuas respostas sinceras são para nós muito importantes.

Este questionário é completamente **anónimo** e **confidencial**.

Não existem respostas certas ou erradas e o preenchimento demora cerca de 20 minutos. Pedimos-te que sejas o mais sincero possível.

Aceitas participar neste estudo?

SIM ____ NÃO ____

Anexo C: Folha de Rosto do Questionário Preenchido pelas Mães e Pais



Este estudo está a ser desenvolvido pelo ISPA – Instituto Universitário e servirá para que possamos conhecer alguns comportamentos que os jovens da idade do seu filho(a) podem ter. As suas respostas sinceras são para nós muito importantes.

Este questionário é completamente **anónimo e confidencial**.

Não existem respostas certas ou erradas e o preenchimento demora cerca de 20 minutos. Pedimos-lhe que seja o mais sincero possível.

Aceita participar neste estudo?

SIM ___ NÃO ___