



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O IMPACTO DAS VARIÁVEIS RELACIONAIS E
INDIVIDUAIS NA ADOLESCÊNCIA: RELAÇÃO COM A
IDEAÇÃO SUICIDA E OS COMPORTAMENTOS
AUTOLESIVOS**

SILENE SILVESTRE DE SOUSA

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 CLÍNICA

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

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de várias pessoas. Agradeço em especial:

À minha orientadora de dissertação, Professora Maria Gouveia-Pereira, pelos ensinamentos, pelo apoio e disponibilidade e encorajamento permanente.

Ao Dr. José Pacífico, por me ter aberto a porta da (nossa) escola e por me ter recebido de braços abertos em todas as ocasiões, o meu profundo agradecimento.

Ao João Cunha, pelo constante incentivo e dedicação com que sempre me brindou. Agradeço a inestimável ajuda e colaboração na recolha de dados, disponibilidade e ideias partilhadas.

À Susana B. por me acompanhar desde sempre nos piores e melhores momentos sempre com uma alegria e humor negro contagiante.

À Elisabete M. pela inesgotável amizade, ajuda e aprendizagem, pela experiência e emoções partilhadas que tanto me ajudaram a crescer ao longo desta grandiosa caminhada.

À Ana M., obrigada por me ajudar a descomplicar o complicado sempre com simpatia e boa disposição.

Às minhas sisters Elisabete V., Joana M. e Inês A. pela amizade, alegria e motivação constantes nestes anos de transformação e crescimento.

À Elsa V. e à sua linda família por serem também a minha família ao longo destes anos.

À minha querida filha Beatriz, por todo o apoio e amor incondicional, pela paciência e compreensão e pelo saber esperar quando não me era possível dedicar-lhe toda a atenção que merecia.

Aos meus pais. O sentimento de gratidão que tenho não tem descrição possível. Sem qualquer dúvida, sem vocês não teria sido possível chegar aqui.

E por fim, ao Pedro A. por ter aparecido na altura certa.

RESUMO

A ideação suicida e os comportamentos autolesivos representam um fenómeno de elevada relevância e com graves implicações na adolescência. Este estudo tem como objetivo analisar o impacto que o funcionamento familiar e o suporte social têm na ideação suicida e nos comportamentos autolesivos entre os adolescentes, bem como explorar a relação entre a ansiedade, a depressão e o stresse e a ideação suicida e o envolvimento nestes comportamentos. Pretendeu-se ainda analisar a relação existente entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos. Participaram 264 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos, provenientes de um estabelecimento de ensino do distrito de Lisboa, aos quais foram aplicados os instrumentos: Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES IV) (Olson, 2011), Escala *Social Support Appraisals* (SSA) (Antunes & Fontaine, 2005), Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), Inventário dos Comportamentos Autolesivos (Duarte, Gouveia-Pereira & Sampaio, 2017) e Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Ferreira & Castela, 1999). Os resultados revelaram que quanto mais equilibrado o funcionamento familiar dos adolescentes e que quanto melhor o suporte social da família, menor ideação suicida e comportamentos autolesivos apresentam. Quanto ao efeito do suporte social dos amigos, verificou-se igualmente uma associação a um menor risco de ideação suicida, contudo, não se verificou associação com os comportamentos autolesivos. Constatou-se ainda que, as variáveis individuais estabelecem uma relação com a ideação suicida e com os comportamentos autolesivos, demonstrando que os adolescentes que apresentam níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse, revelam maior ideação suicida e maior envolvimento em comportamentos autolesivos. Foi possível verificar a relação existente entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos.

Palavras-chave: Funcionamento Familiar, Suporte Social, Ansiedade, Depressão e Stresse, Ideação Suicida, Comportamentos Autolesivos.

ABSTRACT

The suicidal ideation and self-injurious behavior represent a highly relevant phenomenon with serious implications in the adolescence. This study aims to analyse the impact that the family system and social support have in suicidal ideation and in self-injurious behavior among adolescents, as well as to explore the relationship between anxiety, depression and stress and suicidal ideation and the mentioned self-injurious behaviour. This work also aims to comprehend the relationship between suicidal ideation and self-injurious behavior. In this study participated 264 adolescents with ages between 15 and 20 years old, students of a school in Lisbon, to whom the following instruments were applied: Flexibility and Familiar Cohesion Evaluation Scale (FACES IV) (Olson, 2011), Social Support Appraisals (SSA) (Antunes & Fontaine, 2005), Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), Inventory of Self-injurious Behaviors (Duarte, Gouveia-Pereira & Sampaio, 2017) and Suicidal Ideation Questionnaire (Ferreira & Castela, 1999). The analysis of the results showed that the more balanced the family system of the adolescents, and the better social support from family, the less suicidal ideation and self-injurious behavior they show. In what concerns the influence that the social support from friends represent, this work shows that the risk of suicidal ideation is decreased, however, it was not possible to establish a relationship to self-injurious behavior. It was also possible to verify that individual characteristics are directly related to suicidal ideation and self-injurious behavior, showing that adolescents who present high levels of anxiety, depression and stress, are prone to suicidal ideation and to the development of self-injurious behavior. Furthermore, it was also possible to establish a relationship between suicidal ideation and self-injurious behavior.

Key-words: Familiar System, Social Support, Anxiety, Depression and Stress, Suicidal Ideation, Self-injurious Behavior.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. Adolescência	1
2. O Funcionamento Familiar	3
2.1. Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares.....	4
2.2. Coesão Familiar	4
2.3. Flexibilidade Familiar	5
2.4. Comunicação Familiar	6
2.5. Satisfação Familiar	6
2.6. Tipos de Família	7
3. Suporte Social	7
4. Comportamentos Suicidários	9
4.1. Ideação Suicida.....	10
4.2. Comportamentos Autolesivos (CAL).....	11
4.3. Relação entre a Ideação suicida e Comportamentos Autolesivos e o Funcionamento Familiar.....	15
5. Variáveis Individuais: Ansiedade, Depressão e Stresse	16
5.1. Ansiedade.....	16
5.2. Depressão	18
5.3. Stresse.....	19
5.4. Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stresse e a Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos.....	20
6. Objetivos e Hipóteses	22
MÉTODO	24
1. Participantes.....	24
2. Instrumentos.....	25
2.1 Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar.....	25
2.1.1 Operacionalização da escala FACES IV	27
2.2. Escala <i>Social Support Appraisals</i> (SSA)	27
2.3. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)	28

2.4. Inventário dos Comportamentos Autolesivos	29
2.5. Questionário de Ideação Suicida (QIS)	30
2.6. Questionário Sociodemográfico.....	31
3. Procedimento.....	31
RESULTADOS	33
1. Funcionamento Familiar e Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos	37
2. Suporte Social e Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos.....	39
3. Ansiedade, Depressão e Stresse e Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos	40
4. Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos	42
DISCUSSÃO.....	44
1. Relação entre o Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos.....	48
2. Relação entre o Suporte Social e a Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos	49
3. Relação entre Ansiedade, Depressão e Stresse e Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos.....	51
4. Relação entre a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos	52
5. Considerações Finais	53
6. Limitações e propostas para futuros estudos	54
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS.....	64
ANEXO A – Estatística Descritiva da Amostra	65
ANEXO B - Instrumento FACES IV	67
ANEXO C – Instrumento de Suporte Social	73
ANEXO D – Instrumento de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)	76
ANEXO E – Instrumento de Comportamentos Autolesivos	80
ANEXO F – Instrumento de Ideação Suicida	84
ANEXO G - Autorizações para os Encarregados de Educação	87
ANEXO H – Análise Descritiva da Ideação Suicida e dos Comportamentos Autolesivos.....	88
ANEXO I - Funcionamento Familiar e Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos.....	101
ANEXO J – Suporte Social e Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos	102
ANEXO K – Variáveis Individuais e Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos.....	103
ANEXO L – Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos.....	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da Amostra em função da Idade e do Sexo	24
Tabela 2: Frequências do Ano de Escolaridade em função do Sexo.....	24
Tabela 3: Estatística Descritiva e Consistência Interna das Escalas e Subescalas do Faces IV.....	26
Tabela 4: Correspondência dos Itens Finais da Escala Social Support Appraisals (SSA)	28
Tabela 5: Distribuição da variável Ideação Suicida de acordo com o Sexo.....	33
Tabela 6: Distribuição da variável Comportamentos Autolesivos de acordo com o Sexo	34
Tabela 7: Análise das diferenças de Ideação Suicida e de CAL de acordo com o Sexo	34
Tabela 8: Distribuição da variável Ideação Suicida de acordo com os Comportamentos Autolesivos	35
Tabela 9: Frequência dos tipos de Comportamentos Autolesivos	36
Tabela 10: Análise de Correlações entre as Variáveis em Estudo.....	39
Tabela 11: Análise de Correlações entre as Variáveis em Estudo.....	40
Tabela 12: Análise de Correlações entre as Variáveis em Estudo.....	40
Tabela 13: Resultados do Teste Post Hoc de Tukey HSD para a Ideação Suicida em função da frequência de Comportamentos Autolesivos (CAL).....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fórmulas para Obtenção dos Rácios do Modelo Circumplexo. Adaptada de “FACES IV Manual” (Olson, 2010).....	27
---	----

INTRODUÇÃO

1. Adolescência

O termo adolescência deriva do latim *adolescere* que significa crescer, um processo de desenvolvimento e de maturação caracterizada por enormes mudanças fisiológicas e psicossociais (Guerreiro, 2014; Sampaio, 2006).

A adolescência corresponde a uma etapa fundamental do desenvolvimento humano. É considerado um período de transição entre a infância e a idade adulta, que se inicia com as transformações da puberdade (por volta dos 10/12 anos) e termina com a entrada na vida adulta (por volta dos 18/20 anos), não estando o seu final claramente delimitado uma vez que existem variações conforme a evolução da própria sociedade (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004; Marcelli & Braconnier, 2005).

Muitas vezes conceptualizado como um período de crise e de profundo sofrimento psicológico (Guerreiro, 2014), o processo da adolescência é descrito na literatura como um período de enorme fragilização e vulnerabilidade que impõe a urgência de múltiplas transformações a vários níveis, nomeadamente a nível físico, psicológico, social e cognitivo (Mesquita, Ribeiro, Mendonça e Maia, 2011). Tal como refere Matos (2005), a adolescência caracteriza-se essencialmente pela integração psíquica de todas as transformações corporais e relacionais, bem como a incorporação de todos os novos elementos delas decorrentes que permitem a construção da identidade e da autonomia do adolescente. Sampaio (2006) afirma que são a construção da identidade, os valores e a definição das questões da sexualidade que vão possibilitar a entrada na idade adulta, marcando assim o final da adolescência.

Segundo Marcelli e Braconnier (2005), a crise que decorre da adolescência remete para um conflito de desenvolvimento, sentido por todos os adolescentes, em maior ou menor grau. Segundo a abordagem freudiana, a adolescência é um momento de reorganização psíquica, dominada pelo efeito da puberdade sobre o psiquismo, pela frequência de movimentos depressivos (narcísicos ou objetais), pelos diferentes lutos (luto das ilusões e das imagens parentais) e pelas interrogações sobre a identidade (Marcelli & Braconnier, 2005; Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). Para Marcelli e Braconnier (2005), trata-se de uma crise porque o adolescente no decorrer da reorganização experiencia mudanças, contradições e conflitos, cuja evolução o pode lançar numa deceção permanente ou, no sentido contrário, numa conquista sobre si próprio.

É importante salientar que situações de conflito, passagens ao ato ou comportamentos de oposição não constituem por si mesmos sintomas significativos de uma patologia, uma vez que combater ou evitar pulsões, amar ou odiar os pais, revoltar-se ou ser dependente, tornam-se posições extremas cujas oscilações são na adolescência, o sinal da emergência progressiva duma “estrutura adulta da personalidade” (Marcelli & Braconnier, 2005, p. 70). Ainda segundo Marcelli e Braconnier (2005), os diferentes tipos de crise do adolescente não são mais do que a expressão manifesta de uma experiência de rutura que pode dolorosamente pôr em causa o mundo interno (a continuidade psíquica, a continuidade de si, a utilização dos mecanismos de defesa, a organização das identificações e dos sistemas de ideais) e o mundo externo (o paradoxo das relações familiares, fiabilidade dos vínculos de pertença ao grupo e a eficácia do código de sociabilidade) dos adolescentes.

Segundo Braconnier e Marcelli (2000), o comportamento do adolescente abrange uma dimensão coletiva e social, no sentido em que, para o adolescente agir é uma forma de comunicação, de provocar a resposta dos outros, de entrar em diálogo com a família e com o grupo e não apenas para afirmar a sua existência e a sua identidade. Neste sentido, virar a agressividade contra si constitui um ataque contra o próprio corpo mas ao mesmo tempo, é também uma forma de provocar a reação dos outros, sobretudo dos respetivos pais (Braconnier & Marcelli, 2000).

Por ser um período de viragem significativa onde o adolescente experiencia momentos de rutura e de instabilidade emocional, torna-se particularmente difícil diferenciar o que é patológico do que é normal, uma vez que um comportamento pode ter diferentes significados no que respeita à sua normalidade e conforme a fase maturativa em que o adolescente se encontra (Monteiro & Confraria, 2014). Neste sentido, para Sampaio e Guerreiro (2014), a adolescência normal caracteriza-se por sentimentos de pertença à família, ao grupo de pares e à comunidade bem como por uma capacidade de lidar com as emoções, enquanto que, no extremo oposto, a adolescência patológica exprime-se através da falta de esperança e incapacidade para lidar com as emoções, assim como pela incapacidade de estruturar um sentido de pertença ou manter um sentimento de bem-estar (Sampaio & Guerreiro, 2014). Como acrescentam Monteiro e Confraria (2014), algumas características do comportamento do adolescente podem ser indicadores fundamentais na diferenciação entre o normal e o patológico, nomeadamente na consistência, repetição, duração e contexto em que surgem esses mesmos comportamentos, sendo extremamente necessário ter em conta o funcionamento psíquico subjacente, a existência de acontecimentos de vida negativos e o seu impacto na evolução do adolescente.

De facto, sabendo-se que durante o período da adolescência ocorrem importantes modificações, compreende-se que as mesmas poderão estar na origem de diversas perturbações, quer emocionais quer comportamentais, comprometendo deste modo a adaptação psicossocial do adolescente. Neste sentido, sabendo-se igualmente que neste período existe uma grande probabilidade de envolvimento em comportamentos suicidários, nomeadamente comportamentos autolesivos e suicídio, é importante salientar que fatores relacionais tais como o funcionamento familiar e o suporte social, assim como determinados fatores individuais (e.g., o género, perturbações de ansiedade, depressão e stresse) desempenham um papel preponderante no desenvolvimento e na adoção ou não, destes comportamentos (Mesquita et al., 2011).

2. O Funcionamento Familiar

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento, na saúde e bem-estar dos seus membros (Tomé, Camacho, Matos & Diniz, 2011). Considerando o contexto familiar como um espaço privilegiado para o indivíduo (Alarcão, 2006), torna-se bastante importante analisar o funcionamento da família, de forma a compreender como se estruturam os processos no respetivo sistema.

É possível verificar que atualmente as famílias variam bastante em termos de configuração ou composição e que o funcionamento dos membros da família pode tomar variadas formas. Contudo, apesar das modificações ocorridas na estrutura da família (e.g., família nuclear, monoparental, reconstituída) a importância de uma unidade familiar equilibrada para o desenvolvimento adequado dos seus membros, mantém-se essencial ao longo dos tempos (Krüger & Werlang, 2010). Compreende-se, desta forma, que um bom vínculo emocional entre os membros de uma família e um suporte familiar adequado estabelecido sobretudo durante a adolescência, independentemente da configuração familiar, é de vital importância na prevenção de perturbações emocionais e comportamentos de risco, nomeadamente no envolvimento em comportamentos suicidários (Braga & Dell’Aglia, 2013).

Importa salientar que, ao longo do ciclo vital, a família atravessa alguns períodos marcados por várias mudanças e que, embora considerados normativos ou transitórios para a família, podem ser experienciados com alguma tensão (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014). Nas palavras de Alarcão, relativamente à adolescência: “É impossível pensar esta etapa do ciclo vital da família sem a conceber como um período de grandes mudanças” (2006, p. 167). Para Gouveia-Pereira et al. (2014), todas as mudanças ou mesmo acontecimentos inesperados (e.g., divórcio, morte) são considerados momentos de crise que impõem a todos os membros alterações e adaptações nas suas interações e na estrutura e dinâmica familiar. Estas mudanças,

quer sejam individuais quer sejam familiares, podem aumentar a probabilidade de disfunção na família e/ou problemas de desenvolvimento e a manifestação de alguns sintomas, nomeadamente a ideação suicida de um (ou mais) dos seus membros.

Segundo a perspectiva sistémica, qualquer comportamento sintomático pode ser considerado com o propósito de estabelecer o equilíbrio dentro do sistema familiar, uma vez que surge como um meio de expressar o desequilíbrio e mal-estar psicológico, isto é, surge como uma forma de expressar a necessidade de mudança tanto ao nível individual como familiar para que seja possível restabelecer o nível de equilíbrio ou a mudança nos relacionamentos familiares (Gouveia-Pereira et al., 2014).

2.1. Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares

O Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (Olson, 2000), particularmente útil no diagnóstico relacional, pretende analisar e explicar o funcionamento familiar colmatando simultaneamente uma lacuna existente entre a investigação, a teoria e a prática clínica (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Integrado numa abordagem sistémica, o Modelo Circumplexo aborda três dimensões consideradas fundamentais para a compreensão do funcionamento dos sistemas conjugais e familiares: Coesão Familiar, Flexibilidade Familiar e Comunicação Familiar (Olson, 2000; Olson, 2011; Olson & Gorall, 2006).

O Modelo Circumplexo (Olson, 2000), tem como principal objetivo caracterizar e compreender os diferentes tipos de funcionamento familiar, assim como as relações de todo o sistema familiar, desde os sistemas familiares equilibrados aos sistemas familiares desequilibrados (Olson, 2000; Olson, 2011; Olson & Gorall, 2006). A hipótese central deste modelo, pressupõe que níveis de coesão e flexibilidade familiar equilibrados correspondem a um funcionamento familiar funcional e saudável, enquanto níveis de coesão e flexibilidade desequilibrados correspondem a funcionamentos familiares disfuncionais ou problemáticos (Olson, 2011).

2.2. Coesão Familiar

A primeira dimensão do Modelo Circumplexo, a Coesão Familiar, pode ser definida como a ligação ou vínculo emocional que é estabelecido entre os vários membros de uma família (Olson & Gorall, 2003). A coesão permite compreender como as famílias se organizam entre dois pontos extremos que podem oscilar desde a total separação dos membros que compõem a família até à sua total união avaliando fatores específicos tais como a ligação emocional, as barreiras entre subsistemas, as coligações, o tempo e espaço, os processos de tomada de decisão e as atividades de interesse e amigos (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

Segundo Olson e Gorall (2003) existem cinco níveis diferentes de coesão familiar: (i) famílias desmembradas, quando o nível de coesão é extremamente baixo, (ii) famílias algo ligadas, quando a coesão oscila entre o baixo e o moderado, (iii) famílias ligadas, quando os níveis de coesão são moderados, (iv) famílias muito ligadas, quando a coesão oscila entre o moderado e o alto e (v) famílias aglutinadas, quando os níveis de coesão são extremamente altos. Desta forma, os três níveis centrais e equilibrados de coesão familiar (famílias algo ligadas, famílias ligadas e famílias muito ligadas) correspondem a um funcionamento familiar saudável, onde se verificam níveis de coesão mais equilibrados e estilos relacionais que permitem um maior equilíbrio entre a ligação emocional, independência e funcionalidade entre os vários membros da família enquanto os dois níveis extremos (famílias desmembradas e famílias aglutinadas) correspondem a funcionamentos familiares desequilibrados ou problemáticos para o desenvolvimento individual e relacional dos membros ao longo do tempo. Contudo, apesar de existirem níveis de coesão familiar mais e menos funcionais, é importante salientar que não existe um nível de coesão perfeito para qualquer relacionamento familiar, sendo idealmente esperadas alterações nos níveis de coesão familiar ao longo do tempo e de acordo com as necessidades do próprio sistema familiar (Olson, 2000).

2.3. Flexibilidade Familiar

A segunda dimensão do Modelo Circumplexo, a Flexibilidade Familiar, refere-se à forma como o sistema familiar oscila entre a estabilidade e a mudança (Olson, 2000), tendo em conta os papéis que cada membro desempenha na família, isto é, o papel das relações, a qualidade e a expressão de liderança e organização, e as regras e negociações estabelecidas dentro do sistema familiar (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2003).

À semelhança da coesão familiar, também nesta dimensão existem cinco níveis de flexibilidade familiar: (i) famílias rígidas, quando a flexibilidade é extremamente baixa; (ii) famílias um pouco flexíveis, quando a flexibilidade é baixa a moderada; (iii) famílias flexíveis, quando a flexibilidade é moderada; (iv) famílias muito flexíveis, quando a flexibilidade é moderada a elevada e por fim, (v) famílias caóticas, quando a flexibilidade é extremamente elevada (Olson & Gorall, 2003). Tal como na dimensão anterior, os três níveis centrais ou equilibrados de flexibilidade (famílias algo flexíveis, flexíveis e muito flexíveis) conduzem a um bom funcionamento conjugal e familiar, isto é, permitem uma partilha de papéis, a inclusão dos vários membros na negociação e tomada de decisões e uma capacidade de alteração e adaptação das regras às diferentes necessidades do próprio sistema familiar enquanto que os dois níveis extremos (famílias rígidas e caóticas) representam os sistemas familiares disfuncionais (Olson &

Gorall, 2003). À semelhança da coesão familiar, não existe um nível perfeito de flexibilidade familiar, uma vez que, os diferentes acontecimentos do ciclo de vida familiar podem exigir um estilo relacional mais ou menos flexível dentro do sistema familiar (Olson & Gorall, 2003).

2.4. Comunicação Familiar

A Comunicação Familiar é considerada uma dimensão facilitadora do funcionamento familiar que pode influenciar quer os seus níveis de coesão, quer os níveis de flexibilidade do sistema familiar, em resposta às exigências e mudanças ocorridas ao longo do ciclo de vida familiar (Olson, 2000). É definida como as capacidades positivas de comunicação utilizadas no casal ou no sistema familiar e integra aspectos tais como, a sua capacidade para falar, capacidade de empatia e escuta ativa entre os membros, a clareza do discurso, a partilha de sentimentos individuais assim como o respeito pelos sentimentos dos outros. Neste sentido, quanto melhor for a qualidade da comunicação no seio familiar, maior será a facilidade em alterar os níveis de coesão e flexibilidade existentes no sistema familiar (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Assim sendo, a hipótese central do Modelo Circumplexo em relação à comunicação pressupõe que os sistemas familiares equilibrados tendem a ter uma comunicação familiar significativamente melhor (mais positiva) comparativamente aos sistemas familiares desequilibrados ou disfuncionais (Olson, 2000).

2.5. Satisfação Familiar

A Satisfação Familiar é definida como o grau em que os membros de uma família se sentem satisfeitos e realizados uns com os outros em relação às dimensões do Modelo Circumplexo, mencionadas anteriormente (Olson, 2004). Neste sentido, as famílias que apresentam níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar tendem a ter maiores níveis de satisfação familiar, enquanto os sistemas familiares disfuncionais tendem a níveis mais baixos de satisfação familiar. De igual forma, a Satisfação Familiar apresenta uma relação positiva com a Comunicação Familiar, isto é, famílias que apresentam uma comunicação familiar significativamente melhor tendem a ter maiores níveis de satisfação familiar. Assim sendo, a hipótese central do Modelo Circumplexo em relação à satisfação pressupõe que as famílias equilibradas tendem a estar mais satisfeitas com o sistema familiar do que as famílias desequilibradas ou disfuncionais (Olson, 2004).

2.6. Tipos de Família

A integração das várias dimensões do Modelo Circumplexo determinam seis tipos de famílias que vão desde as mais equilibradas e saudáveis até às menos equilibradas e mais problemáticas, designadas de famílias Equilibradas, Rigidamente Coesas, Meio-termo, Desequilibradas Flexíveis, Desmembradas Caóticas e Desequilibradas (Olson & Gorall 2006).

Sendo o contexto familiar um espaço complexo, torna-se necessário compreender as relações entre os seus membros e o elevado grau de influência que exerce sobre o adolescente. Neste sentido, a família surge com um papel fundamental no seu desenvolvimento global e bem-estar (Braconnier & Marcelli, 2000; Tomé et al., 2011) e a dinâmica familiar existente pode deste modo, funcionar como um dos mais importantes fatores de vulnerabilidade ou, pelo contrário, de prevenção às diversas perturbações e comportamentos desajustados e/ou problemáticos do adolescente.

3. Suporte Social

Embora a adolescência seja referida como um período de transição, uma constante caracteriza este percurso entre a infância e a idade adulta: as relações e o investimento dos laços sociais. Este investimento é um processo particularmente importante que contribui para o aumento da adaptação e equilíbrio do indivíduo quando confrontado com acontecimentos negativos ou situações stressantes (Antunes & Fontaine, 2005).

Segundo Antunes e Fontaine (2005) o apoio ou suporte social refere-se ao papel ou funções desempenhadas por um grupo ou pessoas significativas para o indivíduo (e.g., familiares, vizinhos, amigos, professores) em determinadas situações da sua vida. Do mesmo modo, Kleiman e Riskind (2013) definem o suporte social como sendo a disponibilidade geral de amigos e familiares que fornecem recursos psicológicos e materiais ao indivíduo.

Estudos assinalam a presença de, pelo menos, três fontes fundamentais para o desenvolvimento do adolescente, nomeadamente o suporte familiar, dos pares/amigos e da escola (Alves & Dell’Aglia, 2015) e Arslan (2009) reforça a ideia de que estas diversas fontes têm papéis bastante distintos no decorrer e evolução da adolescência. Assim, de acordo com o autor, os pais atuam com uma fonte de apoio aos mérito da personalidade e tomada de decisões importantes para o adolescente, os pares são fundamentais no apoio e desenvolvimento social através da partilha de ideias e de experiências e os professores desempenham um papel relevante na saúde mental, na atitude e no sucesso académico (Arslan, 2009).

Também designado por rede de relações sociais, Antunes e Fontaine (2005) consideram a perceção pessoal que os indivíduos têm acerca desta, isto é, a perceção das diferenças do suporte

social dos vários grupos de socialização, um aspecto extremamente relevante. Esta percepção, traduz-se assim num sentimento de bem-estar pois assenta na convicção de que se é amado, respeitado, estimado e vinculado a grupos. Por outras palavras, salienta a importância da percepção de carinho e estima de outros significativos sobretudo da família e amigos, as principais fontes de suporte social durante o período da adolescência (Antunes e Fontaine, 2005; Seeds, Harkness & Quilty, 2010).

Segundo Antunes e Fontaine (1995), as diferenças na percepção que o adolescente revela relativamente ao suporte social fornecido pelos vários grupos de socialização indicam o grupo emocional familiar como a principal fonte de apoio, sendo o apoio dos pares a segunda fonte mais importante para os adolescentes. Contudo, ao longo da adolescência, esta percepção tende a alterar, isto é, a percepção do apoio social dos amigos aumenta e a da família diminui, ilustrando as modificações que ocorrem nas relações dos adolescentes (Antunes & Fontaine, 1995).

Braconnier e Marcelli (2000), consideram que a necessidade do adolescente se sentir inserido num grupo responde não só a necessidades educativas e sociais, mas também a motivações intrapsíquicas individuais. Neste sentido, o grupo torna-se o espaço de partilha de preocupações, dúvidas, angústias, novas experiências e conhecimentos que proporcionam experiências emocionais e sentimentos de pertença (Monteiro & Confraria, 2014). Por outro lado, um adolescente isolado ou limitado unicamente a relações do círculo familiar pode ser sentido como um fracasso social e levar ao desenvolvimento de sentimentos negativos de solidão (Tomé et al., 2011). Segundo Monteiro e Confraria (2014), a capacidade do adolescente interagir e usufruir de uma variedade de relações interpessoais fora do contexto familiar mostra-se um objetivo crucial do seu desenvolvimento, sendo que as relações com os pares e com os pais, não devem ser percecionadas como opostas, mas sim, como complementares.

Embora a influência do grupo de pares seja uma necessidade positiva e fundamental ao desenvolvimento adolescente devido à estreita interdependência que se estabelece (Antunes & Fontaine, 2005), o grupo de pares tem sido responsabilizado por influenciar negativamente o adolescente constituindo-se simultaneamente um dos fatores de maior risco, sobretudo quando o “grupo representa uma caixa de ressonância, um amplificador potencial dos comportamentos desviantes ou dos comportamentos de consumo de produtos tóxicos” (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 44). Neste sentido, vários estudos referem que o grupo de pares emerge como o maior fator de influência social para o envolvimento nos comportamentos de risco ao longo da adolescência (Alves & Dell’Aglío, 2015; Beal, Ausiello & Perrin, 2001; Tomé et al., 2011).

Contudo, ainda que, se por um lado o grupo de pares pode constituir-se como um dos fatores de maior influência para os comportamentos de risco, por outro, quando a relação é

positiva pode resultar como um importante fator de proteção (Alves & Dell’Aglia, 2015; Braconnier & Marcelli, 2000; Tomé et al., 2011). Deste modo, as relações interpessoais têm uma importância vital durante a adolescência porque contribuem simultaneamente com outros mecanismos de desenvolvimento, para o bem-estar físico e psicológico (Larose & Bernier, 2001), para a construção do autoconceito e autoestima (Antunes & Fontaine, 2000; Arslam, 2009; Kleiman & Riskind, 2013) bem como, para a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente ideação suicida e comportamentos suicidários na adolescência (Hirsch & Barton, 2011; Kleiman & Riskind, 2013).

Assim, compreender o impacto e a influência que as diferentes redes de apoio têm na vida do adolescente é fundamental, uma vez que o equilíbrio das relações familiares e sociais representam influências complementares que satisfazem diferentes necessidades e fornecem benefícios que se podem mostrar disponíveis nos momentos críticos ou de crise para o adolescente em desenvolvimento.

4. Comportamentos Suicidários

Dada a relevância e gravidade deste fenómeno e das suas implicações a vários níveis, quer a nível individual, familiar e social, quer ao nível da saúde mental e física e riscos associados, a ideação suicida, os comportamentos autolesivos e o suicídio têm sido nos últimos anos e a nível global, objeto de um crescente número de investigações pela comunidade científica (Nock, 2010).

Segundo Moreira e Bastos (2015), todo e qualquer ato pela qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado um comportamento suicidário. O comportamento suicidário classifica-se em três categorias distintas entre si pelo grau de severidade: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), existindo uma estreita relação entre a prevalência e os fatores associados (Moreira & Bastos, 2015). Assim, num dos extremos de um espectro contínuo apresenta-se a ideação suicida e no extremo oposto, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio situada entre eles (Werlang et al. 2005).

A palavra suicídio deriva etimologicamente do latim *sui* (de si), e *caedere* (ação de matar), designando a morte de si (ou do) próprio (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Embora alguns autores referenciem o conceito de suicídio como um ato voluntário e intencional de colocar fim à sua própria vida (Guerreiro & Sampaio, 2013; O’Connor & Nock, 2014) importa salientar que o suicídio é um fenómeno complexo e multidimensional que resulta da interação de múltiplos fatores, nomeadamente de ordem filosófica, psicológica, biológica, cultural e social (Carvalho et al., 2013; O’Connor & Nock, 2014).

Em termos estatísticos, os comportamentos suicidários representam um grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio. Cerca de um milhão de indivíduos morre por suicídio a cada ano, em todo o mundo. À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100 mil habitantes constituindo-se como a 13^a causa de morte, a terceira causa no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a segunda causa nos jovens dos 15 aos 19 anos.

Em Portugal, dados recentes da Direção-Geral de Saúde indicam que houve 10.3 suicídios por cada 100.000 habitantes no ano de 2010, taxa superior à de quaisquer outras mortes violentas, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho, verificando-se ainda que a taxa de suicídio é superior no sexo masculino, com um risco três vezes superior (Carvalho et al., 2013).

4.1. Ideação Suicida

Considerando os comportamentos suicidários como uma escala crescente de idealizações, repetição de atos ou ocorrências cada vez mais sérias ao longo do tempo (Saraiva, 1999) é importante referir que a presença de ideação suicida é frequentemente um sinal de sofrimento emocional e aparece consistentemente referenciada na literatura como um potencial precursor de comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio e suicídio consumado (Ferreira & Castela, 1999; Guerreiro, 2014; Nock et al., 2008).

A ideação suicida refere-se assim aos pensamentos ou cognições sobre o suicídio ou o planeamento da própria morte (Ferreira e Castela, 1999; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). Inclui uma representação mental, intenção e desejo de autodestruição onde está presente a ideia de que a vida não vale a pena ser vivida (Azevedo & Matos, 2014). Para Guerreiro (2014) a ideação pode ainda apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio sem que haja necessariamente passagem ao ato.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, ter pensamentos suicidas faz parte do processo de desenvolvimento normal da passagem da infância para a adolescência, uma vez que é um período de incertezas e problemas existenciais onde se lida com o significado da vida e da morte, no entanto, os pensamentos suicidas tornam-se preocupantes quando a realização destes parece ser a única solução dos problemas para os adolescentes, tornando-se, assim, um sério risco de tentativa de suicídio ou suicídio consumado (OMS, 2000).

Segundo Azevedo e Matos (2014), o risco de ideação suicida, planeamento e tentativa de

suicídio, aumenta durante a adolescência e o início da idade adulta. De acordo com Bridge, Goldstein & Brent (2006), a prevalência de ideação suicida na adolescência varia entre 15 a 25%. Sampaio et al. (2000) demonstraram a existência de ideação suicida em 34.4% dos participantes numa amostra de 822 adolescentes, sendo que destes, 7% fizeram uma tentativa de suicídio. Outras pesquisas efetuadas indicam uma prevalência de ideação suicida de 48.2% numa amostra de 628 estudantes entre os 15 e os 18 anos, com uma percentagem idêntica de tentativas de suicídio (Oliveira et al., 2001)

A literatura salienta ainda diferenças associadas ao género, sendo a ideação suicida mais prevalente no sexo feminino e associada frequentemente a perturbações do humor e da ansiedade (Azevedo & Matos, 2014), levando conseqüentemente ao aumento de tentativas de suicídio. Por outro lado, o sexo masculino apresenta uma maior taxa de suicídio consumado, no sentido em que, os métodos utilizados constituem-se mais violentos e mais eficazes (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

4.2. Comportamentos Autolesivos (CAL)

O suicídio e os comportamentos autolesivos (designados também na literatura de comportamentos suicidários) são conceitos difíceis de abordar isoladamente, uma vez que estão indissociavelmente ligados (Guerreiro, 2014; Sampaio & Guerreiro, 2014).

Embora, a taxa de suicídio entre os adolescentes em Portugal seja referenciada pela Direção Geral de Saúde como uma das mais baixas da Europa (Carvalho et al., 2013; Wahlbeck & Mäkinen, 2008), é pertinente realçar que os comportamentos autolesivos apresentam-se consideravelmente mais prevalentes nesta faixa etária (Hawton et al., 2012) e, embora seja difícil determinar com precisão a prevalência destes comportamentos, a maioria dos estudos mostram taxas bastante elevadas na adolescência (Jorge, Queiroz & Saraiva, 2015).

No que diz respeito à nomenclatura utilizada para definir os comportamentos autolesivos, existem na comunidade científica algumas divergências sobretudo no que concerne à sua intencionalidade (ou não) suicida. Segundo Nock (2010), um dos maiores obstáculos na investigação dos comportamentos autolesivos é o uso frequente de termos inconsistentes e definições vagas para os diferentes fenómenos em análise.

Na literatura anglo-saxónica distinguem-se duas grandes definições: “*Deliberate self-harm*” – que não distingue se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio, incluindo todos os métodos de autolesão (e.g., sobredosagens ou cortes na superfície da pele) e evita a questão da intencionalidade (ou ausência desta), reconhecendo dificuldades na medição da mesma (Skegg, 2005) e “*Non suicidal self-injury*” (NSSI) – referindo-se aos comportamentos autolesivos sem

intenção suicida reconhecendo apenas a destruição do tecido corporal do próprio na ausência de qualquer intenção de morte, incluindo apenas cortes (*self-cutting*) e comportamentos associados (e.g., queimaduras ou arranhões) (Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

De acordo com Nock (2010), todos os comportamentos realizados intencionalmente e com o entendimento de que podem resultar em prejuízo físico ou psicológico para o próprio, podem ser conceptualizados como um comportamento autolesivo. Para Halicka e Kiejna (2015), o principal fator que diferencia os comportamentos autolesivos sem intenção suicida do comportamento suicida é a intenção de morte, a disposição de infligir dor e o tipo e frequência dos métodos utilizados, no entanto, existe uma dificuldade elevada em mensurar com precisão esta mesma intenção. Embora existam evidências de que nem todos os adolescentes apresentam comportamentos autolesivos associados a ideação ou tentativas de suicídio (Jorge et al., 2015), segundo Hawton et al. (2012), o comportamento autolesivo sem intenção suicida pode ser seguido de forma hierárquica, por atos com maior intencionalidade suicida.

Baseado no estudo *Child & Adolescent Self-Harm in Europe* (CASE) realizado em vários países com uma amostra superior a 30.000 adolescentes em contexto escolar, Guerreiro (2014) refere que os comportamentos autolesivos podem definir-se como comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (e.g., cortar-se, saltar de um lugar relativamente alto); ingeriu fármacos em doses superiores às posologias recomendadas; ingeriu uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível (e.g., lixívia, detergente, lâminas ou pregos) (Guerreiro, 2014; Sampaio & Guerreiro, 2014). De acordo com os autores, esta definição não utiliza o conceito de intencionalidade suicida mas sim de intencionalidade de se magoar ou fazer lesões ao próprio, incluindo as tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos sem intenção suicida.

Dentro desta definição geral, Guerreiro (2014) entende uma subdivisão possível: (i) comportamento autolesivo sem ideação 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 morte, sendo possível perceber que foi realizado com intencionalidade suicida mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resultou frustrado.

Embora não exista um consenso sobre as designações ou nomenclaturas a respeito dos comportamentos autolesivos com intencionalidade suicida e sem intencionalidade suicida,

existem quatro conceitos básicos utilizados nas diversas nomenclaturas: método, resultado, letalidade e intencionalidade (Guerreiro, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013). O método diz respeito ao recurso ou processo utilizado no comportamento autolesivo, suicidário ou tentativa de suicídio (e.g., sobredosagem de substâncias tóxicas, cortes, queimaduras corporais ou precipitação de alturas). O resultado refere-se à consequência desse mesmo comportamento, isto é, a morte (acidental ou intencional), a sobrevivência com lesões/ferimentos ou sobrevivência sem lesões/ferimentos. A letalidade refere-se ao potencial de perigo de morte associado ao método utilizado, existindo dois tipos diferentes de letalidade. São exemplos de métodos de alta letalidade, a utilização de armas de fogo, a precipitação de alturas ou enforcamento e exemplos de baixa letalidade, os cortes superficiais ou sobredosagens. Relativamente à intencionalidade pode ser definida como a determinação do ato de modo a atingir um objetivo, nomeadamente o suicídio mas também pode referir-se apenas ao propósito de provocar lesões ou dor autoinfligidas.

Segundo Nock (2010), existe consenso entre os investigadores e clínicos de que o comportamento autolesivo tipicamente varia de uma escala leve (e.g., baixa frequência e severidade), moderada (e.g., mais frequente e mais grave, exigindo possivelmente atenção médica) a grave (e.g., maior frequência, lesão grave resultando em prejuízo para o próprio). Não obstante, todos os comportamentos autolesivos partilham elementos comuns, isto é, todos representam tentativas de modificar a experiência afetiva, cognitiva ou social, originam danos corporais e estão associados a outras formas de transtornos mentais (e.g., sintomas ansiosos, depressivos e stresse) (Nock, 2010).

De acordo com a literatura, o método de autolesão mais comumente relatado pelos adolescentes da comunidade é cortar ou esculpir a pele com um instrumento afiado, nomeadamente uma faca ou lâmina, ocorrendo sobretudo em áreas corporais facilmente ocultas, tais como os braços, pernas e estômago (Hawton et al., 2012; Nock & Prinstein, 2005; Mesquita, et al., 2011). Outros métodos menos frequentes incluem bater-se, morder-se, provocar feridas e puxar o cabelo (Nock, 2010).

Investigações em amostras comunitárias sugerem que 10% dos adolescentes apresentam comportamentos autolesivos pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo de forma mais consistente praticado pelos adolescentes do sexo feminino (Hawton et al., 2012). De acordo com Hawton et al., (2012), a repetição da autolesão é comum em adolescentes e associam-se a perturbações ao nível da psicopatologia geral, nomeadamente ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade associados a um diagnóstico psiquiátrico, especialmente doença afetiva (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Com algumas limitações, quer pela modesta publicação de estudos na língua portuguesa, quer pela dificuldade a nível de metodologias de investigação e nomenclaturas utilizadas, os dados nacionais indicam prevalências elevadas de comportamentos autolesivos entre os adolescentes, referenciando valores que vão dos 7% aos 35% dos jovens ao longo da vida (Guerreiro & Sampaio, 2013). Alguns estudos realizados em Portugal sugerem uma prevalência significativa de comportamentos autolesivos entre os adolescentes. Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado e Silva (2012) efetuaram uma investigação numa amostra de 569 adolescentes portugueses de escolas públicas do norte de Portugal, com de idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, onde encontraram uma taxa de prevalência de 27.7% para o comportamento autolesivo.

Num estudo recente levado a cabo por Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017) numa amostra de 1713 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, na região metropolitana de Lisboa, foi possível verificar que no geral, 7.3% dos adolescentes apresentaram pelo menos um episódio de autolesão e 6.2% referem apenas pensamentos, o que demonstra que os comportamentos autolesivos são ou poderão vir a ser um potencial risco de saúde para um total de 13.5% dos adolescentes da amostra. Neste mesmo estudo, os autores destacam o facto de serem comportamentos mais frequentes no sexo feminino e associados no geral, a níveis mais elevados de depressão e ansiedade, maior exposição a acontecimentos de vida negativos ou stressantes (e.g., dificuldades com pares) e ao consumo de substâncias. Os resultados deste estudo indicam que, apesar das diferenças nas taxas de prevalência, os comportamentos autolesivos na adolescência são uma preocupação de saúde pública em Portugal tal como em outros países da Europa (Guerreiro et al., 2017).

Neste sentido, e de acordo com a literatura, a prevenção dos comportamentos autolesivos passa pela diminuição dos fatores de risco e pelo reforço dos fatores de proteção, tanto ao nível individual como ao nível coletivo (Araújo, Vieira & Coutinho 2010; Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006; Gonçalves et al., 2011). Apesar de não ser possível determinar com exatidão quais os fatores ou combinações de circunstâncias que contribuem para a adoção de comportamentos autolesivos, são mencionados consistentemente pela literatura alguns dos principais fatores de risco encontrados globalmente com maior frequência na conduta destes comportamentos, nomeadamente fatores sociodemográficos e educacionais (e.g., género feminino, baixo nível educacional, abandono ou dificuldades escolares), fatores familiares e eventos de vida negativos (e.g., ausência de suporte familiar, rigidez familiar, pobre comunicação familiar, conflitos e dificuldades interpessoais, separação ou divórcio parental, morte de um dos progenitores, experiências adversas na infância, stresse e história de suicídio na família), fatores psicológicos

(e.g., sentimentos de derrota, agitação, impulsividade, irritabilidade, frustração, baixa autoestima, perfeccionismo, desesperança), fatores psiquiátricos (e.g., depressão, transtornos de ansiedade), fatores sociais (e.g., transmissão social, exposição a mortes por suicídio de outras pessoas, solidão, isolamento social), ideação suicida e tentativa prévia de suicídio (Braga & Dell’Aglío, 2013; Carvalho et al., 2013; Gonçalves et al., 2011; Hawton et al., 2012; O’Connor & Nock, 2014; Sampaio & Guerreiro, 2014; Werlang et al., 2005).

Já os fatores de proteção atuam como recursos pessoais ou sociais que reforçam as estratégias para lidar com os problemas ao mesmo tempo que diminuem a possibilidade do indivíduo realizar comportamentos autolesivos ou de efetivamente consumir o suicídio (Benicasa & Resende, 2006; Gonçalves et al. 2011). Desta forma, entre os fatores de proteção encontram-se os fatores familiares (e.g., bom relacionamento familiar, cuidados parentais preservados, apoio e bom suporte familiar, relações de confiança, boa comunicação familiar), fatores psicológicos (e.g., sentimento de pertença, noção de valor pessoal, autoconfiança, otimismo, satisfação), fatores sociais (e.g., bom suporte e integração social, boas relações com os pares) (Direção-Geral de Saúde, 2013; Guerreiro, 2014; Werlang et al., 2005).

4.3. Relação entre a Ideação suicida e Comportamentos Autolesivos e o Funcionamento Familiar

Embora a ideação suicida e os comportamentos autolesivos possam diferir quanto à sua intencionalidade, ambos têm funções psicológicas semelhantes pois representam estratégias desajustadas de lidar com os acontecimentos ou situações (Guerreiro & Sampaio, 2013). Segundo Sampaio (2002), os comportamentos suicidas mostram uma função de recurso e relacional no sentido em que invocam uma modificação na comunicação existente no seio da família, transmitindo que algo não está a funcionar bem e que é necessário que ocorram mudanças no respetivo contexto familiar.

Vários autores sugerem que o funcionamento familiar está associado aos comportamentos suicidários nos adolescentes (Au, Lau & Lee, 2009; Mesquita, et al. 2011; Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006; Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013) comprometendo, deste modo, o desenvolvimento e bem-estar psicológico dos mesmos. Neste sentido, a existência de um ambiente familiar disfuncional ou desequilibrado, onde é frequente elevados níveis de conflito e fraco envolvimento familiar, baixos níveis de coesão e de apoio, fraca capacidade de adaptação e ausência ou baixos níveis de comunicação entre os membros da família, tem sido fortemente associado à ideação suicida (Kwok & Shek, 2009; Pereira, 2011; Moreira & Bastos, 2015), assim como, aos comportamentos autolesivos (Sim, Adrian, Zeman,

Cassano & Friedrich, 2009; Guerreiro & Sampaio, 2013) e suicídio consumado (Evans, Hawton & Rodham, 2004).

O estudo efetuado por Gouveia-Pereira et al. (2014), com 534 adolescentes do ensino básico (9º ano) e do secundário onde se pretendia perceber de que modo o funcionamento familiar afeta a ideação suicida, concluiu que os adolescentes de famílias disfuncionais apresentam maior ideação suicida quando comparados aos adolescentes de famílias consideradas médias e equilibradas. Bertera (2007) demonstrou igualmente que uma interação social negativa com a família foi associada a níveis mais elevados de ideação suicida.

No sentido inverso, a qualidade do funcionamento familiar em termos de satisfação com as relações familiares, coesão familiar, comunicação, disponibilidade e suporte emocional por parte dos pais pode contribuir para uma diminuição na ideação suicida do adolescente (Gouveia-Pereira et al., 2014; Kwok & Shek, 2009; Sim et al., 2009) e na probabilidade do adolescente se envolver em comportamentos autolesivos (Randell et al., 2006). Ao mesmo tempo, evita o isolamento, promove a comunicação e expressão emocional e possibilita o desenvolvimento de valor próprio, autoestima e o estabelecimento de uma identidade autónoma e independente (Mesquita et al. 2011).

5. Variáveis Individuais: Ansiedade, Depressão e Stresse

Conceptualmente, as dimensões afetivas ansiedade, depressão e stresse correspondem a um conjunto de sentimentos e emoções que envolvem o ser humano no seu todo (Hetem & Graeff, 2004). No entanto, tendencialmente, a ansiedade e a depressão exibem uma elevada associação, constituindo-se assim dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). De acordo com vários estudos, os fatores associados à ideação suicida e comportamentos suicidários na adolescência são multifacetados e incluem sintomas depressivos, tristeza, desesperança, solidão, ansiedade e stresse (Azevedo & Matos, 2014; Moreira & Bastos, 2015).

5.1. Ansiedade

A adolescência comporta, inerentemente, uma série de adaptações e confrontos a diferentes e desconhecidas realidades. Dado que aquilo que é diferente e desconhecido gera naturalmente ansiedade, não se pode pois ignorar o papel que a ansiedade provoca nos adolescentes. Segundo Batista e Oliveira (2005), a ansiedade pode afetar a qualidade de vida dos adolescentes nas áreas cognitiva, física, social e, ainda, afetiva.

A ansiedade poder-se-á definir como um sentimento natural, comum a todos os seres humanos, que surge face a uma situação de perigo ou de ameaça, alertando as pessoas de que há algo a ser receado. A ansiedade refere-se assim a uma inquietação que se pode traduzir em manifestações fisiológicas e cognitivas (Batista & Oliveira, 2005). As manifestações fisiológicas passarão, entre outras, por agitação, hiperatividade e movimentos acelerados, tremores, tensão muscular, falta de ar, e boca seca; as manifestações cognitivas passarão, por exemplo, por uma atenção e vigilância redobrada, por pensamentos negativos e fatalistas, falta de concentração, irritabilidade, e insónias. Estas manifestações podem ser pontuais e transitórias ou podem constituir um modo estável e permanente de reagir, onde a sua intensidade pode variar desde níveis impercetíveis até níveis extremamente elevados (Batista & Oliveira, 2005).

É neste sentido, importante diferenciar ansiedade adaptativa e ansiedade patológica. Por um lado, a ansiedade, na sua forma mais saudável, revela-se num sentimento que protege o indivíduo de uma situação ou estímulo que se lhe afigura ameaçador, colocando-o alerta para esse perigo, por outro lado, na sua forma disfuncional ou patológica, a ansiedade na intensidade e na duração são desajustadas face à situação ou ao estímulo, o que poderá acarretar sofrimento ao indivíduo pois as suas manifestações fisiológicas e cognitivas estão sempre de acordo com um permanente estado de perigo e de ameaça.

É sabido que com a evolução da sociedade ocorreram grandes alterações quer no quotidiano da vida das famílias, quer na vida dos indivíduos. Para Rodrigues et al. (2012), estas alterações trouxeram muitas novidades, benefícios, oportunidades, bem como muitos novos deveres e obrigações. E lidar com essas situações, que poderão ser potencialmente ansiogénicas, tornou-se extraordinariamente difícil, especialmente para os adolescentes que, muitas vezes, não conseguem tolerar o seu sofrimento psíquico.

O adolescente vive em permanente desafio quer perante o mundo que o rodeia, quer perante as pessoas com quem se relaciona, que esperam dele respostas adequadas nas várias situações em que ele se depara. Nesse contexto tornam-se de uma mais-valia o conhecimento das manifestações de ansiedade no adolescente que indique em quais situações essa característica tende a ocorrer com maior frequência, pois o adolescente fica mais vulnerável a ficar mais ansioso em função da situação do momento, podendo transformar-se em quadros graves. Deste modo, a ansiedade, por abranger aspetos psicológicos e físicos, tanto pode ser um fator de proteção se sentida de forma equilibrada, como pode ser um fator de risco se for sentida de forma desequilibrada, contribuindo para um quadro patológico (Batista & Oliveira, 2005).

5.2. Depressão

De acordo com um estudo efetuado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2015), a depressão é atualmente considerada um distúrbio mental comum e uma das psicopatologias mais prevalentes na adolescência.

A depressão, segundo Scharfetter (2005), é caracterizada, entre outros fatores, por uma diminuição da energia e iniciativa, por uma sensação de fraqueza, por uma incapacidade de tomar decisões, por inibição do pensamento, por perda de interesse e de prazer em atividades que anteriormente eram prazerosas. Na adolescência, passa ainda por um humor depressivo, pelo tédio e por uma morosidade (Marcelli & Braconnier, 2005) ou, pelo contrário, passa por uma irritabilidade e instabilidade, ao invés de demonstrações ou de lamentos de tristeza, podendo os adolescentes serem acometidos por frequentes crises de explosão e raiva. Poderão ainda os adolescentes apresentar sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, alterações de apetite e de peso, isolamento, uso e abuso de substâncias, e ainda, ideação suicida e comportamentos suicidários (Bahls & Bahls, 2002; Marcelli & Braconnier, 2005).

As consequências do período depressivo são extensas e graves, caso a depressão não seja psicologicamente tratada. Adolescentes com depressão possuem um grande risco de recorrência que se estende até à idade adulta, representando uma alta vulnerabilidade para transtornos depressivos no futuro (Bahls & Bahls, 2002).

A génese da depressão na adolescência não é unívoca - poderá assentar em fatores familiares (e.g., luto, depressão nos progenitores, conflitos familiares, divórcio), em fatores existenciais (e.g., insucesso escolar, doença física), numa pressão cultural e social já que nesta fase do ciclo de vida a esperança e a idealização são movimentos naturais e o adolescente poderá viver esta fase da vida de uma forma dececionante, constrangedora ou preocupante face ao seu futuro (Marcelli & Braconnier, 2005). O adolescente com depressão poderá ainda ter uma história de abuso físico e/ou sexual (Bahls & Bahls, 2002). Ainda de acordo com Bahls e Bahls (2002), estudos sugerem fatores genéticos e salientam que a presença de depressão familiar aumenta o risco de depressão na infância ou adolescência em pelo menos três vezes.

A depressão manifesta-se de forma diferente de acordo com o género. Assim, a depressão numa rapariga adolescente é manifestada através das preocupações com o corpo, com o peso, com dores mais ou menos difusas as quais são um chamamento a que se deverá estar atento (Marcelli & Braconnier, 2005), a sintomas subjetivos como sentimentos de tristeza, vazio, tédio e ansiedade e costumam ter, também, uma maior preocupação com a popularidade, menos satisfação com a aparência e menor autoestima (Bahls & Bahls, 2002). Num rapaz adolescente, a depressão é manifestada no seu comportamento agressivo, fruto de uma descarga de tensão e de

sofrimento sentidos face a uma imagem negativa de si próprio ou, ainda, por um comportamento desrespeitador e por reações violentas (Marcelli & Braconnier, 2005), por sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e demonstram problemas de conduta, tais como faltar às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias (Bahls & Bahls, 2002).

No entanto, segundo Marcelli e Braconnier (2005), não existe adolescência sem depressão. Isto é, as características já anteriormente descritas da depressão são comuns ao processo normal do desenvolvimento da adolescência, aplicando-se tanto à descrição de uma depressão como a uma luta contra a depressão. Ainda segundo os mesmos autores, nesta fase do ciclo vital o adolescente rompe com os vínculos anteriormente estabelecidos para serem criados outros, nomeadamente com os seus pares, dando lugar a separações e a perdas. As separações ocorrem a vários níveis, tais como, no meio familiar, nas atividades sociais, escolares e de lazer, entre outros. Já as perdas dão-se ao nível da perda do amor do objeto e ao nível da perda narcísica (Marcelli & Braconnier, 2005). Neste sentido, as perturbações do comportamento no adolescente revelam dimensões depressivas relativamente às transformações (vividas como perdas), quer ao nível intrapsíquico quer ao nível relacional. Ainda assim, mesmo que o adolescente se encontre em evolução psíquica e não em depressão, os sintomas tanto depressivos como ansiosos aparecem inevitáveis neste período, uma vez que não existe evolução sem separações e perdas, sendo a identidade e o narcisismo forçosamente questionados (Matos, 2005).

5.3. Stresse

Como já foi anteriormente referido, as fortes modificações que ocorrem na adolescência tornam este período especialmente vulnerável à manifestação de problemas psicológicos (Justo & Lipp, 2010). Muitos desses problemas são despoletados pela reação ao stresse gerado pela incapacidade em lidar com os elementos ou situações causadoras de stresse. Por si só, as transformações cognitivas e físicas relacionadas com a puberdade exigem do adolescente uma capacidade de adaptação e flexibilidade psicológica que, por si mesmas, já se constituem significativas fontes de stresse (Justo & Lipp, 2010).

O stresse poderá ser definido como um conjunto de reações corporais a um determinado estímulo que ameaça o equilíbrio do indivíduo, sendo que é um mecanismo de defesa fisiológico e inato do homem (Schermann et al., 2014). Deste modo, o stresse poderá ser entendido como um desequilíbrio entre a perceção do indivíduo quanto à exigência da situação e à sua capacidade para fazer face a tal exigência, tornando-se o stresse como um catalisador que está ligado a este desequilíbrio (Kristensen, Leon, D’Incao & Dell’Aglia, 2004). Os fatores que constroem e obrigam a adaptações chamam-se stressores, fontes ou fatores de stresse. Denomina-se fatores

externos tudo o que coloca desafios ou pressões à homeostase humana e que é externo ao próprio, nomeadamente altas ou baixas temperaturas, ruído, traumatismos, conflitos, privações ou confrontos. Além disso, existem os stressores internos que pertencem ao psíquico humano, tais como as expectativas, frustrações, negativismo, irritabilidade, falta de motivação, entre outros (Frasquilho, 2009).

Segundo Carvalho, Barros, Lima, Santos e Mélo (2011), na adolescência surge um stressor ao nível psicossocial que se manifesta por sentimentos de solidão, dificuldade em dormir devido a preocupações, sentimentos de tristeza, pensamentos e planos de suicídio que interferem, deste modo, com o bem-estar psíquico do adolescente.

5.4. Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stresse e a Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

A literatura tem revelado interesse em associar tanto as características psicológicas, nomeadamente ansiedade e depressão, como os acontecimentos de vida geradores de stressor com a ideação suicida e com os comportamentos autolesivos, uma vez que são considerados fatores de risco para este tipo de comportamentos entre os adolescentes (e.g., Azevedo & Matos, 2014; Madge et al., 2011). Segundo Guerreiro (2009), 80% dos jovens que tentam o suicídio e cerca de 90% das vítimas de suicídio têm antecedentes de perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e padrões de comportamento agressivo e/ou impulsivo.

As perturbações de ansiedade são muito prevalentes e manifestam-se, muitas vezes, pela primeira vez durante a infância ou adolescência. Investigações indicam que o diagnóstico de uma perturbação de ansiedade na infância e na adolescência aumenta o risco de insucesso escolar, dificuldades socioeconómicas, ansiedade, depressão e tentativa de suicídio na vida adulta (Guerreiro, 2009). Em 2009, Nock et al., avaliaram dados de diversos países em desenvolvimento de estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e observaram que os transtornos de ansiedade apresentam-se como potenciais desencadeadores de ideação suicida e tentativas de suicídio. Outros estudos encontraram uma relação significativa entre a ocorrência de transtornos de ansiedade e os comportamentos autolesivos no início da adolescência (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011).

Relativamente à depressão, esta pode prejudicar o desenvolvimento da criança e do adolescente através de dificuldades de funcionamento social, baixa autoestima e comportamentos de risco e agressivos (Guerreiro, 2009). Segundo o autor, os sintomas psíquicos da depressão incluem as ideias de morte ou ideação suicida e as motivações para o suicídio incluem distorções cognitivas e um desejo intenso de pôr fim a um estado emocional intolerável. O isolamento social

e os comportamentos suicidários são algumas das características comportamentais da depressão que frequentemente conduzem a comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio e suicídio consumado (Guerreiro, 2009).

Com o objetivo de estudar a associação entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva e a relação que se estabelece entre ambas, Azevedo e Matos (2014) analisaram uma amostra comunitária constituída por 233 alunos de escolas da região Centro de Portugal, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, onde demonstraram que 10.7% dos adolescentes da amostra apresentaram ideação suicida e, consistentemente com a literatura internacional, verificaram que os adolescentes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ideação suicida do que os adolescentes do sexo masculino. Os resultados comprovam uma correlação significativa entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva alertando ainda para a prevalência de ideação suicida nos adolescentes da população geral. Relativamente aos comportamentos autolesivos, o estudo de Guerreiro (2014), com uma amostra de 1713 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, na região metropolitana de Lisboa, sugere a existência de uma relação entre os níveis de ansiedade e depressão com estes comportamentos. Os resultados desta investigação comprovam a importância das variáveis psicopatológicas na etiologia dos comportamentos autolesivos em adolescentes, já relatados em estudos anteriores (e.g., Hawton et al., 2012; Nock et al., 2006).

Por fim, no que diz respeito ao stresse, Frasquilho (2009) afirma que é um processo de ajuste entre o indivíduo e as situações que exigem adaptações, sendo que os resultados dessa interação podem ser positivos ou negativos. Neste último caso, uma situação de stresse mal gerida pode adquirir a forma de sintomas, doenças ou dificuldades comportamentais, tais como ansiedade ou depressão, bem como alguns comportamentos suicidários (Frasquilho, 2009). Não obstante, o stresse emocional ou familiar é considerado igualmente um fator de risco para o comportamento suicidário (Guerreiro, 2009). Uma pesquisa efetuada por Schermann et al. (2014) que tinha como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao stresse em 475 estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, constataram que a qualidade do ambiente familiar é uma peça-chave para evitar o stresse nos jovens, assim como a valorização e interesse dos pais pelas atividades dos filhos. Foi ainda observado que o stresse está associado a uma maior vulnerabilidade e a inúmeros comportamentos desajustados no adolescente (Schermann et al., 2014).

6. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o impacto das variáveis relacionais e individuais na ideação suicida e nos comportamentos autolesivos na adolescência. Neste sentido, com base no que foi referido, pretende-se compreender em que medida é que o funcionamento familiar pode influenciar a ideação suicida e envolvimento em comportamentos autolesivos nos adolescentes, bem como analisar o suporte social como fatores que podem contribuir para evitar ou prevenir estes comportamentos. Posteriormente, pretende-se analisar de que forma a ansiedade, a depressão e o stresse se relacionam com a ideação suicida e o envolvimento em comportamentos autolesivos. Por fim, procura-se ainda analisar a relação existente entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos.

Partindo da tese que o tipo de funcionamento de um sistema familiar vai influenciar o surgimento ou não de comportamentos suicidários nos adolescentes, verifica-se que os adolescentes pertencentes a famílias consideradas disfuncionais apresentam níveis mais elevados de ideação suicida, comparativamente aos adolescentes inseridos em famílias funcionais ou equilibradas (Gouveia-Pereira, et al., 2014). Deste modo, um funcionamento familiar equilibrado e saudável está relacionado negativamente com a ideação suicida do adolescente (Kwok & Shek, 2009). Concomitantemente, a existência de disfunção familiar tem sido fortemente associada aos comportamentos autolesivos e neste sentido, a perceção de apoio e cuidado parental diminui a probabilidade dos adolescentes desenvolverem estes mesmos comportamentos (Cruz, et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Assim, tendo em conta o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar (Olson, 2000), na primeira hipótese deste estudo, espera-se que os adolescentes que pertencem a famílias consideradas funcionais ou equilibradas (níveis de coesão e flexibilidade familiar equilibrados, capacidades positivas de comunicação e satisfação familiar) apresentem menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos. Espera-se, assim, verificar a existência de uma relação negativa entre o funcionamento familiar equilibrado e a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, na medida em que quanto melhor o funcionamento familiar, menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos entre os jovens.

A literatura evidencia que os indivíduos que vivem integrados num sistema familiar, que têm uma boa rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, revelam menor probabilidade de apresentar comportamentos suicidários do que aqueles que não possuem esses vínculos sociais (Arslam, 2009; Braga & Dell’Aglío, 2013; Kleiman & Riskind, 2013) Há indícios de que o isolamento social, físico e psicológico constitui-se como indicador de risco, independente de outras circunstâncias (Wasserman, 2001 cit. por Gonçalves et al., 2011). Neste sentido, coloca-se

a segunda hipótese em que se espera encontrar uma relação negativa entre um bom suporte social (suporte social da família e suporte social dos amigos) e o surgimento de ideação suicida e os comportamentos autolesivos, na medida em que quanto melhor for o suporte social por parte da família e dos amigos, menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos os adolescentes apresentam.

Os fatores psicológicos também se assumem como variáveis extremamente importantes no que diz respeito à análise do comportamento suicidário. Dentro dos diversos sintomas destacam-se a ansiedade e a depressão assim como o stresse, quer seja de forma independente quer seja em comorbidade. Há evidências que sugerem que estes sintomas estabelecem uma elevada associação com a ideação suicida (Au, Lau & Lee, 2009; Azevedo & Matos, 2014; Gonçalves et al., 2011; Guerreiro et al., 2017; Hawton et al., 2012; Nock et al., 2009) e com os comportamentos autolesivos (Guerreiro et al., 2017; Jorge et al., 2015; Madge et al., 2011; Matias & Santos, 2014; Neves & Santos, 2016; Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014). Neste sentido, espera-se assim verificar na terceira hipótese, uma relação positiva entre a ansiedade, a depressão e o stresse e a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, na medida em que, quanto mais sintomas ansiosos, depressivos e stresse os adolescentes apresentarem, maior ideação suicida e maior ocorrência de comportamentos autolesivos.

Por último, estudos revelam que os comportamentos autolesivos estão associados à presença de ideação suicida nos adolescentes (Carvalho et al., 2013; Wester, Ivers, Villalba, Trepal & Henson, 2016). Tendo em conta que a ideação suicida e os comportamentos autolesivos são um problema de elevada prevalência nos adolescentes, torna-se fundamental compreender o tipo de relação que existe entre estas duas variáveis. Neste sentido, na quarta hipótese deste estudo, espera-se verificar uma relação positiva entre a presença de ideação suicida e a ocorrência de comportamentos autolesivos, na medida em que, quanto maior a ocorrência de comportamentos autolesivos mais elevados os níveis de ideação suicida, e vice-versa.

MÉTODO

1. Participantes

A amostra em estudo é constituída por 264 participantes provenientes de uma escola privada do distrito de Lisboa. No total foram aplicados 275 questionários, no entanto, 11 não foram considerados por não cumprirem os requisitos necessários.

Destes 264 participantes, 121 (45.8%) pertencem ao sexo feminino e 143 (54.2%) pertencem ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade (Tabela 1), sendo a média de idades de 17.06 (DP = 1.215) (Anexo A). Da amostra total, sete dos participantes não responderam a esta questão.

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

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
15	9	9	18
16	37	41	78
17	43	29	72
18	28	31	59
19	12	8	20
20	8	2	10
Total	137	120	257

Relativamente ao ano de escolaridade, os participantes frequentavam o 10º ano e o 11º ano do ensino secundário com formação vocacional. Assim, 142 (53.8%) participantes frequentavam o 10º ano (68 do sexo feminino e 74 de sexo masculino) e 122 (46.2%) frequentavam o 11º ano (53 do sexo feminino e 69 de sexo masculino) (Tabela 2 e Anexo A).

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

Ano de escolaridade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
10º ano	74	68	142
11º ano	69	53	122
Total	143	121	264

No que toca às reprovações, 129 (48.9%) participantes nunca reprovaram (63 do sexo feminino e 66 do sexo masculino) e 135 (51.1%) já reprovaram pelo menos uma vez (58 do sexo feminino e 77 do sexo masculino) (Anexo A). Relativamente à nacionalidade, a amostra é constituída por várias nacionalidades destacando-se a nacionalidade portuguesa em 249 (95%) participantes (Anexo A).

2. Instrumentos

2.1 Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar

O instrumento *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* construído para aceder às dimensões coesão familiar e flexibilidade familiar descritas no Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (Olson, 2000) encontra-se atualmente na sua quarta versão (FACES IV) (Olson 2011) e em processo de validação para a população portuguesa (Gouveia-Pereira, Gomes & Miranda, 2017).

O FACES IV apresenta algumas mudanças face às versões anteriores, sobretudo na introdução de subescalas que possibilitam alcançar de forma mais fiel os extremos das dimensões coesão e flexibilidade familiar do Modelo Circumplexo, ou ainda a introdução de duas escalas destinadas à avaliação da comunicação e satisfação familiar. É assim um instrumento de autoquestionário constituído por 62 itens que avalia na seu conjunto quatro dimensões: Coesão Familiar, Flexibilidade Familiar, Comunicação Familiar e Satisfação Familiar. Da totalidade destes itens, 42 destinam-se à avaliação das dimensões Coesão e Flexibilidade Familiar que, por sua vez, estão subdivididos em seis subescalas de sete itens cada, de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 = Discordo Fortemente a 5 = Concordo Fortemente). Assim, duas destas subescalas permitem aceder aos níveis equilibrados das dimensões centrais do modelo, ou seja, a subescala Coesão Equilibrada (e.g., “Os membros da minha família apoiam-se uns aos outros durante tempos difíceis.”) e a subescala de Flexibilidade Equilibrada (e.g., “A nossa família tenta novas formas de lidar com os problemas.”). Relativamente às restantes quatro subescalas adicionadas nesta nova versão e que permitem aceder aos níveis desequilibrados, estão presentes a subescala de Coesão Desmembrada (e.g., “Nós damos-nos melhor com pessoas de fora da nossa família do que com as de dentro.”) e de Coesão Aglutinada (e.g., “Nós passamos ‘demasiado’ tempo juntos”), bem como as subescalas que acedem a níveis de Flexibilidade Rígida (e.g., “Na nossa família, há consequências rigorosas para quem quebra as regras.”) e de Flexibilidade Caótica (e.g., “A minha família tem dificuldades em saber quem faz as diferentes tarefas domésticas.”).

Seguidamente, surge a escala de Comunicação Familiar adaptada da *Parent Adolescent Communication Scale* (Barnes & Olson, 1989 cit. por Olson, 2011) composta por 10 itens que avalia as capacidades comunicacionais do sistema familiar (e.g., “Os membros da minha família discutem as suas ideias e crenças uns com os outros.”) e de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos à semelhança das subescalas mencionadas anteriormente, sendo que quanto maior a média obtida nesta escala, melhor a comunicação do sistema familiar. Por último, surge a Satisfação Familiar adaptada da *Family Satisfaction Scale* (Olson & Wilson, 1989, cit. por Olson, 2011), desenvolvida para avaliar o nível de satisfação dos membros da família em relação à Coesão, Flexibilidade e Comunicação Familiar. Composta por 10 itens, é uma escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 = Muito Descontente a 5 = Extremamente Satisfeito), sendo que quanto maior a média obtida, maior a satisfação dos membros da família face ao funcionamento do seu sistema familiar.

Ao proceder-se a análise das qualidades psicométricas da versão traduzida do instrumento FACES IV utilizada neste estudo, verifica-se que os níveis de consistência interna são bons no que se refere à escala FACES IV e às subescalas de Coesão Equilibrada, Flexibilidade Equilibrada e satisfatórios em relação à Flexibilidade Rígida, Flexibilidade Caótica e Coesão Desmembrada (Tabela 3). No entanto, a subescala de Coesão Aglutinada apresentou um valor de *Alpha de Cronbach* bastante baixo. Já as escalas de Comunicação e Satisfação Familiar atingiram um valor de *Alpha de Cronbach* elevado revelando uma elevada consistência interna (Tabela 3 e Anexo B).

Tabela 3: Estatística Descritiva e Consistência Interna das Escalas e Subescalas do Faces IV

Subescala do FACES IV	Média	Desvio Padrão	<i>Alpha de Cronbach</i>
Equilibrada	3.77	.83	.79
Coesão	Aglutinada	2.40	.59
	Desmembrada	2.67	.78
Flexibilidade	Equilibrada	3.53	.80
	Rígida	2.79	.71
	Caótica	2.70	.80
FACES IV	2.98	.32	.83
Comunicação Familiar	3.47	.91	.93
Satisfação Familiar	3.22	.94	.95

2.1.1 Operacionalização da escala FACES IV

Para a leitura dos dados obtidos na escala FACES IV, Olson (2011) sugere a transformação dos valores em dados percentílicos ou em rácios. Esta possibilidade de criar rácios para o Modelo Circumplexo, introduzida nesta quarta versão da escala, permite-nos aceder de uma forma mais precisa ao tipo de funcionamento familiar, tornando simultaneamente possível a comparação dos valores funcionais com os valores disfuncionais de cada sistema familiar (Olson, 2011).

Desta forma, através das fórmulas apresentadas na Figura 1, podem ser criados três rácios: Rácio de Coesão Familiar, Rácio de Flexibilidade Familiar e Rácio do Funcionamento Familiar. Com este objetivo, ao dividir-se as médias das escalas de coesão e flexibilidade familiar equilibradas pela média das escalas de coesão e flexibilidade familiar desequilibradas, obtém-se o Rácio de Coesão Familiar e o Rácio de Flexibilidade Familiar. Consecutivamente, através da média destes dois rácios obtém-se o Rácio do Funcionamento Familiar. Os valores obtidos podem variar entre 0.2 e 5, sendo que o valor 1 é indicativo de níveis equivalentes de funcionalidade ou disfuncionalidade familiar. Neste sentido, valores superiores a 1 revelam sistemas familiares mais funcionais ou equilibrados, enquanto valores inferiores a 1 assinalam sistemas familiares mais disfuncionais ou desequilibrados.

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

Figura 1: Fórmulas para Obtenção dos Rácios do Modelo Circumplexo. Adaptada de “FACES IV Manual” (Olson, 2010).

2.2. Escala *Social Support Appraisals* (SSA)

O instrumento de avaliação da perceção do suporte social oferecido por diferentes grupos sociais, *Social Support Appraisals* (SSA), foi desenvolvido por Vaux e colaboradores (1986) e adaptado para a população portuguesa de adolescentes por Antunes e Fontaine (1995). Posteriormente, as autoras realizaram uma análise fatorial confirmatória da escala (Antunes & Fontaine, 2005). Assim, a versão portuguesa do instrumento divide-se em quatro dimensões ou

subescalas que avaliam o grau em que uma pessoa se sente estimada, respeitada e envolvida pela família (SSA-família), pelos amigos (SSA-amigos), pelos professores (SSA-professores) e pelas pessoas em geral (SSA-geral). Na totalidade, o instrumento é composto por 30 itens (e.g., “Os meus amigos respeitam-me.”; “A minha família estima-me bastante.”), onde cada item consiste numa afirmação na qual o adolescente deve expressar o seu grau de concordância, numa escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 = Discordo Totalmente a 5 = Concordo Totalmente).

A operacionalização da escala total dá-se a partir do cálculo do score médio das pontuações obtidas em cada subescala sendo que, quanto mais elevado o score médio melhor a percepção de suporte social obtida por parte dos referidos grupos.

Para a realização do presente estudo, foram consideradas apenas duas subescalas da versão portuguesa do instrumento desenvolvido por Antunes e Fontaine (2005), nomeadamente as subescalas SSA-família e SSA-amigos (Tabela 4).

Tabela 4: Correspondência dos Itens Finais da Escala *Social Support Appraisals* (SSA)

Subescalas	Itens
SSA-família	Itens: 2, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 16
SSA-amigos	Itens: 1, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15

Para a realização da análise descritiva das subescalas da escala *Social Support Appraisals* (SSA) procedeu-se, primeiramente, à inversão de três itens colocados na negativa (item 6, 11 e 16), obtendo-se de seguida, os seguintes valores para o total das subescalas: $M = 3.95$, $DP = .61$; para a subescala SSA-família $M = 3.89$, $DP = .89$; e para a escala SSA-amigos $M = 4.00$, $DP = .70$ (Anexo C). Relativamente às qualidades psicométricas da escala, verifica-se um *Alpha de Cronbach* no valor de .83 para o total das subescalas, um *Alpha de Cronbach* no valor de .93 para a subescala SSA-família e um *Alpha de Cronbach* no valor de .73 para a subescala SSA-amigos, afirmando uma boa consistência interna (Anexo C).

2.3. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

A escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) é a versão portuguesa do *Depression Anxiety Stress Scale*, de Lovibond e Lovibond (1995) adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Da versão original de 42 itens, os autores apresentaram uma versão reduzida do instrumento, resultando a EADS constituída por 21 itens que se distribuem por três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stresse. Cada dimensão é composta por sete itens e cada item consiste

numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos (e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”; “Senti dificuldades em respirar”; “Tive dificuldades em me acalmar”) em que os participantes devem avaliar a extensão em que experienciaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de resposta de tipo *Likert* de quatro pontos de gravidade ou frequência (0 = Não se aplicou a mim, 1 = Aplicou-se a mim algumas vezes, 2 = Aplicou-se a mim muitas vezes, 3 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes).

A operacionalização desta escala é determinada pela soma dos resultados dos sete itens em cada dimensão. Assim, a escala proporciona três notas, uma por dimensão, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”, demonstrando que as notas mais elevadas em cada dimensão correspondem a estados afetivos mais negativos.

No que se refere à análise descritiva e qualidades psicométricas das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) utilizada neste estudo verificou-se um *Alpha de Cronbach* no valor de .95 (M = .84, DP = .71) revelando uma elevada consistência interna (Anexo D). Nas subescalas verificou-se um *Alpha de Cronbach* para a Ansiedade no valor de .87 (M = .69, DP = .75), para a Depressão no valor de .91 (M = .81, DP = .83) e para o Stresse de no valor de .89 (M = 1.03, DP = .78) (Anexo D).

2.4. Inventário dos Comportamentos Autolesivos

Como forma de medir os comportamentos autolesivos dos participantes deste estudo foi utilizado o Inventário dos Comportamentos Autolesivos desenvolvido por Duarte, Gouveia-Pereira e Sampaio (2017) encontrando-se atualmente em processo de validação para a população portuguesa. É um instrumento de autopreenchimento composto essencialmente por duas escalas: a escala de Comportamentos Autolesivos, que avalia a ocorrência ou não de comportamentos autolesivos e a escala das Funções dos Comportamentos Autolesivos, que avalia as funções desses mesmos comportamentos.

A escala de Comportamentos Autolesivos é constituída por 15 itens que correspondem a diferentes tipos de comportamentos autolesivos (e.g., “Cortei-me”; “Consumi drogas com intenção de me magoar”; “Tentei suicidar-me”). Perante estes itens, o jovem deve responder se praticou cada um destes tipos de comportamentos ao longo da vida, sendo-lhe apresentado um tipo de resposta dicotómica “Não” e “Sim”. Esta última possibilidade integra a frequência desses comportamentos como hipóteses de resposta (“1 vez”, “2 a 10 vezes”, “Mais de 10 vezes”). Esta escala também integra questões abertas e/ou descritivas. Para a operacionalização desta escala foi criada uma variável dicotómica onde foi codificada a ausência de comportamentos autolesivos com “0” e a prática desse tipo de comportamentos com “1”.

A segunda escala que avalia as funções dos comportamentos autolesivos é constituída por 39 itens nas quais o adolescente deve expressar o seu grau de concordância, numa escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 = Discordo Totalmente a 5 = Concordo Totalmente). Esta escala também integra uma questão aberta e/ou descritiva de resposta opcional.

No que se refere à análise das qualidades psicométricas das escalas do Inventário dos Comportamentos Autolesivos verificou-se um *Alpha de Cronbach* no valor de .94 (M = .29, DP = .49) para a escala de Comportamentos Autolesivos e um *Alpha de Cronbach* no valor de .92 (M = 2.15, DP = .61) para a escala das Funções dos Comportamentos Autolesivos, revelando em ambas uma elevada consistência interna (Anexo E).

2.5. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O Questionário de Ideação Suicida (QIS) é um instrumento elaborado originalmente por (Reynolds, 1988), concebido especificamente para avaliar a gravidade e intensidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes e adultos. Como forma de medir a ideação suicida dos participantes deste estudo, foi utilizada a versão aferida e validada para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999).

Este instrumento de autopreenchimento é constituído por um total de 30 itens que abrange uma hierarquia de pensamentos relativos ao suicídio, ordenados de pouco a muito graves numa escala de resposta de tipo *Likert* de 7 pontos (de 1 = O pensamento nunca ocorreu a 7 = O pensamento ocorreu sempre).

Para a operacionalização desta escala foram criados scores médios dos itens que podem variar entre 1 a 7 tal como os itens que compõem a escala. Foi ainda criada uma nova variável nominal dicotómica em que se considera níveis de ideação suicida mais baixos nos participantes com uma média abaixo do ponto médio e níveis de ideação suicida mais elevados nos participantes com uma média igual ou superior ao ponto médio. Neste sentido, quanto mais elevada for a média do participante maior ideação suicida o mesmo apresenta.

No que se refere à análise descritiva dos resultados do Questionário de Ideação Suicida (QIS), obtiveram-se os seguintes valores: M = 2.12, DP = 1.31, Mín = 1, Max = 6.30 (Anexo F). Relativamente à consistência interna da versão traduzida do instrumento utilizada neste estudo verifica-se que se obteve um *Alpha de Cronbach* no valor de .97, revelando uma elevada consistência interna (Anexo F).

2.6. Questionário Sociodemográfico

Por último, foi aplicado um questionário sociodemográfico aos participantes onde foi solicitado as seguintes informações: sexo, idade, nacionalidade, ano de escolaridade, número de reprovações, agregado familiar, número de irmãos e respectiva fratria, tentativas de suicídio e suicídios conhecidos. No que diz respeito aos pais foi solicitado o estado civil, profissão e habilitações literárias.

3. Procedimento

Para a recolha de dados da presente amostra de adolescentes proveniente de contexto escolar, foi primeiramente estabelecido um contacto pessoal com as entidades responsáveis, nomeadamente a direção pedagógica do respetivo estabelecimento de ensino onde foram explicados os objetivos gerais deste estudo, os instrumentos a aplicar e a amostra pretendida.

Após o parecer positivo por parte do Diretor Pedagógico e do Psicólogo do estabelecimento de ensino, foram remetidas as devidas autorizações (Anexo G) destinadas aos encarregados de educação onde se informava que a participação voluntária dos respetivos educandos neste estudo consistia no preenchimento de um questionário anónimo e confidencial. Após o consentimento dos encarregados de educação, procedeu-se à aplicação dos questionários em contexto de sala de aula, num tempo determinado para o efeito, previamente acordado com o psicólogo e os professores responsáveis.

Antes da distribuição dos questionários, foram apresentadas algumas informações fundamentais para a realização adequada da tarefa, nomeadamente sobre os objetivos do estudo, o preenchimento dos respetivos questionários e a duração do mesmo, destacando a importância de responderem de forma sincera a totalidade das questões. Por se tratar de um questionário que remete para questões pessoais e familiares, e questões sobre comportamentos suicidários, foi salientado que as respostas eram totalmente anónimas e confidenciais, usadas apenas para efeitos meramente estatísticos na presente investigação, não podendo as mesmas ser associadas à identidade dos participantes. Foi também referido que não existiam respostas certas ou erradas, que não se tratava de nenhuma avaliação referente ao estabelecimento de ensino e que apenas se pretendia saber como os adolescentes pensavam acerca das questões que lhes eram apresentadas.

Após fornecidas todas as instruções, os participantes iniciaram o preenchimento do questionário composto por uma folha de rosto com uma breve explicação sobre o estudo, seguido da Escala FACES IV, da Escala *Social Support Appraisals* (SSA), das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), do Inventário de Comportamentos Autolesivos, do Questionário de Ideação Suicida (QIS) e, por último, de um questionário sociodemográfico

solicitando a idade, o género, a nacionalidade, o ano de escolaridade, entre outros elementos. Na última página de cada questionário eram disponibilizados alguns contactos de apoio, nomeadamente de Centros de Saúde e Hospital da área geográfica, do Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) e Voz Amiga, caso os participantes sentissem necessidade de recorrer. No final, após o preenchimento e recolha dos respetivos questionários, foi reforçado um agradecimento individual a todos os alunos pela colaboração e total disponibilidade na participação do presente estudo.

RESULTADOS

Para a concretização da análise estatística apresentada ao longo do presente estudo foi utilizado a versão 24 do *Software SPSS Statistics*. É também importante referir que para todos os testes de hipóteses apresentados nesta investigação, foi assumido uma probabilidade de erro de tipo I, $\alpha = 0.05$. Adicionalmente, na presente análise dos resultados, assume-se que para amostras superiores a 25-30 sujeitos as diferentes distribuições cumprem o pressuposto de normalidade dos testes paramétricos, não sendo por isso necessário a verificação dos pressupostos para a aplicação destes mesmos testes (Marôco, 2014).

Seguidamente, com o propósito de responder aos objetivos e hipóteses colocadas no presente estudo, procedeu-se à descrição e análise dos resultados. Num primeiro momento serão apresentados os resultados decorrentes da estatística descritiva de algumas variáveis em estudo, posteriormente serão apresentados os testes das hipóteses decorrentes da revisão da literatura.

Assim, no que se refere à prevalência de ideação suicida dos participantes do presente estudo, verifica-se que da amostra total ($n=264$), 165 (62.5%) participantes apresentam níveis mais baixos de ideação suicida (59 do sexo feminino e 106 do sexo masculino) enquanto 99 (37.5%) participantes apresentam níveis mais elevados de ideação suicida (62 do sexo feminino e 37 do sexo masculino) (Tabela 5 e Anexo H).

Tabela 5: Distribuição da variável Ideação Suicida de acordo com o Sexo

		Ideação Suicida		Total
		Níveis mais baixos	Níveis mais elevados	
Sexo	Masculino	106	37	143
	Feminino	59	62	121
Total		165	99	264

No que diz respeito aos comportamentos autolesivos, verifica-se que da amostra total ($n=264$), 126 (47.7%) participantes não apresentam comportamentos autolesivos enquanto 138 (52.3%) participantes apresentam comportamentos autolesivos (Tabela 6 e Anexo H). Destes, pode-se constatar que 79 participantes pertencem ao sexo feminino e 59 ao sexo masculino (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da variável Comportamentos Autolesivos de acordo com o Sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
CAL	Não	84	42	126
	Sim	59	79	138
Total		143	121	264

Ao realizar-se uma análise relativa à frequência de comportamentos autolesivos, pode verificar-se que 24 (9.1%) adolescentes já fizeram mal a si próprios intencionalmente uma vez (oito do sexo feminino e 16 do sexo masculino), 79 (29.9%) de duas a 10 vezes (48 do sexo feminino e 31 do sexo masculino) e 35 (13.3%) por mais de 10 vezes (23 do sexo feminino e 12 do sexo masculino) (Anexo H).

Com o objetivo de averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à ideação suicida e aos comportamentos autolesivos em função do género dos participantes da amostra recorreu-se ao teste *t-Student* com correção de *Welch* uma vez que não se verificou o pressuposto de homogeneidade de variâncias relativamente à Ideação Suicida ($F_{(1, 262)} = 27.69$; $p = .000$), assim como em relação aos Comportamentos Autolesivos ($F_{(1, 262)} = 14.88$; $p = .000$) (Anexo H). Assim, observando a Tabela 7, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na ideação suicida em função do género dos participantes ($t_{(207.030)} = -5.31$; $p = .000$), revelando que os participantes do sexo feminino apresentam níveis de ideação suicida significativamente superiores relativamente aos participantes do sexo masculino (Anexo H). De igual modo, os participantes do sexo feminino apresentam um envolvimento significativamente superior em comportamentos autolesivos comparativamente aos participantes do sexo masculino (Tabela 7).

Tabela 7: Análise das diferenças de Ideação Suicida e de CAL de acordo com o Sexo

Variável dependente	Média	Média	t	p
	Feminino	Masculino		
Ideação Suicida	2.58	1.73	-5.31	.000
Comportamentos Autolesivos (CAL)	.42	.19	-3.80	.000

Relativamente à prática de comportamentos autolesivos de acordo com a presença de ideação suicida, pode-se constatar que dos 138 participantes que praticam comportamentos autolesivos, 84 apresentam níveis mais elevados de ideação suicida enquanto 54 participantes apresentam níveis mais baixos de ideação suicida. Por outro lado, dos 126 participantes que não

praticam comportamentos autolesivos, 111 apresentam níveis mais baixos de ideação suicida enquanto 15 manifestam níveis mais elevados de ideação suicida (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição da variável Ideação Suicida de acordo com os Comportamentos Autolesivos

		CAL		Total
		Não	Sim	
Ideação Suicida	Níveis mais baixos	111	54	165
	Níveis mais elevados	15	84	99
Total		126	138	264

No seguimento da análise descritiva dos dados recolhidos, no que se refere aos métodos ou tipos de comportamentos autolesivos mais praticados entre os adolescentes do presente estudo, verificou-se através de uma análise de frequências que existe um maior predomínio pelos comportamentos que provocam danos no corpo ou no tecido corporal, nomeadamente o corte, o morder e o bater com o corpo ou bater em si próprio (Tabela 9). Neste sentido, dos participantes da amostra que praticam um ou mais dos comportamentos autolesivos indicados, 73 (27.7%) referem cortar-se (54 do sexo feminino e 19 do sexo masculino), 80 (30.3%) referem morder-se (44 do sexo feminino e 36 do sexo masculino) e 72 (27.3%) referem bater com o corpo ou bater em si próprio (40 do sexo feminino e 32 do sexo masculino). Por outro lado, o método menos utilizado é o ‘espetar-se com agulhas’ (4.5%) e ‘engolir substâncias perigosas’ (4.9%) (Tabela 9 e Anexo H).

Tabela 9: Frequência dos tipos de Comportamentos Autolesivos

	Feminino	Masculino	Frequência Porcentagem
Cortei-me	54	19	73 (27.7%)
Mordi-me	44	36	80 (30.3%)
Queimei-me	13	13	26 (9.8%)
Cravei/ Gravei símbolos ou palavras na minha pele	17	10	27 (10.2%)
Puxei / Arranquei cabelo	35	17	52 (19.7%)
Cociei/ Arranhei-me até fazer uma ferida	35	13	48 (18.2%)
Consumi drogas com intenção de me magoar	15	10	25 (9.5%)
Espetei-me com agulhas	6	6	12 (4.5%)
Engoli substâncias perigosas com intenção de me magoar	9	4	13 (4.9%)
Bebi em excesso com intenção de me magoar	24	17	41 (15.5%)
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	40	32	72 (27.3%)
Ingeri em demasia um medicamento com intenção de me magoar	18	5	23 (8.7%)
Ingeri em demasia um medicamento com intenção de morrer	12	3	15 (5.7%)
Tentei suicidar-me	29	17	46 (17.4%)

Em relação às tentativas de suicídio, importa destacar que 46 (17.4%) participantes afirmam que já tentaram o suicídio, entre os quais 29 são do sexo feminino e 17 são do sexo masculino (Anexo H). Relativamente à frequência deste comportamento, 22 adolescentes tentaram uma vez (12 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), 19 tentaram de duas a 10 vezes (14 do sexo feminino e cinco do sexo masculino) e 5 já tentaram mais de 10 vezes (três do sexo feminino e dois do sexo masculino) (Anexo H).

Seguidamente, pretendeu-se verificar se os participantes quando realizam estes comportamentos querem efetivamente morrer, destacando-se 44.5% de respostas afirmativas, isto é, 34 (25.2%) dos participantes afirmam que queriam morrer “algumas vezes”, 16 (11.9%) dos participantes “quase sempre” e 10 (7.4%) dos participantes afirmam “sempre” (Anexo H). No presente estudo, três participantes não responderam a esta questão.

Ainda dentro da análise descritiva, de modo a compreender qual a idade em que os participantes do presente estudo iniciaram o primeiro comportamento autolesivo, verifica-se que existe uma maior prevalência aos 10/12 anos até aos 16 anos, com maior percentagem aos 14 anos (17.5%) e 15 anos de idade (16.7%) (Anexo H). Dos participantes que praticam comportamentos autolesivos, 24 não responderam a esta questão.

Relativamente à ocorrência do último episódio de autolesão, verifica-se uma maior frequência nos últimos três anos, sendo que 41 (41%) dos participantes realizaram estes

comportamentos pela última vez nos últimos 6 meses (23 do sexo feminino e 18 do sexo masculino), 25 (25%) dos participantes nos últimos 12/18 meses (19 do sexo feminino e seis do sexo masculino) e 17 (17%) nos últimos 24 meses (15 do sexo feminino e dois do sexo masculino) (Anexo H). No presente estudo, 38 participantes não responderam a esta questão.

Seguidamente, com o objetivo de perceber de onde foi retirada a ideia para a prática de comportamentos autolesivos realizou-se uma análise de frequências, verificando-se que predominam os participantes que afirmam retirar a ideia da sua própria experiência (30.4%) (Anexo H). É importante destacar que outros dos meios recorrentes para a retirada de ideia para a prática destes comportamentos é sobretudo de Outro Sítio (17%), de Vários Sítios (15.2%), através de Filmes/Séries (13.4%), Internet (12.5%) e Amigos/Colegas (9.8%) (Anexo H). No entanto, 26 participantes não responderam a esta questão.

Para compreender qual o local mais comum onde ocorre a prática de comportamentos autolesivos, assim como perceber se os adolescentes se encontram sozinhos ou na presença de outros quando realizam estes comportamentos, realizou-se uma análise de frequências onde se evidencia que a prática destes comportamentos são realizados maioritariamente em casa (76.7%), e sobretudo quando os jovens se encontram sozinhos (53.7%) (Anexo H). Ainda no âmbito da análise descritiva, sobre o intervalo de tempo entre a premeditação do gesto ou ocorrência do pensamento e a realização do comportamento autolesivo, destaca-se que 66.7% dos participantes da amostra referem ter tomado a decisão de o fazer em menos de uma hora (Anexo H). Dos participantes que praticam comportamentos autolesivos, 27 não responderam a esta questão.

1. Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos

Na primeira hipótese formulada neste estudo espera-se que os adolescentes que pertencem a famílias consideradas funcionais ou equilibradas (níveis de coesão e flexibilidade familiar equilibrados, capacidades positivas de comunicação e satisfação familiar) apresentem menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos. Espera-se, assim, verificar a existência de uma relação negativa entre o funcionamento familiar equilibrado e a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, na medida em que quanto melhor o funcionamento familiar, menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos.

Para dar resposta a esta primeira hipótese optou-se pela realização de um teste de correlações de *Pearson* entre as dimensões do Funcionamento Familiar (Rácio da Coesão, Rácio da Flexibilidade e Rácio do Funcionamento Familiar) e Ideação Suicida e os Comportamentos

Autolesivos, onde se pode verificar a presença de correlações estatisticamente significativas entre todas as variáveis (Tabela 10 e Anexo I).

Assim, analisando primeiramente a correlação entre o Rácio do Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida, os resultados revelam a presença de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r = -.39, p < .01$), assim como revelam igualmente uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o Rácio do Funcionamento Familiar e os Comportamentos Autolesivos ($r = -.33, p < .01$) indicando que quanto melhor o funcionamento familiar, menor a ideação suicida e menor a prática de comportamentos autolesivos por parte dos jovens. Entre os Rácios da Coesão e Flexibilidade Familiar e a Ideação Suicida também se pode constatar uma correlação negativa e estatisticamente significativa, assim como entre a Coesão e Flexibilidade Familiar e os Comportamentos Autolesivos demonstrando que nos sistemas familiares em que os níveis de coesão e flexibilidade familiar são mais equilibrados, os jovens apresentam menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos (Tabela 10 e Anexo I).

No que respeita à Comunicação Familiar, os resultados indicam uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o Funcionamento Familiar ($r = .74$), com a Coesão ($r = .72, p < .01$) e com a Flexibilidade Familiar ($r = .57, p < .01$), revelando que quanto mais positiva for a comunicação familiar mais equilibrado é o funcionamento familiar. Por sua vez, a Comunicação correlaciona-se ainda significativamente mas de forma negativa com a Ideação Suicida ($r = -.43, p < .01$) e com os Comportamentos Autolesivos ($r = -.31, p < .01$) demonstrando que, quanto melhor a comunicação familiar menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos entre os jovens.

De igual modo, a Satisfação Familiar encontra-se correlacionada significativa e positivamente com o Funcionamento Familiar ($r = .76, p < .01$), com a Coesão ($r = .73, p < .01$) e Flexibilidade Familiar ($r = .60, p < .01$) e com a Comunicação Familiar ($r = .89, p < .01$) e correlaciona-se significativa e negativamente com a Ideação Suicida ($r = -.45, p < .01$) e com os Comportamentos Autolesivos ($r = -.32, p < .01$) indicando que quanto maior a satisfação com o funcionamento familiar menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos.

Tabela 10: Análise de Correlações entre as Variáveis em Estudo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Rácio da Coesão Familiar	-						
2. Rácio da Flexibilidade Familiar	.57**	-					
3. Rácio do Funcionamento Familiar	.98**	.82**	-				
4. Comunicação Familiar	.72**	.57**	.74**	-			
5. Satisfação Familiar	.73**	.60**	.76**	.89**	-		
6. Ideação Suicida	-.35**	-.36**	-.39**	-.43**	-.45**	-	
7. Comportamentos Autolesivos	-.29**	-.30**	-.33**	-.31**	-.32**	.72**	-

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

2. Suporte Social e a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos

Na **segunda hipótese** formulada neste estudo espera-se encontrar uma relação negativa entre um bom suporte social (suporte social da família e suporte social dos amigos) e a ideação suicida e comportamentos autolesivos, na medida em que quanto melhor for o suporte social por parte da família e dos amigos do adolescente, menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos. Para dar resposta a esta hipótese, optou-se pela realização de um teste de correlações de *Pearson* entre as dimensões do Suporte Social e a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos. Como indicam os resultados, o Suporte Social correlaciona-se de forma significativa e negativa com a Ideação Suicida ($r = -.40$, $p < .01$) e com os Comportamentos Autolesivos ($r = -.26$, $p < .01$). O Suporte Social da Família correlaciona-se significativa e negativamente com a Ideação Suicida ($r = -.45$; $p < .01$) assim como com os Comportamentos Autolesivos ($r = -.34$, $p < .01$), indicando que quanto melhor o suporte social por parte da família menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos. O Suporte Social dos Amigos correlaciona-se significativa e negativamente com a Ideação Suicida ($r = -.12$, $p < .05$), revelando, desta forma, que quanto melhor o suporte social por parte dos amigos menor ideação suicida nos adolescentes. No que diz respeito aos Comportamentos Autolesivos, verifica-se que não se encontra significativamente correlacionado com o Suporte Social dos Amigos (Tabela 11 e Anexo J).

Tabela 11: Análise de Correlações entre as Variáveis em Estudo

	1	2	3	4	5
1. Suporte Social	-				
2. Suporte Social Família	.82**	-			
3. Suporte Social Amigos	.69**	.15*	-		
4. Ideação Suicida	-.40**	-.45**	-.12*	-	
5. Comportamentos Autolesivos	-.26**	-.34**	-.03	.72**	-

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

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

Na terceira hipótese formulada neste estudo espera-se verificar uma relação positiva entre a ansiedade, a depressão e o stresse e a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, na medida em que, quanto mais sintomas ansiosos, depressivos e stresse os jovens apresentarem, maior ideação suicida e menor o envolvimento em comportamentos autolesivos. Para testar esta hipótese, realizou-se um teste de correlações de *Pearson* onde se verificou a presença de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis (Tabela 12 e Anexo K). Assim, como demonstram os resultados, a Ideação Suicida correlaciona-se significativamente e positivamente com a Ansiedade, com a Depressão e com o Stresse, demonstrando que, quanto mais sintomas ansiosos, depressivos e stresse maior ideação suicida nos adolescentes (Tabela 12). Os resultados também demonstram que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os Comportamentos Autolesivos e a Ansiedade, a Depressão e o Stresse, indicando de igual modo que, quanto mais sintomas ansiosos, depressivos e stresse maior ocorrência de comportamentos autolesivos entre os adolescentes (Tabela 12).

Tabela 12: Análise de Correlações entre as Variáveis em Estudo

	1	2	3	4	5
1. Ansiedade	-				
2. Depressão	.69**	-			
3. Stresse	.73**	.72**	-		
4. Ideação Suicida	.56**	.69**	.53**	-	
5. Comportamentos Autolesivos	.52**	.47**	.42**	.72**	-

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Com o objetivo de aprofundar os resultados e de modo a perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com níveis mais elevados de ideação suicida e

os adolescentes com níveis mais baixos de ideação suicida face à ansiedade, depressão e stresse, recorreu-se ao teste *t-Student* com correção de *Welch* uma vez que não se verificou o pressuposto de homogeneidade de variâncias relativamente à Ansiedade ($F_{(1, 262)} = 43.841; p = .000$), à Depressão ($F_{(1, 262)} = 103.038; p = .000$) e ao Stresse ($F_{(1, 262)} = 20.652; p = .000$) (Anexo K). Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à ansiedade, indicando que os participantes com níveis mais elevados de ideação suicida ($M = .114, DP = .86$) apresentam mais sintomas de ansiedade do que os participantes com níveis mais baixos de ideação suicida ($M = .43, DP = .53$). No que diz respeito à depressão, também se verificam diferenças estatisticamente significativas, mostrando que os participantes com níveis mais elevados de ideação suicida ($M = 1.47, DP = .91$) apresentam mais sintomas depressivos do que os participantes com níveis mais baixos de ideação suicida ($M = .41, DP = .45$). Relativamente ao stresse, os resultados indicam também diferenças estatisticamente significativas na medida em que os participantes com níveis mais elevados de ideação suicida ($M = 1.51, DP = .83$) apresentam níveis superiores de stresse do que os participantes com níveis mais baixos de ideação suicida ($M = .74, DP = .59$) (Anexo K).

Por fim, para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com comportamentos autolesivos e os adolescentes sem comportamentos autolesivos face à ansiedade, depressão e stresse, recorreu-se ao teste *t-Student* com correção de *Welch* uma vez que não se verificou o pressuposto de homogeneidade de variâncias relativamente à Ansiedade ($F_{(1, 262)} = 39.552; p = .000$), à Depressão ($F_{(1, 262)} = 37.960; p = .000$) e ao Stresse ($F_{(1, 262)} = 4.991; p = .026$) (Anexo K). Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ansiedade, demonstrando que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos ($M = .98, DP = .83$) apresentam mais sintomas de ansiedade do que os participantes que não praticam comportamentos autolesivos ($M = .38, DP = .50$). No que diz respeito à depressão, também se verificam diferenças estatisticamente significativas, revelando que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos ($M = 1.10, DP = .90$) apresentam mais sintomas depressivos do que os participantes que não praticam comportamentos autolesivos ($M = .49, DP = .62$). Em relação ao stresse, os resultados indicam igualmente diferenças estatisticamente significativas na medida em que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos ($M = 1.30, DP = .79$) apresentam níveis superiores de stresse do que os participantes que não praticam comportamentos autolesivos ($M = .73, DP = .66$) (Anexo K).

4. Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Por fim, considerando-se a ideação suicida como um precursor de outros comportamentos suicidários mais severos (Ferreira & Castela, 1999), na quarta hipótese espera-se verificar uma relação positiva entre a presença de ideação suicida e a ocorrência de comportamentos autolesivos, na medida em que, quanto maior o envolvimento nestes comportamentos mais elevados os níveis de ideação suicida, e vice-versa. Para dar resposta a esta hipótese, optou-se pela realização de um teste de correlações de *Pearson* entre a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos onde se pode constatar uma correlação positiva e significativa entre as duas variáveis ($r = .72$; $p < .01$), revelando que, quanto maior o envolvimento em comportamentos autolesivos mais elevados os níveis de ideação suicida os jovens apresentam, e vice-versa (Anexo L).

Com o objetivo de aprofundar os resultados e de modo a compreender se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que praticam comportamentos autolesivos e os participantes que não praticam comportamentos autolesivos face à ideação suicida, recorreu-se ao teste *t-Student* com correção de *Welch* uma vez que não se verificou o pressuposto de homogeneidade de variâncias ($F_{(1, 262)} = 126.912$; $p = .000$) (Anexo L). Os resultados demonstram existir diferenças estatisticamente significativas, revelando que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos ($M = 2.82$, $DP = 1.42$) apresentam níveis mais elevados de ideação suicida relativamente aos adolescentes que não praticam comportamentos autolesivos ($M = 1.35$, $DP = .54$), cuja presença de ideação suicida é significativamente menor (Anexo L).

Ainda de forma a perceber se a ideação suicida varia em função da frequência de comportamentos autolesivos, realizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal Wallis* uma vez que não se verificou o pressuposto da homogeneidade de variâncias ($p < .05$) (Anexo L).

Deste modo, os resultados do teste de *Kruskal Wallis* indicam-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois dos grupos em estudo ($H_{(3)} = 122.21$; $p < .001$) (Anexo L). Seguidamente, e depois de se realizar o teste *Post Hoc de Tukey* HSD, verificou-se que os participantes que praticaram mais do que dez vezes comportamentos autolesivos apresentam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ideação suicida em relação a todos os outros grupos, revelando assim uma média significativamente superior (Tabela 13). Os participantes que praticaram comportamentos autolesivos entre duas e dez vezes manifestaram níveis mais elevados de ideação suicida do que os participantes que só praticaram apenas uma vez e do que os participantes que nunca praticaram comportamentos autolesivos, revelando uma média significativamente superior (Tabela 13). Por sua vez, os participantes que praticaram

comportamentos autolesivos apenas uma vez apresentaram níveis mais elevados de ideação suicida do que os participantes que nunca praticaram, revelando uma média significativamente superior (Tabela 13). Conclui-se assim que, quanto mais vezes a ocorrência de comportamentos autolesivos mais elevados os níveis de ideação suicida nos adolescentes.

Tabela 13: Resultados de comparações múltiplas do Teste Post Hoc de Tukey HSD para a Ideação Suicida média em função da frequência de Comportamentos Autolesivos (CAL)

Ideação Suicida (grupo A)		Ideação Suicida (grupo B)		<i>p</i>
Frequência de CAL	Média	Frequência de CAL	Média	
> 10 vezes	4.26	De 2 a 10 vezes	2.46**	< .001
		1 vez	1.90**	< .001
		Nenhuma	1.35**	< .001
De 2 a 10 vezes	2.46	1 vez	1.90*	.041
		Nenhuma	1.35**	< .001
1 vez	1.90	Nenhuma	1.35*	.035

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

DISCUSSÃO

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de investigar em que medida é que o sistema familiar e o suporte social dos adolescentes se relacionam com a ideação suicida e o envolvimento em comportamentos autolesivos, bem como analisar a relação da ansiedade, depressão e stresse relativamente a essas mesmas condutas. Pretendeu-se igualmente compreender a relação existente entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos numa amostra comunitária de adolescentes.

De um modo geral, os resultados obtidos no presente estudo demonstram que o funcionamento familiar estabelece uma relação com a ideação suicida e com os comportamentos autolesivos, na medida em que quanto mais equilibrado é o sistema familiar (níveis de coesão e flexibilidade familiar equilibrados, capacidades positivas de comunicação e satisfação familiar), menor ideação suicida e menor a prática de comportamentos autolesivos por parte dos adolescentes. Além disso, os jovens que percebem um bom suporte social por parte da família e dos pares ou amigos apresentam menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos. Os jovens que apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e stresse, apresentam maior ideação suicida e maior envolvimento em comportamentos autolesivos. Verificou-se ainda que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos apresentam níveis mais elevados de ideação suicida comparativamente aos adolescentes que não praticam comportamentos autolesivos, cuja presença de ideação suicida é significativamente menor.

Para complementar o estudo foram realizadas análises exploratórias de algumas variáveis para uma melhor compreensão dos comportamentos autolesivos. Os resultados deste estudo demonstram que a autolesão é um grave problema entre os adolescentes da amostra, uma vez que se verificou uma taxa significativamente alta, isto é, 52.3% de adolescentes que praticam comportamentos autolesivos. Destes, 41% relataram recorrer aos comportamentos autolesivos nos últimos seis meses e 25% no ano anterior. Importa destacar que apenas 9.1% da amostra relatou um episódio único de comportamentos autolesivos. Embora se possa admitir que os comportamentos destrutivos sejam comuns na adolescência por ser um período marcado por uma grande instabilidade em que ocorrem diversas transformações e dificuldades em vários contextos, os resultados obtidos enfatizam a importância dos vários fatores que desencadeiam estes comportamentos. A investigação nesta área é consensual no que diz respeito aos fatores que levam ao aumento de risco de comportamentos autolesivos (Guerreiro, 2014). Variadas explicações para estes resultados podem ser encontradas, sobretudo nas dificuldades interpessoais e conflitos relacionais, nas fracas habilidades de resolução social, nas dificuldades de regulação emocional, sintomas psicológicos, conflitos internos, entre outros. Neste período do

desenvolvimento há também um aumento de impulsividade e o controle dos respetivos impulsos parecem ser menos eficazes sobretudo nos adolescentes que praticam comportamentos autolesivos (Guerreiro, 2014; Hawton et al., 2012). Por outro lado, a prática destes comportamentos nos adolescentes pode destacar-se como uma estratégia desajustada de comunicação perante a existência de relações negativas com a família, pares ou amigos, quer seja para chamar a atenção ou comunicar o intenso sofrimento psíquico vivido pelo jovem, quer seja um pedido de ajuda. De acordo com investigações nesta área (Guerreiro, 2014), os jovens em sofrimento não pedem ajuda de forma eficiente.

Outros dados encontrados são consistentes com a literatura prévia. Os resultados indicam que a ocorrência de comportamentos autolesivos varia significativamente em função do género, surgindo com maior prevalência nos participantes do sexo feminino. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores (e.g., Madge, et al., 2008; Ougrin et al., 2012), que referem que os comportamentos autolesivos são mais frequentes e precoces no sexo feminino do que no sexo masculino. Segundo Kaess et al., (2011), as diferenças em termos de ocorrência e dimensão de problemas emocionais e comportamentais no sexo feminino e masculino podem explicar em grande medida as diferenças de género no comportamento suicidário, uma vez que as adolescentes do sexo feminino apresentam maiores níveis de psicopatologia, maiores índices de problemas emocionais e comportamentais em relação aos adolescentes do sexo masculino.

No que respeita às idades mais frequentes com que os adolescentes realizam os primeiros comportamentos autolesivos, os resultados indicam uma maior prevalência entre os dez e 12 anos, o período inicial da adolescência (Mesquita et al., 2011) e os 16 anos. Neste sentido, vários autores descobriram que o risco de suicídio está associado a adolescentes mais velhos, enquanto que os comportamentos autolesivos normalmente têm um início mais precoce (e.g., Ougrin et al., 2012). As principais fontes de onde são retiradas a ideia para a execução de comportamentos autolesivos são principalmente através da experiência própria dos adolescentes, filmes ou séries, internet e através de amigos. Além disso, os resultados indicam que o local onde os adolescentes mais frequentemente realizam este tipo de comportamentos é nas suas casas e preferencialmente quando se encontram sozinhos, isto é, sem a presença de outros. Uma explicação possível pode prender-se com o facto da prática de autolesão conduzir a um sentimento de vergonha, levando o adolescente a ocultar esses comportamentos. Por outro lado, Glenn e Klonsky (2009) acrescentam que os indivíduos que se autolesionam sozinhos, revelam substancialmente maior tendência para a ideação e planos de suicídio.

Relativamente ao intervalo de tempo entre a ocorrência do pensamento e a realização do comportamento autolesivo, a maioria dos adolescentes da amostra que se autolesionam, afirmam

ter tomado a decisão de o fazer em menos de uma hora. A impulsividade destes gestos reflete como o desejo do jovem se magoar intencionalmente surge como um impulso precipitado em resposta a um estado de crise mais intenso.

Em termos de métodos de autolesão mais comuns utilizados entre os adolescentes da amostra, destacou-se um maior predomínio pelos comportamentos que provocam danos no corpo ou no tecido corporal, especialmente o “morder”, o “corte”, e o “bater com o corpo ou bater em si próprio”. Outros estudos corroboram com estes resultados (e.g., Carvalho, Motta, Sousa & Cabral, 2017; Gonçalves et al., 2012). É possível que estes métodos sejam mais predominantes porque são métodos que os adolescentes terão mais facilidade de acesso e um envolvimento mais imediato que, por sua vez, remetem para uma menor premeditação do ato. Por outro lado, por serem métodos de baixa letalidade são considerados uma forma menos censurável e menos visível de regular a própria emoção (Carvalho et al., 2017). Alguns estudos propõem que os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos sem intenção suicida são mais propensos a usar métodos de baixa letalidade (e.g., morder) (Carvalho, et al., 2017) enquanto que os adolescentes que tentam o suicídio tendem a utilizar métodos de alta letalidade (e.g., sobredosagem) (Csorba et al., 2009 cit. por Ougrin, 2012). No entanto, segundo Nock et al., (2006) nenhum método de autolesão está exclusivamente associado à intenção suicida, uma vez que até 70% dos adolescentes que praticam comportamentos sem intenção suicida também tentam o suicídio.

Em relação às tentativas de suicídio, 17.3% dos adolescentes da amostra que praticam comportamentos autolesivos assumem que já tentaram o suicídio, apresentando uma percentagem de tentativas de suicídio superior a outros estudos anteriores (e.g., Oliveira, et al., 2001). Uma possível explicação pode dever-se aos elevados níveis de ideação suicida e de comportamentos autolesivos presente nos adolescentes da amostra. Alguns estudos (e.g., Claes et al., 2010; Wester et al., 2016), indicam que o risco de tentativa de suicídio aumenta com a frequência e repetição de comportamentos autolesivos, levando a níveis mais elevados de ideação suicida e conseqüentemente, às tentativas de suicídio. Por outro lado, como sugere Sampaio (1991), a tentativa de suicídio pode significar uma fuga onde o adolescente encara a morte como a sua única alternativa ou forma de solucionar o seu sofrimento. Neste sentido, as tentativas de suicídio podem ocorrer pelo esforço de materialização da dor psíquica, pela incapacidade de expressão emocional ou carência de competências para lidar com estados emocionais de elevada intensidade, ou ainda por falta de expectativas positivas podendo levar a maior desesperança, depressão ou tristeza.

É neste sentido que a elevada taxa de respostas afirmativas (44.5%) respeitante à questão

“querer morrer” quando o jovem realiza comportamentos autolesivos, parece estar em consonância com um “verdadeiro desejo de morrer, ou um desejo de escapar temporariamente de um estado psíquico ou situação intolerável” (Hawton et al., 2012). No entanto, embora esta questão não permita deduzir com precisão o risco de suicídio, alerta por um lado para a compreensão do verdadeiro significado do ato e por outro, para a associação entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida.

Embora as explicações motivacionais, por parte dos adolescentes, para a ocorrência de comportamentos autolesivos variem bastante e sejam frequentemente múltiplas (Hawton et al., 2012; Santos et al., 2014), as razões apontadas pelos adolescentes do presente estudo remetem sobretudo para uma estratégia de alívio da tensão e das emoções negativas. Os jovens identificaram sentimentos de raiva, tristeza, infelicidade, desilusão, revolta, desespero, irritação e angústia como os principais sentimentos que antecederam à ocorrência de comportamentos autolesivos, o que pode confirmar as dificuldades que os jovens demonstram em regular ou controlar as próprias emoções neste período das suas vidas. A este respeito, Nock et al. (2006), sugerem que os comportamentos autolesivos são considerados o resultado de tentativas de suprimir sentimentos ou emoções negativas.

Como refere Hawton et al. (2012) a repetição dos comportamentos autolesivos é comum nos adolescentes. Na presente amostra, verifica-se uma taxa significativamente elevada (82.6%) de adolescentes que praticam comportamentos autolesivos repetitivos. A este respeito, Guerreiro (2014) sugere que o envolvimento nos comportamentos autolesivos geram uma maior frequência nos comportamentos e métodos mais severos, levando os jovens a uma espiral de repetição. Por sua vez, pode-se pensar a necessidade de repetição do comportamento sobretudo pelo facto de jovens experienciarem, de um modo geral, uma diminuição de estados afetivos negativos após o comportamento (Klonsky, 2009).

Quanto à presença de ideação suicida nos adolescentes da presente amostra, a percentagem encontrada (37.5%), mostrou semelhanças com as taxas de prevalência observadas em estudos anteriores com adolescentes da população geral (e.g., Azevedo & Matos, 2014; Sampaio, et al., 2000). Os resultados obtidos em relação às diferenças de género demonstraram que a ideação suicida é mais prevalente no sexo feminino do que no sexo masculino, indo ao encontro com o mencionado na literatura (e.g., Au, Lau & Lee, 2009; Borges & Werlang, 2006; Moreira & Bastos, 2015).

1. Relação entre o Funcionamento Familiar e a Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Na primeira hipótese em estudo encontrava-se subjacente a ideia de que o sistema familiar vai influenciar o surgimento ou não de comportamentos suicidários nos adolescentes. Dado que na literatura existem vários estudos (e.g., Bertera, 2007; Cruz et al., 2013; Evans et al., 2004; Gouveia-Pereira, et al., 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013; Kwok & Shek, 2009) que revelam que o funcionamento familiar pode influenciar tanto a ideação suicida como os comportamentos autolesivos nos adolescentes, pretendeu-se verificar a existência dessa relação. Assim, tendo em conta o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar (Olson, 2000), partiu-se do princípio que os adolescentes que pertencem a famílias consideradas funcionais ou equilibradas (níveis de coesão e flexibilidade familiar equilibrados, capacidades positivas de comunicação e satisfação familiar) apresentem menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos.

Ao analisar-se o Rácio do Funcionamento Familiar do presente estudo, os resultados demonstraram uma correlação significativa entre o Funcionamento Familiar e a ideação suicida, assim como entre o Rácio do Funcionamento Familiar e os Comportamentos Autolesivos, indicando que quanto melhor o funcionamento familiar, menor a ideação suicida e menor o envolvimento em comportamentos autolesivos por parte dos jovens. Entre os Rácios da Coesão e Flexibilidade Familiar e a Ideação Suicida também se contactou uma correlação significativa, assim como entre a Coesão e Flexibilidade Familiar e os Comportamentos Autolesivos. Isto é, quanto mais coeso e flexível é o sistema familiar menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos. Por sua vez, a Comunicação Familiar correlacionou-se significativamente com a Ideação Suicida e com os Comportamentos Autolesivos demonstrando que quanto mais positiva é a comunicação entre os membros de uma família menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos entre os jovens. Já a Satisfação Familiar, que dita o grau em que os membros de uma família se sentem satisfeitos e realizados uns com os outros em relação às três dimensões anteriores, correlacionou-se significativamente com a Ideação Suicida e com os Comportamentos Autolesivos indicando que quanto maior a satisfação com o funcionamento familiar menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos entre os jovens da amostra.

Como se viu anteriormente, a família pode ser considerada tanto um fator de proteção como de risco para os comportamentos suicidários, dependendo das características das relações. Assim, quando uma família é disfuncional, isto é, quando se observa um fraco envolvimento ou uma enorme dependência que não permite o normal desenvolvimento dos membros da família,

em que os papéis que cada membro desempenha na família tendem a ser problemáticos sem existir capacidade de adaptação e investimento familiar e em que a comunicação entre os diferentes membros não ocorre de forma positiva e protetora dentro do sistema familiar que o adolescente se encontra, torna o comportamento suicidário um caminho possível.

Neste sentido, os resultados obtidos vão assim ao encontro da literatura (e.g., Au, Lau & Lee, 2009; Bertera, 2007; Cruz et al. 2013; Evans et al., 2004; Gonçalves et al., 2011; Gouveia-Pereira, et al., 2014; Kwok & Shek, 2009; Werlang et al., 2005; Randell et al., 2006) ilustrando como a ideação suicida e os comportamentos autolesivos se relacionam a elevados níveis de conflitos no seio familiar, aumento de agressividade, *deficits* na resolução de conflitos, ausência de suporte emocional e baixos níveis de comunicação entre o adolescente e os membros da família, dificultando uma dinâmica mais saudável e naturalmente, a percepção de um funcionamento familiar adequado. Conseqüentemente, os jovens tendem a sentir frustração, rejeição e desvalorização, levando ao isolamento e ao aparecimento de estados afetivos negativos.

Tal como referido anteriormente, é na adolescência que geralmente surgem as principais dificuldades relacionais, precisamente por ser um período de crise marcado por momentos de grande instabilidade não só para o próprio adolescente como também para todo o sistema familiar. E portanto, considerando a importância e o papel da família na saúde física e psíquica dos adolescentes, e nas respetivas práticas e comportamentos adotados, os resultados confirmam que um funcionamento familiar saudável e equilibrado resulta de um conjunto de dimensões que incluem a coesão, o apoio familiar e a comunicação entre os membros, criando nos adolescentes uma maior satisfação com o ambiente familiar e, conseqüentemente, menores níveis de ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos. Para além disso, como sugere Kruger e Werlang (2010), o estabelecimento de trocas positivas entre os vários membros da família enriquece o repertório de alternativas para lidar com as crises, flexibilizando padrões de relacionamentos e, tornando assim possível, o desenvolvimento de capacidades para a mudança. O sentimento de pertença e um equilíbrio no sistema familiar atua então como um fator de proteção da ideação suicida e dos comportamentos autolesivos.

Neste sentido, confirma-se a primeira hipótese em estudo que parte da premissa que quanto melhor o funcionamento familiar, menor ideação suicida e menor ocorrência de comportamentos autolesivos entre os adolescentes.

2. Relação entre o Suporte Social e a Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Na segunda hipótese em estudo encontrava-se subjacente a existência de uma relação negativa entre a percepção de um bom suporte social e a ideação suicida e os comportamentos

autolesivos, resultando desta relação menos comportamentos suicidários nos adolescentes. Uma vez que na literatura existem vários estudos que confirmam que os vínculos sociais podem influenciar a ideação suicida (e.g., Arslam, 2009; Braga & Dell'Aglio, 2013; Kleiman & Riskind, 2013) e os comportamentos autolesivos (e.g., Reis, Figueira, Ramiro & Matos, 2012; Santos et al., 2014) nos adolescentes, pretendeu-se assim verificar a existência dessa relação.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram uma associação negativa entre o Suporte Social da Família e a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos indicando que quanto melhor o suporte social por parte da família menor ideação suicida e menor envolvimento em comportamentos autolesivos. De igual modo, o Suporte Social dos Amigos revelou uma associação negativa com a Ideação Suicida mostrando que quanto melhor o suporte social por parte dos amigos menor ideação suicida entre os adolescentes. Contudo, no que diz respeito aos comportamentos autolesivos, não se verificou uma correlação significativa com o Suporte Social dos Amigos.

Como se viu anteriormente, as relações interpessoais têm uma extrema importância durante a adolescência. A família tem um papel fundamental no desenvolvimento e bem estar psicológico do adolescente, e tal como sugere Tomé et al., (2010), uma relação positiva entre o adolescente e os pais constitui-se, por sua vez, como um fator indispensável para uma boa relação entre o adolescente e o grupo de amigos. A integração no grupo de pares é uma necessidade essencial no período da adolescência e na ausência desta integração ou de um sentimento de pertença a um grupo amigos, os sentimentos de solidão e rejeição, e conseqüentemente, o isolamento social, físico e psicológico apresentam-se como uma influência na ocorrência de comportamentos suicidários (Neves & Santos, 2016; Stoeckli, 2010).

Os resultados obtidos vão assim ao encontro da literatura (e.g., Au, Lau & Lee, 2009; Foster et al., 2017; Gonçalves et al., 2011; Matias & Santos, 2014; Santos et al., 2014) ilustrando como a ideação suicida e os comportamentos suicidários, podem estar associados à ausência de relações de confiança e a um fraco suporte familiar e social, nomeadamente aos conflitos e dificuldades nos relacionamentos familiares, instabilidade e relações conflituosas com amigos, ruturas nas relações amorosas, entre outros. No entanto, embora a relação entre ideação suicida e o suporte social dos amigos tenha sido encontrada no presente estudo, em contrapartida, o suporte social dos amigos não demonstrou relação significativa face à prática de comportamentos autolesivos, revelando como os efeitos do suporte por parte dos amigos podem variar entre os jovens. Uma explicação possível pode prender-se com o facto dos comportamentos autolesivos proporcionarem nos adolescentes da amostra um comportamento que promove o isolamento. Já

o suporte social da família demonstrou contribuir para o sentimento de pertença e, consequentemente, para um menor envolvimento nestes comportamentos.

Em suma, embora esta segunda hipótese apenas se confirme parcialmente no que diz respeito aos comportamentos autolesivos, os resultados deste estudo confirmam que a percepção de um bom suporte social por parte da família e dos amigos está associado a um menor risco de ideação suicida entre os adolescentes.

3. Relação entre Ansiedade, Depressão e Stresse e Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos

Procedendo a uma análise aos resultados da terceira hipótese em estudo, pretendeu-se compreender de que forma os sintomas psicológicos, nomeadamente a ansiedade, a depressão e o stresse são fatores que contribuem para o surgimento ou não de comportamentos suicidários nos adolescentes. Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram a existência de uma correlação significativa entre os sintomas de ansiedade, depressão e stresse com a ideação suicida, bem como com os comportamentos autolesivos nos adolescentes indicando que quanto maiores os níveis de ansiedade, depressão e stresse maior ideação suicida e maior envolvimento em comportamentos autolesivos. Comprovou-se, adicionalmente, que os adolescentes que apresentam maior ideação suicida e que praticam comportamentos autolesivos apresentam níveis superiores de ansiedade, depressão e stresse do que os adolescentes com menor ideação suicida e que não praticam comportamentos autolesivos.

Os resultados obtidos vão assim ao encontro da literatura confirmando estudos anteriores que apresentam a ansiedade, a depressão e o stresse como fatores de risco para a ideação suicida (e.g., Au, Lau & Lee, 2009; Azevedo & Matos, 2014; Carvalho et al., 2017; Gonçalves et al., 2011; Guerreiro et al., 2017; Hawton et al., 2012; Moreira & Bastos, 2015; Nock et al., 2009) e para a ocorrência de comportamentos autolesivos (e.g., Guerreiro et al., 2017; Madge et al., 2011; Matias & Santos, 2014; Neves & Santos, 2016; Ougrin, 2012; Santos et al., 2014). Estes resultados podem dever-se aos aspetos negativos que surgem quando o adolescente apresenta sintomas ansiosos e/ou depressivos que podem levar ao sentimento de fracasso ao nível individual, familiar e social, bem como à falta de sentido na vida e sensação de impotência. Consequentemente, o aparecimento destas sensações podem predispor o jovem à ideação suicida e aos comportamentos autolesivos. Como acrescenta Sim et al. (2013), em períodos de stresse, os jovens envolvidos em ambientes emocionais que rejeitam a expressão emocional, isto é, que não permitem que se aprenda a regular as emoções de uma forma adaptativa, coloca-os em risco de

desorganização e maior impulsividade, levando-os a expressar essas mesmas emoções através de comportamentos autolesivos.

Neste sentido, vários estudos (e.g., Carvalho et al., 2017; Foster et al., 2017; Sim et al., 2013) enfatizam a importância dos vínculos sociais e familiares, relacionamentos de suporte e ambientes favoráveis à união, comunicação e expressão de emoções que podem minimizar o risco de depressão e atuar como fatores de proteção contra a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, por um lado devido ao seu efeito negativo sobre esses comportamentos e por outro, devido ao impacto positivo na resiliência e no bem-estar do adolescente.

Face ao que foi exposto, os resultados observados no presente estudo, em conjunto com a literatura existente, podem assinalar como os fatores psicológicos conferem uma maior vulnerabilidade para a ideação suicida e adoção de comportamentos autolesivos. Neste sentido, confirma-se a terceira hipótese em estudo que parte da premissa que quanto maiores os níveis de ansiedade, depressão e stresse maior ideação suicida e maior envolvimento em comportamentos autolesivos entre os adolescentes.

4. Relação entre a Ideação Suicida e os Comportamentos Autolesivos

Por fim, na quarta hipótese em estudo encontrava-se subjacente a existência de uma relação positiva entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos, resultando desta relação maior ocorrência de comportamentos autolesivos e níveis mais elevados de ideação suicida.

A análise dos resultados para esta última hipótese permitiu concluir que a presença de ideação suicida e a ocorrência de comportamentos autolesivos nos adolescentes estão fortemente relacionados, como demonstra a literatura (e.g., Carvalho et al., 2013; Glenn & Klonsky, 2009; Wester et al., 2016). Mais ainda, os resultados preliminares demonstraram que quase dois terços dos adolescentes da presente amostra que praticam comportamentos autolesivos apresentam ideação suicida comprovando-se posteriormente que, os adolescentes que praticam comportamentos autolesivos apresentam níveis superiores de ideação suicida relativamente aos adolescentes que não praticam comportamentos autolesivos, cuja presença de ideação suicida é significativamente menor. Por fim, comprova-se igualmente que uma maior frequência de comportamentos autolesivos aumentam os níveis de ideação suicida nos adolescentes. A este respeito, como sugere Klonsky, May e Glenn (2013) e Wester et al. (2016), esta relação é consistente com estudos anteriores que indicam que os indivíduos que se envolvem em

comportamentos autolesivos com maior frequência tornam-se mais propensos a ter ideação suicida e/ou a tentar o suicídio, em diferentes grupos da população clínica e comunitária.

Neste sentido, confirma-se a quarta hipótese em estudo que parte do pressuposto que quanto maior a ocorrência de comportamentos autolesivos mais elevados os níveis de ideação suicida nos adolescentes.

5. Considerações Finais

Os resultados obtidos nesta investigação evidenciam que a qualidade do funcionamento familiar e o equilíbrio das relações familiares e sociais associam-se a um menor risco de ideação suicida e menor ocorrência dos comportamentos autolesivos nos adolescentes. Comprovam igualmente a importância das variáveis individuais, demonstrando que os sintomas de ansiedade e depressão, assim como níveis elevados de stresse nos adolescentes, estabelecem uma elevada associação com a ideação suicida e com os comportamentos autolesivos. Foi ainda possível verificar a relação existente entre a ideação suicida e os comportamentos autolesivos.

Apesar de se mostrar difícil a operacionalização da intencionalidade suicida dos comportamentos autolesivos, e embora os comportamentos autolesivos sem intenção suicida surjam na adolescência revestidos de uma grande diversidade de significados, como sugere Hawton et al. (2012), os comportamentos autolesivos podem ser seguidos de forma hierárquica, por atos com maior intencionalidade suicida. Neste sentido, é realmente importante compreender em que medida é que este comportamento tem efetivamente uma intenção suicida ou trata sobretudo de uma estratégia para lidar com as dificuldades individuais, familiares e sociais.

Sabe-se que a ideação suicida e os comportamentos autolesivos e, conseqüentemente, o risco de suicídio são questões de saúde pública importantes para a saúde e bem-estar dos adolescentes em todo o mundo. Sabe-se também, que estes comportamentos são um fenómeno complexo e multideterminado que resultam da interação entre vários fatores, nomeadamente biológicos, psicológicos e sociais. Não obstante, conhecer melhor este fenómeno pode contribuir para compreender os fatores que podem fornecer suporte e proteção para os comportamentos suicidários, assim como para a adoção de medidas preventivas e intervenções mais eficazes. Por conseguinte, torna-se fundamental reforçar que o contexto familiar e social continua a desempenhar um papel determinante na orientação do comportamento do adolescente. Neste sentido, as estratégias de intervenções não se aplicam exclusivamente ao adolescente, parece fundamental incluir as famílias, envolvendo os pais nas estratégias de prevenção oferecendo suporte no aumento de competências no que diz respeito ao funcionamento familiar uma vez que este tem uma importância crucial no desenvolvimento saudável do adolescente. Mais ainda, a

elevada prevalência de ideação suicida e de comportamentos autolesivos encontrados neste estudo, tendo em conta a natureza comunitária da amostra, podem alertar para a necessidade de intervenção em contexto escolar sobretudo na identificação precoce de adolescentes em risco, no acompanhamento e no desenvolvimento de técnicas e estratégias positivas para o adolescente.

6. Limitações e propostas para futuros estudos

Embora os resultados deste estudo contribuam para a compreensão dos comportamentos autolesivos e presença de ideação suicida, importa notar as suas limitações. A metodologia de autorrelato pode contribuir para algumas limitações, no sentido em que pode tornar difícil comprovar os comportamentos, sintomas ou o ambiente no sistema familiar baseados apenas no relato dos jovens. Por outro lado, por se tratar de um questionário com questões demasiado pessoais e delicadas e embora tenha sido aplicado protegendo a confidencialidade dos jovens, o facto de ser aplicado coletivamente em contexto de sala de aula poderá ter levado a uma certa inibição ou desejabilidade social nas respostas dadas, comprometendo, deste modo, a veracidade das respostas dos participantes. Por fim, outra limitação diz respeito à recolha de dados num único estabelecimento de ensino, que poderá tornar o tipo de amostra muito homogénea. Neste sentido, uma replicação dos resultados com diferentes idades e anos de escolaridade em diferentes escolas públicas e privadas seriam de grande interesse.

Apesar de alguns avanços na compreensão dos comportamentos suicidários, mais pesquisas são necessárias. Seria também interessante incluir, em futuras investigações, outras variáveis (e.g., a impulsividade, o autocontrolo, a regulação emocional) que permitam compreender outros fatores a considerar perante um jovem em risco suicidário. Além disso, o efeito da internet ou de *sites* de redes sociais nos comportamentos suicidários precisam de atenção adicional, uma que vez que pode exercer efeitos de contágio, imitação ou de sugestão bastante negativos entre os adolescentes. Por fim, sugere-se uma pesquisa com um delineamento longitudinal que permita avaliar a evolução dos pensamentos e comportamentos autolesivos dos jovens ao longo do tempo para compreender melhor a complexidade destes comportamentos na adolescência.

REFERÊNCIAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Apoio Social e comportamentos de risco na adolescência. *Psico*, 46(2), 165-175.
- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1995). Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: Adaptação de uma escala, o “Social Support Appraisals”. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 115- 127.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2000). Relations between self-concept and social support appraisals during adolescence: A longitudinal study. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 7, 339-353.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social support appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366.
- Araújo, L. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psicologia - Universidade São Francisco*, 15(1), 47-57.
- Arslam, C. (2009). Anger, Self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behaviour and Personality*, 37(4), 555-564.
- Au, A., Lau, S., & Lee, M. (2009). Suicide ideation and depression: The moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44, 851-868.
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191.
- Bahls, S., & Bahls, F. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6, 49-57.
- Batista, M. A., Oliveira, S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Beal, A. C., Ausiello, J., & Perrin, J. M. (2001). Social influences on health-risk behaviours among minority middle school students. *Journal Of Adolescent Health*, 28(6), 474-480.
- Benincasa, M., & Resende, M. M. (2006) Tristeza e suicídio entre adolescentes: Fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, 56, 93-110.
- Bertera, E. M. (2007). The role of positive and negative social exchanges between adolescents, their peers and family as predictors of suicide ideation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(6), 523-538.
- Borges, V. & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 195-209.

- Botega, N. J., Werlang, B. S., Cais, C. F., & Macedo, M. M. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Psicologia Clínica*, 37(3), 213-220.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Braga, L. & Dell'Aglio, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e género. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.
- Bridge J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- Carvalho, P. D., Barros, M. G., Lima, R. A., Santos, C. M., & Mélo, E. N. (2011). Conduas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. *Cadernos Saúde Pública*, 27(11), 2095-2105.
- Carvalho, C. B., Motta, C., Sousa, & M., Cabral, J. (2017) Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 39, 252–262.
- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C.B., et al. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W. Hamelinck L, Martens, H., Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48, 83–87.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self destructive behaviours: an exploratory analysis of family and individual correlates. *Behavioral Psychology* 21(2), 271-288.
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Sampaio, D. (2017). *Validação do inventário dos comportamentos autolesivos*. Manuscrito submetido para publicação.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2015). *Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental*. Consultado em 10 de Janeiro de 2017 através de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1518/Full_report_-_Mental_health.pdf
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review* 24, 957–979.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 124-130). Braga: APPORT/SHO.

- Foster, C. E., Horwitz, A., Thomas, A., Opperman, K., Gipson, P., Burnside, A., Stone, D. M., & King, C. A. (2017). Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Children & Youth Services Review, 81*, 321-331.
- Frasquilho, M. A. (2009). *Stress*. In H. C. Filho, & C. Ferreira-Borges (Eds.), *Stress, depressão e suicídio* (pp. 63-81). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences, 46*, 25-29.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium, 40*, 149-159.
- Gonçalves S., F., Martins C., Rosendo A. P., Machado B. C., & Silva E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema 24* (4), 536-541.
- Gouveia-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., & Miranda, M. (2017). *Validação do funcionamento familiar para adolescentes portugueses*. Manuscrito submetido para publicação.
- Guerreiro, G. (2009). Ansiedade. In H. C. Filho, & C. Ferreira-Borges (Eds.), *Stress, depressão e suicídio* (pp. 83-113). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Guerreiro, G. (2009). Depressão e suicídio. In H. C. Filho, & C. Ferreira-Borges (Eds.), *Stress, depressão e suicídio* (pp. 115-144). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Guerreiro, D. F. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Tese de Doutoramento. 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), 204-213.
- Guerreiro D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge N. (2017). Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research, 21*, 83-89.
- 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.
- Hawton, K., Saunders, K. A. S., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (379)*, 2373-2389.
- Hetem, L. A. B., & Graeff, F. G. (2004). Diagnóstico diferencial. In L. A. B. Hetem, & F. G. Graeff (Eds.), *Transtornos de ansiedade* (pp. 191-205). Rio de Janeiro: Atheneu.

- Hirsch, J. K., & Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 393-398.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (Coord.) (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica* 33(2), 207-219.
- Justo, A. P., & Lipp, M. N. (2010). A influência do estilo parental no stresse do adolescente. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30(79), 363-378.
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R., & Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 597.
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. *Crisis*, 34(1), 42-49.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260-268.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between non-suicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 231-237.
- Kristensen, C. H, Leon, J. S., D’Incao, D. B. & Dell’Aglío, D. D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia*, 8(1), 45-55.
- Krüger, L. L., & Werlang, B. S. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.
- Kwok, S., & Shek, D. T. L. (2009). Social problem solving, family functioning, and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44, 391–406.
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3(1), 96-120.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. et al., (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 20(10), 499-508.

- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., et al. (2008). The prevalence of deliberate self-harm within an international community sample of young people: findings from the Child & Adolescent Selfharm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *12*, 20-31.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 6ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* *11*, 09-14.
- Matos, M. (2005). *Adolescência, representação e psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, A. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, *3*, 97-109.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 339-358). Lisboa: Lidel.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, *19*(3), 445-453.
- Neves, M., & Santos, J. (2016). Saúde mental e comportamentos da esfera suicidária dos adolescentes numa região insular portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, *10*, 77-84.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 339-363.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 133-154.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., et al. (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), e1000123.
- 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*(1), 65-72.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005) Clinical features and behavioral functions of adolescent self-mutilation. *Journal of Abnorm Psychology* *114*, 140-146.

- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhares sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 509-521.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H. (2004). Family Satisfaction Scale (FSS). *Minneapolis: Life Innovations*.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3, 64-80.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2003). Circumplex Modelo of marital & family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (3rd Ed.)(pp. 514-547). New York: Guilford.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2006). FACES IV & the Circumplex Model. *Minneapolis: Life Innovations*. Manuscript submitted for publication.
- OMS (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores*. Consultado em 29 de Dezembro de 2016 através de <http://www.slideshare.net/samucajor/manual-suicidio-paraprofessoreseducadores>
- Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D., & Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: clinical characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychological Assessment*, 24(1), 11.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: avaliação e intervenção em crise. *Revista do Serviço de Psiquiatria Prof. Doutor Fernando da Fonseca*, 9(1), 11-23.
- Randell, B. P., Wang, W-L., Herting, J. R., & Eggert, L. E. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), pp. 255–270.
- Reis, M., Figueira, I., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2012). Comportamentos autolesivos na adolescência. In G. Tomé, & M. G. Matos (Eds.), *Aventura social: promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (pp. 205-218). Lisboa: Placebo Editora.
- Rodrigues, M. E., Silveira, T. B., Jansen, K., Cruzeiro, A. L., Ores, L., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Tomasi, E. & Souza, L. D. (2012). Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*, 17(1), 53-62.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.

- Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psycologica*, 31, 85-92.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, et al. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 18(2), 139-155.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. F. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. In P. Monteiro (Coor.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 383-392). Lisboa: Lidel.
- Santos, J., Erse, M. P. Q. A., Façanha, J., Marques, L. A. F. A., & Simões, R. (2014). *Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto.
- Seeds, P. M., Harkness, K. L., & Quilty, L. C. (2010). Parental maltreatment, bullying and adolescent depression: Evidence for the mediating role of perceived social support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39, 681-692.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19(1), 75-91.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Schermann, L. B., Béria, J. U., Jacob, M. H. M., Arossi, G., Benchaya, M. C., Bisch, N. K. & Rieth, S. (2014). Estresse em adolescentes: estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. *Aletheia*, 43-44, 160-173.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471-1483.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103, 28-39.
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2011). A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes portugueses. *Reflexão e Crítica*, 24(4), 747-756.
- Wahlbeck K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). Prevention of depression and suicide. *Consensus Paper*. Luxembourg: European Communities.
- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). *Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 259-266.
- Wester, K. L., Ivers, N., Villalba, J. A., Trepal, H. C., & Henson, R. (2016). The relationship between nonsuicidal self-injury and suicidal ideation. *Journal of Counseling & Development*, 94, 3-12.

- WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Consultado em 4 de Janeiro de 2017 através de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, Ch., Dubicka. B, & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495–501.

ANEXOS

ANEXO A – Estatística Descritiva da Amostra

Tabela 1 – Estatística descritiva da variável Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	143	54,2	54,2	54,2
	Feminino	121	45,8	45,8	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 2 – Estatística descritiva da variável Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade_Filh@	257	15	20	17,06	1,215
Valid N (listwise)	257				

Tabela 3 – Distribuição da variável Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	18	6,8	7,0	7,0
	16	78	29,5	30,4	37,4
	17	72	27,3	28,0	65,4
	18	59	22,3	23,0	88,3
	19	20	7,6	7,8	96,1
	20	10	3,8	3,9	100,0
	Total	257	97,3	100,0	
Missing System		7	2,7		
Total		264	100,0		

Tabela 4 – Estatística descritiva da variável Ano de Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10º ano	142	53,8	53,8	53,8
	11º ano	122	46,2	46,2	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 5 – Estatística descritiva da variável Reprovação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	129	48,9	48,9	48,9
Sim	135	51,1	51,1	100,0
Total	264	100,0	100,0	

Tabela 6 – Reprovação*Sexo

	Sexo_Filh@		Total
	Masculino	Feminino	
Reprovação Não	66	63	129
Sim	77	58	135
Total	143	121	264

Tabela 7 – Estatística descritiva da variável Nacionalidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Portuguesa	249	94,3	95,0	95,0
Angolana	2	,8	,8	95,8
Brasileira	5	1,9	1,9	97,7
Ucraniana	1	,4	,4	98,1
Alemã	1	,4	,4	98,5
Franco-Portuguesa	3	1,1	1,1	99,6
Búlgara	1	,4	,4	100,0
Total	262	99,2	100,0	
Missing System	2	,8		
Total	264	100,0		

ANEXO B - Instrumento FACES IV

Coesão Equilibrada

Tabela 8 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,780	4

Tabela 9 – Estatística Item-total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_1_Filh@	10,98	6,810	,628	,707
FACES_7_Filh@	11,40	6,599	,542	,752
FACES_13_Filh@	11,38	6,891	,617	,713
FACES_19_Filh@	11,52	6,608	,566	,738

Flexibilidade Equilibrada

Tabela 10 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,751	4

Tabela 11 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_2_Filh@	10,56	5,546	,653	,628
FACES_8_Filh@	10,60	5,897	,502	,723
FACES_14_Filh@	10,63	6,310	,505	,715
FACES_20_Filh@	10,45	6,928	,553	,698

Coesão Desmembrada

Tabela 12 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,641	4

Tabela 13 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_3_Filh@	10,22	5,696	,444	,557
FACES_9_Filh@	10,29	6,898	,307	,645
FACES_15_Filh@	9,50	5,990	,494	,525
FACES_21_Filh@	10,10	5,612	,449	,553

Coesão Aglutinada

Tabela 14 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,429	4

Tabela 15 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_4_Filh@	7,30	3,830	,225	,374
FACES_10_Filh@	7,38	3,719	,249	,350
FACES_16_Filh@	7,12	3,567	,287	,310
FACES_22_Filh@	7,02	3,722	,197	,405

Flexibilidade Rígida

Tabela 16 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,682	4

Tabela 17 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_5_Filh@	8,68	4,493	,571	,544
FACES_11_Filh@	8,21	4,685	,464	,619
FACES_17_Filh@	8,87	5,056	,494	,600
FACES_23_Filh@	7,76	5,559	,342	,690

Flexibilidade Caótica

Tabela 18 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,645	4

Tabela 19 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_6_Filh@	9,94	6,431	,374	,614
FACES_12_Filh@	10,03	6,583	,417	,582
FACES_18_Filh@	9,86	5,363	,565	,464
FACES_24_Filh@	9,72	7,285	,355	,621

FACES IV

Tabela 20 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,825	24

Tabela 21 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FACES_1_Filh@	73,99	112,637	,691	,806
FACES_2_Filh@	74,58	111,820	,662	,806
FACES_3_Filh@	74,96	115,188	,459	,815
FACES_4_Filh@	75,80	124,768	,124	,828
FACES_5_Filh@	75,61	124,285	,130	,829
FACES_6_Filh@	74,87	123,476	,122	,831
FACES_7_Filh@	74,39	116,015	,450	,816
FACES_8_Filh@	74,62	114,731	,486	,814
FACES_9_Filh@	75,03	119,922	,322	,821
FACES_10_Filh@	74,35	122,984	,206	,825
FACES_11_Filh@	75,16	124,002	,132	,829
FACES_12_Filh@	74,96	120,045	,287	,823
FACES_13_Filh@	74,38	115,063	,572	,811
FACES_14_Filh@	74,66	116,758	,451	,816
FACES_15_Filh@	74,25	115,499	,519	,813
FACES_16_Filh@	75,61	125,313	,093	,830
FACES_17_Filh@	75,81	123,886	,170	,827
FACES_18_Filh@	74,78	116,620	,371	,819
FACES_19_Filh@	74,53	112,814	,595	,809
FACES_20_Filh@	74,48	116,544	,596	,812
FACES_21_Filh@	74,83	113,119	,534	,811
FACES_22_Filh@	75,51	124,637	,115	,829
FACES_23_Filh@	74,70	116,898	,517	,814
FACES_24_Filh@	74,63	121,122	,281	,823

Comunicação Familiar

Tabela 22 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,930	10

Tabela 23 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Comunicação_43_Filh@	31,42	67,142	,711	,924
Comunicação_44_Filh@	31,44	65,343	,743	,922
Comunicação_45_Filh@	30,91	65,829	,783	,920
Comunicação_46_Filh@	30,82	69,242	,709	,924
Comunicação_47_Filh@	31,35	64,319	,771	,920
Comunicação_48_Filh@	30,95	67,218	,726	,923
Comunicação_49_Filh@	30,97	67,839	,764	,921
Comunicação_50_Filh@	31,13	65,083	,830	,917
Comunicação_51_Filh@	31,93	69,813	,514	,934
Comunicação_52_Filh@	31,01	67,209	,748	,922

Satisfação Familiar

Tabela 24 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,947	10

Tabela 25 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Satisfação_53_Filh@	28,82	71,468	,796	,940
Satisfação_54_Filh@	29,50	71,556	,782	,941
Satisfação_55_Filh@	28,80	72,169	,774	,942
Satisfação_56_Filh@	28,47	72,265	,757	,942
Satisfação_57_Filh@	29,13	70,887	,835	,939
Satisfação_58_Filh@	29,11	70,285	,841	,938
Satisfação_59_Filh@	29,07	75,087	,612	,948
Satisfação_60_Filh@	29,33	71,000	,818	,940
Satisfação_61_Filh@	29,29	72,296	,772	,942
Satisfação_62_Filh@	28,40	71,423	,782	,941

Estatística Descritiva

Tabela 26 – Estatística Descritiva do FACES IV

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Coessão_Equi	264	1,25	5,00	3,7737	,83453
Coessão_Des	264	1,00	5,00	2,6651	,77738
Coessão_Aglut	264	1,00	5,00	2,4015	,58843
Flexibilidade_Equi	264	1,00	5,00	3,5256	,79927
Flexibilidade_Rígida	264	1,50	5,00	2,7936	,70508
Flexibilidade_Caótica	264	1,00	5,00	2,7033	,79684
FacesIV	264	2,13	5,00	2,9765	,31530
Comunicação	264	1,00	5,00	3,4659	,90531
Satisfação	264	1,00	5,00	3,2226	,93746
Valid N (listwise)	264				

ANEXO C – Instrumento de Suporte Social

Fiabilidade

Tabela 27 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,829	16

Tabela 28 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS_1_Filh@	59,17	86,753	,504	,819
SS_2_Filh@	59,24	81,015	,641	,808
SS_3_Filh@	58,95	82,478	,664	,809
SS_4_Filh@	59,13	85,192	,041	,894
SS_5_Filh@	59,78	80,728	,625	,808
SS_6_Filh@	59,14	87,391	,333	,825
SS_7_Filh@	59,17	86,343	,429	,820
SS_8_Filh@	59,02	82,259	,628	,810
SS_9_Filh@	59,14	86,340	,549	,817
SS_10_Filh@	59,38	80,786	,617	,809
SS_11_Filh@	59,11	81,721	,556	,812
SS_12_Filh@	59,19	85,603	,509	,817
SS_13_Filh@	59,40	80,355	,637	,808
SS_14_Filh@	59,40	84,820	,533	,816
SS_15_Filh@	59,09	86,511	,508	,818
SS_16_Filh@	59,43	79,612	,510	,815

Suporte Social Família

Tabela 29 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,929	8

Tabela 30 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS_2_Filh@	27,21	38,588	,851	,913
SS_3_Filh@	26,92	40,333	,837	,916
SS_5_Filh@	27,76	39,689	,717	,923
SS_8_Filh@	27,00	40,080	,797	,917
SS_10_Filh@	27,35	39,420	,732	,921
SS_11_Filh@	27,08	40,150	,661	,927
SS_13_Filh@	27,37	38,342	,817	,915
SS_16_Filh@	27,40	36,691	,721	,926

Suporte Social Amigos

Tabela 31 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,728	8

Tabela 32 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS_1_Filh@	28,03	26,782	,576	,689
SS_4_Filh@	28,00	19,471	,230	,889
SS_6_Filh@	28,01	26,418	,454	,698
SS_7_Filh@	28,03	25,630	,591	,679
SS_9_Filh@	28,00	26,430	,643	,682
SS_12_Filh@	28,05	25,423	,664	,671
SS_14_Filh@	28,25	24,890	,692	,664
SS_15_Filh@	27,95	26,191	,643	,680

Estatística Descritiva

Tabela 33 – Estatística Descritiva do Suporte Social

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SSocial	264	1,88	5,31	3,9521	,60728
SSFamília	264	1,13	5,00	3,8987	,89040
SSAmigos	264	1,50	9,13	4,0057	,70295
Valid N (listwise)	264				

ANEXO D – Instrumento de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

Fiabilidade

Tabela 34 - Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,949	21

Tabela 35 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS_1_Filh@	16,66	206,507	,658	,947
EADS_2_Filh@	16,78	214,556	,386	,950
EADS_3_Filh@	16,95	208,473	,641	,947
EADS_4_Filh@	17,12	209,691	,622	,947
EADS_5_Filh@	16,72	209,554	,576	,948
EADS_6_Filh@	16,62	209,683	,573	,948
EADS_7_Filh@	17,00	208,198	,608	,947
EADS_8_Filh@	16,71	204,378	,735	,945
EADS_9_Filh@	17,01	205,856	,701	,946
EADS_10_Filh@	16,97	204,758	,692	,946
EADS_11_Filh@	16,76	207,419	,695	,946
EADS_12_Filh@	16,66	204,016	,762	,945
EADS_13_Filh@	16,74	205,109	,722	,946
EADS_14_Filh@	16,86	209,042	,610	,947
EADS_15_Filh@	17,10	204,958	,757	,945
EADS_16_Filh@	17,10	206,625	,749	,945
EADS_17_Filh@	16,81	201,470	,775	,945
EADS_18_Filh@	16,43	206,737	,631	,947
EADS_19_Filh@	16,99	207,739	,637	,947
EADS_20_Filh@	17,07	204,555	,752	,945
EADS_21_Filh@	16,97	203,053	,734	,945

Ansiedade

Tabela 36 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,873	7

Tabela 37 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS_2_Filh@	3,91	22,908	,405	,887
EADS_4_Filh@	4,27	20,975	,722	,846
EADS_7_Filh@	4,15	21,203	,604	,861
EADS_9_Filh@	4,16	20,951	,652	,854
EADS_15_Filh@	4,25	20,105	,784	,837
EADS_19_Filh@	4,14	20,745	,678	,851
EADS_20_Filh@	4,22	20,247	,743	,842

Depressão

Tabela 38 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,913	7

Tabela 39 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS_3_Filh@	4,89	26,625	,681	,905
EADS_5_Filh@	4,66	27,704	,535	,919
EADS_10_Filh@	4,90	24,685	,794	,893
EADS_13_Filh@	4,67	25,674	,739	,899
EADS_16_Filh@	5,03	26,011	,800	,894
EADS_17_Filh@	4,74	24,107	,822	,889
EADS_21_Filh@	4,89	24,545	,782	,894

Stresse

Tabela 40 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,888	7

Tabela 41 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EADS_1_Filh@	6,15	22,211	,705	,868
EADS_6_Filh@	6,13	23,110	,638	,876
EADS_8_Filh@	6,21	21,471	,801	,856
EADS_11_Filh@	6,27	23,026	,694	,870
EADS_12_Filh@	6,16	21,944	,762	,861
EADS_14_Filh@	6,37	23,767	,577	,883
EADS_18_Filh@	5,94	23,027	,593	,883

Estatística Descritiva

Tabela 42 – Estatística Descritiva da Ansiedade, Depressão e Stresse

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EADS	264	,00	2,90	,8419	,71211
Ansiedade	264	,00	3,00	,6922	,75471
Depressão	264	,00	3,00	,8056	,83420
Stresse	264	,00	3,00	1,0280	,78363
Valid N (listwise)	264				

ANEXO E – Instrumento de Comportamentos Autolesivos

Inventário dos Comportamentos Autolesivos

Tabela 43 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,943	15

Tabela 44 – Estatística Item-total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Cortei-me	10,80	141,171	,835	,935
Mordi-me	10,53	155,981	,341	,950
Queimei-me	11,27	149,210	,673	,940
Símbolos na pele	11,07	153,924	,443	,946
Puxei cabelo	11,60	155,400	,611	,941
Arranhei-me	11,27	142,781	,868	,934
Consumi drogas	11,73	156,352	,670	,940
Espetei agulhas	11,67	155,952	,668	,940
Engoli substâncias	11,40	146,400	,873	,935
Bebi em excesso	11,27	143,924	,873	,934
Bati	10,60	146,400	,736	,938
Ingeri medicamentos p/magoar	11,33	143,095	,851	,935
Ingeri medicamentos p/morrer	11,33	143,095	,851	,935
Tentei suicidar-me	11,00	145,143	,790	,937
Outros	10,20	150,600	,630	,941

Tabela 45 – Estatística Descritiva dos Comportamentos Autolesivos

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CAL	264	,00	3,00	,2945	,48740
Valid N (listwise)	264				

Funções dos Comportamentos Autolesivos

Tabela 46 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,915	39

Tabela 47 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FUNC_CAL_1_Filh	80,06	509,583	,342	,914
FUNC_CAL_2_Filh	80,50	500,458	,296	,917
FUNC_CAL_3_Filh	80,36	508,074	,376	,914
FUNC_CAL_4_Filh	81,22	508,967	,438	,913
FUNC_CAL_5_Filh	80,13	502,476	,433	,913
FUNC_CAL_6_Filh	80,72	505,281	,399	,913
FUNC_CAL_7_Filh	81,28	514,884	,332	,914
FUNC_CAL_8_Filh	81,66	519,591	,325	,914
FUNC_CAL_9_Filh	81,78	516,157	,475	,913
FUNC_CAL_10_Filh	81,28	505,062	,487	,912
FUNC_CAL_11_Filh	81,61	509,399	,551	,912
FUNC_CAL_12_Filh	81,64	512,725	,476	,913
FUNC_CAL_13_Filh	81,66	511,305	,510	,912
FUNC_CAL_14_Filh	79,52	506,760	,410	,913
FUNC_CAL_15_Filh	81,81	516,916	,453	,913
FUNC_CAL_16_Filh	80,16	497,134	,506	,912
FUNC_CAL_17_Filh	80,50	490,442	,374	,916
FUNC_CAL_18_Filh	80,53	495,632	,526	,912
FUNC_CAL_19_Filh	81,07	497,352	,568	,911
FUNC_CAL_20_Filh	81,65	516,006	,365	,914
FUNC_CAL_21_Filh	81,83	517,885	,426	,913
FUNC_CAL_22_Filh	81,71	515,954	,410	,913
FUNC_CAL_23_Filh	81,53	501,442	,650	,911
FUNC_CAL_24_Filh	81,09	493,737	,654	,910
FUNC_CAL_25_Filh	81,56	503,423	,638	,911
FUNC_CAL_26_Filh	79,87	503,307	,449	,913
FUNC_CAL_27_Filh	81,35	509,993	,437	,913
FUNC_CAL_28_Filh	80,31	495,011	,570	,911
FUNC_CAL_29_Filh	81,47	503,077	,585	,911
FUNC_CAL_30_Filh	80,88	503,026	,459	,912
FUNC_CAL_31_Filh	81,14	506,265	,442	,913
FUNC_CAL_32_Filh	81,47	507,251	,467	,912
FUNC_CAL_33_Filh	81,87	522,047	,325	,914
FUNC_CAL_34_Filh	81,65	513,913	,455	,913
FUNC_CAL_35_Filh	81,48	505,918	,545	,912
FUNC_CAL_36_Filh	80,81	497,281	,529	,912
FUNC_CAL_37_Filh	81,78	517,126	,453	,913
FUNC_CAL_38_Filh	81,74	512,416	,513	,912
FUNC_CAL_39_Filh	80,57	496,103	,536	,911

Estatística Descritiva

Tabela 48 – Estatística Descritiva dos Comportamentos Autolesivos

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Funções_CAL	129	1,00	4,00	2,1514	,61029
Valid N (listwise)	129				

ANEXO F – Instrumento de Ideação Suicida

Fiabilidade

Tabela 49 – Estatística de Fiabilidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,973	30

Tabela 50 – Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IDS_1_Filh@	60,49	1401,982	,883	,971
IDS_2_Filh@	61,04	1423,917	,855	,971
IDS_3_Filh@	60,94	1427,604	,767	,972
IDS_4_Filh@	61,30	1440,324	,754	,972
IDS_5_Filh@	60,88	1473,177	,422	,974
IDS_6_Filh@	59,74	1420,199	,663	,973
IDS_7_Filh@	61,18	1440,305	,706	,972
IDS_8_Filh@	61,47	1482,281	,465	,973
IDS_9_Filh@	61,84	1507,677	,499	,973
IDS_10_Filh@	60,41	1409,158	,770	,972
IDS_11_Filh@	60,32	1418,372	,704	,972
IDS_12_Filh@	60,71	1395,307	,886	,971
IDS_13_Filh@	60,54	1398,672	,860	,971
IDS_14_Filh@	60,80	1401,745	,873	,971
IDS_15_Filh@	60,74	1406,741	,819	,971
IDS_16_Filh@	61,04	1414,814	,817	,971
IDS_17_Filh@	60,79	1407,342	,807	,972
IDS_18_Filh@	61,27	1425,728	,834	,971
IDS_19_Filh@	61,01	1451,608	,646	,972
IDS_20_Filh@	60,73	1438,491	,657	,972
IDS_21_Filh@	60,92	1433,367	,693	,972
IDS_22_Filh@	60,45	1391,141	,859	,971
IDS_23_Filh@	60,82	1400,761	,867	,971
IDS_24_Filh@	61,56	1487,871	,462	,973
IDS_25_Filh@	61,34	1476,240	,510	,973
IDS_26_Filh@	60,95	1422,098	,777	,972
IDS_27_Filh@	60,98	1449,453	,603	,973
IDS_28_Filh@	60,67	1413,099	,807	,972
IDS_29_Filh@	61,15	1428,133	,777	,972
IDS_30_Filh@	61,27	1436,666	,719	,972

Estatística Descritiva

Tabela 51 – Estatística Descritiva dos Comportamentos Autolesivos

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ISuicida	264	1,00	6,30	2,1186	1,31336
Valid N (listwise)	264				

ANEXO G - Autorizações para os Encarregados de Educação

PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO REALIZADO NO ÂMBITO DE UM PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Encarregado de Educação,

Vimos por este meio, informar que a EPI irá colaborar com um projeto de investigação realizado no âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário.

A participação dos alunos consiste no preenchimento de um questionário, anónimo e confidencial, cujo objetivo é aumentar o conhecimento sobre os comportamentos dos jovens em idade escolar, que aceitem participar no estudo e com consentimento dos encarregados dos encarregados de educação.

Deste modo, pedimos a sua autorização para que o seu educando possa participar no respetivo estudo. O questionário será aplicado à turma do seu educando pelo investigador, no 3º período letivo de acordo com a calendarização a definir.

Caso **NÃO** autorize, por favor, responda a este email manifestando a sua intenção para não ser aplicado o referido questionário ao seu educando.

Muito obrigada pela sua colaboração neste projeto.

Para eventuais esclarecimentos e/ou informações adicionais, poderá contactar:

Silene Sousa: silenessousa@gmail.com (Investigadora - ISPA)

João Cunha: joao_cunha@epi.edu.pt (Psicólogo - EPI)

Com os melhores cumprimentos,

ANEXO H – Análise Descritiva da Ideação Suicida e dos Comportamentos Autolesivos

Tabela 52 – Estatística Descritiva da variável Ideação Suicida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	165	62,5	62,5	62,5
	Sim	99	37,5	37,5	100,0
	Total	264	100,0	100,0	

Tabela 53 – Sexo*Ideação Suicida

		ISuicida_Esc2		
		Não	Sim	Total
Sexo_Filh@	Masculino	106	37	143
	Feminino	59	62	121
Total		165	99	264

Tabela 54 – Estatística descritiva da variável CAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	126	47,7	47,7	47,7
	Sim	138	52,3	52,3	100,0
	Total	264	100,0	100,0	

Tabela 55 – CAL* Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL	Não	84	42	126
	Sim	59	79	138
Total		143	121	264

Tabela 56 – Estatística Descritiva da Frequência de CAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	126	47,7	47,7	47,7
	Uma Vez	24	9,1	9,1	56,8
	2 a 10 vezes	79	29,9	29,9	86,7
	Mais do que 10 vezes	35	13,3	13,3	100,0
	Total	264	100,0	100,0	

Tabela 57 – Frequência CAL*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL	Não	84	42	126
	Uma Vez	16	8	24
	2 a 10 vezes	31	48	79
	Mais do que 10 vezes	12	23	35
	Total	143	121	264

Tabela 58 – Estatística Descritiva dos Grupos

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ISuicida	Masculino	143	1,7322	1,01334	,08474
	Feminino	121	2,5752	1,47551	,13414
CAL	Masculino	143	,1900	,40702	,03404
	Feminino	121	,4179	,54427	,04948

Tabela 59 – Teste T

		Levene's Test		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% IC	
									Lower	Upper
ISuicida	Equal variances assumed	27,686	,000	-5,48	262	,000	-,84307	,15397	-1,14624	-,53990
	Equal variances not assumed			-5,31	207,030	,000	-,84307	,15866	-1,15587	-,53027
CAL	Equal variances assumed	14,88	,000	-3,89	262	,000	-,22795	,05865	-,34344	-,11246
	Equal variances not assumed			-3,80	218,999	,000	-,22795	,06006	-,34631	-,10959

Tabela 60 – Frequência Ideação Suicida*CAL

		CAL		
		Não	Sim	Total
ISuicida	Níveis mais baixos	111	54	165
	Níveis mais elevados	15	84	99
Total		126	138	264

Tabela 61 – Estatística descritiva da variável CAL1 - Cortei-me

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	191	72,3	72,3	72,3
	Sim	73	27,7	27,7	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 62 – Estatística descritiva da variável CAL2 - Mordi-me

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	183	69,3	69,6	69,6
	Sim	80	30,3	30,4	100,0
	Total	263	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		264	100,0		

Tabela 63 – Estatística descritiva da variável CAL3 - Queimei-me

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	237	89,8	90,1	90,1
	Sim	26	9,8	9,9	100,0
	Total	263	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		264	100,0		

Tabela 64 – Estatística descritiva da variável CAL4 – Cravei símbolos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	237	89,8	89,8	89,8
	Sim	27	10,2	10,2	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 65 – Estatística descritiva da variável CAL5 – Puxei/Arranquei cabelos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	212	80,3	80,3	80,3
	Sim	52	19,7	19,7	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 66 – Estatística descritiva da variável CAL6 – Cocei/Arranhei

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	216	81,8	81,8	81,8
	Sim	48	18,2	18,2	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 67 – Estatística descritiva da variável CAL7 – Consumi drogas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	239	90,5	90,5	90,5
	Sim	25	9,5	9,5	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 68 – Estatística descritiva da variável CAL8 – Espetei agulhas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	252	95,5	95,5	95,5
	Sim	12	4,5	4,5	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 69 – Estatística descritiva da variável CAL9 – Engoli substâncias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	251	95,1	95,1	95,1
	Sim	13	4,9	4,9	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 70 – Estatística descritiva da variável CAL10 – Bebi em excesso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	223	84,5	84,5	84,5
	Sim	41	15,5	15,5	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 71 – Estatística descritiva da variável CAL11 – Bati com o corpo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	191	72,3	72,6	72,6
	Sim	72	27,3	27,4	100,0
	Total	263	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		264	100,0		

Tabela 72 – Estatística descritiva da variável CAL12 – Ingeri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	241	91,3	91,3	91,3
	Sim	23	8,7	8,7	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 73 – Estatística descritiva da variável CAL13 – Ingeri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	249	94,3	94,3	94,3
	Sim	15	5,7	5,7	100,0
Total		264	100,0	100,0	

Tabela 74 – Estatística descritiva da variável CAL14 – Tentativa suicídio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	217	82,2	82,5	82,5
	Sim	46	17,4	17,5	100,0
	Total	263	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		264	100,0		

Tabela 75 – Estatística descritiva da variável CAL15 – Outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	3	1,1	17,6	17,6
	Sim	14	5,3	82,4	100,0
	Total	17	6,4	100,0	
Missing	System	247	93,6		
Total		264	100,0		

Tabela 76 – CAL1*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL1	Não	40	25	65
	Sim	19	54	73
Total		59	79	138

Tabela 77 – CAL2*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL2	Não	23	34	57
	Sim	36	44	80
Total		59	78	137

Tabela 78 – CAL3*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL3	Não	46	66	112
	Sim	13	13	26
Total		59	79	138

Tabela 79 – CAL4*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL4	Não	49	62	111
	Sim	10	17	27
Total		59	79	138

Tabela 80 – CAL5*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL5	Não	42	44	86
	Sim	17	35	52
Total		59	79	138

Tabela 81 – CAL6*Sexo

		Sexo_Filh@		Total
		Masculino	Feminino	
CAL6	Não	46	44	90
	Sim	13	35	48
Total		59	79	138

Tabela 82 – CAL7*Sexo

		Sexo_Filh@		Total
		Masculino	Feminino	
CAL7	Não	49	64	113
	Sim	10	15	25
Total		59	79	138

Tabela 83 – CAL8*Sexo

		Sexo_Filh@		Total
		Masculino	Feminino	
CAL8	Não	53	73	126
	Sim	6	6	12
Total		59	79	138

Tabela 84 – CAL9*Sexo

		Sexo_Filh@		Total
		Masculino	Feminino	
CAL9	Não	55	70	125
	Sim	4	9	13
Total		59	79	138

Tabela 85 – CAL10*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL10	Não	42	55	97
	Sim	17	24	41
Total		59	79	138

Tabela 86 – CAL11*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL11	Não	26	39	65
	Sim	32	40	72
Total		58	79	137

Tabela 87 – CAL12*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL12	Não	54	61	115
	Sim	5	18	23
Total		59	79	138

Tabela 88 – CAL13*Sexo

		Sexo_Filh@		
		Masculino	Feminino	Total
CAL13	Não	56	67	123
	Sim	3	12	15
Total		59	79	138

Tabela 89 – CAL14*Sexo

		Sexo_Filh@		Total
		Masculino	Feminino	
CAL14	Não	44	53	97
	Sim	17	29	46
Total		61	82	143

Tabela 90 – Frequência CAL14*Sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
CAL14	Não	126	91	217
Tentei suicidar-me	Sim, uma vez	10	12	22
	Sim, 2 a 10 vezes	5	14	19
	Sim, mais de 10 vezes	2	3	5
Total		143	120	263

Tabela 91 – Estatística Descritiva “Querias Morrer”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
					Percent
Valid	Nunca	53	38,4	39,3	39,3
	Raramente	22	15,9	16,3	55,6
	Algumas vezes	34	24,6	25,2	80,7
	Quase sempre	16	11,6	11,9	92,6
	Sempre	10	7,2	7,4	100,0
	Total		135	97,8	100,0
Missing	System	3	2,2		
Total		138	100,0		

Tabela 92 – Estatística Descritiva Idade 1º CAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	,7	,9	,9
	6	1	,7	,9	1,8
	7	3	2,2	2,6	4,4
	8	3	2,2	2,6	7,0
	9	1	,7	,9	7,9
	10	11	8,0	9,6	17,5
	11	7	5,1	6,1	23,7
	12	11	8,0	9,6	33,3
	13	15	10,9	13,2	46,5
	14	20	14,5	17,5	64,0
	15	19	13,8	16,7	80,7
	16	14	10,1	12,3	93,0
	17	5	3,6	4,4	97,4
	18	3	2,2	2,6	100,0
	Total	114	82,6	100,0	
Missing	System	24	17,4		
Total		138	100,0		

Tabela 93 – Estatística Descritiva Data Último CAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2010	1	,7	1,0	1,0
	2011	1	,7	1,0	2,0
	2012	3	2,2	3,0	5,0
	2013	3	2,2	3,0	8,0
	2014	9	6,5	9,0	17,0
	2015	17	12,3	17,0	34,0
	2016	25	18,1	25,0	59,0
	2017	41	29,7	41,0	100,0
		Total	100	72,5	100,0
Missing	System	38	27,5		
Total		138	100,0		

Tabela 94 – Estatística Descritiva Onde CAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casa	92	66,7	76,7	76,7
	Escola	4	2,9	3,3	80,0
	Outro	13	9,4	10,8	90,8
	Casa e escola	11	8,0	9,2	100,0
	Total	120	87,0	100,0	
Missing	System	18	13,0		
Total		138	100,0		

Tabela 95 – Estatística Descritiva Sozinho CAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	7	5,1	5,8	5,8
	Raramente	11	8,0	9,1	14,9
	Algumas vezes	11	8,0	9,1	24,0
	Quase sempre	27	19,6	22,3	46,3
	Sempre	65	47,1	53,7	100,0
	Total	121	87,7	100,0	
Missing	System	17	12,3		
Total		138	100,0		

Tabela 96 – Estatística Descritiva Tempo entre Pensamento-Fazer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 1 hora	74	53,6	66,7	66,7
	1 a 3 horas	19	13,8	17,1	83,8
	3 a 6 horas	2	1,4	1,8	85,6
	6 a 12 horas	1	,7	,9	86,5
	12 a 24 horas	2	1,4	1,8	88,3
	Mais de um dia	13	9,4	11,7	100,0
Total		111	80,4	100,0	
Missing	System	27	19,6		
Total		138	100,0		

ANEXO I - Funcionamento Familiar e Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Tabela 97 – Correlações

		1	2	3	4	5	6	7
1. Rácio_Coesão	Pearson Correlation	1						
	Sig. (2-tailed)							
	N	264						
2. Rácio_Flexibilidade	Pearson Correlation	,566**	1					
	Sig. (2-tailed)	,000						
	N	264	264					
3. Rácio_FFamiliar	Pearson Correlation	,937**	,818**	1				
	Sig. (2-tailed)	,000	,000					
	N	264	264	264				
4. Comunicação	Pearson Correlation	,720**	,568**	,743**	1			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000				
	N	264	264	264	264			
5. Satisfação	Pearson Correlation	,728**	,600**	,762**	,890**	1		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000			
	N	264	264	264	264	264		
6. ISuicida	Pearson Correlation	-,349**	-,335**	-,385**	-,431**	-,446**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	264	264	264	264	264	264	
CALM	Pearson Correlation	-,290**	-,297**	-,328**	-,309**	-,320**	,715**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	264	264	264	264	264	264	264

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO J – Suporte Social e Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Tabela 98 – Correlações

		SSocial	SSFamília	SSAmigos	ISuicida	CALM
SSocial	Pearson Correlation	1	,820**	,689**	-,399**	-,263**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	264	264	264	264	264
SSFamília	Pearson Correlation	,820**	1	,151*	-,449**	-,339**
	Sig. (2-tailed)	,000		,014	,000	,000
	N	264	264	264	264	264
SSAmigos	Pearson Correlation	,689**	,151*	1	-,121*	-,025
	Sig. (2-tailed)	,000	,014		,049	,685
	N	264	264	264	264	264
ISuicida	Pearson Correlation	-,399**	-,449**	-,121*	1	,715**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,049		,000
	N	264	264	264	264	264
CALM	Pearson Correlation	-,263**	-,339**	-,025	,715**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,685	,000	
	N	264	264	264	264	264

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO K – Variáveis Individuais e Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Tabela 99 – Correlações

		Ansiedade	Depressão	Stresse	ISuicida	CALM
Ansiedade	Pearson Correlation	1	,693**	,732**	,556**	,522**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	264	264	264	264	264
Depressão	Pearson Correlation	,693**	1	,723**	,685**	,473**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	264	264	264	264	264
Stresse	Pearson Correlation	,732**	,723**	1	,534**	,417**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	264	264	264	264	264
ISuicida	Pearson Correlation	,556**	,685**	,534**	1	,715**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	264	264	264	264	264
CAL	Pearson Correlation	,522**	,473**	,417**	,715**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	264	264	264	264	264

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 100 – Estatística Descritiva dos Grupos

	ISuicida	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	Menor	165	,4261	,53165	,04139
	Maior	99	1,1356	,85893	,08633
Depressão	Menor	165	,4085	,44871	,03493
	Maior	99	1,4675	,90692	,09115
Stresse	Menor	165	,7377	,58632	,04565
	Maior	99	1,5118	,83325	,08374

Tabela 101 – Teste T

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Ansiedade	Equal variances assumed	43,841	,000	-8,293	262	,000	-,70949	,08555	-,87795	-,54104
	Equal variances not assumed			-7,411	143,696	,000	-,70949	,09574	-,89873	-,52026
Depressão	Equal variances assumed	103,038	,000	-	262	,000	-1,05902	,08372	-1,22387	-,89417
	Equal variances not assumed			-	127,262	,000	-1,05902	,09761	-1,25217	-,86586
Stresse	Equal variances assumed	20,652	,000	-8,836	262	,000	-,77412	,08761	-,94663	-,60162
	Equal variances not assumed			-8,117	156,618	,000	-,77412	,09538	-,96251	-,58573

Tabela 102 – Estatística Descritiva dos Grupos

	CAL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	Não	126	,3821	,49941	,04449
	Sim	138	,9754	,83467	,07105
Depressão	Não	126	,4858	,62085	,05531
	Sim	138	1,0977	,89680	,07634
Stresse	Não	126	,7256	,66064	,05885
	Sim	138	1,3040	,78727	,06702

Tabela 103 – Teste T

		Levene's Test		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% IC	
									Lower	Upper
Ansiedade	Equal variances assumed	39,552	,000	-	262	,000	-,59328	,08566	-	-
				6,926					,76195	,42461
	Equal variances not assumed			-7,08	227,213	,000	-,59328	,08383	-	-
									,75846	,42809
Depressão	Equal variances assumed	37,960	,000	-	262	,000	-,61183	,09580	-	-
				6,387					,80046	,42319
	Equal variances not assumed			-6,49	244,683	,000	-,61183	,09427	-	-
									,79751	,42614
Stresse	Equal variances assumed	4,991	,026	-	262	,000	-,57838	,08990	-	-
				6,434					,75540	,40136
	Equal variances not assumed			-6,49	260,188	,000	-,57838	,08919	-	-
									,75401	,40275

ANEXO L – Ideação Suicida e Comportamentos Autolesivos

Tabela 104 – Correlações entre Ideação Suicida e CAL

		ISuicida	CAL
ISuicida	Pearson Correlation	1	,715**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	264	264
CAL	Pearson Correlation	,715**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	264	264

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 105 – Estatística Descritiva dos Grupos

	CAL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ISuicida	Não	126	1,3542	,53595	,04775
	Sim	138	2,8165	1,42167	,12102

Tabela 106 – Teste T

		Levene's Test		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% IC	
									Lower	Upper
ISuicida	Equal variances assumed	126,917	,000	-	262	,000	-1,46237	,13464	-	-
				10,86					1,7275	1,1973
ISuicida	Equal variances not assumed			-	178,235	,000	-1,46237	,13010	-	-
				11,24					1,7191	1,2056

Tabela 107 – Teste de Normalidade

	CAL	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ISuicida	Não	,254	126	,000	,700	126	,000
	Uma Vez	,243	24	,001	,812	24	,000
	2 a 10 vezes	,109	79	,021	,930	79	,000
	Mais do que 10 vezes	,087	35	,200*	,976	35	,621

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 108 – Teste de Homogeneidade de Variâncias

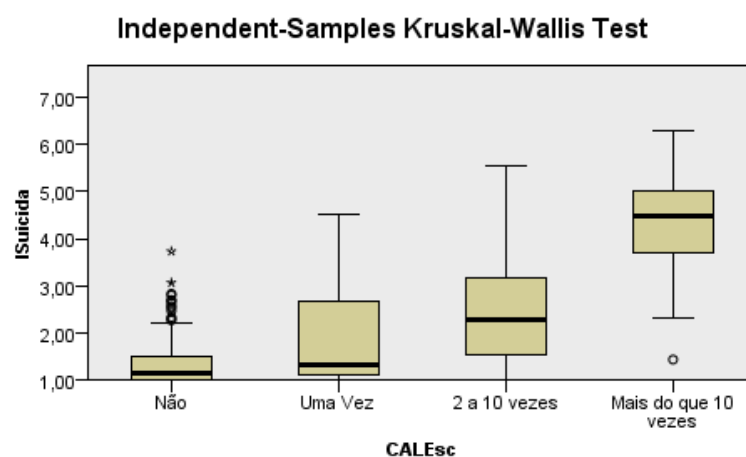
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ISuicida	Based on Mean	21,595	3	260	,000
	Based on Median	17,930	3	260	,000
	Based on Median and with adjusted df	17,930	3	211,228	,000
	Based on trimmed mean	21,619	3	260	,000

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ISuicida is the same across categories of CALEsc.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Figura 1 – Teste de Kruskal Wallis



Total N	264
Test Statistic	122,205
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

1. The test statistic is adjusted for ties.

Figura 2 – Estatística do Teste de Kruskal Wallis

Tabela 109 – Estatística Descritiva das Médias

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Não	126	1,3542	,53595	,04775	1,2597	1,4486	1,00	3,73
Uma Vez	24	1,8986	1,06985	,21838	1,4469	2,3504	1,00	4,53
2 a 10 vezes	79	2,4561	1,15551	,13000	2,1973	2,7149	1,00	5,57
Mais do que 10 vezes	35	4,2594	1,12554	,19025	3,8728	4,6461	1,43	6,30
Total	264	2,1186	1,31336	,08083	1,9594	2,2777	1,00	6,30

Tabela 110 – Teste de Comparações de Médias *Tukey* HSD

(I) CAL	(J) CAL	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Não	Uma Vez	-,54446*	,19990	,035	-1,0613	-,0276
	2 a 10 vezes	-1,10197*	,12880	,000	-1,4350	-,7689
	Mais do que 10 vezes	-2,90529*	,17149	,000	-3,3487	-2,4619
Uma Vez	Não	,54446*	,19990	,035	,0276	1,0613
	2 a 10 vezes	-,55751*	,20920	,041	-1,0984	-,0166
	Mais do que 10 vezes	-2,36083*	,23787	,000	-2,9759	-1,7458
2 a 10 vezes	Não	1,10197*	,12880	,000	,7689	1,4350
	Uma Vez	,55751*	,20920	,041	,0166	1,0984
	Mais do que 10 vezes	-1,80332*	,18225	,000	-2,2746	-1,3321
Mais do que 10 vezes	Não	2,90529*	,17149	,000	2,4619	3,3487
	Uma Vez	2,36083*	,23787	,000	1,7458	2,9759
	2 a 10 vezes	1,80332*	,18225	,000	1,3321	2,2746

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.