



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O IMPACTO DO SUPORTE SOCIAL, DA  
DEPRESSÃO, ANSIEDADE E  
IMPULSIVIDADE NA ADOLESCÊNCIA:  
RELAÇÃO COM OS  
COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS E  
A IDEACÃO SUICIDA

Diana Oliveira

**ORIENTADOR DE DISSERTAÇÃO:**

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

**PROFESSOR DE SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO:**

DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Psicologia Clínica

2019

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

## RESUMO

A ideação suicida e os comportamentos autolesivos [CAL] são um fenómeno cada vez mais presente nos adolescentes, em Portugal e a nível mundial. Este estudo tem como objectivo perceber o impacto que o suporte social por parte dos pares tem na ideação suicida e nos CAL na fase da adolescência, bem como analisar a relação entre a depressão, a ansiedade e a impulsividade, a ideação suicida e o envolvimento nestes comportamentos. A amostra é constituída por 852 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos, provenientes de dois estabelecimentos de ensino do distrito de Lisboa, aos quais foram aplicados os instrumentos: Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos [ICAL] (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019), The Suicidal Ideation Questionnaire [SIQ] (Ferreira & Castela, 1999), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HADS] (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Menezes & Baltar, 2007), Impulsiveness Scale [BIS-11] (Diemen, Szobot, Kessler & Pechansky, 2007), Escala de Percepção do Suporte Social dos Amigos [PSS-Am] (Gouveia, Leal, Cardoso & Nunes, 2015).

Os resultados demonstram que o suporte social por parte dos amigos leva a um aumento do risco de ideação suicida e dos CAL. Verificou-se ainda que as variáveis individuais estabelecem uma relação com a ideação suicida e com os CAL, o que demonstra que níveis mais elevados de depressão, ansiedade e impulsividade se associam a níveis mais elevados de ideação suicida e um maior envolvimento em CAL. Adicionalmente verificou-se a relação existente entre a ideação suicida e os CAL.

**Palavras-chave:** Suporte Social, Depressão, Ansiedade e Impulsividade, Comportamentos Autolesivos, Ideação Suicida.

## **ABSTRACT**

The suicidal ideation and the self-harm behaviour are an increasing phenomenon among adolescents in Portugal and worldwide. This study aims to understand the impact that peer social support has on self-harm behaviour and suicidal ideation in adolescence, as well as to analyze the relationship between depression, anxiety, impulsivity, suicidal ideation and involvement in these behaviors. The sample of this study consists of 852 adolescents aged between 11 to 21 years, from two schools in Lisbon district, to which the following instruments were applied: Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos [ICAL] (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019), The Suicidal Ideation Questionnaire [SIQ] (Ferreira & Castela, 1999), Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Menezes & Baltar, 2007), Impulsiveness Scale [BIS-11] (Diemen, Szobot, Kessler & Pechansky, 2007), Peer Social Support Perception Scale [PSS-Am] (Gouveia, Leal, Cardoso & Nunes, 2015). The results have shown that social support from friends leads to an increased risk of self-harm behaviour and suicidal ideation. It was also found that individual variables are related to self-harm behaviour and suicidal ideation, which leads to the conclusion that higher levels of depression, anxiety and impulsivity are associated with higher levels of suicidal ideation and greater involvement in self-harm behavior. Additionally, a relationship was found among self-harm behaviour and suicidal ideation.

**Key words:** Social Support, Depression, Anxiety, Impulsivity, Suicidal Ideation, Self-Harm Behavior

# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1. Adolescência .....	8
1.2. Suporte Social por parte dos pares .....	8
1.3. Comportamentos Suicidários .....	10
1.3.1. Comportamentos Autolesivos .....	11
1.3.2. Ideação Suicida .....	13
1.4. Variáveis Individuais .....	15
1.4.1. Impulsividade .....	15
1.4.2. Ansiedade .....	16
1.4.3. Depressão .....	17
1.5. Objectivos e Hipóteses .....	18
<b>2. MÉTODOS</b> .....	21
2.1. Participantes .....	21
2.2. Instrumentos .....	23
2.2.1. Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos [ICAL] .....	23
2.2.2. The Suicidal Ideation Questionnaire [SIQ] .....	23
2.2.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HADS] .....	24
2.2.4. Impulsiveness Scale [BIS-11] .....	24
2.2.5. Escala de Percepção do Suporte Social dos Amigos [PSS-Am] ...	25
2.2.6. Questionário Sociodemográfico .....	25
2.3. Procedimento .....	26
2.4. Resultados .....	27
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>5. LIMITAÇÕES E PROPOSTAS PARA ESTUDOS FUTUROS</b> .....	40
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
<b>7. ANEXOS</b> .....	56
Anexo A – Informação Complementar .....	57
Anexo B – Tabela de definições de CAL .....	70
Anexo C – Testes Estatísticos .....	71

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Páginas</b>
Tabela 1. Distribuição da Amostra em função da Idade e do Sexo .....	21
Tabela 2. Frequências do Ano de Escolaridade em função do Sexo .....	22
Tabela 3. Estatística descritiva da variável Reprovações .....	22
Tabela 4. Distribuição da variável Comportamentos Autolesivos de acordo com o Sexo .....	28
Tabela 5. Tabela 5. Distribuição das variáveis Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida de acordo com o Sexo .....	28
Tabela 6: Frequência dos tipos de Comportamentos Autolesivos .....	29
Tabela 7: Análise de Correlações entre Suporte Social, CAL e Ideação Suicida ...	30
Tabela 8: Análise de Correlações entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, CAL e Ideação Suicida .....	31
Tabela 9: Análise de Regressão entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos .....	31
Tabela 10: Análise de Regressão entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida .....	32

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Páginas</b>
Figura 1. Efeito de mediação da variável Depressão nas variáveis ideação suicida e comportamentos autolesivos. ....	33
Figura 2. Efeito de mediação da variável Ansiedade nas variáveis ideação suicida e comportamentos autolesivos. ....	33
Figura 3. Efeito de mediação da variável Impulsividade nas variáveis ideação suicida e comportamentos autolesivos. ....	33

# 1. INTRODUÇÃO

## 1. 1. Adolescência

A palavra adolescência vem do latim *adolescere*, remetendo para o significado de crescer e é definida como sendo uma fase transitória entre a adolescência e a fase adulta, situando-se sensivelmente entre os 10 / 13 anos de idade e o início dos 20 (Marcelli & Braconnier, 2007). Este é um período onde se manifestam grandes e significativas transformações, que podem modificar a percepção que o adolescente tem de si próprio e do mundo à sua volta (Arslan, 2009). Essas transformações podem ser a nível físico, biológico e psicossocial, podendo mesmo tornar-se num momento difícil quer para o jovem quer para a sua família (Guerreiro & Sampaio, 2013; Batista & Oliveira, 2005) e no qual as interações do adolescente têm uma enorme importância, seja com outros ou com diferentes contextos, fazendo com que este período seja singular e heterogêneo (Santos & Faro, 2018).

Nesta fase do ciclo vital, é frequente o surgimento de algumas particularidades que são características da adolescência, tais como as oscilações de humor e o comportamento impulsivo que, embora sejam ‘normais’ nesta fase, requerem alguma atenção e devem ser devidamente acompanhadas para que os jovens não se exponham a situações de risco (Magnani & Staudt, 2018), como é o exemplo dos comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, no qual se inserem os comportamentos autolesivos [CAL] (Borges & Werlang, 2006).

É essencial ter em conta que o suicídio na adolescência é um fenómeno complexo e com variadas causas, que contempla uma interação entre vários factores (biológico, psicológico, sociodemográfico e cultural), o que torna a sua prevenção uma tarefa complicada (Braga & Dell’Aglia, 2013; Arcoverde & Soares, 2012).

## 1. 2. Suporte Social por parte dos pares

São vários os estudos nas áreas da sociologia e da psicologia que referem os benefícios do suporte / apoio social. “O suporte social é definido como a disponibilidade geral de amigos e familiares que fornecem recursos psicológicos e materiais” (Kleiman & Riskind, 2012, p.2). Antunes e Fontaine (2005) afirmam que o suporte social implica a existência de um grupo de pessoas (e.g., familiares, vizinhos, amigos, professores) significativas para o sujeito e que desempenham um papel ou várias funções, em determinadas situações da sua vida, sendo esta informação congruente com a definição anterior.

Durante o período da adolescência o suporte social adquire especial relevância, estando associado ao bem-estar geral do jovem (Helsen, Vollebergh & Meeus, 2000; Larose & Bernier, 2001), diminuindo consequentemente o risco de depressão, quando prestado pela família, pelo grupo de amigos ou pela escola (professores), elementos que são de extrema importância para o adolescente (Cordeiro, Claudino, & Arriaga, 2006; Arslan, 2009). Durante este período, embora o papel dos pais e professores seja fundamental no que diz respeito ao suporte social, são os colegas e amigos que começam a ganhar mais importância e que demonstram ser as fontes de ajuda e de apoio mais solicitadas (Arslan, 2009). Neste contexto, a aceitação e a integração no grupo de pares são aspectos intimamente associados ao sentimento de bem-estar durante a adolescência (Tomé, Matos, & Diniz, 2008). Alguns estudos demonstram que o suporte social percebido pode ser considerado um factor protector relativamente ao risco de suicídio (Wang et al., 2019; Kleiman & Riskind, 2012; George, 2012), enquanto outros autores, esclarecem que a falta desse mesmo suporte social pode estar associado ao risco de ideação suicida (Glenn & Klinsky, 2009), assim sendo, o suporte social tanto pode ser considerado um factor protector ou de risco dependendo da sua presença ou ausência. Além disso, Tomé e Matos (2012) confirmam que, se as relações de amizade entre os adolescentes forem mais próximas, os níveis de depressão e de pensamentos suicidas baixam em comparação com os adolescentes que não possuem relações de amizade tão fortes. Este facto pode ter relação com a importância do suporte social positivo e o papel que este pode desempenhar, nomeadamente quando se tem em conta as suas várias funções, entre as quais oferecer ajuda e promover trocas afectivas que promovem um sentimento de conforto e apoio (Hirsch & Barton, 2011).

Em relação aos CAL, Whitlock (2009) refere que esses comportamentos são cada vez mais frequentes entre jovens pertencentes a um mesmo grupo. Este tipo de comportamentos num contexto grupal pode ser considerado como um ritual, propagando-se por 'contágio', como forma de expressar a união de grupo e por isso, os objectivos vão um pouco além da redução da ansiedade ou da tentativa de aliviar sentimentos de valência emocional negativa. Embora o grupo de pares possa levar ao aumento dos comportamentos de risco, por outro lado, dependendo do grupo em que o jovem se insere, pode auxiliar na identificação dos mesmos, tendo a escola e os amigos um papel fundamental neste âmbito (Silva & Siqueira, 2017). De facto, o suporte social parece ter um papel primordial quer na prevenção, quer como resposta ao tratamento para os CAL, havendo alguns estudos que referem o suporte social como sendo um factor de protecção desses mesmos comportamentos (Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015; Wichstrøm, 2009).

### 1.3. Comportamentos Suicidários

Historicamente, os comportamentos suicidas têm origem em factores disposicionais, onde se incluem os traços de personalidade, auto-estima, etc. e em factores relacionais e sociais, onde se enquadram a família e os amigos. Este tipo de comportamentos expõe um grave e complexo problema social (George, 2012). Neves e Santos (2016) referem que os comportamentos da esfera suicidária podem ter várias funções, manifestando-se quando as restantes ferramentas psicológicas são menos eficazes a enfrentar o fracasso, os conflitos e eventualmente algumas perdas que possam ter ocorrido.

Dentro dos comportamentos suicidários podem diferenciar-se três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado, estando a ideação suicida e o suicídio consumado um em cada extremo e a tentativa de suicídio no meio (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Congruentemente com o que foi referido destaca-se um contínuo de evolução gradual que, pode ser iniciado pelos pensamentos suicidas e sua intensificação, passando pelos CAL e outros comportamentos que poderão levar às tentativas de suicídio e conseqüentemente ao suicídio consumado (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Marcelli & Braconnier, 2007; Cruz et al., 2013).

Em Portugal, o suicídio representa a segunda causa de morte global entre os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (WHO, 2014), sendo a terceira mais comum nos rapazes, (seguida dos acidentes de viação e causas violentas) e a primeira nas raparigas (Guerreiro & Sampaio, 2013). É ainda importante referir que os comportamentos da esfera suicidária sucedem com alguma frequência nesta faixa etária (Neves & Santos, 2016) e que o suicídio na adolescência por vezes esconde os CAL, ainda que quase sempre sejam ocultados (Guerreiro & Sampaio, 2013).

O suicídio e os CAL estão muitas vezes inter-relacionados, tornando difícil a sua abordagem separadamente (Guerreiro & Sampaio, 2013). Apesar disso, os CAL são mais frequentes nos jovens comparativamente aos suicídios consumados (Brás, Jesus & Carmo, 2016; Marcelli & Braconnier, 2007). Num estudo de Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge em 2015, na região de Lisboa, em 1713 adolescentes, 7.3% dos jovens confirmaram já ter realizado pelo menos um episódio de CAL (Neves & Santos, 2016). Este tipo de comportamentos põe em risco a vida do jovem pelo acto de agredirem o próprio corpo, ou seja, passa a ser um atentado contra a sua integridade física, embora possa não se verificar a vontade consciente de se matar (Marcelli & Braconnier, 2007). Realça-se que tem vindo a ser constantemente associado aos comportamentos suicidas entre jovens o comportamento agressivo, a depressão, a impulsividade, a ansiedade e o abuso de substâncias (Haavisto et al.,

2005). Também o suporte social tem vindo a demonstrar o seu impacto neste tipo de comportamentos (Wu, Chang, Huang, Liu & Stewart, 2013).

Como factores de risco para o comportamento suicida na adolescência são mencionados a própria idade, a presença de tentativas anteriores, existir historial familiar de doença psiquiátrica (em particular, tentativas de suicídio e/ou suicídio consumado), a ausência de apoio familiar, existirem arma/s de fogo em casa, ter doença física grave e/ou crónica, ter depressão e comorbidade com comportamentos de risco e abuso de substâncias (Bahls, 2002).

### **1.3.1. Comportamentos Autolesivos**

A intenção de provocar dano a si próprio é mais comum entre os adolescentes e por ser um comportamento que tem vindo a aumentar nos últimos anos, é considerado um problema de saúde pública (Oktan, 2017).

Existem várias definições de CAL (Anexo B), no entanto, neste estudo optou-se pela nomenclatura adoptada no estudo Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) (Madge et al., 2008, p.669), que define os CAL do seguinte modo:

(...) acto cujo resultado não é fatal, mas em que o indivíduo realiza algum dos seguintes comportamentos de forma deliberada: tem intenção de causar lesões a si mesmo quando realiza determinado comportamento (ex. cortar-se, saltar de alturas); ingere uma substância numa dose excessiva relativamente ao recomendado; ingere uma droga ilícita ou substância de recreio, com o propósito de se autoagredir; ingere uma substância ou objecto que não é para esse efeito.

Ou seja, é uma lesão directa e voluntária ao próprio corpo, embora a questão da intencionalidade suicida não seja ainda consensual na literatura (Nock, 2010; Brausch & Gutierrez, 2010). O termo CAL, por abarcar ambas as possibilidades (com e sem intenção suicida), parece ser o mais adequado, oferecendo a possibilidade de consoante cada caso, se identificar e localizar a gravidade da situação dentro do espectro suicidário, tendo em conta a intenção, a diversidade de métodos utilizados e a gravidade (Orlando et al., 2015). O estudo Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) define CAL neste mesmo sentido, utilizando uma definição que não expressa intenção suicida mas sim de intenção de se magoar ou realizar autolesões, onde se incluem as tentativas de suicídio e os CAL sem intenção suicida (Madge et al., 2011).

De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), apesar dos CAL terem várias definições que se dividem entre a sua intencionalidade ou não suicidária, existem quatro conceitos que parecem ser consensuais nas diferentes nomenclaturas, são eles o método, o resultado, a letalidade e a intencionalidade. O método diz respeito à forma ou processo usado para a execução da autolesão. O resultado pode ser dividido em três hipóteses: 1) poderá culminar na morte, que por sua vez pode ser acidental ou suicídio; 2) poderá sobreviver, mas com lesões; 3) ou poderá sobreviver sem qualquer tipo de lesão. A letalidade está associada ao método utilizado, de acordo com o perigo que este representa, ou seja, uma letalidade mais elevada está associada a métodos como armas de fogo, enforcamento, entre outras, enquanto uma letalidade mais baixa está associada a métodos como sobredosagens ou alguns tipos de automutilação. Por último, a intencionalidade é dos quatro, o conceito que mais controvérsia causa, gerando consequentemente alguma discórdia entre os vários autores. A intencionalidade diz respeito à decisão de passagem ao acto, de forma a atingir um objectivo, objectivo esse que poderá ser o suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Tendo em conta a questão da intencionalidade, dentro das várias definições de CAL, destacam-se dois grupos: *Deliberate self-harm*, um conceito mais abrangente, onde se incluem os CAL com e sem intenção suicida e todos os métodos de autolesão, evitando deste modo, a questão da intencionalidade. Este termo é utilizado predominantemente nos países Europeus e na Austrália; *Non suicidal self-injury [NSSI]*, um conceito mais utilizado no Canadá e nos Estados Unidos e inclui a autolesão ao próprio corpo, sem contudo haver intencionalidade de morrer, onde se incluem apenas cortes (*self-cutting*) e comportamentos associados, designadamente arranhões, queimaduras, entre outros (Guerreiro & Sampaio, 2013; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Neste estudo, teve-se em consideração a definição dos comportamentos autolesivos deliberados, por ser a definição mais utilizada nos estudos mais recentes em Portugal e por ser um conceito mais abrangente, incluindo os CAL com e sem intenção suicida.

Os CAL podem assumir múltiplas formas, entre elas cortar-se, queimar-se, arranhar-se, esmurrar-se ou mesmo partir os ossos, sendo utilizadas para o efeito facas, agulhas, lâminas e/ou outros utensílios afiados (Raupp, Marin & Mosmann, 2018). As lesões daí resultantes podem ser consideradas leves, moderadas ou graves (Reis, Figueira, Ramiro & Matos, 2012). Os principais riscos estão prendem-se com o facto de ser um comportamento que se pode tornar crónico, podendo haver uma evolução para outras formas de CAL, tais como as tentativas de suicídio (Grandclerc, Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal & Moro, 2016).

No estudo Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) realizado em 2010 em Portugal, com uma amostra de 5050 estudantes, do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, cujas idades apresentavam uma média de 14 anos, demonstrou que 15,6% dos participantes referiram já ter realizado pelo menos um comportamento autolesivo nos últimos 12 meses. Os métodos mais comumente utilizados foram os cortes e a ingestão de doses quase letais de substâncias tóxicas ou medicação (Matos & Equipa Aventura Social, 2010).

Em 2011 foi realizado um outro estudo em 5 regiões de Portugal, onde participaram 396 jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos. Verificou-se que 18% dos participantes confirmou já ter-se auto agredido pelo menos uma vez e 5.6% fizeram-no 4 vezes ou mais, nos últimos 12 meses (Reis et al., 2012).

Cerca de 90% dos casos de CAL estão relacionados com um diagnóstico psiquiátrico, no entanto existem outras variáveis que podem ter influência na ocorrência dos CAL, como é o caso da impulsividade, a baixa auto-estima e o abuso de drogas (Guerreiro & Sampaio, 2013; Madge et al., 2011). Madge et al. (2011) apuraram que existe uma relação de maior gravidade entre a história de autolesão e níveis mais elevados de depressão, ansiedade, impulsividade e níveis mais baixos de auto-estima, muitas vezes associados a eventos stressantes que ocorreram na vida do adolescente em diferentes áreas.

É importante ter presente que 70% dos adolescentes com CAL referem ter tido pelo menos uma tentativa de suicídio e 55% referem múltiplas tentativas de suicídio, ou seja, isto vem demonstrar que os adolescentes que se envolvem nos CAL têm uma tendência maior para realizar uma tentativa de suicídio (Halicka & Kiejna, 2015).

### **1.3.2. Ideação Suicida**

Alguns autores defendem que a ideação suicida diz respeito a pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, incluindo desejos, atitudes e planos para pôr um fim à própria vida (Borges & Werlang, 2006), enquanto outros autores fazem uma distinção entre a ideação suicida e a intenção suicida, em que a primeira apenas envolve pensamentos acerca da própria morte, (sem a ocorrência de qualquer tentativa no sentido de atentar contra a própria vida) e a segunda já pressupõe a elaboração de um plano, onde é explícita a forma, o meio e o local onde o acto suicida terá lugar (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011). De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) a ideação suicida diz respeito à presença de pensamentos e cognições acerca de acabar com a própria vida, podendo dar origem aos CAL e/ou a actos suicidas. Estes pensamentos podem surgir sob a forma de desejos ou mesmo num plano para cometer suicídio, havendo a possibilidade de não se

materializar na passagem ao acto. Congruentemente Silverman et al. (2007) esclarece que a ideação suicida envolve a existência de pensamentos ou cognições, mas não inclui qualquer acto, isto é, não se realiza nenhuma acção com o objectivo de acabar com a própria vida.

A presença de ideação suicida é, de um modo geral, um alerta para a existência de sofrimento emocional intenso e deve ser visto como uma das principais causas de tentativas de suicídio e do suicídio consumado (Nock et al., 2008). Nos sujeitos que não apresentam características impulsivas, a decisão de perpetrar suicídio não ocorre rapidamente, havendo por isso com alguma frequência, a manifestação de alguns sinais que demonstram que há a possibilidade de suceder uma tentativa o suicídio, ou que pelo menos reflectem o desejo de o fazer (Braga & Dell’Aglío, 2013; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2014, 2005). A intensidade, duração, profundidade e o contexto em que emergem esses mesmos pensamentos, podem levar à passagem ao acto, ou seja, o sujeito pode escalar da ideação à tentativa, o que significa que pode existir um risco elevado de suicídio (Bridge, Golstein & Brent, 2006; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). A gravidade da ideação suicida prende-se precisamente com a frequência, intenção e planeamento que permite inferir que quanto maior a gravidade da ideação suicida, maior a probabilidade de suceder uma tentativa de suicídio (Bridge, Golstein & Brent, 2006).

De acordo com Nock et al. (2008), alguns estudos dão conta de que 34% das pessoas que apresentam ideação suicida, elaboram pelo menos um plano de suicídio ao longo da vida e desses, 72% realizam uma tentativa de suicídio. Além disso, 26% dos indivíduos que apresentam ideação suicida, concretizam uma tentativa de suicídio não planeada, ou seja, não existiu a elaboração de qualquer tipo de plano. Estes dados chamam a atenção para o facto de que grande parte das tentativas de suicídio, independentemente da existência ou não de um plano, realizam-se no primeiro ano após o início da ideação suicida (Nock et al., 2008).

O risco de comportamento suicida, que engloba a ideação suicida, bem como o planeamento e a tentativa de suicídio (WHO, 2014), aumenta durante o período da adolescência e o início da idade adulta (Azevedo & Matos, 2014). Durante a fase da adolescência, a ideação suicida tem uma prevalência de 15 a 25% (Bridge, Golstein & Brent, 2006). Sampaio et al. (2000) afirmam que numa amostra de 822 jovens portugueses, a ideação suicida estava presente em 34% dos casos, sendo que destes 34%, 7 % tentaram o suicídio pelo menos uma vez. Santos et al. (2014) observaram ainda que, numa amostra de 625 participantes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, havia uma prevalência de ideação suicida de 50%.

Por serem considerados factores de risco, é necessário ter atenção à presença de ideação suicida e de CAL, pois são importantes preditores no que diz respeito à tentativa de suicídio nos adolescentes (Bathia & Bathia, 2007; Wilcox et al., 2010).

#### **1.4. Variáveis Individuais**

##### **1.4.1. Impulsividade**

Têm sido consistentemente encontradas ligações entre características de personalidade impulsivas e ideação e comportamento suicida (Conner, Meldrum, Wieczorek, Duberstein & Welte, 2004; Hull-Blanks, Kerr, & Kurpius, 2004; Maser et al., 2002). A impulsividade aparece também frequentemente associada aos CAL (Nock, 2005, 2010; O'Connor, 2011). Alguns autores sugerem que esta característica aumenta o risco e a probabilidade de ocorrerem outras experiências que influenciam o comportamento suicida, precisamente através dos CAL (Anestis, Soberay, Gutierrez, Hernández & Joiner, 2014). Uma das características do período da adolescência é a impulsividade, que pode levar ao envolvimento neste tipo de comportamentos como forma de gerir as suas emoções, frustrações ou *stress* (Santos et al., 2014).

A impulsividade contempla vários aspectos da personalidade, comportamento e cognição, estando os CAL mais associados a traços de personalidade impulsiva (Kenneth, et al., 2019). Isto significa que poderá existir uma tendência para agir de forma precipitada (devido à dificuldade existente no controlo dos impulsos), como forma de resposta a emoções de valência emocional negativa, na tentativa de as reduzir (Cyders & Smith, 2008). Neste sentido, põe-se a hipótese de que este traço poderá aumentar o risco de iniciação dos CAL (Riley, Combs, Jordan & Smith, 2015). Este tipo de estratégia é utilizado como forma de regulação emocional, função essa que é bastante referida e associada aos CAL (Taylor et al., 2018). Algumas investigações realçam que muitos auto-agressores realizam este tipo de comportamentos de forma impulsiva, sem qualquer influência de álcool ou de substâncias psicoactivas, havendo um intervalo muito curto entre o pensamento e a passagem ao acto (Arcoverde & Soares, 2012; Nock & Prinstein, 2005). Além disso, a motivação que conduz aos CAL é muitas vezes proveniente de impulsos sentidos como sendo quase incontroláveis, o que faz com que haja pouca reflexão e conseqüentemente uma grande probabilidade de passagem ao acto (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Klonski, 2011). Outros estudos apontam ainda para a existência de níveis mais elevados de impulsividade auto-referida nos jovens que realizaram autolesões não suicidas em comparação com aqueles que não o fizeram. Contudo, a relação entre os CAL e a impulsividade não é consistente em toda a literatura.

Possivelmente isto deve-se à variação na concepção e avaliação da impulsividade entre os estudos (Lockwood et al, 2017). Ademais, as dimensões depressão e impulsividade estão geralmente interligadas, o que dificulta a compreensão do acto suicida no adolescente (Marcelli & Braconnier, 2007).

Doughtery, et al. (2004) defendem que níveis mais elevados de impulsividade poderão estar relacionados a tentativas anteriores de suicídio. Contudo, alguns estudos demonstram que, embora haja uma tendência para que as pessoas que fazem tentativas de suicídio sejam mais impulsivas do que as que nunca o fizeram, o suicídio em si por norma não é realizado de forma impulsiva (Smith, et al, 2009). Embora a impulsividade não esteja directamente associada à ideação suicida, existe uma relação com as tentativas de suicídio e o próprio suicídio, havendo deste modo, uma associação indirecta, para além de ser um dos factores de risco mais frequentes no que diz respeito aos CAL (Anestis, Selby, & Joiner, 2007). Alguns autores estabelecem que a impulsividade diz respeito à duração entre a primeira ideação e a tentativa, enquanto outros autores consideram que a impulsividade tem a ver com a ausência de planos suicidas (Lim, Lee & Park, 2016).

Deste modo, verifica-se que a impulsividade é uma variável importante no que se refere aos comportamentos da esfera suicidária, sendo frequentemente associada tanto a casos de CAL como de ideação suicida (Madge et al., 2011).

#### **1.4.2. Ansiedade**

Castillo, Recondo, Asbahrc e Manfrod (2000) definem ansiedade como sendo “um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho” (p.20).

A ansiedade pode ocorrer em qualquer faixa etária e nas mais diversas situações, sendo no entanto, comum ocorrer durante o período da adolescência devido a todas as alterações que se dão nesta fase (Batista & Oliveira, 2005), já mencionadas anteriormente.

De acordo com Batista e Oliveira (2005), são vários os estudos que demonstram que na adolescência o medo é habitualmente direccionado a ameaças ou perigos mais subjectivos, muitas vezes atribuído à chamada crise de identidade. As categorias mais referidas no seu estudo contemplam a solidão, o desconhecido, a rejeição e o futuro. Há também evidências de que as raparigas tendem a ser mais ansiosas que os rapazes, em particular no que se refere à discordância com os pais. Em comparação com o género masculino, o género feminino apresenta níveis mais elevados de ansiedade geral, factor que na fase da adolescência pode

originar momentos em que se sintam mais vulneráveis e por isso aumentar a probabilidade de ocorrer uma tentativa de suicídio (Batista & Oliveira, 2005).

Na adolescência as perturbações de ansiedade prevalecem comparativamente à depressão, havendo evidências de que até aos 16 anos cerca de 10% dos jovens terá vivenciado pelo menos uma perturbação ansiosa (Guerreiro, 2014).

Hill, Castellanos e Pettit (2011) dizem não ser possível estabelecer ainda uma relação conclusiva entre ansiedade, ideação e tentativa suicida em adolescentes, embora haja algumas associações entre essas mesmas variáveis.

Relativamente aos CAL, alguns estudos apontam para que a ansiedade desempenhe um papel importante nestes mesmos comportamentos. Existem evidências de que indivíduos com histórico de CAL apresentam níveis mais elevados de ansiedade (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz & Spirito, 2003; Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995). Ademais, no estudo de Bennum e Phil (1983) verificou-se que 50% dos jovens que realizavam estes comportamentos relatavam ansiedade e tensão antes de iniciarem os CAL.

### **1.4.3. Depressão**

Em Portugal verifica-se uma escassez de estudos sobre o tema com adolescentes. Em estudos internacionais confirmaram-se as relações entre os sintomas de depressão, ideação suicida e género, havendo por isso necessidade de estudar estas mesmas ligações na população portuguesa. Alguns estudos desenvolvidos neste âmbito confirmam que o género feminino apresenta uma maior prevalência de ideação suicida e sintomatologia depressiva (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001), como é o caso do estudo elaborado por Guerreiro, Sampaio e Figueira (2014). Outros estudos mencionam que a prevalência de depressão em adolescentes pode variar entre 0,4 e 10,0% de acordo com a idade, sendo a fase mais crítica a passagem da infância para a adolescência (Bahls, 2002).

A depressão tem vindo a ser considerada um problema com grandes dimensões e repercussões a nível da saúde mundial e está fortemente correlacionada com os comportamentos suicidários (Rao, Weissman, Martin, & Hammond, 1993). Apesar do suicídio não se limitar a ser realizado por adolescentes com sintomas depressivos, a maioria dos adolescentes com depressão apresenta ideação suicida (Bahls & Bahls, 2002). Desta forma, a depressão é uma variável de peso e que deve ser tida em conta uma vez que parece ser um importante preditor de ideação suicida, que alerta para a eventualidade de que

adolescentes com depressão poderão vir a ter pensamentos suicidas (Borges & Werlang, 2006).

De que forma é que os sintomas depressivos poderão estar associados a casos de CAL? Sabe-se que os CAL se desenvolvem devido a um elevado sofrimento emocional (ansiedade, depressão, ódio...), surgindo como forma de expressar ou regular essa angústia. Deste modo, emoções mais angustiantes revelam-se como um factor de risco para o desenvolvimento de CAL (Nock & Prinstein, 2005). De acordo com o estudo de Haavisto et al. (2005), numa amostra comunitária de 348 rapazes foram encontrados, por auto-relato, sintomas depressivos quando os participantes tinham 8 anos de idade e 10 anos mais tarde verificaram-se actos de autolesão nesses mesmos sujeitos. No estudo de Lundh, Wångby-Lundh, Paaske, Ingesson e Bjärehed (2011) as raparigas apresentaram mais evidências de depressão do que os rapazes, contudo, não foi linear para todas as subescalas de depressão. As raparigas tiveram pontuações mais elevadas nas subescalas: Auto-imagem negativa, Tristeza / Solidão e na Fadiga / Queixas Somáticas. Por outro lado, os rapazes tiveram pontuações mais elevadas nas relações disfóricas com os amigos, não havendo diferenças significativas entre as relações disfóricas com os pais ou dificuldades de concentração. Além disso, através de análises correlacionais verificou-se que a depressão e os CAL estão moderada a altamente associados quer na raparigas, quer nos rapazes.

### **1.5. Objectivos e Hipóteses**

O presente estudo tem como primeiro objectivo geral perceber qual a relação das variáveis individuais (depressão, ansiedade e impulsividade) na ideação suicida e nos CAL durante o período da adolescência. O segundo objectivo prende-se com a necessidade de compreender de que forma é que o suporte social pode influenciar a ideação suicida e o envolvimento nos CAL na mesma população, contribuindo para impedir ou precaver estes comportamentos. Por fim, pretende-se analisar qual das variáveis tem mais impacto nos CAL e a relação existente entres estes comportamentos e a ideação suicida.

Posto isto, são apresentadas de seguida as hipóteses do presente trabalho juntamente com os estudos que as suportam:

São vários os estudos que referem que o suporte social tem especial importância durante o período da adolescência uma vez que está associado ao bem-estar físico e psicológico dos jovens (Helsen, Vollebergh & Meeus, 2000; Larose & Bernier, 2001), podendo por isso, diminuir o risco de depressão quando prestado por pessoas significativas, ou seja, quando prestado pela família, pelo grupo de amigos ou por elementos pertencentes à

escola, elementos esses que são de extrema importância para o adolescente (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006). Tomé e Matos (2012), confirmam que quanto mais próximas são as amizades entre eles, mais baixos são os níveis de depressão e de pensamentos suicidas do que aqueles que não possuem amizades tão fortes.

Alguns estudos, tal como é exemplo o de Hirsch e Barton (2011), sugerem que o suporte social pode ajudar a evitar o suicídio, tendo em conta que põe ao alcance do jovem alguns recursos em tempos de crise.

No que toca aos CAL, o suporte social tem vindo a demonstrar ser um factor eficaz na prevenção dos CAL (Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015; Wichstrøm, 2009).

Assim, surge a primeira hipótese:

**H1: Espera-se uma correlação negativa entre o Suporte Social dos pares, os CAL e a Ideação Suicida.**

A literatura tem vindo a demonstrar interesse em interrelacionar as características psicológicas, nomeadamente depressão, ansiedade e impulsividade com os CAL e a ideação suicida, tendo em conta que essas variáveis são consideradas como factores de risco para os comportamentos da esfera suicidária entre os adolescentes (e.g., Azevedo & Matos, 2014; Madge et al., 2011). Deste modo, torna-se clara a importância dos factores psicológicos anteriormente referidos, que se constituem como variáveis de extrema importância no que diz respeito a uma melhor compreensão do comportamento da esfera suicidária. São vários os autores que sugerem uma associação entre estes factores e a ideação suicida (Azevedo & Matos, 2014; Guerreiro, Sampaio, Figueira & Madge, 2017; Nock et al., 2009) e também com os CAL (Guerreiro et al., 2017; Jorge, Queirós & Saraiva 2015; Madge et al., 2011; Neves & Santos, 2016; Santos et al. 2014).

Santos et al. (2014) referem que é frequente nos jovens com comportamento suicidário, a externalização dos comportamentos através da agressividade e impulsividade, sendo que os traços de personalidade mais comumente associados ao comportamento suicida, nomeadamente aos CAL, são a impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo.

Madge et al. (2011) verificaram a existência de uma relação de maior gravidade entre a história de autolesão e níveis mais elevados de depressão, ansiedade, impulsividade e níveis mais baixos de auto-estima, estando estes associados a acontecimentos de vida stressantes nas mais variadas áreas da vida do jovem. Num estudo realizado por Guerreiro, et al. (2017), verificou-se uma correlação positiva entre os níveis de depressão e de ansiedade. Verificou-se ainda que os sintomas de ansiedade foram mais frequentes no género feminino, mas os sintomas depressivos não mostraram diferenças entre os géneros. No estudo de Guerreiro

(2014), com uma amostra de 1713 adolescentes cujas idades se situavam entre os 12 e os 20 anos, realizado em Lisboa, verifica-se a presença de uma relação entre os níveis de ansiedade e depressão com os CAL.

No mesmo sentido, alguns estudos sugerem uma relação significativa entre a ocorrência de transtornos de ansiedade e os CAL na fase da adolescência (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011). *Nock et al.* (2009) verificaram que os transtornos de ansiedade podem desencadear o surgimento de pensamentos suicida e tentativas de suicídio após uma análise de dados de diversos países em desenvolvimento, de acordo com alguns estudos da Organização Mundial da Saúde [OMS].

A partir dos resultados expostos pelos estudos anteriormente referidos, surge a hipótese 2:

**H2: Espera-se uma correlação positiva entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, os CAL e a Ideação Suicida.**

De forma a perceber melhor a relação que se estabelece entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva, Azevedo e Matos (2014) utilizaram uma amostra comunitária composta por 233 alunos de escolas da região Centro de Portugal, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, onde se observa que 10,7% dos participantes apresentaram ideação suicida e, indo ao encontro daquilo que é dito na literatura internacional, houve níveis mais elevados dos sintomas de depressão e de ideação suicida em adolescentes do género feminino do que em adolescentes do género masculino. Estes resultados demonstram uma correlação significativa entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva, chamando ainda a atenção para o predomínio de ideação suicida nos adolescentes da população geral.

Em estudos internacionais foram confirmadas as associações entre sintomatologia depressiva, ideação suicida e género, havendo por isso necessidade de estudar estas associações na população portuguesa. Alguns estudos desenvolvidos neste âmbito confirmam uma maior prevalência de ideação suicida e sintomatologia depressiva no género feminino (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001), como é o caso do estudo elaborado por Guerreiro, Sampaio e Figueira (2014).

Neste sentido, estando estas duas variáveis - ideação suicida (Wester, Ivers, Villalba, Trepal & Henson, 2016; Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Glenn & Klonsky, 2009) e depressão (Yang, Lai, Yen, Hsu & Zauszniewski, 2017; Lundh, Wångby-Lundh, Paaske, Ingesson & Bjärehed, 2011) - altamente associadas, alguns estudos têm vindo a demonstrar o impacto que ambas têm nos CAL.

A partir das evidências apresentadas, surge a hipótese 3:

**H3: Espera-se que a Ideação Suicida e a Depressão tenham mais impacto nos CAL do que as restantes variáveis.**

**Questão de Investigação I: Espera-se uma relação entre os CAL e a Ideação Suicida e que esta relação seja mediada pelo Suporte Social dos pares.**

**Questão de Investigação II: Espera-se uma relação entre os CAL e a Ideação Suicida e que esta relação seja mediada pela Depressão, Ansiedade e Impulsividade.**

## 2. MÉTODOS

### 2.1. Participantes

A amostra em estudo é constituída por 852 participantes provenientes de uma escola pública do distrito de Lisboa. Destes 852 participantes, 439 (51.6%) pertencem ao sexo feminino e 412 (48.4%) pertencem ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos de idade (Tabela 1), sendo a média de idades de 14.97 (DP = 1.654) (Anexo C). Da amostra total, 1 dos participantes não respondeu a esta questão.

Tabela 1. Distribuição da Amostra em função da Idade e do Sexo

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Idade	11	1	2	3
	12	32	29	61
	13	47	42	89
	14	107	83	190
	15	91	100	191
	16	89	87	176
	17	43	46	89
	18	19	15	34
	19	6	7	13
	20	3	1	4
	21	1	0	1
<b>Total</b>		<b>439</b>	<b>412</b>	<b>851</b>

Relativamente ao ano de escolaridade, os participantes frequentavam desde o 7º ano ao 12º ano do ensino básico e secundário. Assim, 88 (10.3%) dos participantes frequentavam o 7º ano; 128 (15%) frequentavam o 8º ano ; 195 (22.9%) frequentavam o 9º ano; 222 (26.6%) frequentavam o 10º ano; 163 (19.1%) frequentavam o 11º ano; e 56 (06.6%) frequentavam o

12º ano (Tabela 2 e Anexo C). Verifica-se que os anos de escolaridades onde existem mais participantes são no 10º e 9º anos.

Tabela 2. Frequências do Ano de Escolaridade em função do Sexo

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Escolaridade	7º ano	45	43	88
	8º ano	65	63	128
	9º ano	108	87	195
	10º ano	105	117	222
	11º ano	88	75	163
	12º ano	29	27	56
Total		440	412	852

No que toca às reprovações, 569 (67.3%) participantes nunca reprovaram; 165 (19.5%) já reprovaram pelo menos uma vez; 87 (10.3%) já reprovaram duas vezes; e 24 (2.8%) têm três ou mais reprovações. No total, 7 participantes não responderam a esta questão (Anexo C). Verifica-se que a maioria dos participantes não reprovou nenhuma vez, no entanto, os valores na opção “tem 1 retenção”, são também elevados, correspondendo a 165 participantes no total.

Tabela 3. Estatística descritiva da variável Reprovações

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
O aluno já repetiu algum ano?	não tem retenções	295	274	569
	tem 1 retenção	86	79	165
	tem 2 retenções	43	44	87
	tem 3 ou mais retenções	12	12	24
Total		436	409	845

A amostra é constituída por várias nacionalidades destacando-se a nacionalidade portuguesa com 756 (88.8%) participantes (382 do sexo feminino e 374 do sexo masculino) (Anexo C). Quanto ao estado civil dos pais, 424 (51.1%) participantes têm os pais casados (208 do sexo feminino e 216 do sexo masculino) e 210 (25.3%) participantes têm os pais separados ou divorciados (118 do sexo feminino e 92 do sexo masculino), havendo 22 participantes que omitiram esta informação (Anexo C).

## 2.2. Instrumentos

### 2.2.1. Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos [ICAL]

A variável comportamentos autolesivos foi operacionalizada através do Inventário dos Comportamentos Autolesivos desenvolvido por Duarte, Gouveia Pereira e Gomes (2019), validado para a população portuguesa. Este é um instrumento de autopreenchimento, no qual se incluem duas escalas: a escala de Comportamentos Autolesivos, que avalia a ocorrência ou não deste tipo de comportamentos e a escala das Funções dos Comportamentos Autolesivos, que avalia as funções desses mesmos comportamentos (esta última não foi utilizada no presente estudo). Este inventário é constituído por 15 itens que correspondem a diferentes tipos de comportamentos autolesivos (e.g., “Cortei-me”; “Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar”; “Tentei suicidar-me”). A resposta a estes itens é dada de acordo com um tipo de resposta dicotómica “Não” e “Sim”. Caso a resposta seja afirmativa, discrimina-se a frequência desses comportamentos (“1 vez”, “2 a 10 Vezes”, “Mais de 10 vezes”). Este inventário também contempla questões abertas. Para a operacionalização desta escala foi criada uma variável dicotómica que codificou a ausência de comportamentos autolesivos com “0” e a presença desse tipo de comportamentos com “1”.

Quanto à análise das qualidades psicométricas da escala, no presente estudo, verificou-se um Alpha de Cronbach no valor de .88 ( $X = .14$ ;  $DP = .32$ ).

### 2.2.2. *The Suicidal Ideation Questionnaire* [SIQ]

A variável ideação suicida foi operacionalizada através do Questionário de Ideação Suicida [QIS], elaborado inicialmente por Reynolds, em 1987, com o intuito de avaliar a gravidade e intensidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos (Reynolds, 1991). Neste estudo, foi utilizada a versão aferida e validada para a população portuguesa por Ferreira e Castela em 1999. Este é um instrumento de autopreenchimento, constituído por 30 itens relativos a vários tipos de pensamentos suicidas, (de pouco a muito graves) numa escala de resposta de tipo Likert de 7 pontos (de 1 = O pensamento nunca ocorreu a 7 = O pensamento ocorreu sempre) (e.g., “Pensei que seria melhor não estar vivo”; “Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse”; “Perguntei-me se teria coragem para me matar”). Tanto na versão original, como na versão Portuguesa, considera-se o ponto de corte (cutoff) de 41 pontos como indicador da presença de ideação suicida. No presente estudo obteve-se um Alpha de Cronbach no valor de .97 ( $X = 1.67$ ;  $DP = 1.06$ ) revelando uma elevada consistência interna.

### **2.2.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HADS]**

As variáveis ansiedade e depressão foram operacionalizadas pela HADS desenvolvida por Zigmond e Snaith, com o propósito de avaliar a presença de sintomas ansiosos e depressivos, dando ênfase ao estado presente (com foco na semana anterior à aplicação do instrumento). Neste estudo, foi utilizada a versão aferida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Menezes & Baltar (2007). Apesar de ser uma escala ‘hospitalar’, este instrumento tem vindo a ser utilizado em vários estudos, onde a sua validade tem vindo a ser demonstrada quer em contextos de cuidados primários quer em contextos comunitários “(numa revisão de 2002 foram encontrados 747 estudos que utilizaram a HADS, concluindo os autores que a escala apresenta uma boa eficácia no despiste de possíveis casos e na avaliação da gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos)” (Guerreiro, 2014, p.89). Além disso, a HADS está validada para populações de adolescentes (White, Leach, Sims, Atkinson & Cottrell, 1999), com foco em casos onde se verificam comportamentos autolesivos. É uma escala de autopreenchimento, constituída por uma subescala de ansiedade e outra de depressão, com 7 itens cada uma (e.g., “Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)”; “Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico”). As respostas são dadas numa escala de 4 pontos (de 0 a 3). A HADS demonstra propriedades psicométricas idênticas quer no estudo de validação da versão Portuguesa, quer na escala original, consistindo num instrumento válido para a medida dos sintomas de ansiedade e de depressão. Quer na versão original, quer na versão Portuguesa, considera-se o ponto de corte (cutoff) de 10 pontos como indicador de níveis relevantes de ansiedade e depressão. Relativamente à consistência interna da versão traduzida do instrumento utilizado, verifica-se um Alpha de Cronbach no valor de .74 ( $X = 13.40$ ;  $DP = 3.68$ ) para a subescala de ansiedade e .59 ( $X = 12.36$ ;  $DP = 3.29$ ) para a subescala de depressão.

### **2.2.4. Impulsiveness Scale [BIS-11]**

A variável impulsividade foi operacionalizada através da Escala de Impulsividade [BIS – 11], originalmente elaborada por Barrat (1959) e adaptada para português por Diemen, Szobot, Kessler e Pechansky (2007) com o objectivo de avaliar a impulsividade mediante três factores: 1) impulsividade motora, (i.e. agir por impulso em determinadas situações, não havendo inibição de respostas incoerentes de acordo com o contexto); 2) impulsividade atencional, (i.e. não se focar na tarefa presente); e 3) impulsividade por não planeamento, (i.e. não pensar antes de agir) (Pechorro, Oliveira, Gonçalves & Jesus, 2017). Esta é uma escala de auto-relato composta por 30 itens (e.g., “Eu faço coisas sem pensar”; “Eu ajo por impulso”;

“Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão”). O adolescente deve responder de acordo com uma escala de resposta de tipo Likert de 4 pontos, que varia entre “nunca ou quase nunca” (1) e “sempre ou quase sempre (4). As pontuações mais elevadas são indicadoras da presença de maiores níveis de impulsividade.

Ao analisar a consistência interna de cada um dos factores, verificaram-se valores inferiores ao necessário para realizar os restantes testes, à semelhança do que aconteceu no estudo de adaptação cultural da escala para adolescentes brasileiros (Diemen, et al., 2007). Por esta razão, tomou-se a decisão de incluir a pontuação geral da escala, tal como tem sido feito em outros estudos referidos por Stanford et al. (2009), não utilizando as subescalas acima referidas (impulsividade motora, atencional e de não planeamento). Em termos de consistência interna da escala, pode dizer-se que a BIS-11 é uma escala consistente para medir a impulsividade, apresentando um Alfa de Cronback de .80 ( $X = 2.13$ ;  $DP = .34$ ).

### **2.2.5. Escala de Percepção do Suporte Social dos Amigos [PSS-Am]**

A variável suporte social foi operacionalizada através da Escala PSS-Am, adaptada e aferida por Gouveia, Leal, Cardoso e Nunes (2015) a partir do Perceived Social Support From Friends (PSS-Fr) and From Family (PSS-Fa) (Prociano & Heller, 1983), com o objectivo de avaliar sentimentos e experiências dos jovens relativamente a situações que ocorram no âmbito das suas relações, mais especificamente, com os seus amigos.

A escala é constituída por 20 itens, numa escala de 3 pontos (sim, não e não sei) (e.g., “Os meus amigos dão-me o apoio moral de que preciso”; “Sinto que estou um pouco à parte no meu grupo de amigos”; “Os meus amigos ajudam-me a resolver os meus problemas”). Chega-se à pontuação através do somatório de um ponto por cada item que reflecta apoio social percebido. O suporte social poderá ser classificado em inferior, médio inferior, médio, médio superior e superior (Gouveia, Leal, Cardoso & Nunes, 2015).

No que diz respeito ao Alpha de Cronback, os autores referem ser no valor de .87 (Gouveia, Leal, Cardoso & Nunes, 2015). Já no presente estudo obtiveram-se os seguintes valores: .68 ( $X = 3.47$ ;  $DP = .36$ ), embora seja abaixo do referido, apresenta valores aceitáveis de consistência interna.

### **2.2.6. Questionário Sociodemográfico**

Por último, foi aplicado um questionário sociodemográfico aos participantes onde foram solicitadas as seguintes informações: sexo, idade, nacionalidade, ano de escolaridade, número de reprovações, agregado familiar, número de irmãos e respectiva posição na fratria,

problemas psicológicos anteriores, consultas de psicologia e/ou psiquiatria, tentativas de suicídio, suicídios conhecidos e conhecimento de outras pessoas com comportamentos autolesivos. No que diz respeito aos pais foi solicitado o estado civil, profissão e habilitações literárias.

### **2.3. Procedimento**

Os dados recolhidos da amostra de adolescentes em estudo é oriunda do meio escolar. Para o efeito foi efectuado um primeiro contacto por e-mail com os estabelecimentos de ensino pretendidos e respectivas entidades responsáveis, da qual fazia parte a direcção pedagógica e a quem foram explicados os objectivos gerais da presente investigação, os instrumentos a aplicar e a amostra pretendida.

Após a aprovação por parte dos Directores e dos Psicólogos de ambos os estabelecimentos de ensino, foram entregues as autorizações para os encarregados de educação onde estava explícito que a participação dos respectivos educandos neste estudo era voluntária e apenas implicava o preenchimento de um questionário anónimo e confidencial. Após o consentimento dos encarregados de educação, procedeu-se à aplicação dos questionários em contexto de sala de aula, num tempo determinado para o efeito, previamente estipulado com o psicólogo e os professores responsáveis. A participação de cada aluno foi voluntária, solicitando-se também o seu consentimento. Posteriormente foram tomados determinados procedimentos de forma a garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

A distribuição dos questionários apenas se realizou após serem expostas alguns esclarecimentos essenciais para a concretização adequada da tarefa, designadamente sobre os objectivos do estudo, o preenchimento dos respectivos questionários e a sua duração, destacando a importância de responderem de forma honesta à integridade dos questionários. Tendo em conta a sensibilidade do assunto em questão e por conter questões acerca da vida pessoal de cada um, inclusive sobre comportamentos suicidários, realçou-se que as respostas eram completamente anónimas e confidenciais, usadas apenas para efeitos meramente estatísticos na presente investigação, não podendo as mesmas ser associadas à identidade dos participantes. Além disso, destacou-se que não existiam respostas certas ou erradas, e que a participação nesta actividade, nada tinha a ver com algum tipo de momento de avaliação referente ao estabelecimento de ensino e que apenas se pretendia saber a perspectiva dos adolescentes acerca das questões que lhes eram apresentadas. Após facultadas as instruções necessárias, os participantes iniciaram o preenchimento do questionário composto por uma

folha de rosto com uma breve explicação sobre o estudo, seguido de um questionário sociodemográfico solicitando a idade, o género, a nacionalidade, o ano de escolaridade, entre outros elementos e posteriormente o Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos [ICAL], o Questionário de Ideação Suicida [QIS], a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HEADS], a *Impulsiveness Scale* [BIS-11] e a Escala de Percepção do Suporte Social dos Amigos [PSS-Am]. Estes instrumentos não se encontram em anexos porque este estudo faz parte de uma investigação mais alargada. Na última página do questionário foram disponibilizados alguns contactos de apoio, designadamente de Centros de Saúde e Hospitais da área geográfica, do Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) e Voz Amiga, caso os participantes sentissem necessidade de recorrer. Antes de terminar, após o preenchimento e recolha dos respectivos questionários, fez-se um agradecimento a todos os alunos destacando a importância e generosidade da sua colaboração e total disponibilidade na participação da actual investigação.

#### **2.4. Resultados**

A análise estatística apresentada ao longo deste estudo foi realizada através da versão 25 do Software SPSS Statistics. Realça-se o facto de se ter assumido uma probabilidade de se erro de tipo I,  $\alpha = 0.05$  para todos os testes de hipóteses apresentados nesta investigação. Adicionalmente partiu-se do pressuposto que quando a amostra tem uma dimensão superior a 25/30 sujeitos, poderá considerar-se que a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal. Deste modo, para amostras de dimensão razoável considera-se que a distribuição é normal, como é o caso do presente estudo, procedendo-se à utilização de teste paramétricos (Marôco, 2018). Para que os testes paramétricos possam ser realizados têm de se verificar duas condições: a variável dependente tem de ter distribuição normal; as variâncias populacionais têm de ser homogéneas (no caso de se estar a comparar duas ou mais populações) (Marôco, 2018).

De seguida, com o objectivo de responder às hipóteses propostas no presente estudo, procedeu-se à descrição e análise dos resultados. Primeiramente serão apresentados os resultados obtidos da estatística descritiva de algumas variáveis em estudo e numa fase posterior serão apresentados os testes realizados para responder às hipóteses resultantes da revisão da literatura.

Assim, no que se refere à realização de comportamentos autolesivos por parte dos participantes do presente estudo, verifica-se que da amostra total (n=852), 232 alunos já realizaram esse tipo de comportamento (152 do sexo feminino e 80 do sexo masculino), sendo

que 28 participantes omitiram esta informação (Tabela 4). Como se pode observar, é um número elevado tendo em conta o número total da amostra.

Tabela 4. Distribuição da variável Comportamentos Autolesivos de acordo com o Sexo

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Registo de CAL	Não apresenta CAL	270	322	592
	Apresenta CAL	152	80	232
Total		422	402	824

Posteriormente recorreu-se ao teste T-Student em que se verificou o pressuposto de homogeneidade de variâncias relativamente aos CAL ( $F_{(230)} = .612$ ;  $p=.435$ ). Quanto à sua prevalência nos participantes do presente estudo, verifica-se que para o sexo feminino existe uma média de .48 e para o sexo masculino existe uma média de .52, sendo que não existem diferenças estatisticamente significativas [ $t_{(230)} = -.585$ ;  $p= .559$ ] (Tabela 5). No total 17 raparigas e 10 rapazes não responderam a esta questão. Estes resultados demonstram que embora haja mais raparigas a realizar comportamentos autolesivos, os rapazes podem concretizá-los com mais frequência, explicando assim a média mais elevada.

Quanto à prevalência de ideação suicida nos participantes do presente estudo, verifica-se que para o sexo feminino existe uma média de 1,92 e para o sexo masculino existe uma média de 1,39, sendo esta diferença estatisticamente significativa [ $t_{(714.944)} = 7.480$ ;  $p\leq .001$ ] (Tabela 5). No total 20 raparigas e 16 rapazes não responderam a esta questão. Para se verificarem estes resultados recorreu-se ao teste T-Student com correção de Welch uma vez que não se verificou o pressuposto de homogeneidade de variâncias relativamente à Ideação Suicida ( $F_{(813)} = 87.768$ ;  $p\leq .001$ ).

Tabela 5. Distribuição das variáveis Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida de acordo com o Sexo

Variável Dependente	Média Feminino	Média Masculino	<i>t</i>	<i>p</i>
CAL	.48	.52	- .585	.559
Ideação Suicida	1.92	1.39	7.480	.000

No seguimento da análise descritiva dos dados recolhidos, relativamente aos métodos ou tipos de comportamentos autolesivos mais praticados entre os adolescentes do presente

estudo, observa-se através de uma análise de frequências que existe um maior predomínio dos comportamentos que provocam danos no corpo ou no tecido corporal, nomeadamente o corte, o morder e o bater com o corpo ou bater em si próprio (Tabela 6). Neste sentido, 147 (17.82%) referem morder-se, 139 (27.3%) referem bater com o corpo ou bater em si próprio e 120 (14.5%) referem cortar-se. Por outro lado, o método menos utilizado é o “Engoli substâncias perigosas com intenção de me magoar” (2.5%) e “Ingeri em demasia um medicamento com intenção de morrer” (3.3%) (Tabela 13). Estes resultados, vão ao encontro daquilo que é sugerido na literatura.

Tabela 6: Frequência dos tipos de Comportamentos Autolesivos

	Feminino	Masculino	Frequência (Porcentagem)
Mordi-me	88	59	147 (17,82%)
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	86	53	139 (16,85%)
Cortei-me	75	45	120 (14,55%)
Puxei / Arranquei cabelo	68	29	97 (11,76%)
Cocei/ Arranhei-me até fazer uma ferida	53	28	81 (9,82%)
Cravei/ Gravei símbolos ou palavras na minha pele	45	25	70 (8,48%)
Bebi em excesso com intenção de me magoar	32	16	48 (5,82%)
Tentei suicidar-me	30	16	46 (5,58%)
Queimei-me	23	21	44 (5,33%)
Ingeri em demasia um medicamento com intenção de me magoar	24	11	35 (4,24%)
Espetei-me com agulhas	21	10	31 (3,76%)
Consumi drogas com intenção de me magoar	19	10	29 (3,52%)
Ingeri em demasia um medicamento com intenção de morrer	19	8	27 (3,28%)
Engoli substâncias perigosas com intenção de me magoar	12	9	21 (2,55%)

## 1. Suporte Social, os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida

## 2. Depressão, Ansiedade, Impulsividade, os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida

Para as duas primeiras hipóteses deste estudo os testes a realizar são correlações, sendo que se optou por separar na primeira hipótese, a variável relacional (suporte social) e na segunda hipótese para as variáveis psicológicas (depressão, ansiedade e impulsividade). Assim, na **primeira hipótese** espera-se uma correlação negativa entre o Suporte Social dos pares, os CAL e a Ideação Suicida, na medida em que quanto maior for a percepção de suporte social por parte dos amigos do adolescente, menor a ideação suicida e menor a ocorrência de comportamentos autolesivos. Na **segunda hipótese** espera-se uma correlação

positiva entre a Depressão, a Ansiedade e a Impulsividade, os CAL e a Ideação Suicida, isto é, espera-se que quanto mais sintomas de depressão, de ansiedade e de impulsividade os jovens apresentarem, maior o envolvimento em comportamentos autolesivos e maior a presença de ideação suicida.

De forma a responder a estas hipóteses, concretizou-se um teste de correlações de Pearson entre as dimensões Suporte Social, Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida e posteriormente entre as restantes variáveis. Como se pode observar na Tabela 7, o Suporte Social correlaciona-se de forma significativa e positiva com a Ideação Suicida ( $r = 0.156$ ,  $p < .01$ ) e com os Comportamentos Autolesivos ( $r = .073$ ,  $p < .05$ ), embora esta última seja uma correlação mais fraca. Isto significa que quanto mais os jovens percebem suporte social por parte dos pais, maior a presença de ideação suicida e maior a ocorrência de comportamentos autolesivos. Verifica-se ainda que os CAL e a Ideação Suicida estão correlacionados significativa e positivamente ( $r = .571$ ,  $p < .01$ ), sendo esta correlação bastante superior às outras, ou seja, quanto mais se verifica a presença de ideação suicida, mais se verificam a ocorrência de comportamentos autolesivos e vice-versa.

Tabela 7: Análise de Correlações entre Suporte Social, CAL e Ideação Suicida

	I.	II.	III.
I. Suporte Social	-		
II. CAL	,073*	-	
III. Ideação Suicida	,156**	,571**	-

Nota: \*\* $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$

Quanto à segunda hipótese observa-se que existe a presença de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis. Assim, como se pode verificar na tabela 8, a Ideação suicida correlaciona-se significativa e positivamente com a depressão, a ansiedade e a impulsividade, o que significa que, quanto mais sintomas depressivos, ansiosos e impulsivos, maior ideação suicida nos adolescentes. No mesmo sentido, existe uma correlação positiva e significativa entre os CAL e a depressão, a ansiedade e a impulsividade, indicando de igual modo que, quanto mais sintomas depressivos, ansiosos e impulsivos, maior a ocorrência de comportamentos autolesivos entre os adolescentes. Pode ainda destacar-se que apesar de a diferença não ser muito superior, a ansiedade apresenta uma maior correlação que a depressão relativamente aos CAL e à Ideação Suicida. Embora a impulsividade apresente um valor correlacional claramente mais baixo, tem também algum impacto nas variáveis CAL e Ideação Suicida. Mesmo com todas as variáveis, a correlação mais elevada continua a ser

entre os CAL e a Ideação Suicida. Se observarmos apenas as correlações entre as variáveis psicológicas, destaca-se a correlação entre a Depressão e a Ansiedade ( $r = .657$ ,  $p < .01$ ), demonstrando a importância e o impacto que podem ter por si só ou em interação com as restantes variáveis, como tem vindo a ser demonstrado na literatura.

Tabela 8: Análise de Correlações entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, CAL e Ideação Suicida

	I.	II.	III.	IV.	V.
I. Impulsividade	-				
II. Ansiedade	,241**	-			
III. Depressão	,429**	,657**	-		
IV. CAL	,229**	,395**	,382**	-	
V. Ideação Suicida	,242**	,509**	,478**	,571**	-

Nota: \*\* $p \leq .01$

### 3. Depressão, Ansiedade, Impulsividade, os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida

De forma a aprofundar a análise dos resultados obtidos e dar resposta à **terceira hipótese** deste estudo, procedeu-se ao teste de Regressão Linear pelo método Stepwise, entre a Depressão, a Ansiedade, a Impulsividade, a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos. Nesta hipótese espera-se que a ideação suicida e a depressão sejam as variáveis que mais impacto têm nos CAL. Pode observar-se na Tabela 9 que apenas a ideação suicida e a depressão explicam significativamente os CAL. Contudo, entre estas duas variáveis, a que apresenta valores mais elevados é a ideação suicida. Pode-se ainda concluir que 36% da variância dos comportamentos autolesivos é explicada por estas duas variáveis.

Tabela 9: Análise de Regressão entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos

	$\beta$	$t$	$p$
Ideação Suicida	,490	14,577	,000
Depressão	,184	5,475	,000
$R^2_{\text{Ajustado}} = .362$			

Nota: \*\* $p \leq .01$

Em relação à ideação suicida, pode observar-se na Tabela 10 que três das variáveis explicam significativamente a ideação suicida (i.e., CAL, Ansiedade e Depressão). A variável

com valores mais elevados são os CAL, seguidos da ansiedade, ou seja, são as variáveis que mais contribuem para a explicação da ideação suicida. Pode-se ainda concluir que 44% da variância da ideação suicida é explicada por estas três variáveis, sendo esta percentagem demonstrativa do impacto que estas variáveis têm na ideação suicida.

Tabela 10: Análise de Regressão entre Depressão, Ansiedade, Impulsividade, CAL e a Ideação Suicida

	$\beta$	$t$	$p$
CAL	,411	13,361	,000
Ansiedade	,252	6,745	,000
Depressão	,150	4,000	,000
$R^2_{\text{Ajustado}} = .444$			

Nota: \*\* $p \leq, 01$

#### **4. Espera-se uma relação entre os CAL e a Ideação Suicida e que esta relação seja mediada pelo Suporte Social dos pares.**

Na **questão de investigação I** formulada neste estudo espera-se que o suporte social tenha um efeito de mediação na relação entre a ideação suicida e os CAL (variável independente e dependente, respectivamente), isto é, espera-se que o suporte social influencie a relação entre os CAL e a ideação suicida, tornando-a mais fraca. No entanto, não foram realizados os testes para verificar esta questão uma vez que nos testes estatísticos realizados anteriormente não se verifica uma correlação significativa entre o suporte social e os comportamentos autolesivos, estando subjacente que o suporte social não exerce um efeito de mediação entre as variáveis em estudo.

#### **5. Espera-se uma relação entre os CAL e a Ideação Suicida e que esta relação seja mediada pela Depressão, Ansiedade e Impulsividade.**

Na **questão de investigação II** espera-se que a depressão, a ansiedade e a impulsividade tenham um efeito de mediação na relação entre a ideação suicida e os CAL (Anexo C, Tabela 11, 12 e 13), uma vez que as correlações entre estas variáveis, os CAL e a ideação suicida são mais fortes que as correlações existentes entre essas mesmas variáveis e o suporte social (Anexo C, Tabela 10). Para o efeito realizou-se um teste de regressão linear pelo método stepwise. Os resultados obtidos demonstram que existe uma mediação parcial das variáveis referidas, sendo que as variáveis psicopatológicas (depressão e ansiedade) têm um impacto mais elevado na relação entre os CAL e a ideação suicida, fazendo baixar o valor

de  $\beta$  ( $\beta = .50$ ), do que a variável impulsividade ( $\beta = .56$ ). (Figura 1, 2 e 3). Além disso, observa-se que cada uma das variáveis explica .34% da variância da relação entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos. Contudo, apesar dos valores do  $R^2$ Ajustado serem os três de 0.34, a impulsividade é a variável que menos explica o fenômeno, uma vez que ao comparar o  $R^2$ Ajustado anterior ao teste de mediação com o  $R^2$ Ajustado posterior ao teste de mediação, a diferença entre eles é menor do que a diferença entre ambos os  $R^2$ Ajustados da Depressão e da Ansiedade.

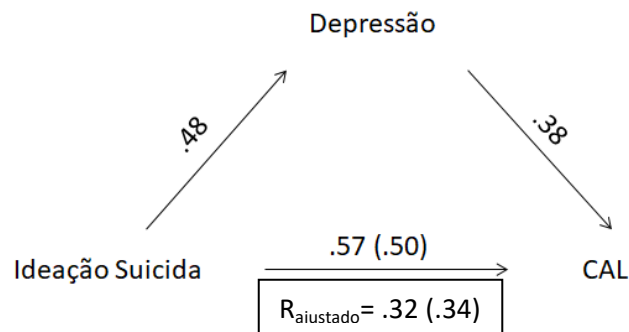


Figura 1. Efeito de mediação da variável Depressão nas variáveis ideação suicida e comportamentos autolesivos.

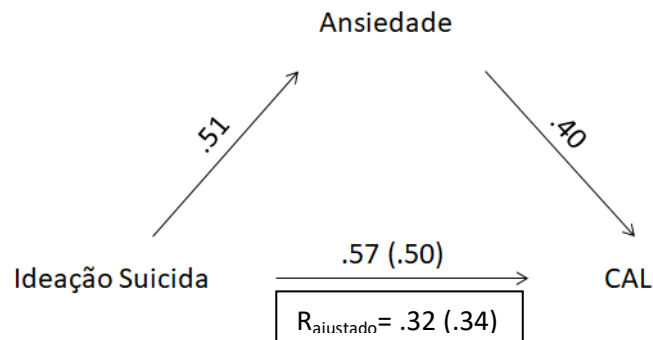


Figura 2. Efeito de mediação da variável Ansiedade nas variáveis ideação suicida e comportamentos autolesivos.

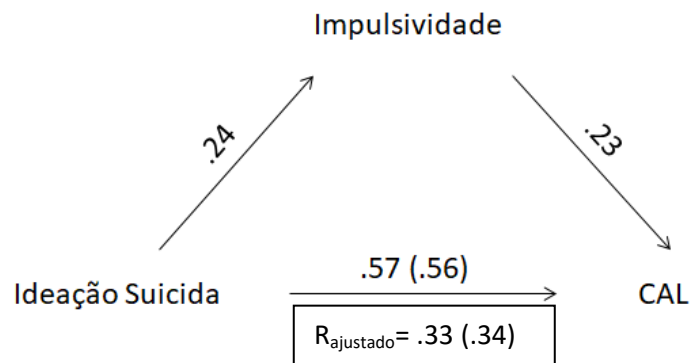


Figura 3. Efeito de mediação da variável Impulsividade nas variáveis ideação suicida e comportamentos autolesivos.

### 3. DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objectivo perceber de que forma é que o suporte social por parte dos amigos dos jovens se relaciona com o envolvimento em CAL e a ideação suicida, bem como investigar a relação das variáveis depressão, ansiedade e impulsividade relativamente a esses mesmos comportamentos. Subjacente a isto, está a relação existente entre os CAL e a ideação suicida em adolescentes, integrando uma amostra comunitária. Em traços gerais, os resultados que se obtiveram neste estudo revelam que de facto existe uma relação entre o suporte social, os CAL e a ideação suicida, na medida em que o suporte social percebido influencia positivamente esses mesmos comportamentos e a ideação suicida por parte da população em estudo. Embora o esperado fosse que quanto mais houvesse suporte social percebido, menos se verificassem CAL e menor a presença de ideação suicida, alguns autores alertam para o oposto (Whitlock, 2009). Ainda assim, é possível inferir que os jovens que apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e impulsividade, também apresentam um maior envolvimento em CAL e níveis mais elevados de ideação suicida.

Os resultados deste estudo demonstram uma presença relativamente elevada de CAL na amostra em estudo, uma vez que se verificou um número considerável deste tipo de casos, isto é, 232 em 824 adolescentes praticam CAL. Importa destacar que 48% da amostra relatou já ter realizado pelo menos uma vez algum tipo de CAL, sendo que à pergunta “Quando realizaste estes comportamentos querias morrer?”, 54 jovens responderam “algumas vezes” e 17 “quase sempre”. Os resultados obtidos neste estudo vêm chamar a atenção para a importância dos vários factores intervenientes nos CAL, embora se saiba que o envolvimento em comportamentos de risco seja comum na fase da adolescência, período caracterizado por ser muito instável e de grande vulnerabilidade, onde se dão diversas transformações em vários contextos (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Guerreiro, 2014). Uma possível explicação para estes resultados pode passar pelas dificuldades sentidas a nível interpessoal e na regulação das suas próprias emoções, que podem surgir devido aos sintomas psicopatológicos, como é o caso da depressão e da ansiedade e conseqüentemente dar origem aos CAL e à ideação suicida (Arcoverde & Soares, 2012). Além disso, é também característico deste período, um aumento de impulsividade e a tentativa de controlo desses mesmos impulsos que se manifestam como sendo pouco eficazes durante a adolescência e em especial, nos jovens que realizam CAL (Guerreiro, 2014; Hawton et al., 2012; Arcoverde & Soares, 2012). De outro ponto de vista, a realização dos CAL pode manifestar-se como uma estratégia (ainda que desajustada) de

comunicar algo que causa um grande sofrimento ao jovem. Alguns estudos vêm apontar para as dificuldades sentidas pelos jovens na comunicação dos seus sentimentos e dos seus problemas, fazendo com que os pedidos de ajuda sejam pouco eficientes (Raupp, Marin & Mosmann, 2018; Guerreiro, 2014).

Os jovens dão várias explicações motivacionais para a realização dos CAL e verificam-se muitas vezes mais do que uma razão (Santos et al., 2014; Hawton et al., 2012). Neste estudo os jovens apontaram com mais frequência sentimentos de raiva, tristeza, irritação, revolta, desilusão e infelicidade como os principais sentimentos que precederam o CAL, o que poderá estar associado às dificuldades sentidas durante o período da adolescência no que se refere à regulação e/ou controlo dos seus sentimentos/emoções. Neste sentido, Hawton et al. (2012) defende que é frequente nos jovens a repetição dos CAL e Nock et al. (2006) propõem que esses comportamentos são realizados na tentativa de pôr um fim aos sentimentos de valência emocional negativa.

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que não existem diferenças significativas entre o género feminino e masculino no que diz respeito à ocorrência de CAL. Embora não seja muito comum, existem alguns estudos onde também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entres ambos os géneros (Wan et al., 2011; Mikolajczak, Petrides & Hurry, 2009; Young, Beinum, Sweeting, & West, 2007). No entanto, em relação à ideação suicida verificam-se diferenças estatisticamente significativas. Kaess et al., (2011) refere que as diferenças de género relativamente ao comportamento suicidário podem ser explicadas pelo facto de as adolescentes do género feminino apresentarem níveis mais elevados de psicopatologia e de problemas emocionais e/ou de comportamento comparativamente com os adolescentes do género masculino. Mais do que apresentarem mais sintomas ou níveis mais elevados, esta questão pode estar relacionada com o facto de socialmente ser melhor aceite que as raparigas/mulheres apresentem mais perturbações psicológicas, como é o exemplo da depressão e da ansiedade, do que os rapazes/homens, de quem se espera que não se manifestem fragilidades.

Quanto ao intervalo de tempo entre o início do pensamento e a passagem ao acto, grande parte dos participantes que admite realizar CAL, refere ter decidido fazê-lo em menos de uma hora. Este facto demonstra a existência de alguma impulsividade e, no mesmo sentido, é um acto que advém de um impulso pouco reflectido e que espelha o desejo intencional do jovem se ferir de modo a dar resposta a um estado de crise e/ou de sofrimento.

Quanto aos métodos utilizados para a realização dos CAL, verificou-se que os que dominam nesta amostra são os métodos que provocam danos no próprio corpo,

nomeadamente o “morder”, o “cortar”, e o “bater com o corpo ou bater em si próprio”. Estes resultados vão ao encontro daquilo que se tem verificado na literatura (e.g., Carvalho, Motta, Sousa & Cabral, 2017; Gonçalves et al., 2012). Estes métodos estão ao fácil alcance do jovem e não necessitam que haja um grande planeamento do acto, pelo que poderá ser uma hipótese explicativa para a preferência destes métodos (Carvalho et al., 2017). Adicionalmente, estes métodos são considerados de baixa letalidade, métodos esses que são associados aos adolescentes que praticam CAL sem intenção suicida (e.g., morder) (Carvalho, et al., 2017) ao contrário dos métodos utilizados pelos adolescentes com intenção suicida, que tendem a ter uma taxa de letalidade mais elevada (e.g., sobredosagem) (Csorba et al., 2009). Contudo, Nock et al., (2006) defende que independentemente do tipo de método utilizado para efectuar o comportamento, não há uma associação clara à intenção suicida, referindo existir uma percentagem elevada de adolescentes que não demonstram intenção suicida, que realizam este tipo de comportamentos e que acabam por realizar também tentativas de suicídio.

No que se refere às tentativas de suicídio, 3.9% dos participantes que praticam CAL afirmam já ter tentado o suicídio, sendo esta percentagem semelhante à referida em estudos anteriores (e.g., Oliveira, et al., 2001). Apesar de não ser possível concluir com exactidão o risco de suicídio, fica a chamada de atenção para uma perspectiva mais compreensiva do que pode significar esta passagem ao acto e ainda para a relação entre os CAL e a ideação suicida.

### **1. Suporte Social, os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida**

Na primeira hipótese deste estudo a premissa subjacente prende-se com a ideia de que quanto maior for a percepção de suporte social por parte do adolescente em relação aos amigos, menor a ocorrência de CAL e menores serão os níveis de ideação suicida. Na literatura são vários os autores que confirmam a premissa de que o suporte social pode ter influência nos CAL (Santos et al., 2014; Reis, Figueira, Ramiro & Matos, 2012) e na ideação suicida (Braga & Dell’Aglia, 2013; Kleiman & Riskind, 2012; Arslam, 2009), havendo a necessidade de verificar a presença dessa relação.

Os resultados obtidos não confirmam esta hipótese, demonstrando que quanto maior é o suporte social por parte dos pares, maior o envolvimento em CAL e maiores os níveis de ideação suicida. Contudo, alguns autores alertam para esta possibilidade (Whitlock, 2009) pelo que é necessário ter em conta outras variáveis como por exemplo, perturbações psicológicas presentes nos restantes elementos do grupo, havendo a possibilidade dos comportamentos se espalharem por ‘contágio’ e/ou influenciarem outros elementos. Além disso, um dos factores que poderá estar associado é o tipo de envolvimento com a escola, ou seja, adolescentes que apresentam um baixo envolvimento com a escola poderão ter amigos

que realizem mais comportamentos de risco, enquanto os jovens que apresentam um envolvimento maior e mais positivo com a escola, poderão ter amigos com características mais pró-sociais (Wang & Eccles, 2012). Este facto poderá também ter influência nos resultados expostos.

Como tem vindo a ser exposto, as relações interpessoais, nomeadamente com o grupo de pares, desempenham um papel relevante durante o período da adolescência. Consequentemente a integração dos jovens no grupo de pares é essencial durante esta fase, sob pena de surgirem sentimentos ligados à rejeição e à solidão e por consequência surgir o isolamento social, físico e psicológico na ausência desta integração, constituindo um factor de risco para os comportamentos suicidários (Neves & Santos, 2016; Stoeckli, 2010). Conclui-se então que os resultados obtidos vão ao encontro da literatura demonstrando que os CAL e a ideação suicida podem ser influenciados pela inexistência ou fraco suporte social, especialmente na presença de relações conflituosas e instáveis com amigos, rupturas nas relações amorosas, entre outros (Foster et al., 2017; Santos et al., 2014; Gonçalves et al., 2011).

## **2. Depressão, Ansiedade, Impulsividade, os CAL e a Ideação Suicida**

Com o objectivo de melhor compreender de que modo a depressão, a ansiedade e a impulsividade são factores que podem ou não influenciar os comportamentos suicidários nos adolescentes, procedeu-se à análise dos resultados obtidos na segunda hipótese em estudo. Os resultados demonstraram que tanto os CAL como a ideação suicida se correlacionam significativa e positivamente com a depressão, a ansiedade e a impulsividade, o que significa que, quanto mais sintomas depressivos, ansiosos e impulsivos, maior o envolvimento em CAL e maior a presença de ideação suicida nos adolescentes. É de realçar que das três variáveis, a que mais teve influência nos comportamentos suicidários foi a ansiedade. Esta hipótese é assim confirmada.

Deste modo, poder-se-á inferir que os jovens que praticam CAL, apresentam níveis mais elevados de ideação suicida e apresentam igualmente níveis mais elevados de depressão, ansiedade e impulsividade do que os adolescentes com níveis mais baixos de ideação suicida e que não praticam CAL. Desta forma, os resultados vão no sentido daquilo que é apresentado na literatura, confirmando que a depressão, a ansiedade e a impulsividade constituem factores de risco para o envolvimento em CAL (Guerreiro et al., 2017; Neves & Santos, 2016; Santos et al., 2014; Matias & Santos, 2014; Ougrin, 2012; Madge et al., 2011) e para a ideação suicida (Carvalho et al., 2017; Guerreiro et al., 2017; Moreira & Bastos, 2015; Azevedo & Matos, 2014; Hawton et al., 2012; Gonçalves et al., 2011; Nock et al., 2009). Os resultados

expostos podem ser explicados pelos sentimentos de insucesso a vários níveis, pela sensação de falta de sentido ou de um rumo na vida e da consequente impotência que os adolescentes podem sentir ao vivenciar sintomas depressivos e/ou ansiosos. Em consequência destas sensações, podem surgir os CAL e a ideação suicida. Neste seguimento, são vários os estudos (e.g., Carvalho et al., 2017; Foster et al., 2017) que expõem a importância dos relacionamentos de suporte e a necessidade de se expressar e comunicar os sentimentos de forma a diminuir o surgimento de depressão e/ou ansiedade actuando como factores de protecção contra CAL e a ideação suicida. Deste modo, os resultados obtidos vão ao encontro da literatura existente, dando ênfase à importância dos factores psicológicos e a sua relação com os CAL e a ideação suicida.

### **3. Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos**

Na terceira hipótese em estudo espera-se que haja um maior impacto da ideação suicida e da depressão nos CAL. Subjacente está a forte relação entre os CAL e a ideação suicida, pelo que se espera que havendo uma maior ocorrência de CAL também se verifiquem níveis mais elevados de ideação suicida, e vice-versa. Analisando os resultados obtidos, a hipótese 3 confirma-se, ou seja, de facto a ideação suicida e a depressão são as variáveis que mais contribuem para o envolvimento em CAL. É de realçar que apenas estas duas variáveis explicam 36% da variância dos CAL constituindo uma percentagem relativamente alta tendo em conta a lista de variáveis que podem estar associadas ao surgimento dos CAL. Adicionalmente optou-se por realizar o mesmo teste estatístico para a ideação suicida, do qual se verificou que os CAL continuam a ser a variável que mais explica a ideação suicida, seguida da ansiedade e posteriormente a depressão. Neste caso, as três variáveis explicam 44% da variância da ideação suicida, ou seja, quase metade do fenómeno é explicado pelos CAL, pela ansiedade e pela depressão, demonstrando mais uma vez, a importância destes factores, especialmente quando em interacção uns com os outros.

Além disso, a correlação entre os CAL e a ideação suicida é mais uma vez reforçada, indo assim ao encontro daquilo que a literatura tem vindo a demonstrar (e.g., Carvalho et al., 2013/2017; Wester et al., 2016; Glenn & Klonsky, 2009). Estes resultados podem ser explicados pela teoria interpessoal-psicológica do comportamento suicida de Joiner (2005), onde se propõe que o aumento da frequência dos CAL levam a que haja uma falta de sensibilidade relativamente à ideação suicida e consequentemente às tentativas de suicídio (Wester, Ivers, Villalba, Trepal & Henson, 2016).

#### **4. Variáveis Mediadoras, os CAL e a Ideação Suicida**

Quanto aos efeitos de mediação verificou-se que a variável suporte social (por parte dos pares), não tem qualquer efeito de mediação nas variáveis CAL e ideação suicida. Embora vários autores refiram a importância do suporte social na adolescência (Hirsh & Barton, 2011; Springer, Parcel, Baumler & Ross, 2006; Helsen, Vollebergh & Meeus, 2000; Larose & Bernier, 2001), no presente estudo não se verificou o efeito de mediação, não confirmando assim a questão de investigação. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de o suporte social estar relacionado com o tipo de grupo em que o jovem se insere, na medida em que se houver vários elementos do grupo em que os níveis de depressão, ansiedade e impulsividade são mais elevados, a tendência será que mais destes jovens pratiquem este tipo de comportamentos e tenham ideação suicida, pelo que o adolescente apesar de percepcionar suporte social, este não é “positivo”. Isto vem também reforçar a ideia de Whitlock (2009) relativamente aos comportamentos de risco serem cada vez mais frequentes entre jovens pertencentes a um mesmo grupo. Além disso, alguns autores referem que o suporte social apenas surge como mediador quando este é realmente utilizado e não apenas percepcionado (Kleiman & Riskind, 2012).

Por outro lado a questão de investigação II foi confirmada, isto é, as variáveis depressão, ansiedade e impulsividade são possíveis mediadoras da relação entre a ideação suicida e os CAL. Este efeito foi possível de antever devido às fortes correlações que se verificaram nos testes anteriores, observando que apesar de não chegar a ser uma mediação total, existe uma mediação parcial, demonstrando ter algum impacto nos CAL e na ideação suicida. Neste sentido, os resultados obtidos vêm confirmar a importância e o peso da variável ideação suicida nesta problemática, bem como a influência que as variáveis individuais podem ter neste fenómeno.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados expostos neste estudo apontam para a importância das variáveis individuais, demonstrando que os sintomas de depressão, ansiedade e impulsividade estão intimamente associados com os CAL e a ideação suicida e da mesma forma que existe uma relação entre estas variáveis e o suporte social percebido. Neste âmbito, tem vindo a ser discutida a dificuldade na operacionalização da intencionalidade suicida dos CAL, contudo, torna-se cada vez mais evidente uma espécie de hierarquia no grau de letalidade dos métodos utilizados para o efeito, entre os jovens com e sem intencionalidade suicida. Posto isso, torna-

se essencial tentar compreender se realmente existe intencionalidade suicida por detrás dos CAL ou se, por outro lado, constituem “apenas” uma estratégia para lidar com as dificuldades experienciadas pelos adolescentes.

Sendo os CAL e a ideação suicida uma questão de saúde pública que reflecte um assunto emergente nos dias que correm por influenciar directamente o bem-estar e a saúde dos adolescentes, é essencial uma maior compreensão deste fenómeno de forma a intervir e prevenir este tipo de situações. Deste modo, as estratégias de intervenção devem ser pensadas englobando a totalidade do indivíduo, ou seja, não se tem em conta apenas o adolescente, mas sim, todos os contextos em que está inserido, incluindo a família, os colegas e amigos e a própria escola (professores e auxiliares), com o objectivo de alertar para a necessidade de intervenção e identificação precoces de adolescentes em risco, bem como no acompanhamento e no desenvolvimento de técnicas e estratégias positivas para o adolescente.

O estudo dos CAL é uma área emergente, que necessita de ser aprofundada e divulgada, em particular, pelos profissionais de saúde e da educação, de forma a promover as suas competências em termos de diagnóstico e posterior encaminhamento dos jovens em risco (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Existe ainda um longo caminho a ser feito no que diz respeito à desmistificação destes temas, sendo ainda considerados assuntos tabu. É por isso de extrema importância alertar para os riscos, diminuir os estigmas e crenças e facilitar uma comunicação mais fluida entre os vários elementos da comunidade. Consequentemente o psicólogo pode ter um papel essencial enquanto mediador, tendo em conta que se trata de um assunto delicado, do qual não é fácil falar, carregado de sentimentos e emoções, tanto para o adolescente quanto para os que o rodeiam, principalmente familiares (Magnani & Staudt, 2018). Neste sentido, a psicologia pode desempenhar um papel fundamental ao actuar na prevenção dos CAL e do suicídio em adolescentes. É necessário que se desenvolvam mais projectos de sensibilização junto das escolas, pais e comunidade em geral de forma a informar e esclarecer acerca dos factores de risco e de prevenção. Isto não só desperta e orienta toda a comunidade para este fenómeno como poderá ajudar na própria prevenção na medida em que este tipo de casos poderá ser mais facilmente detectado.

## **5. LIMITAÇÕES E PROPOSTAS PARA ESTUDOS FUTUROS**

Os resultados deste estudo vão ao encontro daquilo que é referido na literatura, dando por isso a sua contribuição para a compreensão dos CAL e da ideação suicida, contudo, há

que assinalar as suas limitações. O formato de auto-relato pode trazer algumas limitações, na medida em que não permite que se comprovem os comportamentos e/ou sintomas baseados apenas no relato dos adolescentes. Para além disso, o assunto em estudo é delicado e as questões apresentadas têm um carácter pessoal, o que pode levar a uma certa inibição ou deseabilidade social nas respostas dadas, devido ao contexto de sala de aula, apesar de os questionários terem sido aplicados salvaguardando a confidencialidade dos jovens.

Apesar de o assunto em estudo ser cada vez mais falado e estudado e se observem já alguns avanços na compreensão dos comportamentos da esfera suicidária, é necessário continuar a estudar este assunto. Embora a amostra seja de duas escolas públicas da área da Grande Lisboa, não reflecte a realidade de todos os jovens, sendo interessante um estudo que comparasse duas populações, os jovens que frequentam as escolas públicas e os jovens que frequentam as escolas privadas, por exemplo. Outra hipótese é a replicação do presente estudo em várias regiões do país. Seria também interessante incluir, em futuras investigações, outras variáveis (e.g., o autocontrolo, a regulação emocional, o envolvimento com a escola – positivo; negativo) que permitam aprofundar esta problemática e deste modo contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno e conseqüente prevenção.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3018–3029.
- Anestis, D., Soberay, A., Gutierrez, M., Hernández, D., Joiner, E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 18(4), 366-386.
- Antunes, C., & Fontaine, A. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da escala social support appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366.
- Arcoverde, R., Soares, L. (2012). Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 293-300.
- Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behavior and Personality*, 37(4), 555-564.
- Azevedo, A. & Matos, A. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & doenças*, 15(1), 180- 191.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bahls & Bahls (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9(3), 191–198.
- Batista, M. & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.

- Bathia, S. & Bathia, S. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Bennum, I., & Phil, M. (1983). Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13(2), 71–84.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 195-209.
- Braga, L. & Dell’Aglio, D. (2013). Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.
- Bras, M., Jesus, S. & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149.
- Brausch, A. & Gutierrez, P. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal Youth Adolescence*, 39(3), 233–242.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychiatry*, 47(3/4), 372-394.
- Carvalho, C. B., Motta, C., Sousa, & M., Cabral, J. (2017) Biting myself so I don’t bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 39, 252–262.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J., Santos, J., Santos, J. & Santos, N. (2013-2017). *Plano nacional de prevenção do suicídio*. Direção-geral da saúde programa nacional para a saúde mental.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahrc, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(2), 20-3.

- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-suicidal self-injury—does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, *44*, 106–116.
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos um estudo realizado junto de adolescentes préuniversitários. *Educação, Ciência e Tecnologia*, *32*, 182-195.
- Conner, K. R., Meldrum, S., Wieczorek, W. F., Duberstein, P. R., & Welte, J. W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*(4), 363–373.
- Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, *39*(6), 1-10.
- 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 / Psicología Conductual*, *21*(2), 271-288.
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E. & Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *18*(5), 309–320.
- Cyders, M. A. & Smith, G. T. (2008). Emotion-based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. *Psychol. Bull.* *134*(6), 807-828.
- Diemen, L., Szobot, C., Kessler, F. & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.*, *29*(2), 153-6.
- Dougherty D., Mathias C., Marsh D., Papageorgiou T., Swann A., & Moeller F. (2004). Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*, 374–385.

- Foster, C. E., Horwitz, A., Thomas, A., Opperman, K., Gipson, P., Burnside, A., King, C. A. (2017). Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Children and Youth Services Review*, *81*, 321–331.
- George, A. (2012). The influence of psychosocial variables on adolescent suicidal ideation. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, *24*(1), 45-58.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, *46*(1), 25–29.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, *40*, 149-159.
- Gonçalves S., F., Martins C., Rosendo A. P., Machado B. C., & Silva E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema* *24*(4), 536-541.
- Gouveia, P., Leall., Cardoso, J. & Nunes, A. (2015). Contributos para a adaptação e aferição de duas medidas de suporte social. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *16*(3), 386-391.
- Grandclerc, S., Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J. & Moro, M. (2016). Relations between non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in adolescence: A systematic review. *PLOS ONE*, DOI:10.1371/journal.pone.0153760.
- Guerreiro & Sampaio (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão de literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev. Port. Saúde Pública*, *1*(2), 204–213.
- Guerreiro, D., Sampaio, D., & Figueira, M. (2014). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afectivo e estratégias de coping. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa.
- Guerreiro, D., Sampaio, D., & Figueira, M. (2014). *Relatório da investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e*

*análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*". Universidade de Lisboa.

- Guerreiro D., Sampaio, D., Figueira, M. & Madge, N. (2017). Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research, 21*(1), 83-99.
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., Almqvist, F. (2005). Factors associated with ideation and acts of deliberate selfharm among 18-year-old boys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(11), 912–921.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 471–489.
- Halicka, J. & Kiejna, A. (2015). Differences between suicide and non-suicidal self-harm behaviours: A literary review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 17*(3), 59–63.
- 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.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379*(9834), 2373–2382.
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 29*(3), 319-335.
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1133–1144.

- Hirsh, J. & Barton, A. (2011). Positive Social Support, Negative Social Exchanges, and Suicidal Behavior in College Students. *Journal of American College Health*, 59(5), 393-398.
- Hull-Blanks, E. E., Kerr, B. A., & Robinson Kurpius, S. E. (2004). Risk factors of suicidal ideations and attempts in talented, at-risk girls. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34(3), 267–276.
- Jorge, J., Queirós, O. & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-219.
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R., & Resch, F. (2011) Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 597.
- Kenneth, D., Allen, Kathryn, R., Fox, Heather T., Schatten, Jill, M. & Hooley. (2019). Frequency of nonsuicidal self-injury is associated with impulsive decision making during criticism. *Psychiatry Research*, 271, 68-75.
- Kleiman, E. & Riskind, J. (2012). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis*, 34(1), 1-8.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(09), 1981–1986.
- Klonsky , E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508.

- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3(1), 96-120.
- Lim, M., Lee, A. & Park, J. (2016). differences between impulsive and non-impulsive suicide attempts among individuals treated in emergency rooms of south korea. *Psychiatry Investig*, 13(4), 389-396.
- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E. & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 387–402.
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: A prospective study. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1–11.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., Leo, D., Wilde, E., Fekete, S., Heeringen, K., Ystgaard, M. & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667–677.
- Magnani, R. & Staudt, A. (2018). Estilos parentais e suicídio na adolescência: Uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando Famílias*, 22(1), 75-86.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 7ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.

- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 10–32.
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 11, 09-14.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- 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, 97-109.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *The British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453.
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10), 1-9.
- Neves, M. & Santos, J. (2016). Saúde mental e comportamentos da esfera suicidária dos adolescentes numa região insular portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 77-84.
- Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 15-25.

- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140–146.
- Nock, M., Joinerjr, T., Gordon, K., Lloydrichardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65–72.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiol Reviews, 30*(1), 133–154.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M. (2009). Cross national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLOS Medicine 6*(8), 1-17.
- O'Connor, C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Crisis, 32*(6), 295-298.
- Oktan, V. (2017). Self-harm behaviour in adolescents: Body image and self-esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools 27*(2), 177–189.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhares sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica, 19*(4), 509-521.
- Orlando, C. M.; Broman-Fulks, J. J.; Whitlock, J. L.; Curtin, L.; Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal self-injury and suicidal self-injury: a taxometric investigation. *Behavior Therapy, 46*(6), 824-833.
- Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D., & Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: Clinical characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychological Assessment, 24*(1), 11–20.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225–237.

- Pechorro, P., Oliveira, J., Gonçalves, R. & Jesus, S. (2017). Propriedades Psicométricas de uma Versão Reduzida da Escala de Impulsividade de Barratt - 11 numa Amostra Escolar de Adolescentes Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 47(2), 157-170.
- Penn, J. V., Esposito, C. L., Schaeffer, L. E., Fritz, G. K., & Spirito, A. (2003). Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 762–769.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Rao, U., Weissman, M., Martin, J. A., & Hammond, R. W. (1993). Childhood depression and risk of suicide: A preliminary report of a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 21–27.
- Raupp, C., Marin, A. & Mosmann, C. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psic. Clin.*, 30(2), 289 – 308.
- Reis, Figueira, Ramiro & Matos (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In Matos & Tomé (eds), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade - Volume 1 - estado da arte: princípios, actores e contextos* (pp. 259-276). Lisboa: Placebo.
- Reynolds, W. (1991). Psychometric characteristics of the adult suicidal ideation questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307.
- Riley, E., N. (2015). Negative urgency and lack of perseverance: Identification of differential pathways of onset and maintenance risk in the longitudinal prediction of non-suicidal self-injury. *Behav. Ther.*, 46(4), 439-448.

- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Gouveia-Pereira, M., Santos, N. & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (8), 139-155.
- Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R (2014). Capítulo III: Comportamentos da esfera suicidária na adolescência. In Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R, + *Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa* (pp. 31-45). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, L. & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicol. Pesqui.*, 12(1), 1-10.
- Silva, M. & Siqueira, A. (2017). O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. *Revista Farol*, 3(3), 5-20.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O’Carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3), 264-277.
- Smith, A, Witte, T., Teale, N., King, S., Bender, T. & Joiner, T. (2009). Revisiting impulsivity in suicide: Implications for civil liability of third parties. *Behav Sci. Law*, 26(6), 779–797.
- Springer, A., Parcel, G., Baumler, E., & Ross, M. (2006). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1628–1640.
- Stoeckli, G. (2009). The Role of Individual and Social Factors in Classroom Loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103(1), 28–39.

- Stanford, S. & Jones, M. (2009). Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(7), 807–815.
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência. In M. Matos (eds.), *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* (pp. 95-126). Lisboa: IDT.
- Tomé & Matos (2012). Relação positiva com o grupo de pares na adolescência. In Matos & Tomé (eds), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade - Volume 1 - estado da arte: princípios, actores e contextos* (pp. 112-125). Lisboa: Placebo.
- Taylor, P., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U. & Dickson, J. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769.
- Wan, Y., Chen, R., Ma, S., Mcfeeters, D., Sun, Y., Hao, J. & Tao, F. (2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 146–152.
- Wang, M., & Eccles, J. (2012). Social support matters: Longitudinal effects of social support of three dimensions of school engagement from middle to high school. *Child Development*, 83(3), 877-895.
- Wan, Y. H., Hu, C. L., Hao, J. H., Sun, Y., & Tao, F. B. (2011). Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 517-525.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.

- Wester, K. L., Ivers, N., Villalba, J. A., Trepal, H. C., & Henson, R. (2016). The relationship between nonsuicidal self-injury and suicidal ideation. *Journal of Counseling & Development, 94*(1), 3–12.
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M. & Cottrell, D. (1999). Validation of the hospital anxiety and depression: Scale for use with adolescents. *British Journal of Psychiatry, 175*, 452-454.
- Whitlock, J. (2009). The cutting edge: Non-suicidal self-injury in adolescence. *Research fACTs and Findings, 2-9*.
- Wichstrøm, L. (2009). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Archives of Suicide Research, 13*(2), 105–122.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, Ch., Dubicka. B, & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 495–501.
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O’Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 287– 294.
- World Health Organization [WHO] (2014). *Preventing suicide suicide: A global imperative*.
- Wu, C.-Y., Chang, C.-K., Huang, H.-C., Liu, S.-I., & Stewart, R. (2013). The association between social relationships and self-harm: a case–control study in Taiwan. *BMC Psychiatry, 13*(1), 1-7.
- Yang, F., Lai, C., Yen, C., Hsu, Y., Zauszniewski, J. (2017). The depressive symptoms, resourcefulness, and self-harm behaviors of adolescents. *The Journal of Nursing, 25*(1), 41-50.

Young, R., van Beinum, M., Sweeting, H., & West, P. (2007). Young people who self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 44-49.

## **7. ANEXOS**

## ANEXO A – Informação Complementar

### 1. 1. Adolescência

Para fazer face às mudanças que se dão durante este período é necessário um certo nível de adaptação, que muitas vezes o adolescente não possui, tornando-o mais vulnerável ao envolvimento em comportamentos de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005).

De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), é nesta fase da vida que começa a haver uma tentativa de autonomização relativamente à família e o desenvolvimento de um *self* integrado que leve à construção da identidade que marca o final da adolescência. É necessário que os comportamentos de risco (como por exemplo: o tabagismo; consumo de álcool e/ou drogas; relações sexuais não protegidas; etc.) sejam analisados tendo em conta a intensidade, repetição e continuidade (Guerreiro & Sampaio, 2013). Apesar de num desenvolvimento normal na adolescência também possam ocorrer alguns comportamentos de risco, é importante ter em consideração se há algum tipo de padrão com consequências negativas que possa afectar o desenvolvimento do jovem (Guerreiro & Sampaio, 2013). De acordo com os mesmos autores “As adolescências patológicas traduzem-se por falta de esperança e incapacidade para conseguir um sentido para: lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença e manter um sentimento sustentado de bem-estar” (p.205).

Este é um período que se caracteriza por grandes oscilações, podendo o jovem deparar-se com algumas dificuldades não só a nível familiar, como também a nível escolar e de socialização. Nesta fase os adolescentes estão mais propensos a sentir emoções fortes, o que pode levar a que se envolvam em comportamentos prejudiciais a si próprios, como os CAL, tendo em conta que poderão não ter ainda adquirido as competências pessoais e sociais suficientes para gerir e lidar com essas situações (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

### 1. 2. Suporte Social por parte dos pares

É no seio do grupo de amigos que se desenvolvem as competências associadas à resolução de conflitos e se partilham experiências e sentimentos (Pérez, Maldonado, Andrade & Díaz, 2007), experienciam-se o suporte social e o sentir-se aceite (Chung & Furnham, 2002), desenvolve-se competências emocionais mais adequadas para lidar com situações conflituosas e vive-se menos ansiedade social (Zimmermann, 2004). Além disso, é neste contexto que há ainda a possibilidade de fortalecer a auto-estima (Tomé, Matos & Diniz, 2008), diminuir os sentimentos de culpa, vergonha, medo ou inferioridade (Souza, Borges, Medeiros, Teles & Munari, 2004), reduzir o *stress* emocional e os sintomas de depressão e também promover

comportamentos pró-sociais e práticas altruístas (Steinberg, 2005). Por outro lado, podem surgir sentimentos de mal-estar, insatisfação, sentimentos de solidão e de infelicidade se houver uma falta de integração no grupo de pares e/ou relações negativas ou conflituosas (Suldo & Huebner, 2006; Tomé, Matos & Diniz, 2008).

Sugere-se então que o suporte por parte dos amigos possa conduzir a um estado de bem-estar geral, tendo em conta que sem esse apoio os sintomas de depressão e a baixa auto-estima são mais elevados (Tomé & Matos, 2012). Contudo, este fenómeno apresenta consequências diferentes de acordo com cada género. Nas raparigas verificam-se consequências a um nível mais emocional e nos rapazes a nível mais comportamental (Klima & Repetti, 2008), ou seja, enquanto os rapazes externalizam os problemas através dos comportamentos, as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos e emocionais (Bakker, Ormel, Verhulst, & Oldehinkel, 2010).

Há muito interesse na compreensão do papel do grupo de pares no estilo de vida dos adolescentes, nomeadamente a influência que estes podem ter no envolvimento do adolescente em comportamentos de risco, pondo de parte os aspectos positivos que a inserção num grupo de pares pode ter para os adolescentes e o mal-estar que poderá advir da ausência de amigos (Poelen, Engels, Vorst, Scholte, & Vermulst, 2007).

Se essa influência pode ser facilitadora do envolvimento em comportamentos de risco, (tais como o consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco, problemas de comportamento, entre outros) (Shook et al., 2009), também pode, por outro lado, ter um papel essencial e indispensável na saúde e bem-estar dos adolescentes (Tomé, Matos, & Diniz, 2008), levando a sentimentos de felicidade (Tomé, Matos, & Diniz, 2008; Demir, Ozdemir, & Weitekamp, 2007; Demir & Weitekamp, 2007), desenvolvimento de competências específicas (Zimmerman, 2004), prevenção da solidão (Tomé, Matos, & Diniz, 2008), entre outros.

Alguns estudos, tal como é exemplo o de Hirsch e Barton (2011), sugere que o suporte social pode ajudar a evitar o suicídio, tendo em conta que põe ao alcance do jovem alguns recursos em tempos de crise, como por exemplo, disponibilizando o contacto de um centro de aconselhamento ou mesmo a interrupção física de uma tentativa de suicídio. Deste modo, se o jovem não tiver uma boa rede de apoio, pode ficar mais vulnerável a sentimentos de valência emocional negativa, aumentando o risco de isolamento social e depressão nos adolescentes (Larson, Wilson & Mortimer, 2002).

Apesar de ser importante a identificação dos factores de risco, é necessário ter em conta os factores de protecção relativos ao suicídio na adolescência, de forma a criar estratégias de prevenção e atenuar os efeitos dos factores de risco. Neste sentido, é essencial

que se tenha em conta o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, da qual fazem parte a família, o grupo de pares e a escola, promovendo relações mais satisfatórias e um maior bem-estar, com o objectivo de se estabelecer relacionamentos pessoais com mais qualidade e ainda desenvolver a percepção de apoio, que desempenham um papel relevante neste ciclo de vida (Braga & Dell’Aglia, 2013).

### **1.3. Comportamentos Suicidários**

Em relação à tentativa de suicídio, esta deve ser vista como forma de comunicação, uma tentativa por vezes desesperada, de assegurar ou de restabelecer uma relação com terceiros, muitas vezes, sem sucesso até então (Marcelli & Braconnier, 2007).

Uma primeira hipótese para a realização dos CAL e tendo em conta o ataque directo ao corpo, leva alguns autores a pensar que talvez exista um conflito na relação que o adolescente mantém com o seu corpo. Uma segunda hipótese é a de que o adolescente faz através deste comportamento uma espécie de “trabalho de luto” representado pelo desejo de assassinato das imagens internas. “Pelo contexto depressivo que normalmente a envolve, a tentativa de suicídio coloca o problema da depressão enquanto vivência existencial própria à adolescência” (Marcelli & Braconnier, 2007, p.195).

#### **1.3.1. Comportamentos Autolesivos**

O aumento dos CAL em adolescentes leva a que haja mais interesse por parte da comunidade científica relativamente a este assunto, de forma a perceber quais as razões do seu aparecimento nesta fase de desenvolvimento, quais as suas manifestações, a sua etiologia e que funções poderão ter. O objectivo é que se desenvolva uma melhor compreensão deste tipo de comportamento, “que tanto pode ser sintoma como causa de um compromisso do processo de desenvolvimento dos adolescentes” (Nobre-Lima, Barreira & Castilho, 2017, p.35).

Pelo facto de ainda não haver uma definição que seja consensual (relativamente à sua intencionalidade ou não suicida), a origem dos CAL também não é consensual, embora se acredite que há a contribuição de factores neurobiológicos e factores psicossociais, como por exemplo as características de personalidade mais impulsiva e compulsiva, e ainda a história de vida e o ambiente em que vivem (Jacobson, & Gould, 2007). O facto de haver algumas diferenças na definição dos CAL pode fazer com que haja diferentes avaliações o que poderá contribuir para que as estimativas de prevalência sejam também elas diferentes (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), “os CAL na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica” (p.205), demonstrando um intenso mal-estar que deve ter-se em conta. Alguns estudos com jovens portugueses permitiram perceber que os CAL estão associados a um ‘triplo fracasso’ a nível individual, familiar e social e têm como objectivo uma tentativa desesperada de alterar determinada situação (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Alguns autores referem que pode ser uma tentativa de aliviar sensações, no entanto, poderá também existir uma componente mais impulsiva, visto que os jovens acabam por recorrer aos CAL porque não encontram outros recursos para lidar com emoções fortes, pressões intensas, acontecimentos de vida negativos, entre outros. Os indivíduos que realizam estes comportamentos chegam mesmo a referir que o seu início surge como resposta a um impulso, após a experiência de uma emoção forte (ex. raiva, angústia ou frustração). Para além disso, estes casos podem estar relacionados com perturbações bipolares, perturbações alimentares, pensamentos obsessivos ou comportamentos compulsivos (Whitlock, 2009). Uma das ideias defendidas para a manutenção destes comportamentos prende-se com o facto de o seu efeito ser semelhante ao das drogas, causando vício, na medida em que aumentam a libertação de endorfinas no cérebro, fazendo com que surja uma sensação de bem-estar que consequentemente reduz a ansiedade e a tristeza (Reis et al., 2012).

Associados à impulsividade os CAL tornam-se por vezes imprevisíveis, podem acontecer após um aumento de angústia ou de agitação (Marcelli & Braconnier, 2007). Os cortes (com uma lâmina de barbear, uma faca, um pedaço de garrafa, etc.) são o comportamento mais frequente nestes casos. Noutros casos, o adolescente pode ir contra um objecto duro, bater com a cabeça contra uma parede, etc (Marcelli & Braconnier, 2007). Mais raros são os comportamentos em que o jovem se agride com um objecto ou dá murros e bofetadas no rosto, olhos ou busto. Geralmente as partes do corpo mais afectadas são os pulsos, os antebraços, e às vezes o peito, a barriga e as pernas. O rosto raramente é atingido (Marcelli & Braconnier, 2007).

As alterações de humor nos jovens são muitas vezes menosprezadas e associadas ao processo normal de adolescência (Marcelli & Braconnier, 2007). É através da exteriorização dos afectos e do agir que a angústia é combatida, uma vez que as perturbações na elaboração dos processos cognitivos não permitem que o adolescente as domine de forma adequada (Marcelli & Braconnier, 2007). Deste modo, os CAL demonstram ser uma forma de expressar e lidar com a angústia, tensão, ansiedade e dor psicológica, exprimindo a necessidade de que algo se modifique ou alivie a dor psicológica (Reis et al., 2012). De acordo com Potter (2003),

Nock e Prinstein (2004), ao realizar estes comportamentos o adolescente tem uma sensação de controlo sobre si próprio, sendo as funções principais a regulação emocional e a comunicação, às quais devem ser dadas atenção, devendo sempre ser entendidas como um pedido de ajuda e uma expressão manifesta do seu sofrimento.

São vários os estudos que referem que os CAL têm início na adolescência (entre os 13 e os 14 anos de idade), havendo evidências de que os factores psicológicos que contribuem para tal fenómeno são os problemas de saúde mental, impulsividade (Madge, et al., 2011; De Leo & Heller, 2004; Nock & Prinstein, 2005), baixa auto-estima (Madge et al., 2011; Hawton & James, 2005; Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002), *stress* (Madge et al., 2011; Stanford & Jones, 2009), depressão e ansiedade (Ross & Heath, 2002), perturbações alimentares (Stanford & Jones, 2009) e perturbação de personalidade borderline (Nock & Prinstein, 2005).

Alguns estudos longitudinais demonstram que muitas vezes o CAL antecede a tentativa de suicídio. Mesmo sem haver intenção clara de suicídio, os jovens de cometem este tipo de comportamentos de forma crónica e compulsiva, fazem-no como forma de eliminar emoções negativas por intermédio de comportamentos auto-agressivos (Halicka & Kiejna, 2015). Desta forma, desenvolvem uma espécie de resistência à auto-agressão, diminuindo a sua eficácia de descarga emocional, fazendo com que esses actos sejam cada vez mais agressivos, infligindo mais e mais dor de forma a alcançar o efeito desejado de descarga emocional (Halicka & Kiejna, 2015).

### **1.3.2. Ideação Suicida**

É também importante definir a tentativa de suicídio e o próprio suicídio, para que haja uma distinção clara entre os vários conceitos. A tentativa de suicídio pode ser definida como um comportamento que é auto-infligido, potencialmente prejudicial, mas cujo resultado não é fatal, podendo existir a intenção (explícita ou implícita) de morrer (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007). Já o suicídio é visto como a auto-inflicção de um comportamento lesivo que tem como resultado a morte (Silverman et al. 2007).

## **1.4. Variáveis Individuais**

### **1.4.1. Impulsividade**

Durante algum tempo vários autores sugeriram que estes comportamentos faziam parte de uma perturbação do controlo dos impulsos, nomeadamente Pattison e Kahan (1983) propuseram uma “Síndrome Deliberada de Auto lesão” sendo classificada como um

transtorno do controlo dos impulsos, criado com base na ideia de que os auto-agressores têm dificuldade ou mesmo a incapacidade de resistir ao impulso ou desejo de se ferir.

Esta classificação foi apoiada por Favazza e Conterio (1989) no seu estudo com 240 participantes do género feminino, que demonstravam “impulsividade” associada aos CAL. É de destacar que indivíduos que se envolvem nos CAL têm maior probabilidade de desenvolver outros comportamentos impulsivos (e.g. compulsão alimentar, abuso de álcool e / ou drogas, promiscuidade sexual, jogos, entre outros) (Evans & Lacey, 1992; Herpertz, Sass & Favazza, 1997; Zlotnick et al., 1996).

Fordwood et al. (2007) e Walsh e Eggert (2007) referem que é frequente nos jovens com comportamento suicidário, a externalização dos comportamentos através da agressividade e impulsividade, sendo que, de acordo com Santos et al. (2014), os traços de personalidade mais comumente associados ao comportamento suicida, nomeadamente aos CAL, são a impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo.

Contudo, Brown e colaboradores (1991) compararam dois grupos de adolescentes suicidas, e verificaram que no grupo dos ‘não impulsivos’ estavam presentes mais traços depressivos, mais sentimentos de desespero e uma raiva interna mais elevada em comparação com o grupo de adolescentes que cometem um gesto suicida impulsivo (Marcelli & Braconnier, 2007).

“O gesto suicida comporta normalmente uma dimensão de aparente impulsividade e de ausência de reflexão, o que muitos jovens parecem confirmar quando declaram que uma hora antes de efectuarem o comportamento ainda não sabiam que o iram fazer” (p.205). Esta é a razão pela qual a intencionalidade suicida tem vindo a ser questionada muitas vezes nesta faixa etária. Estes comportamentos acontecem habitualmente após um momento de ruptura, de grande sofrimento para o jovem, como por exemplo uma discussão com os pais, conflitos familiares ou separação dos pais, termino de uma relação amorosa, mudança de casa, perda de um amigo por acidente ou principalmente por suicídio, insucesso escolar, entre outros (Marcelli & Braconnier, 2007). Esta ruptura externa dá-se ao mesmo tempo que ocorre uma ruptura interna que se traduz em vulnerabilidade, característica essa geralmente observada em adolescentes suicidas. Essa vulnerabilidade manifestar-se-á através da impulsividade habitualmente presente (embora nem sempre) nos adolescentes suicidas (Marcelli & Braconnier, 2007).

### **1.4.2. Ansiedade**

Batista e Oliveira (2005) defendem que acompanhando um sentimento generalizado de perigo, a ansiedade tem a função de advertir as pessoas para a existência de algo que deve ser temido. Pode manifestar-se a nível fisiológico ou cognitivo, sendo que no primeiro os sintomas prendem-se com agitação, hiperactividade e movimentos precipitados; já a nível cognitivo os sintomas podem estar associados a uma excessiva atenção e vigilância a determinados aspectos do meio, pensamentos e possíveis desgraças. Essas manifestações podem dar-se durante um período relativamente curto, ou seja, serem passageiras, ou podem estar presentes de uma forma mais estável e permanente. Para além disso a sua intensidade pode variar entre níveis muito baixos, passando quase despercebidos e níveis extremamente elevados (Batista & Oliveira, 2005).

Assim, pode distinguir-se ansiedade normal de patológica. A ansiedade normal surge como resposta a determinadas situações que são interpretadas como sendo ameaçadoras. Já a ansiedade patológica, por oposição, é uma resposta inadequada a um certo estímulo, tendo em conta também a sua intensidade e duração. Os sintomas variam entre ligeiros e graves. Tendo em conta a duração dos sintomas que geralmente são experimentados por pessoas com perturbações de ansiedade, esta pode ser considerada uma doença mais crónica do que episódica (Batista & Oliveira, 2005).

### **1.4.3. Depressão**

Os sintomas depressivos manifestam-se nos adolescentes através de um humor deprimido ou irritável, sentimentos de inutilidade, falta de esperança, baixa auto-estima, excessiva culpa, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, pouca energia ou fadiga e ideação suicida recorrente (Corona, McCarty, & Richardson, 2013). Quanto aos sintomas físicos estes podem traduzir-se em alterações no apetite e insónias ou hipersónias. Ao nível do comportamento, os adolescentes deprimidos tendem a demonstrar uma maior agitação ou pelo contrário uma lentificação psicomotora observável, podendo perder o interesse ou prazer em participar em actividades que outrora gostavam e tendem a evitar actividades sociais. A somar a isto, são também afectados o desempenho escolar e os relacionamentos interpessoais (Corona et al., 2013).

Desta forma torna-se urgente realizar algumas medidas para que seja possível minimizar o risco de depressão e conseqüentemente reduzir o risco de CAL. Uma das ferramentas a utilizar poderá ser a construção de uma boa rede de suporte, da qual faz parte a

família, o grupo de amigos e a escola, que são de valor significativo para o adolescente (Cordeiro, Claudino, & Arriaga, 2006).

## Referências

- Bakker, M. P., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2010). Peer stressors and gender differences in adolescents' mental health: The TRAILS study. *Journal of Adolescent Health, 46*(5), 444–450.
- Batista, M. & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora, 6*(2), 43-50.
- Braga, L. & Dell'Aglio, D. (2013). Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos, 6*(1), 2-14.
- Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación, 39*(6), 1-10.
- Corona, M., McCarty, C. A., & Richardson, L. P. (2013). Screening adolescents for depression. *Contemporary Pediatrics, 30*(7), 24-30.
- Chuang (2002).
- De Leo, D., & Heller, T.S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australia, 181*(3), 140– 144.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies, 8*(2), 181-211.
- Demir, M., Ozdemir, M., & L.Weitekamp. (2007). Looking to happy tomorrows with friends: best and close friendships as they predict happiness. *Journal of Happiness Studies, 8*(2), 243-271.

- Evans, C., & Lacey, J. H. (1992). Multiple self-damaging behaviour among alcoholic women: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, *161*(05), 643–646.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *79*(3), 283–289.
- Fordwood, S. R., Asarnow, J. R., Huizar, D. P., & Reise, S. P. (2007). Suicide attempts among depressed adolescents in primary care. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *36*(3), 392–404.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2483-2490.
- Guerreiro & Sampaio (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão de literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev. Port. Saúde Pública*, *1*(2), 204–213.
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, *330*, 891–894.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, *325*, 1207–1211.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric properties and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, *31*(4), 451-465.
- Hirsh, J. & Barton, A. (2011). Positive Social Support, Negative Social Exchanges, and Suicidal Behavior in College Students. *Journal of American College Health*, *59*(5), 393-398.

- Kilma, T. & Repetti, R. (2008). Children's peer relations and their psychological adjustment: Differences between close friendships and the larger peer group. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(2), pp. 151–178.
- Larson, R. W., Wilson, S., & Mortimer, J. T. (2002). Conclusions: Adolescents preparation for the future. *Journal of Research on Adolescence*, 12(1), 159–166.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., Leo, D., Wilde, E., Fekete, S., Heeringen, K., Ystgaard, M. & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10), 1-9.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885– 890
- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140– 146.
- Nobre-Lima, L., Barreira, A. & Castilho, P. (2017). A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 33-48.

- Pattison & Kahan (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872.
- Pérez, J. J., Maldonado, T. C., Andrade, C. F., & Díaz, D. R. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviors and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. *Revista Diversitas – Perspetivas en Psicologia*, 3(1), 81-107.
- Poelen, E. A. P., Engels, R. C. M. E., Van Der Vorst, H., Scholte, R. H. J., & Vermulst, A. A. (2007). Best friends and alcohol consumption in adolescence: A withinfamily analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 163–173.
- Potter, N. N. (2003). commodity/body/sign: borderline personality disorder and the signification of self-injurious behavior. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10(1), 1–16.
- Reis, Figueira, Ramiro & Matos (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In Matos & Tomé (eds), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade - Volume 1 - estado da arte: princípios, actores e contextos* (pp. 259-276). Lisboa: Placebo.
- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R (2014). Capítulo III: Comportamentos da esfera suicidária na adolescência. In Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R, + *Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa* (pp. 31-45). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3), 264-277.
- Shook, J. J., Vaughn, M. G., Litschge, C., Kolivoski, K., & Schelbe, L. (2009). The importance of friends among foster youth aging out of care: Cluster profiles of deviant peer affiliations. *Children and Youth Services Review* 31(2), 284–291.
- Souza, M. M., Borges, I. K., Medeiros, M., Teles, A. S. & Munari, D. B. (2004). A Abordagem de Adolescentes em Grupos: o Contexto da Educação em Saúde e Prevenção de DST. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(2), 18-22.
- Stanford, S. & Jones, M. (2009). Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(7), 807–815.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends of Cognitive Science*, 9(2), 69-74.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78(2), 179-203.
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência. In M. Matos (eds.), *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* (pp. 95-126). Lisboa: IDT.
- Tomé & Matos (2012). Relação positiva com o grupo de pares na adolescência. In Matos & Tomé (eds), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade - Volume 1 - estado da arte: princípios, actores e contextos* (pp. 112-125). Lisboa: Placebo.

- Walsh, E., & Eggert, L. L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(5), 349–359.
- Whitlock, J. (2009). The cutting edge: Non-suicidal self-injury in adolescence. *Research fACTs and Findings, 2-9*.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology, 88*(1), 83-101.

## ANEXO B – Tabela de definições de CAL

Data	Autor/es	Definição
2013-2017	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio	Comportamento 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 psicoactiva com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objecto não ingeríveis (p. ex. lixívia, detergente, lâminas ou pregos).
2014	Guerreiro, Sampaio & Figueira	(…) comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (ex: cortar-se, queimar-se); 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 (p.3).
2011	O estudo Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) – Madge et al.	CAL («self-harm») como sendo um comportamento cujo resultado não é fatal, mas em que o indivíduo realiza algum dos seguintes comportamentos de forma deliberada: tem intenção de causar lesões a si mesmo quando realiza determinado comportamento (ex. cortar-se, saltar de alturas); ingere uma substância numa dose excessiva relativamente ao recomendado; ingere uma droga ilícita ou substância de recreio, com o propósito de se autoagredir; ingere uma substância ou objecto que não é para esse efeito (p.669).
2007	Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll & Joiner	É um comportamento auto-infligido, danificando o próprio corpo e que pode ser prejudicial podendo ou não existir intenção de morrer.

## ANEXO C – Testes Estatísticos

Tabela 1. Estatística descritiva da variável Sexo

Sexo		
N	Válido	852
	Omisso	0
Média		1,48
Mediana		1,00
Erro Desvio		,500
Mínimo		1
Máximo		2

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Feminino	440	51,6	51,6	51,6
	Masculino	412	48,4	48,4	100,0
	Total	852	100,0	100,0	

Tabela 2. Estatística descritiva da variável Idade

Idade		
N	Válido	851
	Omisso	1
Média		14,97
Mediana		15,00
Erro Desvio		1,654
Mínimo		11
Máximo		21

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	11	3	,4	,4	,4
	12	61	7,2	7,2	7,5
	13	89	10,4	10,5	18,0
	14	190	22,3	22,3	40,3
	15	191	22,4	22,4	62,7
	16	176	20,7	20,7	83,4
	17	89	10,4	10,5	93,9
	18	34	4,0	4,0	97,9
	19	13	1,5	1,5	99,4
	20	4	,5	,5	99,9
	21	1	,1	,1	100,0
	Total	851	99,9	100,0	
Omisso	999	1	,1		
Total		852	100,0		

Tabela 3. Estatística descritiva da variável Nacionalidade

		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
Nacionalidades por grupos	portuguesa	382	374	756
	africana	35	18	53
	brasileira	13	16	29
	países de leste	5	1	6
	asiática	1	1	2
	outras	3	2	5
Total		439	412	851

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	portuguesa	756	88,7	88,8	88,8
	africana	53	6,2	6,2	95,1
	brasileira	29	3,4	3,4	98,5
	países de leste	6	,7	,7	99,2
	asiática	2	,2	,2	99,4
	outras	5	,6	,6	100,0
	Total	851	99,9	100,0	
Omisso	999	1	,1		
Total		852	100,0		

Tabela 4. Estatística descritiva da variável Estado Civil dos Pais

		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
Estado civil dos pais	solteiros	50	43	93
	casados	208	216	424
	em união de facto	40	35	75
	divorciados ou separados	118	92	210
	Viúvo	8	14	22
	Outro	2	4	6
Total		426	404	830

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	solteiros	93	10,9	11,2	11,2
	casados	424	49,8	51,1	62,3
	em união de facto	75	8,8	9,0	71,3
	divorciados ou separados	210	24,6	25,3	96,6
	Viúvo	22	2,6	2,7	99,3
	Outro	6	,7	,7	100,0
	Total	830	97,4	100,0	
Omisso	999	4	,5		
	Sistema	18	2,1		
	Total	22	2,6		
Total		852	100,0		

Tabela 5. Frequências da Posição da fratria em função do Sexo

		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
Posição na Fratria	não tem irmãos	12	5	17
	irmão mais novo	142	149	291
	irmão do meio	81	67	148
	irmão mais velho	137	124	261
	irmão gémeo	5	5	10
Total		377	350	727

Tabela 6. Estatística descritiva da variável Reprovações

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	não tem retenções	569	66,8	67,3	67,3
	1 retenção	165	19,4	19,5	86,9
	2 retenções	87	10,2	10,3	97,2
	3 ou mais retenções	24	2,8	2,8	100,0
	Total	845	99,2	100,0	
Omisso	999	1	,1		
	Sistema	6	,7		
	Total	7	,8		
Total		852	100,0		

Tabela 7. Estatística descritiva da variável Número de Irmãos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	não tem irmãos	123	14,4	14,8	14,8
	tem 1 irmão	337	39,6	40,6	55,4
	tem 2 irmãos	196	23,0	23,6	79,0
	tem 3 irmãos	68	8,0	8,2	87,2
	tem 4 irmãos ou mais	106	12,4	12,8	100,0
	Total	830	97,4	100,0	
Omisso	999	4	,5		
	Sistema	18	2,1		
	Total	22	2,6		
Total		852	100,0		

Tabela 8. Estatística descritiva da variável Escolaridade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	7º ano	88	10,3	10,3	10,3
	8º ano	128	15,0	15,0	25,4
	9º ano	195	22,9	22,9	48,2
	10º ano	222	26,1	26,1	74,3
	11º ano	163	19,1	19,1	93,4
	12º ano	56	6,6	6,6	100,0
	Total	852	100,0	100,0	

Tabela 9. Teste T para amostras independentes – Diferenças entre géneros para a ideação suicida

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		t	df	Sig. (2 extremidades)
		Z	Sig.			
Ideação Suicida	Variâncias iguais assumidas	87,768	,000	7,392	813	,000
	Variâncias iguais não assumidas			7,480	714,944	,000

Tabela 10. Análise de Correlações entre todas as variáveis em estudo

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
I. Impulsividade	-					
II. Ansiedade	,241**	-				
III. Depressão	,429**	,657**	-			
IV. CAL	,229**	,395**	,382**	-		
V. Ideação Suicida	,242**	,509**	,478**	,571**	-	
VI. Suporte Social	-,035	,048	,067	,073*	,156**	-

Nota: \*\*p≤, 01; \* p≤,05

Tabela 11. Análise de Regressão Linear pelo método stepwise para as variáveis Depressão, Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

### 11.1. Variável Independente e Dependente

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	27,925	1	27,925	390,512	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	57,851	809	,072		
	Total	85,775	810			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Ideação Suicida

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes				Sig.
		Coeficientes não padronizados	Erro	Coeficientes padronizados	t	
	B		Beta			
1	(Constante)	-,149	,017		-8,501	,000
	Ideação Suicida	,175	,009	,571	19,761	,000

a. Variável Dependente: CAL

### 11.2. Variável Independente e Variável Mediadora

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	1996,823	1	1996,823	239,249	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	6760,443	810	8,346		
	Total	8757,266	811			

a. Variável Dependente: Depressão

b. Preditores: Ideação Suicida

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes				Sig.
		Coeficientes não padronizados	Erro	Coeficientes padronizados	t	
	B		Beta			
1	(Constante)	9,894	,189		52,476	,000
	Ideação Suicida	1,476	,095	,478	15,468	,000

a. Variável Dependente: Depressão

### 11.3. Variável Mediadora e Variável Dependente

#### ANOVA

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	12,529	1	12,529	139,867	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	73,453	820	,090		
	Total	85,982	821			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Depressão

#### Coefficientes

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.
		B	Erro	Beta	t	
1	(Constante)	-,323	,041		-7,958	,000
	Depressão	,038	,003	,382	11,827	,000

a. Variável Dependente: CAL

### 11.4. Variável Independente, Variável Mediadora e Variável Dependente

#### ANOVA

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	27,943	1	27,943	390,199	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	57,791	807	,072		
	Total	85,735	808			
2	Regressão	29,368	2	14,684	209,968	,000 <sup>c</sup>
	Resíduo	56,367	806	,070		
	Total	85,735	808			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Ideação Suicida

c. Preditores: Ideação Suicida, Depressão

#### Coefficientes

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.
		B	Erro	Beta	t	
1	(Constante)	-,148	,017		-8,475	,000
	Ideação Suicida	,175	,009	,571	19,753	,000
2	(Constante)	-,292	,036		-8,056	,000
	Ideação Suicida	,153	,010	,501	15,410	,000
	Depressão	,015	,003	,147	4,513	,000

a. Variável Dependente: CAL

Tabela 12. Análise de Regressão Linear pelo método stepwise para as variáveis Ansiedade, Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

### 12.1. Variável Independente e Variável Mediadora

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	2854,071	1	2854,071	283,754	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	8147,204	810	10,058		
	Total	11001,275	811			

a. Variável Dependente: Ansiedade

b. Preditores: Ideação Suicida

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	10,491	,207		50,668	,000
	Ideação Suicida	1,764	,105	,509	16,845	,000

a. Variável Dependente: Ansiedade

### 12.2. Variável Mediadora e Variável Dependente

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	13,406	1	13,406	151,466	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	72,576	820	,089		
	Total	85,982	821			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Ansiedade

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	-,325	,039		-8,275	,000
	Ansiedade	,035	,003	,395	12,307	,000

a. Variável Dependente: CAL

### 12.3. Variável Independente, Variável Mediadora e Variável Dependente

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	27,915	1	27,915	389,623	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	57,819	807	,072		
	Total	85,735	808			
2	Regressão	29,183	2	14,591	207,961	,000 <sup>c</sup>
	Resíduo	56,552	806	,070		
	Total	85,735	808			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Ideação Suicida

c. Preditores: Ideação Suicida, Ansiedade

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	-,148	,018		-8,471	,000
	Ideação Suicida	,175	,009	,571	19,739	,000
2	(Constante)	-,279	,035		-7,894	,000
	Ideação Suicida	,153	,010	,499	14,999	,000
	Ansiedade	,013	,003	,141	4,250	,000

a. Variável Dependente: CAL

Tabela 13. Análise de Regressão Linear pelo método stepwise para as variáveis Impulsividade, Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

### 13.1. Variável Independente e Variável Mediadora

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	5,286	1	5,286	46,944	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	84,786	753	,113		
	Total	90,072	754			

a. Variável Dependente: Impulsividade

b. Preditores: Ideação Suicida

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	1,995	,023		87,855	,000
	Ideação Suicida	,078	,011	,242	6,852	,000

a. Variável Dependente: Impulsividade

### 13.2. Variável Mediadora e Variável Dependente

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	3,951	1	3,951	42,013	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	71,654	762	,094		
	Total	75,604	763			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Impulsividade

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	-,308	,070		-4,419	,000
	Impulsividade	,210	,032	,229	6,482	,000

a. Variável Dependente: CAL

### 13.3. Variável Independente, Variável Mediadora e Variável Dependente

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	25,430	1	25,430	381,414	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	49,937	749	,067		
	Total	75,367	750			
2	Regressão	26,075	2	13,038	197,847	,000 <sup>c</sup>
	Resíduo	49,291	748	,066		
	Total	75,367	750			

a. Variável Dependente: CAL

b. Preditores: Ideação Suicida

c. Preditores: Ideação Suicida, Impulsividade

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	-,148	,018		-8,456	,000
	Ideação Suicida	,172	,009	,581	19,530	,000
2	(Constante)	-,323	,059		-5,516	,000
	Ideação Suicida	,165	,009	,558	18,316	,000
	Impulsividade	,088	,028	,095	3,130	,002

a. Variável Dependente: CAL