



**ISPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Funcionamento Familiar e a sua  
relação com Comportamentos  
suicidários, Depressão, Ansiedade e Stress  
em Adolescentes numa Amostra Clínica.**

RUTE CARINA VIEGAS SERRA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2017

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

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Maria Gouveia-Pereira por todo o apoio ao longo deste percurso. Sem a Professora não teria sido possível percorrer este caminho.

Agradeço à minha família e amigos por terem estado sempre presentes.

Um obrigada a todos que contribuíram para o meu sucesso pessoal e académico.

## RESUMO

O suicídio tem sido reportado como a 2ª causa de morte em jovens entre os 15 e os 24 anos. Os estudos acerca dos comportamentos autolesivos e dos atos suicidas são escassos em Portugal e a literatura internacional apresenta contradições acerca desta temática. A presente investigação tem por objetivo caracterizar os jovens que se dirigem ao Serviço de Psiquiatria de um hospital público em Lisboa e descrever a frequência de comportamentos autolesivos (CAL), tentativas de suicídio (TS), ideação suicida (IS) e vontade de morrer (VM). Pretendeu-se, ainda, caracterizar o funcionamento familiar (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação), bem como depressão, ansiedade e stress nestes jovens. A amostra considerou 100 adolescentes com idades entre os 12 e os 21 anos, 37% são do sexo masculino e 63% do sexo feminino, que recorreram ao Serviço de Psiquiatria. Solicitou-se aos participantes o preenchimento das seguintes escalas: Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar (*FACES-IV*), Escala Ansiedade, Depressão e Stress (*EADS-21*), Inventário dos Comportamentos Autolesivos e Questionário de Ideação Suicida (*SIQ*). Os dados revelaram que 83,3% dos jovens tinham comportamentos autolesivos. Melhores níveis de comunicação e satisfação familiar e menores níveis de psicopatologia levam a menos CAL, TS, IS e VM. As raparigas exibem mais CAL, IS e VM que os rapazes. Ainda, a ansiedade é a variável com maior impacto nos CAL e TS, e a depressão na IS. Conclui-se também que a satisfação familiar surgiu como o fator familiar com maior efeito nos CAL, TS e IS.

**Palavras-chave:** Funcionamento familiar, Comportamentos suicidários, Depressão, Ansiedade e Stress.

## ABSTRACT

Suicide has been reported to be the second leading cause of death among young people between the ages of 15 and 24. Studies on Non suicidal self-injury and suicide acts are scarce in Portugal and international literature shows/presents contradictions regarding this topic. The present investigation has the purpose of characterizing young people who repair to the Psychiatric Service of a public hospital in Lisbon as well as describing the frequency of Non suicidal self-injury (CAL), suicide attempts (TS), suicidal ideation (IS) and will to die (VM). Furthermore, there was the aim of characterizing family functioning (cohesion, flexibility, communication and satisfaction) as well as depression, anxiety and stress in these young people. The sample contemplated 100 teenagers with the ages among 12 and 21 years old, 37% of them are male and 63% female, who repaired to the Psychiatric Service. Participants were requested to fill in the following scales: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (*FACES-IV*), Anxiety, Depression and Stress Scale (*EADS-21*), Non suicidal self-injury Inventory and The Suicidal Ideation Questionnaire (*SIQ*). Data shows that 83,3% of those young people had Non suicidal self-injury. Higher/Better levels of family communication and satisfaction and less/lower levels of psychopathology lead to less/lower CAL, TS, IS and VM. More CAL, IS and VM is displayed in girls rather than boys. Moreover, anxiety is the variable with bigger impact on CAL and TS and depression on IS. It was also concluded that family satisfaction was the family factor having a bigger effect/impact on CAL, TS and IS.

**Key-words:** Family functioning, Suicidal behaviour, Depression, Anxiety and Stress.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Adolescência</b> .....	<b>2</b>
1.1. Normal vs. Patológico .....	5
<b>2. Comportamentos Suicidários</b> .....	<b>7</b>
2.1. Fatores de Risco e Fatores Protetores.....	10
2.2. Ideação Suicida .....	12
2.3. CAL sem ideação suicida vs. CAL com ideação suicida .....	14
<b>3. Sintomas Psicopatológicos</b> .....	<b>17</b>
3.1. Depressão .....	17
3.2. Ansiedade .....	20
3.3. Stress .....	22
<b>4. Funcionamento Familiar</b> .....	<b>24</b>
4.1. Coesão Familiar.....	24
4.2. Flexibilidade Familiar .....	25
4.3. Comunicação Familiar .....	26
4.4. Satisfação Familiar.....	27
<b>5. Funcionamento Familiar e Comportamentos Suicidários</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO II- OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO</b> .....	<b>29</b>

<b>CAPÍTULO III- MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
<b>1. Participantes .....</b>	<b>33</b>
<b>2. Instrumentos.....</b>	<b>35</b>
2.1. FACES-IV.....	35
2.2. Escala Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) .....	37
2.3. Inventário dos Comportamentos Autolesivos .....	38
2.4. Questionário de Ideação Suicida (SIQ) .....	38
<b>3. Procedimento .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO IV- RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>1. Análise Descritiva .....</b>	<b>40</b>
<b>2. Análise das Hipóteses de Investigação.....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO V- DISCUSSÃO .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

## ÍNDICE DE SIGLAS

**NES-** Núcleo de Estudos do Suicídio

**CA-** Consulta de Adolescência

**UD-** Unidade de Dia

**CAL-** Comportamentos autolesivos

**IS-** Ideação suicida

**TS-** Tentativa de suicídio

**VM-** Vontade de morrer

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos adolescentes segundo a idade e sexo.....	33
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos jovens por serviço e sexo .....	34
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos participantes por tentativa de suicídio e sexo.....	35
<b>Tabela 4.</b> Frequência da ocorrência de CAL referente ao sexo.....	40
<b>Tabela 5.</b> Frequência com a qual fez mal a si próprio em função do sexo.....	41
<b>Tabela 6.</b> Frequência da tipologia dos CAL.....	41
<b>Tabela 7.</b> Frequência de ideação suicida nos jovens com e sem Comportamentos autolesivos .	42
<b>Tabela 8.</b> Frequência de Depressão, Ansiedade e Stress nos jovens com e sem Comportamentos autolesivos .....	43
<b>Tabela 9.</b> Frequência da ocorrência de CAL e de ideação suicida em jovens com depressão, ansiedade e stress.....	44
<b>Tabela 10.</b> Frequência em simultâneo de CAL e maior IS em jovens com maiores níveis de depressão, ansiedade e stress.....	44
<b>Tabela 11.</b> Frequência de Depressão, Ansiedade e Stress em jovens com Ideação Suicida, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer .....	45
<b>Tabela 12.</b> Diferenças entre os serviços hospitalares relativamente aos Comportamentos autolesivos.....	46
<b>Tabela 13.</b> Diferenças na Comunicação e Satisfação familiar em jovens com maior e menor Ideação suicida .....	47
<b>Tabela 14.</b> Diferenças nos Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer em jovens com maior e menor Ideação suicida.....	47
<b>Tabela 15.</b> Diferenças na Depressão, Ansiedade e Stress em jovens com maior e menor Ideação suicida.....	48

<b>Tabela 16.</b> Diferenças na Comunicação e Satisfação familiar em jovens com e sem Tentativa de suicídio .....	48
<b>Tabela 17.</b> Diferenças nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Vontade de morrer em jovens com e sem Tentativa de suicídio .....	49
<b>Tabela 18.</b> Diferenças na Depressão, Ansiedade e Stress em jovens com maior e menor Ideação suicida.....	49
<b>Tabela 19.</b> Diferenças nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Vontade de Morrer em Rapazes e Raparigas .....	50
<b>Tabela 20.</b> Matriz correlacional entre o Funcionamento familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão familiar, Rácio de Flexibilidade familiar), Comunicação e Satisfação familiar e os Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer .....	51
<b>Tabela 21.</b> Regressão Linear da Ansiedade como Preditor dos Comportamentos autolesivos...	52
<b>Tabela 22.</b> Regressão Linear da Depressão e Stress como Preditores da Ideação Suicida .....	52
<b>Tabela 23.</b> Regressão Linear da Ansiedade como Preditor da Tentativa de suicídio.....	52
<b>Tabela 24.</b> Regressão Linear da Satisfação e Funcionamento Familiar como Preditores dos Comportamentos autolesivos .....	53
<b>Tabela 25.</b> Regressão Linear da Satisfação familiar como Preditor da Ideação suicida .....	53
<b>Tabela 26.</b> Regressão Linear da Satisfação familiar como Preditor da Tentativa de suicídio ....	53

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A-</b> Consentimento Informado.....	74
<b>Anexo B-</b> Autorização.....	75
<b>Anexo C-</b> Folha de Rosto do Questionário .....	76

## INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se por uma fase peculiar do ciclo de vida, com alterações a nível físico, social e psicológico desde a puberdade à idade adulta, implicando readaptações, nomeadamente do sistema familiar que envolve conflitos essenciais entre pais e filhos. Este período pressupõe ainda que o jovem realize tarefas específicas: alteração da relação com os pais, com os pares e a construção da identidade sexual, para alcançar o bem-estar e a maturidade (Sampaio, 1991).

Aquando a adolescência, os comportamentos suicidários assumem uma importância crucial, sendo que o suicídio tornou-se a 2ª causa de morte em jovens entre os 15 e os 24 anos (WHO, 2009). Deste modo, é fulcral aludir à nomenclatura portuguesa relativa ao espectro de cognições e comportamentos suicidários, surgindo os conceitos de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas. Por sua vez, os atos suicidas subdividem-se em tentativa de suicídio e suicídio consumado (Santos & Neves, 2014). Estas definições assumem especificidades na população jovem, caracterizadas por fatores de risco distintos para este grupo etário, exigindo aos clínicos e investigadores especial atenção na abordagem ao fenómeno dos comportamentos suicidários.

Nos jovens com comportamentos suicidários encontram-se patentes vários sintomas psicopatológicos, tais como a depressão, ansiedade e stress. Assim, o seu despiste torna-se essencial para uma adequada avaliação do risco e caracterização da expressão comportamental. Nomeadamente, no que concerne à depressão, deve atender-se à especificidade do ciclo de vida, pois nos adolescentes a presença de momentos depressivos constitui uma vivência normativa, distinta de uma depressão clínica patológica (Sampaio, 1991).

Visto que, os jovens estão inseridos em dinâmicas familiares que influenciam e são influenciadas pelos comportamentos suicidários, o funcionamento familiar assume características específicas nos seus níveis de coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação em adolescentes que se magoam.

O presente trabalho apresentará no primeiro capítulo uma revisão de literatura referente às variáveis supracitadas- Adolescência, Ideação Suicida, Comportamentos Autolesivos, Depressão, Ansiedade, Stress e Funcionamento Familiar. O segundo capítulo definirá objetivos e hipóteses de estudo. No terceiro capítulo, expor-se-á a recolha de dados e metodologia utilizada. O quarto capítulo corresponde à análise dos resultados obtidos, onde se pretende responder às hipóteses de investigação colocadas anteriormente. No quinto capítulo, a discussão procurará interpretar os resultados de acordo com a literatura existente, bem como as principais limitações e investigações futuras.

# CAPÍTULO I

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Adolescência

*"A adolescência é a idade dos anseios cósmicos e das paixões privadas, de preocupações sociais e agonias pessoais. É a idade da inconsistência e da ambivalência."*

*(Ginott, 1982)*

A adolescência não é um conceito de fácil definição, esta varia consoante os autores e período histórico decorrente. Sabe-se que o termo adolescência aparece, possivelmente, na Roma Antiga em 193 *a.C.*, e tem sido utilizado, variando na conotação, em equivalência à designação “*teens*” e “juventude” (Monteiro & Confraria, 2014). Assim, segundo Sampaio (1991), pode-se definir este conceito como uma fase específica de desenvolvimento que decorre da puberdade à idade adulta, i.e., desde o início das alterações psicobiológicas até à formação de uma identidade estabelecida composta por um sistema de valores e crenças. Logo, a explicação desta etapa do ciclo de vida é influenciada pela cultura, classe social, situação geográfica, etc.

No que concerne à diferenciação dos seus limites cronológicos, Laufer (1972) insere-os dos 12 aos 21 anos, afirmando que os jovens ao início da década dos vinte anos mantêm as problemáticas, prolongando a adolescência. No entanto, a entrada neste período pode ocorrer entre os 10 e 13 anos, se considerarmos o início pubertário caracterizado por mudanças físicas, psicológicas, familiares e sociais. Sendo que, a mudança física implica uma alteração corporal; na mudança psicológica, o jovem tende a separar-se dos desejos, ideais, modelos de identificação infantis; e nas mudanças familiares e sociais o adolescente afasta-se das figuras parentais, fazendo movimentos de autonomia, procurando fora do círculo familiar novos modelos e fontes de satisfação (Braconnier & Marcelli, 2000).

Se a puberdade é de fácil delimitação devido ao marco biológico, o período da adolescência é um conceito mais complexo e variável. Por conseguinte, torna-se uma definição mais subjetiva, aludindo ao uso de outros fatores, tais como: maturidade psicológica, autonomia, identidade ou estatuto conferido por emprego ou casamento. Considerando a definição biológica, de acordo com a

puberdade, o seu início pode ocorrer entre os 10 e 12 anos e cessa entre os 20 e os 25, atendendo à definição social (Monteiro & Confraria, 2014).

Não obstante a delimitação do processo adolescente, alguns autores, ainda, subdividem esta etapa de desenvolvimento. Bhandarkar (2005) sugere três estádios durante o processo adolescente: precoce que ocorre entre os 10 e 13 anos; média: dos 14 aos 16 anos; e tardia: dos 17 aos 19 anos.

De um modo mais atual, Sampaio & Guerreiro (2014) distinguem-na em três fases: inicial, média e final.

A fase inicial sucede-se dos 12 aos 14 anos, sendo mais visíveis as alterações físicas e comportamentais (a puberdade pressupõe modificações rápidas e significativas do corpo infantil). Pode ocorrer um período de introversão, em que a família sente o jovem mais afastado do meio familiar, pois o seu comportamento altera-se, surgindo os primeiros movimentos na procura de autonomia. Nesta fase, o grupo de amigos, geralmente, é homogêneo no que concerne ao sexo, havendo uma rejeição provisória de grupos mistos.

Na fase média, entre os 14 e os 16 anos, o jovem mantém esforços para alcançar a autonomia. Surge uma intensa ligação ao grupo de pares, sentido pela família como demonstração de menor interesse. O adolescente procura identificações com o exterior, caracterizando o comportamento juvenil: ídolos, música, amigos. Podem iniciar-se comportamentos de risco (álcool, drogas, etc.) que devem ser analisados segundo a sua intensidade, repetição e continuidade.

Por último, a fase final desenrola-se entre os 17 e 20 anos. Neste momento há uma clarificação dos objetivos académicos e sociais, a autonomia e identidade encontram-se mais sólidas, o que levará a uma diminuição da conflitualidade com pais ou figuras de autoridade (e.g. professores). No que respeita à sexualidade, a maioria dos jovens já definiu a sua orientação sexual e iniciou uma vida sexual ativa. Assim, são a identidade, os valores e o estabelecer da sexualidade que vão permitir a passagem para a vida adulta (Sampaio, 2006).

Como se torna observável, todas as definições da adolescência denotam a necessidade de variadas mudanças. Assim, nasceu na literatura a noção de crise da adolescência. Se uma das maiores mudanças ocorre no palco familiar, esta crise pode ser considerada como um estado de afastamento do equilíbrio no sistema, onde surge uma renegociação das necessidades individuais e do conjunto do sistema. A mudança está eminente e permitirá ao sistema readquirir um novo equilíbrio. (Sampaio, 1991). No entanto, a partir da segunda metade do século XX, os estudos indicaram que a maioria dos jovens ultrapassa este período mantendo uma relação ajustada com os pares e familiares. Não havendo, em maioria, presença de perturbação psiquiátrica e, ainda que

possa ocorrer pior adaptação ou conflitualidade, o jovem alcança a adultícia sem grandes tumultos (Sampaio & Guerreiro, 2014).

Para que o processo adolescente seja ultrapassado e alcançada a maturidade, a perspectiva desenvolvimental assinala vários estádios. Em cada um, pressupõe-se a realização de tarefas específicas para que o jovem alcance o estádio subsequente (Sampaio, 1991). De acordo com Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos e Ordaz (2000), as duas tarefas de desenvolvimento centrais nesta etapa do ciclo de vida são a autonomia em relação aos pais e a construção da identidade.

Segundo Laufer (1972) as tarefas da adolescência estão organizadas em três núcleos principais: a alteração da relação com os pais, a alteração da relação com os pares e a formação da identidade sexual.

Na alteração da relação com os pais, o objetivo central é que o adolescente abandone progressivamente o seu estado de dependência infantil e caminhe para a autonomia do meio familiar (Sampaio, 1991). Esta reorganização da relação familiar encontra no adolescente um paradoxo: “a necessidade de se separar contra a ameaça de se perder” (Braconnier & Marcelli, 2000). Porém, autonomia não significa independência, continua a requerer-se a imposição de limites. A necessidade de separação do jovem, impele-o a explorar as limitações impostas (corporais, intelectuais e sociais) para que consiga alcançar a sua autonomia de forma segura (Braconnier & Marcelli, 2000). Nesta etapa, torna-se necessário a elaboração das perdas emocionais para que o processo de separação- individualização ocorra naturalmente, levando a um movimento de procura de relações extrafamiliares (Monteiro & Confraria, 2014).

A segunda tarefa implica uma alteração da relação com os pares, a diminuição da dependência afetiva em relação aos pais permitirá ao jovem a procura de relações extrafamiliares. A integração num grupo permite que o adolescente estabeleça um conjunto de identificações cruciais para o desenvolvimento da sua personalidade. Logo, jovens que tenham um movimento de rutura com o grupo de pares ou nenhuma integração estão em mais dispostos a comportamentos de risco (e.g. comportamentos suicidários) (Sampaio, 1991). Ainda, a tarefa de inclusão num grupo vai assumindo diversas formas ao longo da adolescência, segundo Dunphy (1963; cit. por Sampaio, 1991), esta assume cinco estádios: grupo isolado de um só sexo; grupos unisexuais iniciam interações heterossexuais; início de contactos individuais com membros do sexo oposto; grupos totalmente heterossexuais; e desintegração do grupo e formação de díades.

A última tarefa consiste na formação da identidade sexual, sendo esta parte integrante da identidade total. A sua construção vai depender do modo como o jovem integrou a puberdade, a relação com as figuras parentais e com os pares, bem como as suas experiências amorosas e sexuais (Monteiro & Confraria, 2014).

Assim, para Erikson (1976) a tarefa desenvolvimental mais importante é a construção da identidade. Define-a como a percepção de si mesmo, caracterizada por valores, crenças e objectivos próprios. A construção da identidade ocorre de forma progressiva, da infância à idade adulta (com especial avanço durante a adolescência), dando ao jovem um sentimento de continuidade ao longo da vida. Esta construção implica um processo de identificação e outro de desidentificação. Por um lado, surge a necessidade de se identificar a modelos extrafamiliares e a reorganização da suas identificações leva o adolescente a adquirir ideias e afectos próprios. Por outro lado, ocorre uma desidentificação às figuras parentais infantis, sendo nesta fase do ciclo de vida que o grupo de pais assume o primeiro plano na estruturação da identidade.

Para que o processo adolescente corra com sucesso, as relações com os pares e com o meio familiar devem complementar-se, permitindo ao jovem alcançar a autonomia e a construção da sua identidade.

### **1.1. Normal vs. Patológico**

Se a adolescência é uma etapa muito específica do ciclo de vida, torna-se particularmente difícil distinguir o que é normativo daquilo que pode cruzar a linha do patológico. Deste modo, pode dizer-se que o desenvolvimento típico pressupõe momentos de descontinuidade e ruptura, instabilidade emocional, crise de identidade e conflito de gerações (Monteiro & Confraria, 2014). A inconsistência e imprevisibilidade que se pode observar na adolescência seriam anormais noutro período do ciclo de vida (Dias Cordeiro, 1988). Ainda, um determinado comportamento pode corresponder à exteriorização momentânea de um estado de crise num adolescente, noutro jovem o mesmo comportamento pode corresponder a patologia. Quando se expressa um comportamento ou uma emoção, deve-se atender ao seu potencial valor adaptativo, i.e., desde que não impeça o desenvolvimento da personalidade e autonomia (Monteiro & Confraria, 2014).

Para que seja possível uma adequada diferenciação entre normal e patológico, aquando de um comportamento, deve considerar-se a sua duração, repetição, contexto em que ocorre, se compromete o desenvolvimento da personalidade ou impede o alcançar da autonomia (Monteiro & Confraria, 2014). Ainda, Guerreiro e Sampaio (2013) definem como adolescência patológica uma

fase caracterizada pela incapacidade de gerir emoções, ter um sentido de pertença e manter um sentimento de bem-estar, levando a uma falta de esperança constante.

Neste sentido, Laufer (2000) indica oito critérios que podem servir de guia, quando se observa certas variações comportamentais. Um dos critérios baseia-se na expressão de comportamentos regressivos e na obtenção de satisfação a partir destes. O jovem pode expressar comportamentos mais infantilizados, por estes lhe oferecerem prazer ou porque comportamentos mais adultos o assustam. Assim, o foco de atenção deve centrar-se na fixação do adolescente a comportamentos mais iniciais, não conseguindo abandoná-los em prole de comportamentos mais apropriados à sua etapa do ciclo de vida. Relacionado com este primeiro critério, surge o carácter rígido dos comportamentos, onde o jovem não consegue gerar mudanças. Outro critério prende-se com a capacidade de estabelecer relações sociais, surgindo a patologia com o isolamento ou com escolha de pares “não- igualitários” (i.e., escolher amigos mais jovens ou mais fracos para sobrevalorização do próprio). Nesta perspetiva, o quarto critério enfoca a capacidade do adolescente se ligar ao grupo de pares, para que se torne possível a independência afetiva face aos pais. O quinto critério para a distinção entre o normal e o patológico, relaciona-se com a capacidade do adolescente para expressar emoções e para expressá-las congruentemente com os acontecimentos de vida. Ou seja, acontecimentos importantes (e.g. morte de um familiar) devem gerar no jovem reações específicas (e.g. tristeza), logo a falta de conformidade deve ser um sinal de alarme. Outro sinal de patologia surge quando o adolescente não é capaz de distinguir o que está a acontecer daquilo que ele acredita estar a acontecer. Esta é uma premissa para a existência de uma perturbação grave que pode conduzir a um “corte com a realidade”. Ainda, um fator importante para um desenvolvimento saudável é a capacidade de projeção no futuro, sempre considerando as suas qualidades e limitações de forma real. Por último, o jovem deve tolerar as fantasias que surgem durante este processo, tais como pensamentos acerca do corpo, das relações sexuais ou da masturbação. O sinal de alarme surge quando estas fantasias se tornam impossíveis de serem elaboradas ou vividas, levando o adolescente, por vezes, a renunciar a qualquer sentimento corporal, tentando comportar-se como se não existissem.

Em suma, deve atender-se à fluidez do comportamento, demonstrativa de um processo saudável, oposta à rigidez que caracteriza desadaptação e se esta representa impedimento para o desenvolvimento psíquico e da personalidade (Marcelli & Braconnier, 2005).

## 2. Comportamentos Suicidários na Adolescência

*“O silêncio é às vezes o que faz mais mal quando agente sofre”*

*(Florabela Espanca, 1926)*

Etimologicamente, a palavra suicídio surge do latim, de *sui* (se si) e *cædere* (matar), significando a morte de si próprio (Santos, 1998). O suicídio pode definir-se como um fenómeno multideterminado e multifacetado que ultrapassa a nosologia psiquiátrica, exigindo uma compreensão a nível psicológico, sociológico, antropológico e filosófico (Guerreiro, 2014).

O suicídio tem manifestado taxas alarmantes, sabe-se que no mundo, suicida-se uma pessoa a cada 40 segundos. Sendo que por cada pessoa que se suicida, 20 cometem tentativas de suicídio (Santos & Neves, 2014). Em Portugal, no ano de 2010, a taxa de suicídio por 100.000 habitantes foi de 10,3, sendo uma taxa superior às taxas por mortes violentas, especialmente por acidente de viação e de trabalho (Carvalho, et al., 2013). Considerando a localização geográfica, este fenómeno assume maior expressão no sul do país, nas regiões do Alentejo e Algarve (Guerreiro, 2014). Os últimos dados apresentados por o Eurostat em 2013 revelaram em Portugal uma taxa de suicídio por 100.000 de 9,8. O país europeu que obteve dados mais elevados foi a Eslovénia, com uma taxa de 21,7. A Grécia apresenta uma taxa de suicídio de 4,5, sendo a mais baixa da Europa no ano 2013. Com valores intermédios surge Itália com 5,8 de taxa de suicídio, Reino Unido com uma taxa de 7,4, Espanha com 8,1 de taxa e França com uma taxa de suicídio de 15,5 (Eurostat, 2017).

Tais números levaram a uma maior preocupação acerca do suicídio adolescente. Em Portugal, apesar da taxa de suicídio, entre os 15 e 19 anos, ser reportada como das mais baixas da Europa (Wasserman, Cheng, & Jiang, 2005), o suicídio surge como a 2<sup>a</sup> causa de morte para esta faixa etária (WHO, 2009).

No entanto, quando nos referimos a comportamentos suicidários, estes englobam mais do que apenas o Suicídio. Aludindo à nomenclatura portuguesa relativa ao espectro de cognições e comportamentos suicidários, surgem os conceitos de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, que por sua vez estes últimos se subdividem em tentativa de suicídio e suicídio consumado. Por ideação suicida considera-se os pensamentos e cognições de por termo à própria vida, que podem antecipar a ocorrência de comportamentos autolesivos ou atos suicidas, não havendo necessariamente passagem ao ato. Esta pode definir-se como estruturada (se existir um plano) ou não- estruturada (se não houver um plano). Os comportamentos autolesivos são

comportamentos com ou sem intencionalidade de morte, mas com intenção de provocar lesão, tais como: cortar-se; saltar de um local elevado; ingestão medicamentosa superior à terapêuticamente recomendada; ingerir uma droga psicoativa ou ilícita com fim autolesivo; ingerir substâncias não ingeríveis (e.g. lixívia, detergente, lâminas ou pregos). No que concerne aos atos suicidas, a tentativa de suicídio implica um ato com objetivo de morte, mas que por diversas razões o resultado foi frustrado; e o suicídio consumado pressupõe uma morte provocada por um ato com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de origem psicopatológica (Santos & Neves, 2014).

Ainda Souza, *et al.* (2010a) e Borges & Werlang (2006a) defendem que os comportamentos suicidários devem ser perspetivados como um *continuum* que conduzirá o jovem à autodestruição, ou seja, os indivíduos apresentariam inicialmente Ideação Suicida, seguida de um Planeamento que originaria um ato suicida, i.e., uma Tentativa de Suicídio ou o Suicídio consumado. Contudo, os comportamentos autolesivos não apresentam um lugar estanque neste *continuum*. Significando que os comportamentos autolesivos podem assumir uma tentativa de alívio da dor e do sofrimento psíquico, remetendo a sua significação para as funções que estes comportamentos desempenham. Logo, a posição dos comportamentos autolesivos no *continuum* pode encontrar-se antes ou depois da ideação suicida, do planeamento de um ato suicida ou da tentativa de suicídio. Sendo até possível não haver ocorrências de comportamentos autolesivos durante a manifestação deste mesmo *continuum*.

Conjuntamente, surgem outros conceitos relevantes quando olhamos para os comportamentos suicidários que permitem uma melhor compreensão dos mesmos, tais como: método, resultado, letalidade e intencionalidade.

O método é o meio ou processo utilizado para a autolesão ou atos suicidas (tentativa de suicídio ou suicídio consumado). São possíveis métodos a sobredosagem de substâncias tóxicas, feridas ou queimaduras corporais, o enforcamento ou a precipitação no vazio (Guerreiro & Santos, 2014). Aparentemente, o método utilizado é algo objetivo e de fácil precisão, mas a sua aferição pode tornar-se difícil visto que se baseia no autorrelato do indivíduo (Guerreiro & Sampaio, 2013).

O resultado destes comportamentos pode ser a morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com lesões/ferimentos ou a sobrevivência sem lesões/ferimentos (Guerreiro & Santos, 2014).

O conceito de letalidade refere-se ao potencial de perigo de morte, associando-se ao método utilizado. Ou seja, alguns métodos são considerados mais letais em detrimento de outros, como por exemplo o enforcamento e as armas de fogo apresentam maior probabilidade de morte do que algumas automutilações ou sobredosagens medicamentosas (consideradas menos letais) (Guerreiro

& Santos, 2014). A noção de letalidade pode ainda subdividir-se em duas dimensões: a letalidade objetiva ou subjetiva. Sendo a primeira a que é aferida de acordo com o perigo real, por exemplo por um médico; e a segunda baseia-se na percepção/avaliação do próprio sujeito que perpetra o comportamento. Logo, a dimensão subjetiva assume uma elevada importância, visto que até 50% das pessoas que realizam comportamentos autolesivos avaliam erradamente a letalidade do método que utilizaram (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Por último, explicita-se o conceito de intencionalidade, referindo que é o mais difícil de definição, medição e consenso entre a comunidade científica. Esta pode manifestar-se como a determinação para agir de modo a obter o resultado pretendido, a morte. No entanto, a forma de aferir o grau de intencionalidade de um ato torna-se bastante impreciso visto que advém, primeiramente, do autorrelato do sujeito, da sua memória relativa ao ato, sendo contaminada pela ambivalência muitas vezes presente quanto ao desejo de morrer. Deve-se ainda considerar que a intencionalidade pode não referir-se à pretensão de alcançar a morte, mas sim de provocar autolesão (Guerreiro & Santos, 2014), logo torna-se difícil atribuir uma “intencionalidade zero” a quaisquer comportamentos suicidários (Guerreiro & Sampaio, 2013). Deste modo, Sampaio (1991) sugere que o grau de intencionalidade de um comportamento suicida pode ser avaliado atendendo à maior ou menor rapidez do método utilizado, bem como considerando reversibilidade, i.e., a possibilidade de ocorrer uma intervenção salvadora.

Como supracitado, os comportamentos suicidários podem inscreverem-se num clima de ambivalência. Assim, nem todos assumem como finalidade a morte, podendo assumir diversos tipos/significados. Apesar de esta tipologia ser mais atribuída às tentativas de suicídio (Sampaio, 1991), os comportamentos autodestrutivos também podem comportar tais significados (Sampaio, 2002). Deste modo, os quatro tipos fundamentais podem classificar-se em: apelo, desafio, renascimento e fuga.

No tipo *apelo*, o adolescente expressa um pedido de ajuda mais direto, onde o jovem se coloca numa posição inferior à dos seus familiares para que estes o possam ajudar a ultrapassar o sofrimento. Deste modo, ocorre uma maximização da diferença entre o adolescente e os restantes elementos do sistema, sendo o apelo à mudança uma tentativa de restabelecer uma posição de complementaridade com os que o rodeiam (Sampaio, 2002). Este fenómeno conduzirá a uma dinâmica paradoxal dentro do sistema familiar, pois se, por um lado, a atitude do jovem é desanimada e sem perspectiva, rejeitando as soluções propostas por os pais; por outro, os pais

exibirão comportamentos não compatíveis com a situação atual da família e do sistema, recomendando cada vez mais obrigações (Sampaio, 1991).

O tipo *desafio* caracteriza-se por o jovem colocar-se numa posição de simetria face os pais, levando a uma perda do equilíbrio na hierarquia e organização familiar. A tentativa de anular a simetria leva a uma constante concorrência pela mesma. Assim, estas famílias evidenciam uma falha nas fronteiras intergeracionais, na definição de papéis e na atribuição do poder (Sampaio, 1991). O comportamento suicidário de tipo desafio surge em reação a confrontos e são, geralmente, dirigidos ao elemento com o qual o jovem está em conflito (Sampaio, 2002).

As duas tipologias supracitadas inscrevem-se numa componente mais interativa, baseiam-se na transmissão de uma mensagem do jovem para a família, indicando que algo não está bem, i.e., tanto o jovem como o sistema familiar (Sampaio, 1991).

Quando o comportamento se inscreve na tipologia de *renascimento*, o jovem encontra uma solução paradoxal: morrer para nascer novamente, pretendendo que a sua atitude promova uma mudança na dinâmica relacional familiar. No *renascimento* o enfoque encontra-se no desafio à morte e num ataque ao corpo (Sampaio, 2002). Assim, a morte adquire a conotação de paz e a agressão ao corpo advém de o jovem o sentir como algo ameaçador. Um jovem inscrito nesta tipologia caracteriza-se por um sentimento onnipotente, que o leva a acreditar ser capaz de alterar todo o sistema (Sampaio, 1991).

Por último, no tipo *fuga*, o adolescente adota uma postura de desistência face à vida, levando-o, progressivamente, a um isolamento social e familiar, onde o confronto com os outros torna-se impossível. O momento que o jovem atravessa, assente num grande sofrimento, torna-se o fator precipitante de um extenso processo social e familiar (Sampaio, 2002). No entanto, este comportamento inscreve-se num forte sentido de ambivalência, pois se por um lado o jovem deseja morrer, por outro, permanece atento aos sinais dos que o rodeiam (Sampaio, 1991).

## **2.1. Fatores de Risco e Fatores Protetores**

Quando enfrentamos problemáticas como os comportamentos suicidários, torna-se relevante a explicitação tanto de fatores de risco como de fatores protetores. A aferição de ambos permite estimar o grau de risco do jovem para apresentar comportamentos suicidários, bem como estabelecer um plano de tratamento adequado.

No que concerne aos fatores de risco, podem definir-se como “circunstâncias, condições, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém realizar

comportamentos autolesivos ou atos suicidas (TS e Suicídio) ” (Guerreiro & Santos, 2014). De acordo com Santos & Neves (2014), estes fatores podem dividir-se em fatores predisponentes: podem surgir desde o nascimento e permitem reconhecer populações de risco (e.g. fatores genéticos ou traços de personalidade); fatores de curto tempo: surgem no período adolescente e possibilitam uma previsão da probabilidade de suicídio (e.g. fatores situacionais ou perturbação mental); e fatores precipitantes: referentes a acontecimentos de vida.

Conjuntamente, podem ainda dividir-se em fatores individuais; fatores familiares; fatores socioculturais; e fatores situacionais.

Os fatores de risco individuais abrangem: I) Idade, Género e Orientação sexual (há maiores taxas de suicídio e tentativas de suicídio no final da adolescência, o suicídio é superior em rapazes e jovens com orientação homossexual ou bissexual também apresentam maior risco); II) Perturbação mental (marcada presença de perturbações psiquiátricas nos casos de suicídio, tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos); III) Características psicológicas cognitivas (e.g. pensamento dicotómico, baixa autoestima, culpabilidade); IV) Vulnerabilidades da personalidade (impulsividade, agressividade e perfeccionismo); V) Doenças médicas (doenças crónicas e doenças com lesões de carácter funcional); VI) Comportamentos Suicidários anteriores e Ideação Suicida (a ocorrência de tentativas de suicídio prévias, presença de ideação suicida e comportamentos autolesivos aumentam a probabilidade de suicídio); VII) Fatores genéticos e biológicos (e.g. alterações neurobiológicas do sistema serotoninérgico) (Santos & Neves, 2014).

Como fatores de risco familiares surgem: I) Estrutura desequilibrada com baixa coesão e flexibilidade familiar (Gouveia-Pereira, Abreu, & Martins, 2014); II) Autoridade parental excessiva; III) Expetativas irrealistas ou rígidas; IV) Conflitos intrafamiliares; V) Dificuldades comunicacionais; VI) Fraca rede de suporte; VII) Divórcio com conflitos; VIII) Morte de uma das figuras parentais (Santos & Neves, 2014).

Os fatores de risco socioculturais são: I) Tentativas de suicídio conhecidas (e.g. de amigos ou familiares); II) Insucesso ou Abandono escolar; III) Isolamento social; IV) *Bullying*; V) Abuso sexual ou físico; VI) Estigma (o estigma social pode levar a que sinais de risco não sejam reconhecidos) (Santos & Neves, 2014).

Por fim, os fatores situacionais incluem: I) Acontecimentos de vida (e.g. mortes, conflitos familiares, desemprego); II) Exposição ao suicídio (nomeadamente, através dos media e internet); III) Acessibilidade a meios letais (e.g. armas de fogo ou medicamentos); IV) Difícil acesso aos cuidados de saúde (Santos & Neves, 2014).

Por outro lado, temos os fatores protetores, definindo-se como “características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas à prevenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas” (Guerreiro & Santos, 2014). Segundo estes autores, os fatores protetores de suicídio para adolescentes compreendem: I) Capacidade de resolução de conflitos; II) Iniciativa no pedido de ajuda; III) Boas estratégias de comunicação; IV) Bons relacionamentos familiares; V) Rede de suporte; VI) Relações de confiança no contexto familiar; VII) Cuidados parentais mantidos; VIII) Pertencer a um clima escolar positivo; IX) Boa relação com pares; X) Facilidade de acesso aos serviços de saúde; XI) Valores culturais; XII) Pertença a uma religião.

## **2.2. Ideação Suicida**

O conceito de ideação suicida não é de fácil clarificação, uma vez que se entrelaça no domínio dos comportamentos suicidários, não assumindo, necessariamente, uma expressão comportamental. Assim, podemos definir ideação suicida como “ pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sobre a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio sem que haja necessariamente passagem ao ato” (Santos & Neves, 2014). De acordo com Ferreira & Castela (1999), a ideação suicida pode ir de pensamentos gerais acerca da morte, até idealizações mais acentuadas sobre formas concretas de cometer suicídio. Deste modo, considerando os comportamentos suicidários como um espectro comportamental, a ideação suicida pode caracterizar-se como um estágio preliminar precursor de comportamentos suicidas mais gravosos.

No mesmo sentido, Souza, et al. (2010a) afirmam que a ideação suicida surge como um preditor da ocorrência de atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado). Não obstante, a sua presença relaciona-se com consequências negativas, estando associada a perturbações psiquiátricas, problemas comportamentais, baixa autoestima, fracas capacidades na resolução de problemas e nas relações interpessoais futuras.

Atendendo à especificidade da etapa adolescente no ciclo de vida, a identificação da gravidade da ideação suicida no jovem contribui para uma melhor exatidão na deteção de jovens em risco de suicídio (Ferreira & Castela, 1999). Kashani et al. (1989; cit. por Borges & Werlang, 2006b) afirmam que 7 a 14% da população adolescente já teve ideação suicida na vida. Ainda, deve considerar-se que a frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica, principalmente depois da puberdade (Carlson & Cantwell, 1982).

Em Portugal, um estudo constituído por 822 adolescentes, com idades entre os 15 e 23 anos e pertencentes ao 10.º, 11.º e 12.º anos de escolas secundárias de Santarém, Guimarães, Évora e Lisboa, revela que 34,4% dos jovens já teve ideação suicida (alguns mais que uma vez) e entre estes, 7% fizeram pelo menos, uma tentativa de suicídio (Sampaio, et al., 2000). Para a mesma faixa etária, uma investigação realizada por Ordaz, et al. (2003) do Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) do Hospital de Santa Maria, com 822 jovens, indicou que cerca de 7% já realizaram, pelo menos, uma tentativa de suicídio.

Um outro estudo constituído por 120 adolescentes, com idades entre os 15 e 19 anos de escolas secundárias de Hong Kong, revelou a presença de 52% de ideação suicida nos jovens (Lai & Chang, 2001). Para a mesma faixa etária, um estudo efetuado com 526 jovens, de escolas na cidade de Porto Alegre/Brasil, indica que 35,7% dos adolescentes reportam ideação suicida (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

Posteriormente, outro estudo realizado por Borges & Werlang (2006a) na cidade de Porto Alegre/Brasil, incluindo 730 jovens com idades entre os 13 e 19 anos, revela que 34,7% dos adolescentes apresentaram ideação suicida. Estes dados também foram recolhidos em escolas, como o estudo supracitado na mesma cidade.

Num estudo realizado por Souza, et al. (2010b) com 1039 adolescentes, entre os 11 e 15 anos da cidade de Pelotas (Brasil), a prevalência de ideação suicida foi de 14,1%. Na mesma cidade, um outro estudo com 960 adolescentes, com idades entre 15 e 18 anos, revelou 7,7% de ideação suicida nos jovens inquiridos (Souza, et al., 2010a). Ambos os dados foram recolhidos nos domicílios dos adolescentes, sendo os dois estudos baseados numa população comunitária. Curiosamente, tais dados contradizem o sugerido por Carlson & Cantwell (1982), pois nesta população a faixa etária entre os 15 e 18 anos revela menos ideação suicida que a faixa etária entre os 11 e 15 anos.

Considerando um estudo efetuado por Araújo, Vieira, & Coutinho (2010) no Brasil, revelou que em 90 estudantes do ensino médio, com idades entre os 14 e 18 anos, 22,2% dos adolescentes apresentam ideação suicida.

Numa investigação recente realizada em Portugal na ilha de São Miguel nos Açores (Carvalho, Motta, Sousa, & Cabral, 2017), foram recolhidos dados de 1763 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos, em escolas públicas e privadas. A ideação suicida foi reportada por 22% da população inquirida e 29,5% admitem terem praticado um CAL pelo menos uma vez. A ideação suicida apresenta a correlação mais significativa com sintomas depressivos, seguindo-se com o stress, a ansiedade e por fim, i.e., uma correlação significativa mas mais fraca, com

os CAL. Por outro lado, os CAL apresentam correlação moderada com os sintomas depressivos e ansiosos, mas não tao expressiva quanto a correlação da ideação suicida com estas variáveis.

Relativamente às diferenças entre os sexos a literatura tem demonstrado que tanto a ideação suicida como as tentativas de suicídio são mais prevalentes no sexo feminino (Printein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Braga & Dell'Aglio, 2013).

Os estudos supramencionados manifestam taxas preocupantes de ideação suicida nos adolcentes dos mais diversos lugares do mundo. Assim, torna-se necessário especial atenção para o despiste da presença de ideação suicida, pois estudos longitudinais demonstram que quanto mais grave e mantida for a ideação suicida maior é a probabilidade de tentativas de suicidio (Santos & Neves, 2014).

### **2.3. CAL sem ideação suicida vs. CAL com ideação suicida**

A definição de comportamentos autolesivos é algo não consensual na literatura internacional, nomeadamente no que respeita à presença, ou não, de intencionalidade suicida.

Assim, a literatura anglo-saxónica distingue *Deliberate self-harm* de *Non suicidal self-injury*. Quando se define *Deliberate self-harm*, não há diferenciação se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio. Assim, esta terminologia inclui todos os métodos, tais como: cortes ou sobredosagens, não abordando a questão da intencionalidade, assumindo ser um conceito de difícil medição (Guerreiro, 2014). Por outro lado, o termo *Non suicidal self-injury* refere-se, exclusivamente, à lesão do corpo, assumindo ausência de intencionalidade de morte. São exemplos desta categoria os cortes (*self-cutting*) e comportamentos relacionados (queimaduras, arranhões, etc) (Guerreiro, 2014).

No que concerne à nomenclatura portuguesa e de acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017), define-se comportamentos autolesivos como um comportamento com ou sem intencionalidade de morte, mas com propósito de provocar lesão. São exemplos destes comportamentos: cortar-se; ingerir fármaco em dose superior à terapêutica prescrita; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com intensão autolesiva; ingerir substâncias ou objetos não ingeríveis (e.g. detergente, lixívia ou pregos); saltar de um local relativamente elevado (Carvalho, et al., 2013; Santos & Neves, 2014).

Outra definição possível é a explicitada por Guerreiro (2014). Para o autor, um comportamento autolesivo é um comportamento com resultado não fatal, em que de forma deliberada o indivíduo atua de modo a causar lesões a si próprio, tais como: cortar-se ou saltar de um local elevado; ingerir

doses farmacológicas superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir drogas ilícitas ou substâncias psicoativas com intenção autoagressiva; ingerir substâncias ou objetos não ingeríveis (e.g. lixívia, detergente, lâminas ou pregos). Deste modo, o autor subdivide estes comportamentos em: I) Comportamento autolesivo sem intenção suicida- “quando é possível afirmar com elevado grau de certeza que não existiu intencionalidade suicida”; II) Comportamento autolesivo sem outra especificação- “quando não é possível perceber se existiu ou não intencionalidade suicida”; III) Tentativa de suicídio- “ato levado a cabo por um indivíduo visando a sua morte, sendo possível perceber que foi realizado com intencionalidade suicida, mas que por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resultou frustrado”. Assim, esta discussão teórica torna pertinente averiguar se os jovens aquando a prática de um comportamento autolesivo têm, ou não, vontade de morrer.

As definições apresentadas revelam como os comportamentos autolesivos se inscrevem num complexo e multideterminado fenómeno, sendo influenciado por diversos fatores. Num estudo realizado por a EMA, com adolescentes da comunidade, os jovens reportaram ter pensamentos de exercer CAL cinco vezes por semana e exerciam o comportamento de uma a duas vezes por semana (Nock, 2010). Os estudos têm revelado que a presença de pensamentos e sentimentos negativos surgem imediatamente antes do jovem se envolver num comportamento de autolesão. Geralmente, estes pensamentos de se envolver em comportamentos autolesivos ocorrem quando estão sozinhos e a experienciar sentimentos negativos (Nock, 2010).

Deste modo, os comportamentos autolesivos estão muito presentes na população jovem. Através de um estudo realizado por Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein (2006), observa-se que em 89 adolescentes admitidos em internamento psiquiátrico nos últimos 12 meses, 87, 6% envolviam-se em CAL e 70% dos adolescentes que praticavam CAL relataram ter feito uma tentativa de suicídio na vida e 55% relataram várias tentativas.

Uma investigação realizada por Jacobson, Muchlenkamp, Miller, & Turner (2008), com 227 adolescentes em ambulatório psiquiátrico e de idades compreendidas entre os 12 e 19 anos, revelou que 49% se envolviam em algum comportamento de autolesão (*deliberate self-harm*). Destes, 17% fizeram uma tentativa de suicídio, 13% praticavam CAL (*non suicidal self-injury*) e 18% dos participantes reportaram envolver-se em ambos os comportamentos, i.e., em CAL e tentativa de suicídio. Os jovens que praticam ambos os comportamentos apresentavam-os há mais tempo do que os adolescentes que “apenas” se envolviam em CAL (Jacobson, Muchlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006) . Contudo, os jovens que tinham

praticado uma tentativa de suicídio e os que tinham praticado uma tentativa de suicídio mais CAL apresentam maior ideação suicida do que os adolescentes que unicamente apresentavam CAL.

Um estudo realizado por Brausch & Gutierrez (2010), com 373 estudantes com uma média de 15 anos, subdividiu os jovens em três grupos: sem história de ocorrência de CAL, com ocorrência de CAL e com ocorrência de CAL mais Tentativa de suicídio. Os resultados revelaram que 21,2% (n= 79) dos participantes reportavam ocorrência de CAL e 4% ( n= 15) reportavam terem feito uma tentativa de suicídio. Entre os adolescente que pertenciam ao grupo “com ocorrência de CAL”, cerca de 50% revelou envolver-se neste comportamento uma ou duas vezes, enquanto 36% reportou envolver-se em CAL quatro vezes ou mais. O grupo que apresentava “CAL mais Tentativa de suicídio” foi o que apresentou maior ideação suicida, seguido do grupo “com ocorrência de CAL” e por fim, o grupo “sem história de ocorrência de CAL” com a ideação suicida mais baixa. Do mesmo modo, a existência prévia de CAL tem sido identificada como um fator de risco para a presença de ideação suicida.

Um outro estudo efetuado por Victor, Styer, & Washburn (2015), incluía 1520 pacientes com média de idades de 16 anos, sendo que estes jovens apresentavam ideação suicida atual (na última semana) aquando da sua entrada em tratamento hospitalar. Os resultados revelaram que 1514 jovens tinham-se envolvido em pelo menos um CAL e estes apresentavam maior ideação suicida relativamente aos que não praticavam este comportamento.

Relativamente às diferenças entre os sexos, uma investigação realizada por Ferreira Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva (2012) com 569 adolescentes de escolas públicas em Portugal, revelou uma prevalência de 27,7% de comportamentos autolesivos mas estes comportamentos não apresentaram diferenças em função do género dos participantes. Por outro lado, numa investigação nacional mais recente (Guerreiro D. , Sampaio, Figueira, & Madge, 2017), as raparigas apresentaram uma probabilidade três vezes superior de relatarem *self-harm* do que os rapazes. Sendo que, o sexo feminino também relata mais pensamentos acerca dos *self-harm* do que o sexo masculino. A prevalência de *self-harm* ao longo da vida foi de 10.5% para as raparigas e 3.3% para os rapazes, sendo que ao considerar o último ano as raparigas apresentaram uma prevalência de 5.7% e os rapazes de 1.8%. Ainda, quando perguntado aos jovens se “queriam matar-se quando ingeriam uma *overdose* ou quando se tentaram magoar de alguma outra forma”, os rapazes (60%) foram mais propensos a responder afirmativamente a esta questão do que as raparigas (37%).

Assim, a literatura tem demonstrado que a presença de CAL num jovem pode, ou não, estar relacionada com a existência de ideação suicida. No entanto, os estudos revelam que a maioria dos

jovens que praticam CAL apresentam ideação suicida. Porém, os jovens que unicamente têm CAL apresentam menor ideação suicida dos que se envolvem, concomitantemente, em CAL e tentativas de suicídio.

### **3. Sintomas Psicopatológicos**

A literatura refere a presença de perturbação mental nos adolescentes, como um importante fator de risco para o envolvimento do jovem em suicídio, tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos (Santos & Neves, 2014; Sampaio & Guerreiro, 2014).

Por conseguinte, adolescentes que se magoam apresentam maior psicopatologia geral, tal como ansiedade, depressão e impulsividade (Sampaio & Guerreiro, 2014). Sedo que, aproximadamente em 90% dos casos é possível realizar um diagnóstico psiquiátrico, nomeadamente de Perturbação de humor e de Perturbação de ansiedade (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd- Richardson, & Prinstein, 2006). De acordo com Sim; Adrian; Zeman; Cassano & Friedrich (2009), a presença de depressão e ansiedade prediz significativamente o envolvimento em CAL.

Não obstante, uma revisão de literatura realizada por Moreira & Bastos (2015), considerando estudos elaborados com adolescentes na América latina, verificou como fatores associados à ideação suicida de modo reiterado, a depressão e a ansiedade. Contudo, Nock, et al. (2009) afirma que a depressão está associada a pensamentos suicidas, enquanto a ansiedade leva as pessoas a ter um comportamento suicida.

#### **3.1. Depressão**

No que concerne à depressão, Sampaio (1991) faz uma importante distinção entre momentos depressivos (normativos) e a depressão clínica (patológico) nos adolescentes. Para o autor, não é possível considerar este período do ciclo de vida isento de depressão, considerando o conceito abrangente de presença de baixa auto-estima. Assim, os momentos depressivos consistem numa resposta adaptada do jovem para lidar com a frustração e com readaptações necessárias durante este período. Por outro lado, a situação clínica depressiva caracteriza-se por um afastamento do desenvolvimento normal, tornando-se patológico, i.e., causadora de sofrimento.

Contudo, no âmbito da depressão clínica, o diagnóstico requiere consideração acerca das especificidades da sua expressão no período de vida adolescente. As suas manifestações inscrevem-se na presença de um humor persistentemente triste e/ou irritável (o humor irritável pode estar presente em 80% dos adolescentes deprimidos), anedonia (incapacidade de sentir prazer em

atividades anteriormente gratificantes), baixa auto-estima, apatia, isolamento, diminuição do rendimento escolar e lentificação ou agitação psicomotora. Como sintomas físicos surgem perturbações do sono (e.g. insónia ou hipersónia), alterações alimentares (aumento ou diminuição) e alterações libidinais (Queirós, 2014). No entanto, os jovens podem apresentar sintomatologia de internalização (mais próxima à dos adultos e mais comum nas raparigas) ou sintomatologia de externalização (mais semelhante às crianças e mais comum nos rapazes), expressando o seu sofrimento através de comportamentos agidos, tais como: agitação, explosões de raiva e agressividade (Marcelli & Braconnier, 2005; Queirós, 2014). Ainda, também a somatização pode surgir nos jovens como um equivalente depressivo (Sampaio, 1991).

De acordo com Marcelli & Braconnier (2005), um adolescente com Perturbação de humor tem o risco mais elevado, entre 4,6 a 28 vezes, de cometer suicídio do que um jovem sem esta perturbação. Sendo que, a depressão tem sido reportada como o fator primário da ideação suicida (Au; Lau & Lee, 2009).

Um estudo realizado por Borges & Werlang (2006a), com 730 estudantes da cidade de Porto Alegre/Brasil e com idades entre os 13 e 19 anos, revelou que 34,7% dos jovens apresentavam ideação suicida. Atestando que existe uma associação significativa entre ideação suicida e presença de depressão, sendo que a depressão mínima está associada a ausência de ideação suicida (83,6%) e a depressão moderada associa-se à presença de ideação suicida (31,6%). Num outro estudo realizado pelos mesmos autores (Borges & Werlang, 2006b) e na mesma cidade, de entre 526 estudantes (15 a 19 anos), 36% apresentaram ideação suicida e destes, 36% apresentaram sintomas de depressão e 28,6% de desesperança (moderada e/ou grave). Além desta associação existente, pode perceber-se que são variáveis importantes associadas à ideação suicida, podendo significar que, neste estudo, adolescentes com depressão e/ou desesperança leve, moderada e grave podem desenvolver ideação suicida.

Numa investigação realizada por Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013) em Espanha, considerando 90 estudantes de enfermagem (média de idades de 20 anos), concluiu que 3,03% dos jovens revelaram risco de suicídio, 39,03% apresentavam depressão e 43,56% ansiedade. Deste modo, a depressão e ansiedade correlacionam-se positivamente com o risco de suicídio e a depressão surgiu como um preditor significativo da ideação suicida.

Em Portugal, Azevedo & Matos (2014) conduziram um estudo com 233 adolescentes, com idades entre os 14 e os 18 anos, de escolas da região centro. Os resultados indicaram que 10,7% dos jovens apresentaram ideação suicida. A ideação suicida correlacionou-se positivamente com a

sintomatologia depressiva, explicando 39,5% da variância da mesma. Assim, a ideação suicida revelou-se um forte preditor da sintomatologia depressiva, mesmo controlando a variável gênero.

Uma investigação produzida por Auerbach, Millner, Stewart, & Esposito (2015) observou 101 jovens, dos 13 aos 19 anos, selecionados de um internamento psiquiátrico, considerando como critério de inclusão a presença de depressão major e de ideação suicida. Os jovens foram subdivididos em dois grupos: com ideação suicida e sem tentativa de suicídio (n=55); com ideação suicida e com tentativa de suicídio (n=46). Os resultados não demonstraram diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à intensidade de ideação suicida, aos sintomas depressivos e aos sintomas ansiosos. No entanto, tendo em conta que estes jovens já estão deprimidos e apresentam ideação suicida à partida, dentro de ambos os grupos os sintomas ansiosos são prevalentes aos sintomas depressivos. Ou seja, os jovens que apresentam ideação suicida mas não tentativa de suicídio, apresentam maior expressão de sintomas ansiosas do que sintomas depressivos, bem como os adolescentes que têm ideação suicida e tentativa de suicídio.

No que concerne à investigação sobre a depressão associada a CAL, Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein, & Abela (2014) desenvolveram um estudo com 617 adolescentes, de idades entre os 15 e 17 ans, de uma escola rural e urbana na China. Os dados foram recolhidos de 3 em 3 meses, ao longo de 2 anos. Relativamente à prevalência de CAL, os resultados indicaram que nos 3 meses anteriores à primeira avaliação, 24% dos jovens relataram envolver-se em CAL, sendo que na última avaliação, 11% envolviam-se em CAL (houve uma diminuição). No entanto, Ao longo de todas as avaliações, 46,4% indicaram pelo menos um episódio de CAL. Ainda, em comparação com não deprimidos, adolescentes com histórico de depressão evidenciaram um padrão mais frequente, mais elevado e mais estável (mais horas) de envolvimento em CAL. Os investigadores dividiram a categoria “frequência dos CAL” em baixa (69,2 %), moderada (26,1%) ou crónica (4,7 %). Concluindo que, adolescentes com história de depressão eram mais propensos a seguir a trajetória moderada de CAL, em detrimento de baixa frequência, em comparação com jovens não deprimidos. Além disso, comparando os jovens que apresentam uma frequência baixa de CAL com os que apresentam frequência crónica, os adolescentes que tiveram um diagnóstico de depressão ao longo na vida apresentam uma maior probabilidade de se envolver em CAL de modo crónico.

Num estudo mais recente (Duggan, Heath, & Hu, 2015), foram observados 120 participantes, dos 11 aos 13, selecionados de escolas do Canadá e seguidos ao longo de 12 meses. A investigação subdividiu os participantes em três grupos: adolescentes que mantiveram os CAL ao longo de um ano (n=20); jovens que pararam de se envolver em CAL durante este ano (n=40); jovens que

afirmaram não praticar CAL (n=60) durante este período (grupo de controlo). Os resultados revelaram que 7,7% dos participantes afirmaram ter-se envolvido em CAL pelo menos uma vez ao longo da vida. No que respeita aos sintomas depressivos, estes foram medidos no início e no fim dos 12 meses. Sendo que tanto na primeira medição como na última, o grupo que “manteve os CAL” apresenta resultados mais elevados de sintomas depressivos, seguindo-se o grupo que “parou os CAL” com níveis de sintomas depressivos mais baixos e por fim o grupo de controlo.

### **3.2. Ansiedade**

Tal como a depressão, a ansiedade assume expressões características na população adolescente. Primeiramente, visto ser um sentimento inerente à condição humana, importa distinguir a sua manifestação normal da patológica. Deste modo, os parâmetros a considerar prendem-se com os antecedentes, i.e., se havia um estado ansioso na infância, a duração da perturbação, a intensidade e as interferências com o funcionamento global da personalidade (se assume repercussões no desenvolvimento psíquico do adolescente). Importa também considerar a eventual presença de mecanismos de evitamento, compulsão ou projeção (da agressividade). Deve-se ainda atender às diferenças de sexo, visto que as raparigas tendem a apresentar um temperamento ansioso (incapacidade em descontraír; receio com o futuro; ruminação do passado; mais queixas somáticas) e os rapazes, um temperamento hipertímico (oportunismo excessivo; enaltecimento; extroversão; exuberância; irritabilidade) (Braconnier & Marcelli, 2000).

No âmbito dos comportamentos suicidários, as perturbações de ansiedade, particularmente em comorbilidade com depressão, têm sido identificadas como aumentando o risco de comportamentos fatais e não fatais, estando fortemente associadas com tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos. (Carvalho, et al., 2013; Ferreira, 2014). No mesmo sentido, literatura mais recente aponta a ansiedade como fator preditor de ideação suicida e tentativa de suicídio, mas não de suicídio consumado (Bentley, et al., 2016).

Boden, Fergusson, & Horwod (2007) realizaram um estudo longitudinal de 25 anos com 1265 jovens da Nova Zelândia. Dividiram os participantes em três grupos: dos 16 aos 18 anos; dos 18 aos 21 anos e dos 21 aos 25 anos. De modo a estudar especificamente as perturbações de ansiedade, consideraram a perturbação de ansiedade generalizada, fobia e perturbação de pânico. Os resultados revelaram que, no total, as perturbações de ansiedade foram fortemente associadas a ideação suicida em todos os grupos, explicando 10,2% da taxa total de ideação suicida. No primeiro grupo (16-18 anos): 14,7% tinham fobia; 2,9% ansiedade generalizada; 1,5% perturbação de pânico e 14,7%

apresentavam ideação suicida. No segundo grupo (18-21 anos): 11,3% tinham fobia; 1,7% ansiedade generalizada; 1,7% perturbação de pânico e 14,2% apresentavam ideação suicida. Em todos os grupos, a perturbação de ansiedade generalizada foi a mais fortemente associada a ideação suicida e a perturbação de pânico a mais associada a tentativas de suicídio. Ainda, comparativamente com jovens sem qualquer perturbação de ansiedade, adolescentes com uma perturbação de ansiedade apresentam 2.8 vezes maior probabilidade de experienciar pensamentos suicidas e 1.9 vezes maior probabilidade de fazerem uma tentativa de suicídio. Os jovens que tinham duas ou mais perturbações ansiosas apresentam seis vezes maior probabilidade de ideação suicida e quatro vezes mais probabilidade de cometerem uma tentativa de suicídio.

Um estudo realizado por Yen, et al. (2014), consideraram 5027 estudantes de Taiwan (56,8% com 15 anos ou mais). Os resultados indicam que 31,5% apresentavam ideação suicida; 6,2% fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio; 16,5% exibiam sintomas ansiosos com severidade e 15,2% apresentaram sintomas depressivos com severidade. Os jovens com sintomas ansiosos tinham maior ideação suicida, do que jovens sem esta sintomatologia. Os sintomas depressivos também surgiram significativamente associados à ideação suicida. No entanto, sintomas depressivos não apresentam um efeito moderador entre sintomas ansiosos e ideação suicida, nem entre sintomas ansiosos e tentativa de suicídio.

No que concerne à temática dos CAL, Tuisku, et al. (2014) produziram uma investigação com 139 adolescentes deprimidos em regime de ambulatório (13-19 anos), durante um período de 8 anos. Sendo que no primeiro ano, os dados incluíam 138 jovens e ao oitavo ano permaneceram 137 jovens. No 1º ano: 14,4% fizeram uma tentativa de suicídio; 21,7% tinham CAL; uma média de 9 participantes apresentavam sintomas depressivos e uma média de 9 jovens apresentavam sintomas ansiosos. Durante o 1º e o 8º ano de medição: 12,3% fizeram uma tentativa de suicídio; 16,1% envolviam-se em CAL; uma média de 7.8 jovens apresentavam sintomas depressivos e uma média de 8.3 adolescentes apresentavam sintomas ansiosos. Os dados revelaram que CAL prévios e sintomas de ansiedade prediziam a presença de CAL tanto no 1º ano, como no acompanhamento durante os 8 anos. Além disso, tanto na medição do 1º ano como na medição do acompanhamento ao longo dos 8 anos, os sintomas ansiosos prediziam ligeiramente mais o envolvimento em CAL, do que os sintomas depressivos.

Num estudo mais recente (Capron, Allan, Jalongo, Leen-Feldner, & Schmidt, 2015), com 524 adolescentes seguidos ao longo de 2 anos, a ideação suicida foi observada em 3,4% dos participantes. As preocupações cognitivas de sensibilidade à ansiedade, mas não sensibilidade à

ansiedade física ou social, previam significativamente ideação suicida futura, sintomas depressivos e ideação suicida de base. Porém, os dados indicaram que o suicídio surge em resultado de uma amplificação dos sintomas de depressão e não dos sintomas de ansiedade.

Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge (2017) efetuaram um estudo em Portugal, nas escolas da cidade de Lisboa, com 1713 jovens entre os 12 e os 20 anos. Os resultados indicaram que 7,3% praticaram pelo menos um episódio de *self-harm*. No total dos inquiridos (com e sem *self-harm*), a ansiedade ostenta 15,9% de expressão, enquanto a depressão atinge os 2,7%. No que concerne ao grupo de jovens com *self-harm*, 40,8% apresentam níveis clinicamente significativos de ansiedade, enquanto o grupo de controlo (sem *self-harm*) apresenta 14%. Porém, a depressão não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos (com e sem *self-harm*). Ainda, ao comparar-mos jovens com “único episódio de *self-harm*” e “com episódios repetidos de *self-harm*”, estes últimos apresentam níveis de ansiedade significativamente mais elevados (50,9% vs. 32,8%).

Denota-se que a investigação científica apresenta escassez de estudos nos que concerne à relação entre sintomatologia ansiosa e CAL, bem como na distinção relativamente à influência da depressão e ansiedade nos comportamentos suicidários. Contudo, estudos para a população não-adolescente revelam que taxas de suicídio em pacientes ansiosos são iguais ou ligeiramente superiores do que em deprimidos (Ferreira, 2014).

### 3.3. Stress

O conceito de stress pode definir-se como a disposição física e/ou psicológica em que uma pessoa se encontra, depois de ter percecionado um estímulo que aciona um processo adaptativo caracterizado pelo aumento da adrenalina, com consequências a nível fisiológico e psíquico. Assim, a resposta ao stress resulta da interação entre as características individuais e do ambiente, incluindo a perceção que o individuo faz do meio ambiente e da sua capacidade de reposta. Neste sentido, a resposta ao stress varia entre indivíduos, podendo originar manifestações psicopatológicas, tais como sintomatologia ansiosa e/ou depressiva (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

No que concerne às situações ambientais geradoras de stress, estas ramificam-se em: acontecimentos vitais (*life-events*), acontecimentos diários menores e situações de tensão crónica. Os *life-events* são descritos como os eventos de vida, acontecimentos stressantes ou eventos de vida negativos que por sua vez, subdividem-se em *life-events* dependentes e independentes. Os dependentes encontram-se ancorados nas características do indivíduo, i.e., a posição que assume nas relações interpessoais e com o meio, no qual o seu comportamento provoca situações desfavoráveis

para o próprio. Por outro lado, os acontecimentos de vida stressantes independentes surgem sem a atuação do indivíduo, i.e., sem que possa exercer controlo sobre os eventos, são exemplos: morte de um familiar (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Não obstante, importa distinguir um evento de vida stressante de um evento traumático. Um acontecimento stressante pode causar o aparecimento de sintomas psicopatológicos, mas quando removido, os efeitos psicopatológicos por ele causados tendem a desaparecer. O evento traumático poderá causar consequências psicológicas de carácter persistente, mesmo quando o evento em si não se prolonga no tempo (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Os acontecimentos diários menores e as situações de tensão crónicas são também situações ambientais de relevância na ativação de stress. As primeiras baseiam-se em situações do quotidiano que levam a respostas de stress, tais como: perder objetos ou ouvir barulho provocado por outrem. Nestes eventos, a resposta ao stress que leva a efeitos psicológicos e biológicos negativos deve-se à frequência da sua ação. As segundas assentam em eventos de stress intenso e persistente ao longo do tempo, como por exemplo a violência doméstica, originando sintomas psicopatológicos (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Deste modo, em adolescentes uma das estratégias para responder a situações ou sentimentos de stress inscreve-se na ocorrência de comportamentos autolesivos (Madge, et al., 2011). Um estudo realizado por estes autores inquiriu 30.477 adolescentes, com idades entre os 15 e 16 anos, de escolas secundárias na Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda, Noruega e Austrália. Os dados revelam que 14,6% dos participantes tinham pensado em magoar-se mas não o fizeram, 2,6% dos jovens praticaram um episódio de CAL no último ano e 3,2% relatam episódios múltiplos de CAL. Os eventos de vida stressantes foram superiores em jovens que assumiam CAL múltiplos, ligeiramente menores nos jovens com um episódio de CAL no último ano, diminuindo nos jovens que têm pensamentos acerca de CAL mas não os praticam. Numa lista de 10 eventos de vida stressantes, todos surgiram associados com os CAL, embora o acontecimento independentemente associado com os CAL tenha sido o “morte de alguém próximo). Ainda, o evento de vida com maior prevalência em todos os grupos foi “problemas com ou ambos os pais”. Não obstante, a ansiedade e a depressão surgem fortemente correlacionadas, embora em todos os grupos os níveis de ansiedade serem superiores aos níveis de depressão.

No entanto, para população não-adolescente, uma investigação realizada por Gilbert, McEwan, Bellew, & Mills (2009) revela que ao considerar depressão, ansiedade e stress em pacientes

deprimidos, o stress foi a variável que apresentou maior correlação com o *self-harm*, seguindo-se, respetivamente, uma correlação com a depressão e a ansiedade.

#### **4. Funcionamento Familiar**

O Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (Olson, 2000, 2011) surge com o objetivo de oferecer uma ligação entre pesquisa, teoria e prática, considerando a abordagem sistémica. Deste modo, atendendo aos modelos e teorias familiares desenvolvidos pela literatura, o Modelo Circumplexo integra duas dimensões que permitem estabelecer um diagnóstico relacional das dinâmicas familiares e conjugais: Coesão e Flexibilidade familiar. Tornando-se possível observar as mudanças desenvolvimentais do próprio sistema, bem como a reação da família situações de *stress*, i.e., que implicam mudanças (Olson & Gorall, 2003).

Por conseguinte, as duas dimensões deste modelo: Coesão e Flexibilidade permitem aceder a 25 tipologias de sistemas familiares. A área central do modelo caracteriza 9 tipos de famílias *equilibradas* e 12 tipologias que caracterizam as famílias de *meio-termo*, sendo estas últimas equilibradas em uma das dimensões e desequilibradas na outra dimensão. Os extremos permitem-nos distinguir as 4 tipologias familiares *desequilibradas*, i.e., com pontuações muito elevadas ou muito baixas tanto na coesão como na flexibilidade. Assim, a premissa central do Modelo Circumplexo assenta num diagrama curvilíneo, em que as famílias *equilibradas* correspondem a um funcionamento familiar mais saudável, em detrimento das famílias *desequilibradas* representadas por um funcionamento familiar mais disfuncional (Olson, 2011).

##### **4.1. Coesão Familiar**

A coesão familiar pode definir-se como a ligação e/ou vínculo emocional estabelecido entre os diversos elementos de uma família (Olson, 2000). A premissa central desta dimensão baseia-se no modo como o sistema familiar pode atingir um equilíbrio entre a separação/independência e a união dos seus membros. Deste modo, as variáveis consideradas na medida da coesão familiar são: o vínculo emocional, coligações, tempo, espaço, amigos, tomadas de decisão, interesses e recreação (Olson, 2000).

De acordo com Olson & Gorall (2003) e Olson (2011), a coesão familiar pode inscrever-se em cinco níveis: desagregada/desmembrada, um pouco ligada, ligada, muito ligada e aglutinada/emaranhada. A *desagregada/desmembrada* caracteriza-se por níveis de coesão extremamente baixos; a *um pouco ligada*, por uma coesão baixa a moderada; a *ligada* estingue-se

por uma coesão moderada; a *muito ligada* é determinada por níveis de coesão moderada a alta; e a *aglutinada/emaranhada* inscreve-se numa coesão excessivamente elevada. Deste modo, a dimensão da coesão familiar apresenta três níveis de coesão *equilibrada* (pouco ligada, ligada e muito ligada), perspetivando um funcionamento familiar óptimo e dois níveis extremos de coesão *desequilibrada* (desagregada/desmembrada e aglutinada/emaranhada), originando problemáticas na relações ao longo do tempo. As famílias consideradas como equilibradas tendem a estabelecer laços afetivos unidos, embora com alguma separação emocional, i.e., um grau de equilíbrio entre a união e a separação dos elementos do sistema. Nas famílias desequilibradas, quando o nível de coesão é extremamente baixo (desagregada/desmembrada), as fronteiras entre os subsistemas são rígidas no seu interior e difusas no exterior; as trocas afetivas são reduzidas entre os elementos da família, não existindo um sentimento de pertença e de ligação. Por outro lado, nos excessivos níveis de coesão (aglutinada/emaranhada), os limites são difusos entre os subsistemas, as fronteiras tornam-se rígidas com o exterior, não permitindo a individualização e autonomia dos membros da família (Alarcão, 2008; Olson 2011; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

#### **4.2. Flexibilidade Familiar**

A flexibilidade refere-se ao modo como o sistema familiar é capaz de atingir o equilíbrio entre a estabilidade e a mudança. Tendo em conta os papéis que cada indivíduo desempenha na sua família, as regras estabelecidas, a organização e negociações feitas dentro do sistema. Assim, a capacidade de mudança é uma das características fundamentais que pode distinguir famílias funcionais das disfuncionais (Alarcão, 2008; Olson, 2011; Olson & Gorall, 2003; Olson, 2000).

Assim, a flexibilidade familiar pode estabelecer-se em cinco níveis: rígida, pouco flexível, flexível, muito flexível, caótica. Uma família *rígida* significa que a sua flexibilidade é excessivamente baixa; a *pouco flexível* caracteriza-se por uma baixa a moderada flexibilidade; a *flexível* distingue-se por uma flexibilidade moderada; quando é *muito flexível* significa que se insere numa moderada a alta flexibilidade; e a *caótica*, por uma flexibilidade excessivamente elevada. Deste modo, a dimensão flexibilidade familiar contém níveis equilibrados (pouco flexível, flexível e muito flexível), sendo mais promissores de um bom funcionamento familiar e níveis desequilibrados (rígida e caótica), pertencentes aos extremos desta dimensão e que podem espelhar níveis de funcionamento mais problemáticos ao longo do ciclo de vida do próprio sistema. No que concerne aos níveis equilibrados, uma família *pouco flexível* tende a possuir uma liderança

democrática, regendo-se pela negociação entre os elementos do sistema. Ainda, os papéis são estáveis, embora com alguma partilha dos mesmos, e as regras são firmes, havendo poucas mudanças. Quando se considera uma família *flexível*, perspectiva-se que nas tomadas de decisão, a liderança seja democrática e igualitária, as negociações são abertas e incluem as crianças pertencentes ao sistema, os papéis atribuídos são suscetíveis de mudanças fluídas entre os elementos e o estabelecimento de regras é mudado consoante as faixas etárias. Nos sistemas *muito flexíveis* há uma constante mudança de liderança e papéis, as regras são alteradas com flexibilidade extrema quando é requerida uma mudança. Quando uma família é considerada como desequilibrada relativamente à sua flexibilidade, o extremo de baixa flexibilidade (*rígida*) caracteriza-se por grande controlo, sem espaço para a negociação, rigidez de papéis e pouca flexibilidade na aplicação e/ou alteração das regras familiares, geralmente impostas pelo líder. No extremo oposto (*caóticas*), a liderança não está definida, os papéis e as regras não estão clarificados, frequentemente alternando-se entre os indivíduos (Alarcão, 2008; Olson, 2011; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

### **4.3. Comunicação Familiar**

A comunicação familiar surge como uma dimensão facilitadora do funcionamento familiar, proporcionando às famílias uma modificação dos níveis da sua coesão e flexibilidade. Isto é, quando um sistema possui boas competências comunicacionais, permite-se a ultrapassar crises desenvolvimentais ou acidentais, através da alteração dos níveis de coesão e flexibilidade (Olson, 2011; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

Assim, o sistema familiar é perspectivado como um grupo, onde a comunicação se torna um processo social que integra múltiplos modos de comportamento (i.e. palavra, gesto, mímica, o olhar). Deste modo, deve atender-se às capacidades da família para escutar, discutir sobre as suas competências, autorrevelação, a clareza do discurso, respeito e consideração entre os seus elementos. Estas capacidades pressupõem que os indivíduos tenham empatia e façam uma escuta ativa, partilhem os seus sentimentos e as dificuldades sentidas nas relações, procurando sempre evidenciar a tónica afetiva da comunicação (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

Sendo uma dimensão facilitadora, a comunicação familiar não se integra graficamente no Modelo Circumplexo, constituído pelas dimensões coesão e flexibilidade. Geralmente, sistemas familiares equilibrados, no que concerne à coesão e flexibilidade, evidenciarão uma melhor comunicação, contrariamente a famílias consideradas desequilibradas nestas dimensões que por sua

vez, tendem demonstrar poucas competências comunicacionais (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

#### **4.4. Satisfação Familiar**

A satisfação familiar permite compreender o grau de satisfação que cada membro do sistema tem em relação ao seu funcionamento familiar. Assim, a sua definição inclui as três dimensões do Modelo Circumplexo- coesão, flexibilidade e comunicação, avaliando o grau de satisfação nestas três dimensões (Olson, 2004, 2011).

Deste modo, famílias que se encontrem nos extremos da coesão (desmembradas vs. emaranhadas) e da flexibilidade (rígidas vs. caóticas) tendem a apresentar altos níveis de *stress* familiar e baixos níveis de satisfação familiar. Ou seja, famílias consideradas *equilibradas* estarão mais satisfeitas com o seu funcionamento familiar do que as *desequilibradas* (Olson, 2004, 2011).

Ainda, a satisfação familiar apresenta uma relação positiva com a comunicação familiar, i.e., famílias com elevada satisfação familiar terão uma comunicação significativamente melhor do que famílias com baixa satisfação (Olson, 2004).

### **5. Funcionamento Familiar e Comportamentos Suicidários**

Nos adolescentes, o gesto suicida pode aparecer como uma meta-comunicação, i.e., uma comunicação sobre a comunicação familiar (Sampaio, 1991). Assim, as famílias de adolescentes suicidas caracterizam-se por alta rigidez, baixa adaptabilidade, dificuldades na comunicação e conflitos intrafamiliares (Sampaio, 2002).

De um modo geral, um estudo de Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio (2013) afirma que o funcionamento familiar influencia a presença de ansiedade, depressão e CAL. Sendo que, a coesão e a flexibilidade correlacionam-se negativamente com a presença de CAL. Ainda Knok & Shek (2009) atestam que o funcionamento familiar correlaciona-se negativamente com a ideação suicida. Por outro lado, a presença de disfunção familiar foi fortemente associada a tentativas de suicídio futuras, mas não a CAL sem intenção suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Num estudo efetuado por Printein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine (2000), consideraram 96 adolescentes internados em psiquiatria (12-17 anos), procurando explorar o efeito do funcionamento familiar (disfunção familiar, comunicação familiar e resolução de problemas), dos sintomas depressivos e da ansiedade generalizada na ideação suicida. Dos participantes no estudo, 37,5% tinham ideação suicida, 14,6% fizeram tentativas de suicídio e 20,8% fizeram tentativas de

suicídio que requereram tratamento médico urgente. Os resultados indicaram que a disfunção e comunicação familiar têm um efeito indireto na ideação suicida através dos sintomas depressivos. No entanto, houve um efeito direto entre comunicação familiar e sintomas depressivos, bem como entre a presença de sintomas depressivos e ideação suicida. No que concerne à ansiedade generalizada, esta apresentou uma correlação positiva com os sintomas depressivos. Ainda, demonstrou um efeito indireto na ideação suicida através dos sintomas depressivos. Porém, ao controlar-se a variável “sintomas depressivos”, os sintomas de ansiedade generalizada deixam de estar correlacionados com a ideação suicida.

Ahookhosh, Bahmani, Asgari, & Moghaddam (2016) realizaram uma investigação com 120 adolescentes (14-18 anos) hospitalizados por terem feito uma tentativa de suicídio. Dos resultados obtidos, a coesão familiar apresentou uma correlação negativa com a ideação suicida, bem como efeitos diretos e indiretos na ideação suicida através da depressão e ansiedade. Além disso, a coesão familiar foi um maior preditor de ideação suicida do que os conflitos familiares. No que concerne à depressão e ansiedade, surgiram como positivamente correlacionadas com a ideação suicida e com conflitos familiares. Ainda, a ansiedade e depressão correlacionam-se negativamente com a coesão familiar. Sendo que, a depressão apresenta uma maior correlação (negativa) com a coesão familiar do que a ansiedade.

Numa investigação conduzida por Machell, Rallis, & Smythers (2016), foram observados 185 adolescentes internados em serviço psiquiátrico (13-18 anos). Dos participantes, 48% apresentaram sintomas de ansiedade significativos, 68% tinham uma perturbação de ansiedade e aproximadamente 71% apresentaram critérios para uma perturbação depressiva. Os resultados indicaram que sintomas e perturbações de ansiedade foram positivamente correlacionados com ideação suicida, mesmo controlando a presença de perturbações de humor. Porém, esta relação era mais forte entre jovens que relatam baixo suporte familiar. Ainda, níveis mais elevados de sintomas ansiosos estavam associados a maior ideação suicida, quando o jovem apresentava baixa percepção de suporte familiar. Sendo que, o efeito dos sintomas ansiosos ou de uma perturbação de ansiedade na ideação suicida é atenuado quando o jovem apresenta uma elevada percepção do suporte familiar. Por fim, o conflito familiar foi positivamente correlacionado com ideação suicida, mas não tem um efeito moderador na relação entre ansiedade e ideação suicida.

Não obstante os estudos supracitados, denota-se a carência de estudos sobre o funcionamento familiar, ansiedade e depressão que explorem os seus efeitos nos CAL. Havendo uma prevalência dos seus impactos na ideação suicida.

## CAPÍTULO II

### OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO

Após a revisão da literatura e denotando que existem algumas contradições entre estudos nacionais e internacionais no que respeita aos comportamentos suicidários, o presente estudo define como principais objetivos: a) caracterizar os adolescentes que se deslocam ao Núcleo de Estudos do Suicídio (NES), Unidade de Dia (UA) e Consulta de Adolescência (CA) de um Serviço de Psiquiatria num hospital público; b) caracterização de jovens cuja problemática central seja os comportamentos autolesivos; c) explorar a relação entre comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio e ideação suicida; d) caracterizar o Funcionamento familiar (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação) e sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade e stress) em jovens com comportamentos autolesivos; e) investigar o impacto do funcionamento familiar (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação) e de sintomas psicopatológicos, tais como: depressão, ansiedade e stress em jovens com comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio e ideação suicida.

Quando olhamos para a problemática dos comportamentos e cognições do espectro suicidário, importa explorar o que acontece entre rapazes e raparigas. Um estudo realizado por Ferreira Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva (2012) com adolescentes em Portugal, revelou uma prevalência de 27,7% de comportamentos autolesivos mas estes comportamentos não apresentaram diferenças em função do género dos participantes.

Por outro lado, numa investigação nacional mais recente (Guerreiro D. , Sampaio, Figueira, & Madge, 2017), as raparigas apresentaram uma probabilidade três vezes superior de relatarem *self-harm* do que os rapazes. Sendo que, o sexo feminino também relata mais pensamentos acerca dos *self-harm* do que o sexo masculino. A prevalência de *self-harm* ao longo da vida foi de 10.5% para as raparigas e 3.3% para os rapazes, sendo que ao considerar o último ano as raparigas apresentaram uma prevalência de 5.7% e os rapazes de 1.8%. Ainda, quando perguntado aos jovens se “queriam matar-se quando ingeriam uma *overdose* ou quando se tentaram magoar de alguma outra forma”, os rapazes (60%) foram mais propensos a responder afirmativamente a esta questão do que as raparigas (37%).

Neste sentido, um estudo efetuado com adolescentes da Europa e da Austrália (The Child & Adolescent Self-harm in Europe, CASE) revelou que 13,5% das raparigas tinham praticado *self-*

*harm* pelo menos uma vez, enquanto nos rapazes 4,3% teriam praticado *self-harm* pelo menos numa ocasião (Guerreiro D. , Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

Ainda, a literatura tem demonstrado que tanto a ideação suicida como as tentativas de suicídio são mais prevalentes no sexo feminino (Printein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Braga & Dell'Aglio, 2013).

**Hipótese 1:** Existem diferenças significativas nos Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer em função do sexo dos adolescentes com CAL.

A literatura diz-nos que a qualidade do funcionamento familiar influencia a presença de ansiedade, depressão e Comportamentos autolesivos. Sendo que, a coesão e a flexibilidade correlacionam-se negativamente com a presença de comportamentos autolesivos (Narciso, Muñoz, Pereira e Sampaio, 2013) e com a ideação suicida (Knok & Shek, 2009). Deste modo, famílias que se encontrem nos extremos da coesão (desmembradas vs. emaranhadas) e da flexibilidade (rígidas vs. caóticas) tendem a apresentar altos níveis de *stress* e baixos níveis de satisfação familiar (Olson, 2004, 2011).

Por outro lado, a presença de disfunção familiar foi fortemente associada a tentativas de suicídio futuras, mas não a comportamentos autolesivos sem intenção suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Ainda, famílias com adolescentes suicidas são caracterizadas na sua dinâmica por dificuldades comunicacionais, sendo o gesto suicida um modo de metacomunicação sobre a própria comunicação familiar (Sampaio, 1991, 2002).

**Hipótese 2:** Espera-se que adolescentes com melhor Funcionamento Familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão familiar, Rácio de Flexibilidade familiar), Comunicação e Satisfação familiar, apresentem menos Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer em jovens com CAL.

Em adolescentes que se magoam propositadamente, a existência de depressão e ansiedade assume a máxima relevância. Aproximadamente em 90% dos casos é possível realizar um diagnóstico psiquiátrico, nomeadamente de Perturbação de humor e de Perturbação de ansiedade (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd- Richardson, & Prinstein, 2006). Um adolescente com Perturbação de

humor tem o risco mais elevado, entre 4,6 a 28 vezes, de cometer suicídio do que um jovem sem esta perturbação (Marcelli & Braconnier, 2005).

Atendendo às variáveis depressão, ansiedade e *stress*, denota-se a escassez de investigação acerca do impacto diferenciado destas variáveis nos comportamentos suicidários. Porém, apenas para a população geral e não na população adolescente, estudos revelam que taxas de suicídio em pacientes ansiosos eram iguais ou ligeiramente superiores comparativamente com deprimidos (Ferreira, 2014).

Neste sentido, um estudo realizado, com adolescentes entre os 12 e 20 anos, em Portugal (Guerreiro D. , Sampaio, Figueira, & Madge, 2017) revelou que em jovens com e sem *self-harm*, a ansiedade ostenta 15,9% de expressão, enquanto a depressão atinge os 2,7%. No que concerne ao grupo de jovens com *self-harm*, 40,8% apresentam níveis clinicamente significativos de ansiedade, enquanto o grupo de controlo (sem *self-harm*) apresenta 14%. Porém, a depressão não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos (com e sem *self-harm*).

Relativamente ao *stress*, um estudo realizado por Madge et al. (2011) com adolescentes, revelou que os eventos de vida stressantes foram superiores em jovens que assumiam CAL múltiplos, ligeiramente menores nos jovens com um episódio de CAL no último ano, diminuindo nos jovens que têm pensamentos acerca de CAL mas não os praticam.

Surgindo como terceira hipótese:

**Hipótese 3:** Quanto mais Depressão, Ansiedade e Stress, mais Comportamentos autolesivos, Ideação suicida, Tentativas de suicídio e Vontade de morrer em jovens com CAL.

Ainda, os estudos indicam que em adolescentes, a presença de depressão e ansiedade prediz significativamente o envolvimento em CAL (Sim, Adrian, Zeman, Cassano, & Frierich, 2009).

Numa investigação realizada por Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013) considerando 90 estudantes de enfermagem (média de idades de 20 anos), concluiu que 39,03% apresentavam depressão e 43,56% ansiedade. Deste modo, a depressão e ansiedade correlacionam-se positivamente com o risco de suicídio e a depressão surgiu como um preditor significativo da ideação suicida. Neste sentido, a depressão tem sido reportada como o fator primário da ideação suicida (Au, Lau, & Lee, 2009).

Em Portugal, Azevedo & Matos (2014) conduziram um estudo com 233 adolescentes, em escolas da região centro. Os resultados indicaram que 10,7% dos jovens apresentaram ideação

suicida. A ideação suicida correlacionou-se positivamente com a sintomatologia depressiva, explicando 39,5% da variância da mesma. Assim, a ideação suicida revelou-se um forte preditor da sintomatologia depressiva, mesmo controlando a variável género.

Deste modo, uma investigação realizada por Nock, et al. (2009) afirma que a depressão está associada a pensamentos suicidas, enquanto a ansiedade leva as pessoas a ter um comportamento suicida.

**Hipótese 4:** Relativamente às variáveis psicopatológicas (Depressão, Ansiedade e Stress), a Depressão é a variável que tem maior impacto na Ideação suicida e a Ansiedade é a variável com maior impacto nos Comportamentos autolesivos e Tentativas de suicídio nos adolescentes com CAL.

Quando atendemos ao impacto do funcionamento familiar nas cognições e comportamentos do espectro suicidário, a literatura descrevia como características das famílias de adolescentes suicidas: alta rigidez, baixa adaptabilidade, dificuldades na comunicação e conflitos intrafamiliares (Sampaio, 2002). No entanto, investigação mais recente considera como fatores de risco familiares: Estrutura desequilibrada com baixa coesão e flexibilidade familiar, conflitos intrafamiliares e dificuldades comunicacionais (Gouveia-Pereira, Abreu, & Martins, 2014).

Deste modo, numa investigação realizada por Ahookhosh, Bahmani, Asgari, & Moghaddam (2016), a coesão familiar foi um maior preditor de ideação suicida do que os conflitos familiares.

**Hipótese 5:** Relativamente às variáveis familiares, Funcionamento familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão e Rácio Flexibilidade), Comunicação e Satisfação familiar, a Coesão familiar é a variável que tem maior impacto nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Tentativas de suicídio nos adolescentes com CAL.

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### 1. Participantes

Participaram neste estudo um total de 100 adolescentes, 37% são do sexo masculino e 63% do sexo feminino, sendo as idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos de idade ( $M= 16.33$ ,  $DP= 1,909$ ). A tabela 1 mostra a distribuição dos sujeitos por idade e sexo.

**Tabela 1.** *Distribuição dos adolescentes segundo a idade e sexo.*

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
12	1	2	3
13	0	3	3
14	2	9	11
15	8	9	17
16	7	11	18
17	6	12	18
18	6	7	13
19	5	8	13
20	0	1	1
21	0	1	1
Total	35	63	98

Para que um adolescente pudesse participar na presente investigação estabeleceu-se como critério de exclusão a presença de défice cognitivo no jovem. Por outro lado, como critério de inclusão considerou-se todo o jovem disponível a participar.

Os jovens foram inquiridos no âmbito do Núcleo de Estudos do Suicídio (26%), os que se encontravam em internamento na Unidade de Dia (19%) e na Consulta da Adolescência (55%) de um hospital público de Lisboa. A tabela 2 apresenta a distribuição dos jovens por cada serviço e sexo.

**Tabela 2.** *Distribuição dos jovens por serviço e sexo.*

Sexo	Serviço			Total
	NES	UD	CA	
Feminino	19	13	31	63
Masculino	7	6	24	37
Total	26	19	55	100

Dos 100 adolescentes, 96,9% têm nacionalidade portuguesa e 3% são de outras nacionalidades.

Relativamente à escolaridade dos adolescentes, 32,7% dos jovens encontravam-se no ensino básico (1,1% frequentavam o 6º ano, 6,3% o 7º ano, 9,5% o 8º ano e 15,8% o 9º ano) e 67,4% frequentavam o ensino secundário (24,2% o 10º ano, 23,2% o 11º ano e 20% o 12º ano). 53,1% dos jovens já reprovaram de ano escolar e destes, 48% reprovaram uma vez, 34% reprovaram duas vezes, 16% três vezes e 2% cinco vezes.

No que concerne aos aspetos e dinâmicas familiares, 22,4% (N=22) dos jovens vivem com a mãe, 7,1% (N=7) com o pai, 16,3% (N=16) com ambos e 34,7% (N=34) com mãe, pai e irmão (s). Ainda, 14,4% dos progenitores destes adolescentes são solteiros, 35,1% encontram-se divorciados, 39,2% casados, 9,3% estão em união de facto e 2,1% são viúvos.

Quando questionado a estes adolescentes se tinham irmãos, 85 responderam que sim (86,7%) e 13 responderam que não (13,3%). Relativamente à sua posição na fratria, 38,8% (N=33) indicaram ser o irmão mais novo, 18,8% (N=16) dos jovens são o irmão do meio, 38,8% (N=33) indicaram ser o irmão mais velho e 3,5% (N=3) apresentam um irmão gémeo.

Considerando as tentativas de suicídio, 49% (n=47) dos participantes nunca tentaram suicidar-se e 51% (n=49) dos adolescentes já tentaram suicidar-se. Destes últimos, 30,6% (n=15) tentaram suicidar-se uma vez, 63,3% (n=31) duas vezes e 6,1% (n=3) mais do que duas vezes. A tabela 3 demonstra a distribuição dos participantes por tentativa de suicídio e sexo.

**Tabela 3.** Distribuição dos participantes por tentativa de suicídio e sexo.

Tentativa de suicídio	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Nunca	22	25	47
Uma vez	7	8	15
Duas vezes	7	24	31
Mais de duas vezes	0	3	3
Total	36	60	96

O jovem ao ser inquirido se algum elemento da sua família já cometeu uma tentativa de suicídio, 66,7% responderam que não e 33,3% que sim.

Não obstante as tentativas de suicídio no âmbito familiar, questionou-se os jovens se conheciam alguém que se tivesse suicidado, à qual, 62% dos jovens responderam que não e 34% que sim. Dos que responderam afirmativamente, 13 jovens afirmam que esses suicídios foram de familiares, 12 dizem terem sido de amigos, 9 adolescentes conhecem um suicídio consumado de uma figura de referência e 4 participantes conhecem vizinhos que se suicidaram.

Posteriormente, dos 100 adolescentes foram selecionados apenas os que apresentavam pelo menos um Comportamento autolesivo. Deste modo, para responder às hipóteses propostas foram considerados os 83 adolescentes com Comportamentos autolesivos.

## 2. Instrumentos

### 2.1. FACES-IV

A Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar (*FACES-IV – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) surge como a quarta versão (Olson, 2011), tendo sido originalmente construída por Olson (2000) com base no Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares. Assim, esta última versão para além de avaliar as dimensões centrais do Modelo Circumplexo (Coesão e Flexibilidade), permite determinar o grau da Comunicação e Satisfação familiar. No que concerne à sua adaptação para a população portuguesa, este instrumento encontra-se em processo de validação (Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda & Coutinho, 2017).

Deste modo, o FACES-IV é um instrumento de auto-relato, constituído por 62 itens que permitem a aferição das quatro dimensões: coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação. Destes, 42 itens do Modelo Circumplexo avaliam as duas dimensões centrais: coesão (desagregada, equilibrada e aglutinada) e flexibilidade (rígida, equilibrada e caótica). Assim, estas 6 subescalas são composta por 7 itens cada uma, organizados de forma intercalada. Por outro lado, as escalas de comunicação e satisfação familiar estão representadas por 10 itens para cada uma delas. Este instrumento apresenta como categorias de resposta uma escala *tipo Likert* com 5 níveis de resposta. Porém, nas dimensões coesão, flexibilidade e comunicação as categorias de resposta variam de 1- “discordo fortemente” a 5- “concordo fortemente”, enquanto na dimensão da satisfação as categorias alternam de 1- “muito descontente” a 5- “extremamente satisfeito”.

No que respeita à consistência interna para o presente estudo, o funcionamento familiar apresentou um *alpha* de Cronbach de 0.351, logo foi necessário excluir os itens 3, 9 e 27 da coesão desagregada, o item 28 da coesão aglutinada e os itens 6 e 18 da flexibilidade caótica. Levando a um aumento da consistência interna desta dimensão para 0.609, com  $M= 2,511$  e  $DP= 0,227$ . No que concerne à dimensão da coesão equilibrada, esta apresenta  $M= 3,419$   $DP= 0,674$  e  $\alpha= 0,792$ . A coesão desagregada obteve  $M= 2,689$ ,  $DP= 0,560$  e  $\alpha= 0,66$ . A coesão aglutinada apresentou  $M= 2,495$ ,  $DP= 0,496$  e  $\alpha= 0,44$  (ao excluir o item 4 e 28). Para a dimensão da flexibilidade equilibrada, obteve-se  $M= 3,214$ ,  $DP= 0,525$  e  $\alpha= 0,678$ . A flexibilidade rígida apresenta  $M= 2,793$ ,  $DP= 0,443$  e  $\alpha= 0,68$ . Para a flexibilidade caótica obtiveram-se  $M= 2,823$ ,  $DP= 0,348$  e  $\alpha= 0,7$  (ao excluir o item 6). Por último, a comunicação apresenta  $M= 3,267$ ,  $DP= 0,721$  e  $\alpha= 0,906$  e a satisfação apresenta  $M= 2,825$ ,  $DP= 0,862$  e  $\alpha= 0,781$  (ao excluir o item 59).

De modo a proceder à operacionalização desta escala, Olson (2011) sugere que para a investigação científica, os resultados quantitativos obtidos no FACES-IV devem ser traduzidos em dados percentílicos ou em rácios. Assim, a produção de rácios para a interpretação do Modelo Circumplexo, permitirá apreciar a tipologia do funcionamento familiar, bem como comparar valores funcionais com disfuncionais para cada sistema familiar. Para a transformação dos valores obtidos podem ser concebido três Rácios (ver figura 1): Rácio de Coesão Familiar, o Rácio de Flexibilidade Familiar e o Rácio do Funcionamento Familiar ou Rácio Total. Os Rácios de Coesão e Flexibilidade são calculados dividindo-se a média das escalas de coesão e flexibilidade *equilibradas*, pela soma das médias das escalas de coesão e flexibilidade *desequilibradas*. Já o Rácio do Funcionamento Familiar é calculado utilizando-se a soma das médias dos Rácios de Coesão e Flexibilidade. Assim, quanto mais o valor se apresentar superior a 1 para pontuação do rácio, mais equilibrado se

considera o sistema. Por outro lado, quanto mais o valor do rácio for inferior a 1, mais desequilibrado apresenta ser o sistema.

$$\begin{aligned} \text{Rácio de Coesão} &= \text{Coesão Equilibrada} / \frac{(\text{Coesão Desagregada} + \text{Coesão Aglutinada})}{2} \\ \text{Rácio de Flexibilidade} &= \text{Flexibilidade Equilibrada} / \frac{(\text{Flex. Rígida} + \text{Flex. Caótica})}{2} \\ \text{Rácio do Funcionamento Familiar} &= \frac{\text{Rácio de Coesão} + \text{Rácio de Flexibilidade}}{2} \end{aligned}$$

**Figura 1:** Fórmulas para o Cálculo dos Rácios do Modelo Circumplexo.

Assim, o Rácio do Funcionamento Familiar apresenta M= 1,219 e DP= 0,276; o Rácio de Coesão obteve M= 1,379 e DP= 0,368; e o Rácio de Flexibilidade demonstra M= 1,121 e DP= 0,276.

## **2.2. Escala Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)**

A escala Ansiedade Depressão e Stress (*EADS-21*) foi originalmente concebida por Lovibond & Lovibond (1995), tendo sido posteriormente aferida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Esta escala pretende avaliar sintomas emocionais negativos, através de três dimensões: Ansiedade, Depressão e Stress. Assim, este instrumento de auto-preenchimento é composto por 21 itens, sendo cada dimensão representada por 7 itens. As suas categorias de resposta baseiam-se numa escala *tipo likert* de 4 pontos, de gravidade ou frequência, que variam de 0 – “não se aplicou nada a mim” a 3 – “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

No que concerne à consistência interna, na versão original apresentada por Lovibond & Lovibond (1995), os valores da consistência interna foram de 0.84, 0.91 e 0.90 para a ansiedade, depressão e stress, respetivamente. Para a versão portuguesa, a dimensão da ansiedade apresentou um  $\alpha=0.74$ , a depressão  $\alpha= 0.85$  e o stress  $\alpha= 0.81$ . Nesta investigação, a dimensão da ansiedade obteve M= 1,351, DP= 0,904 e  $\alpha=0,89$ ; a depressão apresenta M= 1,594, DP= 0,92 e  $\alpha=0,912$ ; para o stress obtiveram-se M= 1,696, DP= 0,779 e  $\alpha=0,876$ .

### 2.3. Inventário dos Comportamentos Autolesivos

O Inventário dos Comportamentos Autolesivos foi desenvolvido por Duarte e Gouveia- Pereira (2017). Porém, encontra-se adaptado para a população portuguesa mas ainda em processo de validação. Este instrumento baseia-se em uma escala de auto-preenchimento, cujo objetivo pretende avaliar a ocorrência, ou não, de comportamentos autolesivos no jovem-

A escala com o intuito de determinar a existência de CAL é composta por 15 itens, apresentando como categorias de resposta uma escala *tipo Likert* que varia entre “NÃO” e “SIM”. A categoria “SIM” subdivide-se em outras três categorias que pretendem aferir a frequência de cada comportamento: “1 vez”; “2 a 10 vezes” e “mais de 10 vezes”. Para exemplificar esta escala, podemos observar itens como “Cortei-me”, “Queimei-me”, “Espetei-me com agulhas”, “Ingeri em demasia um medicamento com intenção de me magoar” ou “Tentei suicidar-me”.

Na presente investigação, a escala para aferir a existência de CAL obteve  $M= 0,743$ ,  $DP= 0,742$  e  $\alpha=0,843$ .

A seguir a esta escala, colocou-se a seguinte questão: “”Quando realizas/tens este (s) comportamento (s) querias morrer?”, para tentar aferir se o jovem tem intencionalidade de morte aquando faz mal a si próprio. Visto que, estes comportamentos, questionados na escala supracitada, podem caracterizar-se por um comportamento autolesivo sem intenção suicida, sem outra especificação ou uma tentativa e suicídio. As categorias de resposta inserem-se numa escala *tipo Likert* que varia entre 0- Nunca e 4- Sempre. Esta questão apresenta  $M= 1,78$  e  $DP= 1,37$ .

### 2.4. Questionário de Ideação Suicida (SIQ)

O Questionário de Ideação Suicida (*The Suicidal Ideation Questionnaire*) foi originalmente construído por Reynolds (1988), a sua adaptação para a população portuguesa foi elaborada por Ferreira e Castela (1999). Este instrumento caracteriza-se por um questionário de auto-preenchimento que avalia a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. Apresenta um total de 30 itens, que variam numa escala *tipo Likert* de 7 pontos, desde 1- “o pensamento nunca ocorreu” a 7- “o pensamento ocorreu sempre”. Deste modo, a pontuação mínima possível é de 0 pontos e a pontuação máxima de 180 pontos.

Em termos de consistência interna, a versão portuguesa apresenta um *alpha* de Cronbach de 0.96, tendo apresentado a correlação teste-reteste um *alpha* de 0.76. Tais valores são ligeiramente superiores aos obtidos na sua versão original de Reynolds (1988). Relativamente ao presente estudo, a escala de ideação suicida apresenta  $M= 3,488$ ,  $DP= 1,831$  e  $\alpha=0,945$ .

### 3. Procedimento

Considerando que os dados reunidos para o presente estudo são provenientes de uma população clínica, estes foram recolhidos no Serviço de Psiquiatria de um hospital público de Lisboa. Assim, a informação foi obtida através dos jovens que se dirigiram ao Núcleo de Estudos do Suicídio (NES), à Consulta da Adolescência (CA) e aos adolescentes em internamento na Unidade de Dia (UD). Aos jovens que se dirigiam ao Núcleo de Estudos do Suicídio, a aplicação dos questionários ocorreu no fim da consulta de triagem. Visto que, esta é uma consulta de atendimento a jovens com comportamentos suicidários, bem como na Consulta da Adolescência, era solicitado ao jovem no fim da consulta que preenche-se o referido questionário. Relativamente aos dados adquiridos na Unidade de Dia, estes foram obtidos no fim das reuniões familiares.

Previamente à aplicação dos instrumentos, submeteu-se um consentimento informado (Anexo A) e uma autorização (Anexo B) para os encarregados de educação. Estes dois documentos consistiam em informar os responsáveis pelos participantes menores de 18 anos, de qual o âmbito da investigação, do anonimato e confidencialidade e da duração do seu preenchimento, sendo aproximadamente 20 minutos. Ainda, solicitou-se ao jovem a sua participação no presente projeto através da folha de rosto do questionário (Anexo C).

Posteriormente às instruções dadas para a realização da tarefa, iniciou-se o preenchimento do questionário, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas que surgiam durante a sua execução. O completar da tarefa inicia-se pelo FACES-IV, Escala Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Inventário dos Comportamentos Autolesivos, o Questionário de Ideação Suicida e por fim, um questionário sociodemográfico.

No fim do questionário apresentam-se disponíveis contatos especializados (HSM, Voz amiga e Serviço de Urgência geral), caso o jovem sinta necessidade de pedir apoio sobre alguns comportamentos apresentados. Ao terminar a tarefa, os adolescentes entregavam diretamente o questionário.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Iniciar-se-á este capítulo por uma breve análise descritiva dos 100 jovens que recorreram a estes três serviços, ou seja, os adolescentes com e sem Comportamentos autolesivos, respetivamente às variáveis em estudo para uma melhor compreensão posterior. Num segundo momento analisar-se-ão as hipóteses de investigação, considerando os 83 adolescentes que têm Comportamentos autolesivos devido à elevada presença destes comportamentos nos adolescentes que recorreram aos três serviços supracitados.

Importa referir que os dados obtidos serão avaliados através do *software IBM SPSS 22*, sendo que para todos os testes estatísticos realizados, considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I,  $\alpha = 0.05$ .

#### 1. Análise descritiva

Considerando os 100 jovens com e sem Comportamentos autolesivos, concretizou-se uma análise descritiva referente às seguintes variáveis: ocorrência de CAL (quantos jovens praticam este comportamento), a frequência com que praticam CAL, a tipologia do CAL praticada, maior ou menor Ideação suicida, com e sem Tentativa de suicídio, Vontade de morrer e níveis de Depressão, Ansiedade e Stress no adolescente.

Relativamente à ocorrência de CAL, 83,8% (N=83) dos jovens apresentam pelo menos um CAL e 16,2% (n=16) não apresentam CAL (ver Tabela 4), sendo que 1 jovem não respondeu a esta questão. Dos que apresentam CAL, 94,8% (N=73) fizeram mal a si próprios 1 vez, 3,9% (N=3) fizeram mal a si próprios de 2 a 10 vezes e 1,3% (N=1) fizeram mal si mesmos mais de 10 vezes, sendo que 6 jovens não responderam. A Tabela 5 demonstra a frequência com a qual o jovem fez mal a si próprio em função do sexo.

**Tabela 4.** *Frequência da ocorrência de CAL referente ao sexo*

Ocorrência de CAL	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	

Sim	26	57	83
Não	10	6	16
Não respondeu			1
Total	36	63	100

**Tabela 5.** *Frequência com a qual fez mal a si próprio em função do sexo.*

Frequência de CAL	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1 Vez	25	48	73
2 a 10 vezes	1	2	3
Mais de 10 vezes	-	1	1
Não respondeu			6
Total	26	51	83

Seguidamente, apresenta-se quais os tipos de CAL foram mais frequentes nos 83 jovens. Deste modo, confirma-se que as tipologias de CAL mais praticadas pelos jovens são cortar-se e morder-se. Como terceiro comportamento mais frequente surge a tentativa de suicídio. A Tabela 6 demonstra a frequência dos tipos de CAL perpetrados pelos jovens por ordem decrescente.

**Tabela 6.** *Frequência da tipologia dos CAL.*

	Frequência
Cortei-me	61
Mordi-me	57
Tentei suicidar-me	49
Puxei/Arranquei o cabelo	48
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)	48
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	48
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	39
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	34
Queimei-me	27

Bebi em excesso com a intenção de me magoar	25
Cravei/Gravei símbolos ou palavras na minha pele (sem contar com tatuagens)	24
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	16
Espetei-me com agulhas	13
Consumi drogas com intenção de magoar	12
Outros	6

No que concerne à presença de ideação suicida nos 100 jovens com e sem Comportamentos autolesivos, considerou-se como ponto de corte a média obtida nesta escala (M= 3,488; DP= 1,831). Ou seja, jovens cuja pontuação na escala de ideação suicida surgiu superior à média, foram caracterizados como apresentarem uma maior ideação suicida e jovens com uma pontuação inferior à média foram determinados por menor ideação suicida. Deste modo, observa-se que 55,1% (N=49) dos jovens apresentam maior ideação suicida e 44,9% (N=40) menor ideação suicida (ver Tabela 7).

Relativamente à ideação suicida nos 83 adolescentes com CAL, verificou-se que 48 dos jovens que fazem mal a si próprios apresentam maiores níveis ideação suicida. Ou seja, apenas um dos jovens apresenta maior Ideação suicida mas não tem Comportamentos autolesivos.

**Tabela 7.** *Frequência de ideação suicida nos jovens com e sem Comportamentos autolesivos.*

	Frequência	Porcentagem
Maior Ideação suicida	49	55,1%
Menor Ideação suicida	40	44,9%
Não respondeu	11	
Total	100	100%

Relativamente às tentativas de suicídio, observa-se que 51% (N=49) dos participantes praticaram este comportamento e 49% (N=47) não o praticaram. Dos 49 jovens que fizeram uma tentativa de suicídio, 30,6% (N=15) tentaram suicidar-se 1 vez, 63,3% (N=31) tentaram matar-se entre 2 a 10 vezes e 6,1% (N=3) tentaram suicidar-se mais de 10 vezes. Importa ainda referir que todos os jovens que praticaram tentativa de suicídio tinham pelo menos um comportamento autolesivo.

Ao considerar-se a vontade de morrer aquando a prática de um comportamento contra si próprio, 22,2% (N=10) dos jovens diz nunca ter vontade em morrer, 20% (N=9) tem essa vontade raramente, 24,4% (N=11) refere sentir vontade de morrer algumas vezes, 20% (N=9) relata que quase sempre tem essa vontade e 13,3% (N=6) menciona ter sempre vontade de morrer durante os comportamentos autolesivos.

Ao considerarmos os sintomas psicopatológicos avaliados nos 100 jovens com e sem Comportamentos autolesivos, considerou-se como ponto de corte a média obtida em cada dimensão: depressão (M= 1,594; DP= 0,92), ansiedade (M= 1,351, DP= 0,904) e stress (M= 1,696, DP= 0,779). Isto é, ponderou-se que um jovem com uma pontuação superior à média de cada dimensão exibiria maiores níveis de depressão, ansiedade e stress, bem como ao obter uma pontuação inferior à média considerou-se que o jovem apresentaria menores níveis de depressão, ansiedade e stress. Deste modo, observa-se que 55,8% (N=53) dos jovens apresentam maiores níveis de depressão, sendo que 44,2% (N=42) têm menores níveis de depressão e 5 jovens não responderam. Ao avaliarmos a ansiedade, denota-se que a maioria dos jovens, 51% (N=50) apresenta menores níveis de ansiedade e que 49% (N=48) apresentam maiores níveis de sintomas ansiosos, sendo que 2 jovens não responderam. Relativamente ao stress, 51,6% (N=48) dos adolescentes apresentam níveis de stress mais baixos, 48,4% (N= 45) demonstram níveis de stress mais elevados e 7 jovens não responderam. A Tabela 8 apresenta a frequência de depressão, ansiedade e stress nos jovens.

**Tabela 8.** *Frequência de Depressão, Ansiedade e Stress nos jovens com e sem Comportamentos autolesivos.*

	Frequência			Total
	Maiores níveis (%)	Menores níveis (%)	Não respondeu	
Depressão	53 (55,8%)	42 (44,2%)	5	100
Ansiedade	48 (49%)	50 (51%)	2	100
Stress	45(48,4%)	48 (51,6%)	7	100

Dos 53 jovens com maior depressão, 31 adolescentes apresentam concomitantemente mais ansiedade e mais stress, ou seja, 31 jovens apresentam níveis elevados dos três quadros

psicopatológicos. Sendo que, dos 42 com menos depressão, 5 adolescentes apresentam maiores níveis de ansiedade e de stress.

Importa ainda compreender a frequência da ocorrência de CAL e de maior ideação suicida em jovens com maiores níveis de depressão, ansiedade e stress (ver Tabela 9). Deste modo, dos 53 jovens com mais depressão, 49 apresentam ocorrência de CAL e 32 jovens têm maior ideação suicida. Dos 48 adolescentes com mais ansiedade, 45 demonstram ocorrência de CAL e 29 apresentam maior ideação suicida. Relativamente aos 45 jovens com mais stress, 40 adolescentes afirmam ter CAL e 25 exibem maior ideação suicida.

**Tabela 9.** *Frequência da ocorrência de CAL e de ideação suicida em jovens com depressão, ansiedade e stress.*

	Frequência	
	Ocorrência CAL	Maior Ideação suicida
Depressão	49	32
Ansiedade	45	29
Stress	40	25

Da totalidade dos participantes, 32 jovens têm, em simultâneo, mais depressão, CAL e mais IS; 29 jovens apresentam, em simultâneo, mais ansiedade, CAL e mais IS; 25 adolescentes exibem, de modo coexistente, mais stress, CAL e mais IS; e 14 jovens não responderam (ver Tabela 10).

**Tabela 10.** *Frequência em simultâneo de CAL e maior IS em jovens com maiores níveis de depressão, ansiedade e stress.*

	Frequência	
	CAL + IS	Porcentagem
Depressão	32	32%
Ansiedade	29	29%
Stress	25	25%
Não respondeu	14	14%

Total	100	100%
-------	-----	------

Ainda, dos jovens com maior Ideação Suicida, 71,1% (N=32) tem maiores níveis de Depressão, 61,7% (N=29) de Ansiedade e 54,3% (N=25) de Stress. Dos jovens que cometeram uma Tentativa de suicídio, 71,7% (N=33) exibe maiores níveis de Depressão, 66,7% (N=32) de Ansiedade e 59,6% (N=28) de Stress. Dos jovens que mencionam Vontade de morrer (são considerados jovens com vontade de morrer os que responderam de raramente a sempre), 55,9% (N=19) tem maiores níveis Depressão, 54,3% (N=19) de Ansiedade e 60% (N=21) de Stress (ver tabela 11).

**Tabela 11.** *Frequência de Depressão, Ansiedade e Stress em jovens com maior Ideação Suicida, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer.*

	Frequência		
	Ideação suicida	Tentativa de suicídio	Vontade de Morrer
Depressão	32 (71,1%)	33 (71,7%)	19 (55,9%)
Ansiedade	29 (61,7%)	32 (66,7%)	19 (54,3%)
Stress	25 (54,3%)	28 (59,6%)	21 (60%)

Seguidamente, importa compreender como se comportam as variáveis familiares (*Rácio do Funcionamento familiar, Rácio da Coesão, Rácio da Flexibilidade, Comunicação e Satisfação familiar*) entre os três serviços: Núcleo de Estudos do Suicídio, Unidade de Dia e Consulta de Adolescência. Deste modo, realizou-se uma ANOVA *One-Way*. Relativamente ao funcionamento familiar, coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os três serviços.

No que concerne às variáveis dos comportamentos e cognições do espectro suicidário: Comportamentos autolesivos, Ideação suicida, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer (“querias morrer”) foi realizado o teste não- paramétrico *Kruskal-Wallis*, visto que estas variáveis não seguem uma distribuição Normal na população ( $p= 0,002$ ;  $p= 0,027$ ;  $p= 0,000$ ;  $p= 0,012$ ; respetivamente), para averiguar como se comportam entre os três serviços: Núcleo de Estudos do Suicídio, Unidade de Dia e Consulta de Adolescência. Assim, a análise realizada demonstra que não há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos relativamente à Ideação suicida, Tentativa de suicídio e Vontade de Morrer. No entanto, os Comportamentos autolesivos assumem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 (2) = 15,313$ ;  $p= 0,000$ ) entre os três serviços. O Serviço da Unidade de Dia surge como o grupo onde os jovens têm mais Comportamentos autolesivos,

seguindo-se o Núcleo de Estudos do suicídio e posteriormente, a Consulta de Adolescência. Logo, os Comportamentos autolesivos são a única variável dos comportamentos e cognições do espectro suicidário que se comporta de modo diferenciado entre os três grupos (ver Tabela 12).

**Tabela 12.** *Diferenças entre os serviços hospitalares relativamente aos Comportamentos autolesivos.*

	<b>Serviço</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>p-value</b>
Comportamentos autolesivos	NES	0,615	0,534	.000
	UD	1,227	0,611	.000
	CA	0,608	0,796	.000

Ainda, importa compreender como as variáveis psicopatológicas: Depressão, Ansiedade e Stress, se comportam entre os três serviços (Núcleo de Estudos do Suicídio, Unidade de Dia e Consulta de Adolescência). Deste modo, relativamente à Depressão e Stress foi realizado o teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis*, visto que estas variáveis não seguem uma distribuição Normal na população ( $p= 0,004$ ;  $p= 0.017$ ; respetivamente) e para a Ansiedade realizou-se o teste estatístico ANOVA *One-Way*. Assim, a análise realizada demonstra que não há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos relativamente à Depressão, Ansiedade e ao Stress. Assim, as variáveis psicopatológicas comportam-se de forma semelhante nos jovens que recorrem ao Núcleo de Estudos do Suicídio, Unidade de Dia e Consulta de Adolescência.

Para o cumprimento do objetivo central, considera-se relevante observar diferenças entre jovens com maior e menor Ideação suicida. Lembra-se que dos 100 jovens com e sem Comportamentos autolesivos, 55,1% (N=49) dos jovens apresentam maior ideação suicida e 44,9% (N=40) menor ideação suicida.

Relativamente ao rácio do funcionamento familiar, rácio de coesão e rácio de flexibilidade não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre jovens com maior ideação suicida e menor ideação suicida. No entanto, a Comunicação familiar demonstra diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com maior Ideação suicida e com menor Ideação suicida. Logo, os jovens com menos Ideação suicida têm melhores níveis de comunicação familiares. Por último, jovens com mais Ideação suicida e jovens com menos Ideação suicida apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à Satisfação familiar. Sugerindo que com menor Ideação suicida o jovem experiencia melhor satisfação familiar (ver Tabela 13).

**Tabela 13.** *Diferenças na Comunicação e Satisfação familiar em jovens com maior e menor Ideação suicida.*

	Maior IS		Menor IS		t-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Comunicação	3,096	0,710	3,541	0,111	-2,869	.005
Satisfação	2,644	0,126	3,150	0,131	-2,773	.007

Relativamente aos Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer em jovens com maior e menor Ideação suicida, procedeu-se ao teste não- paramétrico *U de Mann-Whitney* (as variáveis não seguem distribuição Normal). Os dados demonstram que os Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer exibem diferenças estatisticamente significativas entre os jovens com maior Ideação suicida e menor Ideação suicida. Assim, jovens com mais Ideação suicida apresentam mais Comportamentos autolesivos, mais Tentativa de suicídio e mais Vontade de morrer do que jovens com menos Ideação suicida (ver Tabela 14).

**Tabela 14.** *Diferenças nos Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio e Vontade de morrer em jovens com maior e menor Ideação suicida.*

	Maior IS		Menor IS		Z-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Comportamentos autolesivos	0,997	0,639	0,373	0,752	-5,044	.000
Tentativa de suicídio	1,33	0,907	0,15	0,432	-5,922	.000
Vontade de morrer	2,50	1,263	0,80	0,894	-3,972	.000

Para observar o modo como as variáveis psicopatológicas (Depressão, Ansiedade e Stress) se comportam em jovens com maior e menor Ideação suicida, procedeu-se ao teste não- paramétrico *U de Mann-Whitney* para avaliar a Depressão e Stress (não seguem distribuição Normal) e ao teste *T-student* para avaliar a Ansiedade (segue distribuição Normal). A análise revelou que a Depressão, Stress e Ansiedade exibem diferenças estatisticamente significativas entre os jovens com maior Ideação suicida e menor Ideação suicida (ver Tabela 15). Deste modo, os adolescentes que apresentam mais Ideação suicida têm maiores níveis de Depressão, Ansiedade e Stress.

**Tabela 15.** *Diferenças na Depressão, Ansiedade e Stress em jovens com maior e menor Ideação suicida.*

	Maior IS		Menor IS		Z-test/t-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Depressão	1,907	0,821	1,087	0,847	-4,048	.000
Ansiedade	1,616	0,122	0,828	0,119	4,554	.000
Stress	1,833	0,744	1,351	0,738	-2,800	.005

No sentido da caracterização dos participantes e dado à elevada presença de Tentativas de suicídio nos jovens que recorreram aos três serviços (51%), importa considerar se há diferenças entre jovens com e sem Tentativas de suicídio.

Relativamente aos rácios de funcionamento familiar, coesão e flexibilidade não se encontram diferenças significativas entre jovens com e sem Tentativa de suicídio. Porém, para Comunicação familiar verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com Tentativa de suicídio e o grupo sem Tentativa de suicídio. Logo, em jovens que não cometeram uma Tentativa de suicídio observa-se melhores níveis de comunicação familiar. Por fim, a Satisfação familiar também exhibe diferenças estatisticamente significativas entre jovens com e sem Tentativa de suicídio. Assim, a ausência de tentativas de suicídio nos jovens revela melhores níveis de satisfação familiar (ver Tabela 16).

**Tabela 16.** *Diferenças na Comunicação e Satisfação familiar em jovens com e sem Tentativa de suicídio.*

	Com TS		Sem TS		t-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Comunicação	3,064	0,676	3,486	0,734	-2,805	.006
Satisfação	2,542	0,767	3,062	0,876	-2,947	.004

Com intuito de perceber como as variáveis dos comportamentos e cognições do espectro suicidário: Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Vontade de morrer se comportam em jovens com e sem Tentativa de suicídio foi realizado o teste não-paramétrico *U de Mann-Whitney*. A análise demonstrou que os Comportamentos autolesivos, a Ideação suicida e a Vontade de morrer exibem diferenças estatisticamente significativas entre jovens com e sem Tentativas de suicídio.

Assim, jovens que tenham feito pelo menos uma Tentativa de suicídio têm mais comportamentos autolesivos, mais ideação suicida e mais vontade de morrer quando fazem mal a si próprios (ver Tabela 17).

**Tabela 17.** *Diferenças nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Vontade de morrer em jovens com e sem Tentativa de suicídio.*

	Com TS		Sem TS		Z-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Comportamentos autolesivos	1,203	0,775	0,285	0,326	-6,399	.000
Ideação suicida	4,853	1,135	2,309	1,472	-6,397	.000
Vontade de morrer	2,76	0,995	0,86	0,99	-4,557	.000

Ainda, importa compreender como as variáveis psicopatológicas: Depressão, Ansiedade e Stress, se comportam entre os grupos com e sem Tentativa de suicídio. Deste modo, relativamente à Depressão e Stress foi realizado o teste não- paramétrico *U de Mann-Whitney* e para a Ansiedade realizou-se o *T-student*. Os dados demonstram que a Depressão, Ansiedade e Stress encontram diferenças estatisticamente significativas entre jovens com e sem Tentativa de suicídio. Assim, jovens que praticaram pelo menos uma tentativa de suicídio apresentam mais Depressão, mais Ansiedade e mais Stress em detrimento dos jovens que não tiveram este comportamento (ver Tabela 18).

**Tabela 18.** *Diferenças na Depressão, Ansiedade e Stress em jovens com maior e menor Ideação suicida.*

	Com TS		Sem TS		Z-test/t-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Depressão	2,025	0,697	1,191	0,915	-4,256	.000
Ansiedade	1,801	0,789	0,941	0,779	5,314	.000
Stress	1,957	0,653	1,727	0,780	-2,941	.003

## 2. Análise das Hipóteses de Investigação

No segundo momento deste capítulo, analisar-se-á as hipóteses de investigação propostas no presente estudo. Relembra-se que neste momento serão considerados os 83 jovens com Comportamentos autolesivos.

Relativamente à primeira hipótese (*Existem diferenças significativas nos Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer em função do sexo dos adolescentes com CAL*) foi realizado o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney. Esta hipótese pretende averiguar como se comportam estas variáveis entre rapazes e raparigas.

Os dados demonstram que a Tentativa de suicídio não apresenta diferenças entre os rapazes e raparigas. Porém, relativamente aos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Vontade de morrer existem diferenças entre o sexo masculino e feminino. Assim, as raparigas apresentam mais Comportamentos autolesivos, mais Ideação suicida e mais Vontade de morrer quando fazem mal a si próprias do que os rapazes (ver Tabela 19).

**Tabela 19.** *Diferenças nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Vontade de Morrer em Rapazes e Raparigas.*

	Masculino		Feminino		Z-test	p-value
	M	DP	M	DP		
Comportamentos autolesivos	0,551	0,543	0,994	0,582	-3,372	.001
Ideação suicida	3,145	1,630	4,358	1,553	-2,901	.004
Vontade de morrer	0,92	0,900	2,15	1,345	-2,716	.007

No que respeita à segunda hipótese (*Espera-se que adolescentes com melhor Funcionamento Familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão familiar, Rácio de Flexibilidade familiar), Comunicação e Satisfação familiar, apresentem menos Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer em jovens com CAL*) foi realizado uma correlação de *Pearson*. Esta hipótese pretende compreender se existe uma correlação significativa entre Funcionamento familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão familiar, Rácio de Flexibilidade familiar), Comunicação e Satisfação familiar e os Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer.

**Tabela 20.** *Matriz correlacional entre o Funcionamento familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão familiar, Rácio de Flexibilidade familiar), Comunicação e Satisfação familiar e os Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer.*

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I.Rácio Funcionamento Familiar	-											
II.Rácio de Coesão	.904**	-										
III.Rácio de Flexibilidade	.852**	.585**	-									
IV.Comunicação	.677**	.578**	.533**	-								
V.Satisfação	.749**	.663**	.663**	.844**	-							
VI.Comportamentos autolesivos	-.016	.037	-.031	-.305**	-.248**	-						
VII.Tentativa de suicídio	-.151	-.047	-.120	-.281*	-.368**	.700**	-					
VIII.Ideação suicida	-.162	.006	-.156	-.342**	-.372**	.621**	.695**	-				
IX.Querias Morrer	-.043	.120	-.025	-.288	-.289	.771**	.736**	.830**	-			
X.Depressão	-.242	-.252*	-.156	-.442*	-.428**	.316**	.380**	.581**	.372*	-		
XI.Ansiedade	-.237	-.243*	-.156	-.304**	.421**	.423**	.437**	.530**	.437**	.652**	-	
XII.Stress	-.292*	-.279*	-.156	-.431**	-.572**	.335**	.407**	.593**	.408**	.761**	.827**	-

Os resultados demonstraram que o Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão e Rácio de Flexibilidade não se correlacionam significativamente com nenhuma das variáveis propostas. Porém, a Comunicação familiar surge negativa e significativamente correlacionada com os Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio e Ideação suicida. Bem como a Satisfação familiar que se correlaciona negativa e significativamente com os Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio e Ideação suicida. Apesar das correlações entre Comunicação e Satisfação familiar com a Vontade de morrer não serem significativas, denota-se que são negativas e elevadas. Como forma de reposta à hipótese foi realizado uma matriz correlacional, como se pode observar na Tabela 20.

Para avaliar a terceira hipótese (*Quanto mais Depressão, Ansiedade e Stress, mais Comportamentos autolesivos, Ideação suicida, Tentativas de suicídio e Vontade de morrer em jovens com CAL*) foi efetuada uma correlação de *Pearson*. Assim, pretende-se avaliar se existe uma correlação significativa entre os sintomas psicopatológicos de Depressão, Ansiedade e Stress e os Comportamentos autolesivos, Ideação suicida, Tentativas de suicídio e Vontade de morrer.

Através da análise efetuada (ver Tabela 20) observa-se que, tanto a Depressão, como a Ansiedade e o Stress apresentam uma correlação positiva e significativa com os Comportamentos autolesivos, Tentativa de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer (“querias morrer”).

No que concerne à quarta hipótese (*Relativamente às variáveis psicopatológicas (Depressão, Ansiedade e Stress), a Depressão é a variável que tem maior impacto na Ideação suicida e a Ansiedade é a variável com maior impacto nos Comportamentos autolesivos e Tentativas de suicídio nos adolescentes com CAL*) realizou-se uma Análise de Regressão Múltipla com o método *stepwise*. Com o intuito de compreender qual a variável psicopatológica que apresenta maior efeito sob os Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Tentativas de suicídio.

**Tabela 21.** *Regressão Linear da Ansiedade como Preditor dos Comportamentos autolesivos.*

Preditor	Beta	R <sup>2</sup> Ajustado	p-value
Ansiedade	0.42	0.16	.000

**Tabela 22.** *Regressão Linear da Depressão e Stress como Preditores da Ideação Suicida.*

Preditor	Beta	R <sup>2</sup> Ajustado	p-value
Depressão	0.60	0.35	.000
Depressão	0.35	0.38	.024
Stress	0.32		.037

**Tabela 23.** *Regressão Linear da Ansiedade como Preditor da Tentativa de suicídio.*

Preditor	Beta	R <sup>2</sup> Ajustado	p-value
Ansiedade	0.43	0.17	.000

A análise dos dados demonstrou que é a Ansiedade que apresenta impacto nos Comportamentos autolesivos ( $\beta =,42$ ), sendo a variância explicada R<sup>2</sup> a =,16 (ver Tabela 21). Ainda, a Depressão é a variável com maior efeito na Ideação suicida ( $\beta =,60$ ) com uma variância explicada de R<sup>2</sup> a =,35, mas tanto a Depressão ( $\beta =,35$ ) como o Stress ( $\beta =,32$ ) apresentam impacto na Ideação suicida para uma variância explicada R<sup>2</sup> a =,38 (ver Tabela 22). Relativamente às tentativas de suicídio, a Ansiedade ( $\beta =,43$ ) é a variável com maior impacto com uma variância explicada de R<sup>2</sup> a =,17 (ver Tabela 23).

Para avaliar a quinta hipótese (*Relativamente às variáveis familiares (Funcionamento familiar, Coesão e Flexibilidade), Comunicação e Satisfação familiar, a Coesão é a variável que têm maior impacto nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Tentativas de suicídio nos adolescentes com CAL*) foi efetuado uma Análise de Regressão Múltipla com o método *stepwise*. Pretende-se avaliar qual das variáveis familiares tem exerce maior efeito sob os Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Tentativas de suicídio.

**Tabela 24.** *Regressão Linear da Satisfação e Funcionamento Familiar como Preditores dos Comportamentos autolesivos.*

Preditor	Beta	R <sup>2</sup> Ajustado	p-value
Satisfação familiar	-0.34	0.10	.013
Satisfação familiar Funcionamento familiar	-0.61 0.40	0.17	.001 .029

**Tabela 25.** *Regressão Linear da Satisfação familiar como Preditor da Ideação suicida.*

Preditor	Beta	R <sup>2</sup> Ajustado	p-value
Satisfação familiar	-0.44	0.18	.002

**Tabela 26.** *Regressão Linear da Satisfação familiar como Preditor da Tentativa de suicídio.*

Preditor	Beta	R <sup>2</sup> Ajustado	p-value
Satisfação familiar	-0.414	0.16	.002

Os dados evidenciam que a Satisfação familiar ( $\beta = -,34$ ) é a variável com maior impacto nos Comportamentos autolesivos com uma variância explicada de R<sup>2</sup> a =,10. Porém, tanto a Satisfação ( $\beta = -,61$ ) como o Funcionamento familiar ( $\beta = ,40$ ) apresentam efeito nos Comportamento autolesivos para uma variância explicada de R<sup>2</sup> a =,17 (ver Tabela 24). Relativamente à ideação suicida, a Satisfação familiar ( $\beta = -,44$ ) é a única variável que exerce efeito com uma variância explicada de R<sup>2</sup> a =,18 (ver Tabela 25). Também, a Satisfação familiar ( $\beta = -,414$ ) é a única variável com impacto na Tentativa de suicídio com uma variância explicada de R<sup>2</sup> a =,16 (ver Tabela 26).

## CAPÍTULO V

### DISCUSSÃO

Como já referido, a presente investigação foi realizada com o objetivo de caracterizar os adolescentes que se dirigem ao Núcleo de Estudos do Suicídio, Unidade de Dia e Consulta de Adolescência e descrever a frequência de comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio e ideação suicida nestes jovens. Pretendeu-se também caracterizar o funcionamento familiar (coesão e flexibilidade), comunicação e satisfação familiar, bem como sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade e stress) em jovens que apresentam comportamentos e cognições do espectro suicidário. Deste modo, tornou-se importante perceber se existia diferenças estatisticamente significativas entre os três subserviços aos quais os jovens recorreram, bem como entre rapazes e raparigas. Por último, tornou-se relevante conhecer quais das variáveis familiares (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar) e quais das variáveis psicopatológicas (depressão, ansiedade e stress) apresentam maior impacto nos comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio e ideação suicida.

Dada a possibilidade de caracterização desta população de jovens com comportamentos autolesivos, torna-se importante debruçarmo-nos sobre algumas das percentagens apresentadas. Observou-se que dos 100 jovens considerados, 83 praticaram pelo menos um comportamento autolesivo. A prevalência destes comportamentos revelou-se bastante elevada, porém, vai ao encontro da maioria das investigações realizadas com amostras clínicas (Nock M. K., Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Victor, Styer, & Washburn, 2015). Isto sugere que a prática de comportamentos autolesivos é frequente em adolescentes que estão em sofrimento.

Mas o que os presentes dados nos dizem é que dos 83 jovens que praticam CAL, 94.8% praticaram apenas uma vez, o que não é congruente com alguns estudos (Brausch & Gutierrez, 2010) que afirmam que a maioria dos jovens que apresenta CAL praticou-os mais do que uma vez. Isto pode dever-se a acompanhamentos prévios anteriores, o que, no entanto não torna menos interessante a nossa percentagem, pelo contrário, leva-nos a questionar o porquê? Será que assim que iniciaram essa prática, recorreram ao acompanhamento psicológico, tornando esse comportamento um acontecimento “isolado”? Irei abordar esta questão juntamente com a proposta para futuros estudos.

O facto do CAL mais praticado ser os cortes, dado que existe uma menor probabilidade de morte (Guerreiro & Santos, 2014), não é de certo modo congruente com os 77,7% dos jovens que

afirmaram ter Vontade de morrer aquando a prática de CAL. Porém, tanto os cortes como a vontade de morrer foram mais prevalentes no sexo feminino. Este dado levanta algumas questões: será que sobressai mais no sexo feminino pela sua maior representatividade? O que isto nos indica é que há mais raparigas e são elas que praticam mais cortes, sentido mais vontade de morrer durante a prática deste comportamento.

Estes dois dados, os CAL serem maioritariamente praticados uma vez e preferencialmente através dos cortes, podem ser pensados em conjunto quando remetemos para os possíveis significados dos comportamentos suicidários. Assim, pode-se pensar na tipologia de apelo: onde o comportamento autolesivo surge como um pedido de ajuda direto; ou do tipo desafio: o comportamento autolesivo surge numa tentativa de simetria para com os pais (Sampaio, 1991; 2002).

Relativamente aos comportamentos e cognições do espectro suicidário foi realçado que: 71,1% apresenta maior Ideação Suicida, 51% fizeram uma Tentativa de Suicídio e 77,7% demonstrou Vontade de Morrer. Ainda que a maior parte dos estudos realizados não apresentem percentagens de Ideação Suicida tão elevadas (possivelmente por serem realizados em ambiente comunitário e a presente investigação considerar uma população clínica) (Carvalho, et al., 2013), estes resultados convergem com as investigações que concluem que a prática dos comportamentos autolesivos é um factor de risco para a Ideação Suicida e que jovens com este comportamento apresentam mais ideação suicida relativamente aos que não o praticam (Brausch & Gutierrez, 2010; Victor, Styer, & Washburn, 2015). De facto este risco é observável quando olhamos para a percentagem elevadamente preocupante da Tentativa de Suicídio (51%) e Vontade de Morrer (77.7). Especialmente, quando nos confrontamos com outro estudo (Jacobson, Muchlenkamp, Miller, & Turner, 2008) que considera adolescentes em ambulatório psiquiátrico, onde 17% tinham realizado uma tentativa de suicídio. Assim, esta percentagem (51%) torna-se avassaladora quando observamos que a maioria (63.3%) tentou suicidar-se entre 2 a 10 vezes. Sendo uma amostra clínica, estes dados evidenciam o enorme sofrimento destes adolescentes.

Por outro lado, observou-se que os níveis de Depressão tiveram um grande papel nestes dados, visto que é confirmada a sua maior prevalência nos jovens com comportamentos autolesivos, como nos jovens com maior ideação suicida e ainda, nos jovens que fizeram tentativa de suicídio.

Ora, relativamente às variáveis psicopatológicas, dos 100 adolescentes: 55,8% tem maiores níveis de Depressão, 49% maiores níveis de Ansiedade e 48,4% maiores níveis de Stress. Esta prevalência de Depressão converge com outras investigações (Nock M. K., Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006), ainda que literatura mais recente (Madge, et al., 2011) tenha

vindo a indicar níveis superiores de ansiedade aos de depressão em adolescentes com CAL. Mas não quero deixar de realçar que dos 35 adolescentes que dizem ter Vontade de Morrer aquando a prática de um CAL, o stress foi a sintomatologia mais prevalente (60%). O facto do stress ter sido o mais expressivo em jovens que dizem ter vontade de morrer, aquando a prática de CAL, leva-nos a colocar a seguinte questão: será que os jovens que afirmam ter vontade de morrer são os jovens que estão a vivenciar acontecimentos de vida geradores de stress? Sabe-se que acontecimentos de vida negativos são um factor de risco para os comportamentos suicidários em adolescentes (Santos & Neves, 2014). Deste modo, os jovens que estariam a experienciar acontecimentos de vida negativos, estariam com níveis elevados de stress e assim, aquando a prática de um CAL teriam mais vontade de morrer.

Relativamente aos três subserviços aos quais os jovens recorreram, realça-se que apenas os Comportamentos autolesivos apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Tendo estes comportamentos sido mais elevados na Unidade de dia. Este dado pode ser justificado pela especificidade deste serviço, visto que os jovens que são encaminhados para acompanhamento em Unidade de Dia já têm acompanhamento anterior. Nestes jovens, o seu acompanhamento psiquiátrico ou psicológico anterior encontra-se em fase de estagnação, sugerindo que estão em sofrimento psíquico há mais tempo e assim, jovens que praticaram comportamentos autolesivos, praticam-nos há mais tempo podendo terem praticado CAL em maior número. A ausência de diferenças para as restantes variáveis vem de algum modo enfatizar a problemática dos comportamentos autolesivos na população adolescente.

No que concerne aos jovens com maior e menor ideação suicida, observou-se que não houve diferenças para o Funcionamento Familiar, Coesão e Flexibilidade. Estes dados não eram expectáveis concluindo-se como contraditórios à literatura, na medida em que jovens com Ideação Suicida apresentam menor qualidade do Funcionamento Familiar, Coesão e Flexibilidade (Knock & Shek, 2009; Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira, & Sampaio, 2013; Ahookhosh, Bahmani, Asgari, & Moghaddam, 2016). No entanto, surgem diferenças na Comunicação e a Satisfação familiar, sendo que os jovens com menos Ideação Suicida têm a percepção de melhor comunicação entre os elementos da família e estão mais satisfeitos com o seu sistema familiar. Este dado surge concordante com a literatura que diz que comportamentos e cognições do espectro suicidário surgem como uma meta-comunicação do seu mal-estar (Sampaio, 1991).

Apesar de não haver diferenças para o Funcionamento familiar, Coesão e Flexibilidade, sabe-se que a Comunicação e Satisfação atuam através destas dimensões. Assim, baixos níveis de Satisfação e

Comunicação familiar são característicos de famílias que se encontram nos extremos de Coesão e Flexibilidade. Logo, podemos inferir que nos jovens com maior Ideação Suicida, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, a sua qualidade de Funcionamento familiar e os seus níveis de Coesão e Flexibilidade apresentam-se desequilibrados.

Ainda, jovens com maior Ideação suicida apresentaram mais comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio, vontade de morrer, depressão, ansiedade e stress do que jovens com menor Ideação suicida. Estes dados são congruentes com a literatura (Sampaio, et al., 2000; Carvalho, Motta, Sousa, & Cabral, 2017) e com o presente estudo que revelou correlações positivas e significativas entre ideação suicida e as restantes variáveis supracitadas.

Quando consideramos a variável Tentativa de Suicídio, verificamos que se comporta de forma semelhante à da Ideação Suicida, sendo que os jovens com Tentativa de Suicídio têm piores níveis de comunicação e satisfação familiar do que os que não reportaram este comportamento. O facto da ideação suicida e da tentativa de suicídio apresentarem o mesmo comportamento com as restantes variáveis, pode dever-se à conceptualização teórica de que os comportamentos suicidários devem ser perspectivados num *continuum* que conduz o jovem à autodestruição. Ou seja, o jovem apresentaria inicialmente ideação suicida, seguida de um planeamento que o levaria a um ato suicida, i.e., a uma tentativa de suicídio; (Borges & Werlang, 2006a; Souza, et al., 2010a). Apesar deste continuum não ter um lugar estanque para os CAL e admitir que podem nem estar presentes, verifica-se que há mais CAL em jovens com ideação suicida e tentativas de suicídio, que é congruente com outras investigações.

No que concerne às hipóteses da presente investigação, a primeira hipótese pretendia confirmar se ***“Existem diferenças significativas nos Comportamentos autolesivos, Tentativas de suicídio, Ideação suicida e Vontade de morrer em função do sexo dos adolescentes”***. A hipótese foi parcialmente confirmada, no sentido que as raparigas apresentam mais comportamentos autolesivos, ideação suicida e vontade de morrer, contrariamente à tentativa de suicídio que não demonstrou diferenças entre os sexos. Por um lado, o facto de as raparigas apresentarem mais CAL vai ao encontro do que a literatura tem demonstrado, i.e., o sexo feminino apresenta maior tendência a praticar CAL e com maior frequência, mas com métodos menos agressivos. Contrariamente, os rapazes tendem a praticar atos suicidas mais agressivos e com maior letalidade (Hawton et al. 2012; Hamza et al. 2012). Deste modo, os estudos têm indicado que tanto a ideação suicida como as tentativas de suicídio são mais prevalentes no sexo feminino (Printein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Braga & Dell'Aglio, 2013), sendo que tal não acontece na presente investigação.

Pois apesar de as raparigas terem apresentado mais ideação suicida, não houve diferenças para a tentativa de suicídio entre os géneros. Logo, o que seria expectável seria que as raparigas apresentassem mais Comportamentos Autolesivos, Ideação Suicida e também Tentativas de Suicídio. Ainda, o facto da Vontade de morrer ter sido superior no sexo feminino vai contra o que estudos anteriores revelaram, afirmando que seriam os rapazes que têm maior vontade de morrer quando fazem mal a si próprios (Guerreiro D. , Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

Estes dados podem dever-se ao facto do sexo feminino apresentar maiores níveis de depressão, tal como a literatura tem descrito (Braga & Dell'Aglio, 2013) e também como se verificou em análises paralelas neste estudo. Sabendo-se que esta psicopatologia está forte e positivamente correlacionada com os comportamentos autolesivos e ideação suicida (Azevedo & Matos, 2014; Duggan, Heath, & Hu, 2015), como também demonstram os resultados, torna-se explicativo que sejam as raparigas a apresentar mais CAL e IS. Ainda, de modo geral a literatura tem demonstrado que em momentos de crise o sexo feminino é mais propenso a procurar ajuda (Meneghel et al., 2004). Neste sentido, as raparigas podem ter declarado mais CAL, IS e Vontade de morrer, não significando que o sexo masculino não os apresente, mas sim que não os manifeste.

Por outro lado, o sexo masculino tem sido caracterizado por uma maior impulsividade (Meneghel et al., 2004), podendo ser explicativo da ausência de diferenças das tentativas de suicídio entre os sexos. Ou seja, o facto de as raparigas não apresentarem mais tentativas de suicídio do que os rapazes como seria expectável, pode dever-se à elevada impulsividade no sexo masculino, atendendo ainda que são adolescentes e que esta fase do ciclo de vida é caracterizada, por si só, por um aumento da impulsividade.

Ainda, a Vontade de morrer correlacionou-se mais fortemente com os comportamentos autolesivos e com a ideação suicida do que com a tentativa de suicídio. Visto que os CAL e a IS são mais prevalentes nas raparigas pode sugerir que então, seja o sexo feminino que tem mais vontade de morrer quando faz mal a si próprio.

A segunda hipótese consistiu na proposta de que ***“Adolescentes com melhor Funcionamento Familiar, Comunicação e Satisfação apresentam menos CAL, Tentativas de Suicídio, Ideação Suicida e Vontade de Morrer”***. Esta hipótese foi parcialmente corroborada, na medida em que apenas quanto melhor Comunicação e Satisfação familiar, menos Comportamentos Autolesivos, Tentativa de Suicídio e Ideação Suicida. Ora o Funcionamento Familiar (rácio do funcionamento familiar, rácio da coesão e rácio de flexibilidade) parece não explicar os comportamentos e cognições do espectro suicidário, como já foi mencionado, não era, de facto, espectável. No entanto,

ainda que não possamos relacioná-las diretamente, parece-nos possível pensá-los indiretamente, sabendo que quanto melhor Coesão Familiar (mais equilibrada) menor Depressão, Ansiedade e Stress, e que se a presença de psicopatologia influencia os comportamentos autolesivos (Sampaio & Guerreiro, 2014), então menor Tentativa de Suicídio, Ideação Suicida e Vontade de Morrer.

Por outro lado, parece que a Comunicação e a Satisfação familiar têm “mais peso” nos comportamentos suicidários do que as restantes variáveis familiares. De certo modo, uma das definições dos comportamentos suicidários, é que surge como uma meta-comunicação do mal-estar do jovem para com a sua família (Sampaio, 1991).

No entanto, esta hipótese levantou algumas questões, nomeadamente por ir contra o que a literatura tem descrito, dado que a flexibilidade não apresenta correlações com nenhuma das variáveis (a literatura indica como característica familiar de adolescentes suicidas, a alta rigidez e baixa adaptabilidade familiar (Sampaio, 2002)). Ainda, nenhuma das variáveis familiares (funcionamento familiar, coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar) se correlaciona com a vontade de morrer, sendo que esta variável correlaciona-se significativa e positivamente com as variáveis do espectro suicidário e com as variáveis psicopatológicas. Logo, podemos inferir que se uma melhor comunicação e satisfação familiar leva a menos CAL, TS e IS, indiretamente haverá menor vontade de morrer nestes jovens.

A terceira hipótese procurou verificar se ***“Quanto maior os níveis de Depressão, Ansiedade e Stress, mais Comportamentos Autolesivos, Tentativa de Suicídio, Ideação Suicida e Vontade de Morrer”*** terão os jovens. Esta hipótese verificou-se na sua totalidade, confirmando o que a literatura tem descrito (Sampaio & Guerreiro, 2014). No entanto, destaca-se a Ideação Suicida, como a variável que apresenta a correlação mais elevada com as três psicopatologias, sendo a correlação mais forte com o Stress. Porém, estes jovens com Ideação Suicida estão mais deprimidos, do que ansiosos ou stressados. Isto vai ao encontro de um estudo realizado por Gilbert, McEwan, Bellew, & Mills (2009), em adultos deprimidos, o stress foi a variável que apresentou uma maior correlação com o *self-harm*. A diferença é que este estudo foi realizado com adultos e a correlação foi com o *self-harm*, porém *self-harm* e ideação suicida surgem fortemente correlacionadas tanto na literatura como na presente investigação. Isto é, não é incongruente que haja uma maior correlação entre a ideação suicida e o stress, mas que o que prevaleça das psicopatologias seja a depressão como a mais elevada. Considera-se este dado interessante e talvez com possíveis implicações para a prática clínica, visto que nesse contexto é uma dada maior atenção à depressão e ansiedade, descurando, por vezes, os níveis de stress.

Relativamente às restantes hipóteses, ainda que diferentes, têm como objetivo comum o de averiguar qual o impacto das variáveis familiares e psicopatológicas nos comportamentos e cognições do espectro suicidário:

A quarta hipótese pretendia avaliar se a ***“Relativamente às variáveis psicopatológicas (Depressão, Ansiedade e Stress), a Depressão é a variável que tem maior impacto na Ideação suicida e a Ansiedade é a variável com maior impacto nos Comportamentos autolesivos e Tentativas de suicídio”***. Mais uma vez, esta hipótese foi totalmente corroborada. De acordo com a literatura, confirma-se que a depressão seja o maior preditor da ideação suicida (Au, Lau, & Lee, 2009; Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2013; Azevedo & Matos, 2014). No entanto, no que concerne aos Comportamentos Autolesivos e Tentativa de Suicídio surge a Ansiedade como a variável psicopatológica com maior impacto nestes comportamentos. Como foi demonstrado na revisão de literatura, existem estudos que indicam *por vezes* a depressão e *por vezes* a ansiedade como o maior preditor de comportamentos do espectro suicidário. Porém, investigações mais recentes têm apontado a ansiedade como a psicopatologia que mais explica o envolvimento dos jovens nestes comportamentos (Tuisku, et al., 2014; Bentley, et al., 2016). O fato da depressão ser o preditor da Ideação Suicida e a Ansiedade revelar-se o preditor dos Comportamentos Autolesivos e Tentativa de Suicídio, vai ao encontro do que Nock, et al. (2009) afirma: a depressão está associada a pensamentos suicidas, enquanto a ansiedade leva as pessoas a ter um comportamento suicida.

Podemos ainda explorar estes dados quando pensamos no Modelo de regulação dos afetos que sugere que o comportamento autolesivo decorre da necessidade de expressar sentimentos que não podem ser expressos verbalmente, tais como a ansiedade (Suyemoto, 1998). Deste modo, a Ansiedade, surge como preditor dos Comportamentos Autolesivos e Tentativa de Suicídio, provavelmente numa tentativa de regular as emoções através de uma expressão comportamental.

Não obstante a depressão ser a variável com maior impacto, os dados revelaram também que o stress juntamente com a depressão contribuir, em parte, para o efeito da ideação suicida. Este dado pode ir ao encontro dos resultados obtidos: pois se o Stress é a variável psicopatológica correlacionada mais fortemente com a Ideação Suicida e se apesar disso, estes jovens estão mais deprimidos, então ambas surgem como fatores que contribuem para o jovem desenvolver ideação suicida.

A quinta hipótese pretendia aferir que ***“Relativamente às variáveis familiares, Funcionamento familiar (Rácio do Funcionamento familiar, Rácio de Coesão e Rácio Flexibilidade),***

*Comunicação e Satisfação familiar, a Coesão familiar é a variável que tem maior impacto nos Comportamentos autolesivos, Ideação suicida e Tentativas de suicídio”*. Deste modo, a hipótese proposta não foi corroborada, no sentido que a Satisfação Familiar foi a variável que apresentou maior impacto nos Comportamentos Autolesivos, Tentativa de Suicídio e Ideação suicida. Porém, relativamente aos comportamentos autolesivos, surge também o Funcionamento familiar juntamente com a Satisfação como impactantes nestes comportamentos.

Este resultado é de certa forma inesperado, na medida em que a literatura tem destacado os níveis desequilibrados de coesão como os mais impactantes nos comportamentos e cognições do espectro suicidário em adolescentes (Ahookhosh, Bahmani, Asgari, & Moghaddam, 2016). No entanto, a própria definição de satisfação familiar inclui as outras três dimensões: coesão, flexibilidade e comunicação, avaliando o grau de satisfação do jovem nestas três vertentes. Deste modo, pode-se especular que o que tem impacto nos comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio e ideação suicida, não são os níveis de coesão, flexibilidade e comunicação em si mesmos, mas a perceção que o jovem tem de que esses níveis são adequados a si ou não. Ou seja, podemos supor que um adolescente cuja coesão familiar seja desagregada ou aglutinada, i.e., desequilibrada, pode perceber esse nível de coesão familiar como insatisfatório, ou não.

Ainda que este dado seja inesperado com o que a literatura tem descrito, é congruente com os resultados obtidos na segunda hipótese. Onde a Satisfação familiar se correlacionou com as variáveis dos comportamentos do espectro suicidário, o que não aconteceu com o Funcionamento Familiar, Coesão e Flexibilidade.

**Em conclusão**, a presente investigação permitiu explorar as relações entre funcionamento familiar, comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio, ideação suicida, vontade de morrer, depressão, ansiedade e stress em adolescentes que procuram ajuda e se magoam a si próprios. Foi possível confirmar, que jovens com melhores níveis de comunicação e satisfação familiar apresentarão menos comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio, ideação suicida e vontade de morrer. Bem como, a presença de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress) está correlacionada com a prática de comportamentos autolesivos, tentativa de suicídio, ideação suicida e vontade de morrer no adolescente. Ainda, através dos dados foi possível compreender que a ansiedade é a variável com maior impacto nos CAL e TS, e a depressão na IS. Sendo que a satisfação familiar surgiu como o fator familiar com maior efeito nos CAL, TS e IS.

Apesar da presente investigação ter revelado dados pertinentes, importa assinalar algumas possíveis limitações. A primeira limitação prende-se com a diferença no número de participantes

correspondentes a cada um dos três subserviços. Sendo que a Consulta de Adolescência tem consideravelmente mais participantes que os restantes serviços considerados, podendo levar a eventuais enviesamentos nos resultados obtidos. Uma segunda limitação prende-se com o número de participantes observados poder ser reduzido para alcançar resultados mais conclusivos e extrapoláveis.

Sugere-se que em estudos futuros, a temática dos comportamentos e cognições do espectro suicidário seja mais investigada e em variadas áreas geográficas de Portugal. Pois como se pôde observar, o número de adolescentes que se envolvem nestes comportamentos foi consideravelmente elevado. Para além dos jovens que não aceitaram participar neste estudo ou que se dirigiam a outros serviços. Ainda, dentro do estudo dos comportamentos autolesivos, torna-se pertinente em futuras investigações ser explorado as funções que estes comportamentos podem assumir. Com o intuito de averiguar os diversos significados que os comportamentos autolesivos podem admitir. No sentido de uma compreensão mais profunda seria relevante desenvolver um estudo qualitativo ou longitudinal. Um estudo longitudinal permitiria aferir o impacto da intervenção psicológica que tem sido aplicada nestes comportamentos. Ainda, ao investigar o funcionamento familiar, considerar as perceções de outros elementos do sistema familiar, como por exemplo o pai e mãe, para se compreender de forma mais completa as variáveis familiares em adolescentes que se magoam a si próprios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahookhosh, P., Bahmani, B., Asgari, A., & Moghaddam, H. H. (2016). Family Relationship and Suicide Ideation: The Mediating Roles of Anxiety, Hopelessness, and Depression in Adolescents. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction.*, 1-7. doi:10.5812/ijhrba.31573.
- Alarcão, M. (2008). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2013). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, 1-6.
- Araújo, L. d., Vieira, K. F., & Coutinho, M. d. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Pico-USF*, 15(1), 47-57.
- Au, A. C., Lau, S., & Lee, M. T. (2009). Suicide ideation and depression: The moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44(176), 851- 868.
- Auerbach, R. P., Millner, A. J., Stewart, J. G., & Esposito, E. C. (2015). Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters. *Journal of Affective Disorders*, 127-133.
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191.
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. (2014). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescence: Longitudinal Course, Trajectories, and Intrapersonal Predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 369-380.

- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 30-46.
- Bhandarkar, K. (2005). *Adolescent Development: Perspectives and Frameworks. A Discussion Paper*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine, 37*(3), 431-440.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. (2006b). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 345-351.
- Borges, V., & Werlang, B. (2006a). Estudo de ideação suicida e adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(2), 195-209.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Braga, L., & Dell'Aglio, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos, 6*(1), 2-14.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 233-242.
- Capron, D. W., Allan, N. P., Ialongo, N. S., Leen-Feldner, E., & Schmidt, N. B. (2015). The depression distress amplification model in adolescents: A longitudinal examination of anxiety sensitivity cognitive concerns, depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence, 17-24*.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal Behavior and Depression in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*(4), 361-368.

- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., . . . Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Carvalho, C., 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*, 00(00), 1-11. doi:10.1590/1516-4446-2016-1923
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self-destructive behaviours: An exploratory analysis of family and individual correlates. *Behavioral Psychology*, 21(2), 271-288.
- Dias Cordeiro. (1988). *Os Adolescentes por dentro*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Duggan, J., Heath, N., & Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(21), 1-12.
- Erikson, E. (1976). *Identidade: Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Espanca, F. (2011). Silêncio. Em P. Neves da Silva, *Citações e Pensamentos de Florbela Espanca*. Lisboa: Casa das Letras.
- Eurostat, S. (14 de 1 de 2017). Estatísticas sobre causas de morte. Portugal.
- Ferreira Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A., Machado, B., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24, 536-541.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). Em M. R. Simões, Gonçalves, & Almeida, *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

- Ferreira, J. M. (2014). Suicídio e perturbações da ansiedade: qual o risco? Em C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: LIDEL.
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., & Mills, A. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 123-136. doi:10.1348/147608308X379806
- Ginott, H. G. (1982). *Between Parent & Teenager*. Avon.
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171-178.
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H., Martins, C., Miranda, M., & Coutinho, S. (2017). Validação e Adaptação da Escala de Avaliação de Coesão e Flexibilidade Familiar para a população portuguesa (FACES IV). *Manuscript in preparation*.
- Guerreiro, D. F. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 31(2), 213-222.
- 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, 83-99. doi:10.1080/13811118.2015.1004480
- Guerreiro, G., & Santos, N. (2014). Suicídio. Em M. Figueira, D. Sampaio, & P. Afonso, *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 286-306). Lisboa: Lidel.

- Halicka, J., & Kiejna, A. (2015). Differences between suicide and non-suicidal self-harm behaviours: a literary review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *3*, 59-63. doi:10.12740/APP/58953
- 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., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, *379*, 2373-2382.
- Ibrahim, N., Amit, N., Din, N., & Ong, H. (2017). Gender differences and psychological factors associated with suicidal ideation among youth in Malaysia. *Psychology research and behavior management*, *10*, 129-135.
- Jacobson, C. M., Muchlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, B. J. (2008). Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(2), 363-375.
- Knock, S. Y., & Shek, D. T. (2009). Social problem solving, family functioning and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, *44*(174), 391-406.
- Lai, K. W., & Chang, C. M.-B. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, *36*(2), 81-87.
- Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa: Climepsi.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343 .

- Machell, K. A., Rallis, B. A., & Smythers, C. E. (2016). Disorders Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders, 40*, 1-7.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., Leo, D., Wilde, E., . . . 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 and Adolescent Psychiatry, 20*(10), 499-508. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul, 1*, 65-74.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Meneghel, S., Victoria, C., Faria, N., Carvalho, L., & Falk, J. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública, 38*(6), 804-810.
- Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: LIDEL.
- Moreira, L., & Bastos, P. (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.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363.
- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd- Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*, 65-72.

- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*, 65-72.
- Nock, M., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (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.
- Olson, D. (2004). Family Satisfaction Scale (FSS) . *Life Innovations, Inc.*, 1-9. Obtido de <http://www.laviecounseling.org/vfh/vfhasm/FACESIV.FamilySatisfactionScale.pdf>
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(1), 64-80.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167.
- Olson, D., & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*, 144-167.
- Ordaz , O., Vinagre, G., Santos, N., Gouveia- Pereira, M., Oliveira, A., & Sampaio, D. (2003). Representações sociais do suicídio em jovens com comportamentos auto-destrutivos. *Psiquiatria Clínica, 24*(25), 147-153.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psychologica. Psicologia, Saúde e Doença, 5*(2), 229-239.

- Printein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T., & Grapentine, W. L. (2000). Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.
- Queirós, O. (2014). Perturbações de humor na adolescência. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da infância e da adolescência*. Lisboa: LIDEL.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire*. Psychological Assessment Resources.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psychologia*, 31, 85-92.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. F. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: LIDEL.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. d., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2(18), 139-155.
- Santos, J. M. (1998). *Suicídio e autópsia psicológica: estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas*. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Santos, N., & Neves, E. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. Em C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (pp. 225-240). Lisboa: LIDEL.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Frierich, W. N. (2009). Adolescent Deliberate Self-Harm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate. *Journal of research on adolescence*, 19(1), 75-91.

- Souza, L. D., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010a). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
- Souza, L. D., Silva, R. A., Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, B. L., & Pinheiro, R. T. (2010b). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37-41.
- Stewart, J., Esposito, E., Glenn, C., Gilaman, S., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 105-112.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tuisku, V., Kiviruusu, O., Pelkonen, M., Karlsson, L., Strandholm, T., & Marttunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults – Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 152(154), 13-319.
- Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(20), 1-8.
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 114, 114-120.
- Werlang, B. S., 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.
- WHO. (2009). *World Suicide Prevention Day Media Release: Suicide Prevention*.

Yen, C.-F., Lai, C.-Y., Ko, C.-H., Liu, T.-L., Tang, T.-C., Wu, Y.-Y., & Yang, P. (2014). The Associations between Suicidal Ideation and Attempt and Anxiety Symptoms and the Demographic, Psychological, and Social Moderators in Taiwanese Adolescents. *Archives of Suicide Research, 18*, 104-116.

## **ANEXOS**

## Anexo A- Consentimento Informado



### Consentimento Informado

Eu \_\_\_\_\_, aceito participar de livre e espontânea vontade no presente projecto que visa a recolha de informação acerca dos comportamentos que jovens da idade do meu filho possam ter. Ao participar neste estudo, comprometo-me a responder ao questionário solicitado.

Estou consciente de que ao participar, estou a contribuir para o desenvolvimento da investigação nesta área, contudo não existe qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração. Compreendo assim que a minha contribuição para o mesmo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta de forma prejudicial na minha pessoa.

Entendo ainda que toda a informação recolhida para este projecto, será tratada de forma confidencial, não havendo assim o risco da minha identidade ser revelada para qualquer outra publicação ou relatório que nada tenha a ver com o presente estudo. A sua privacidade será protegida através do uso de uma sigla, sem qualquer identificação.

Este estudo está inserido no âmbito de um projecto de investigação desenvolvido por o NES (Núcleo de Estudos do Suicídio), em parceria com o ISPA- Instituto Universitário.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Data)

## Anexo B- Autorização



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA



### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o meu educando \_\_\_\_\_ a participar no estudo que está a ser desenvolvido pelo NES (Núcleo de Estudos do Suicídio) e o ISPA- Instituto Universitário. A participação pressupõe o preenchimento de um questionário, anónimo e confidencial, cujo objetivo é aumentar o conhecimento sobre os comportamentos dos jovens.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Data)

## Anexo C- Folha de Rosto do Questionário



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA



**NES**  
NÚCLEO DE ESTUDOS DO SUICÍDIO

Este estudo está a ser desenvolvido pelo NES (Núcleo de Estudos do Suicídio) e o ISPA – Instituto Universitário e servirá para que possamos conhecer alguns comportamentos que os jovens da tua idade podem ter. As tuas respostas sinceras são para nós muito importantes.

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

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

Aceitas participar neste estudo?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Questionário nº \_\_\_\_\_