



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Funcionamento Familiar e percepção de
Rejeição Paterna: Influência na ocorrência de
Comportamentos Autolesivos na adolescência**

JOANA DOS REIS RODRIGUES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível sem o precioso apoio de algumas pessoas, a quem deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

Começo por agradecer à Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, pelo seu grande apoio e muita dedicação, pela sua motivação, pela sua enorme disponibilidade em orientar e encaminhar a construção deste trabalho final e por a toda confiança depositada. Agradeço as intervenções e suporte que me deu de forma a poder melhorar o meu trabalho.

A todos os professores e funcionários do ISPA que com o seu conhecimento e os seus ensinamentos permitiram a minha chegada a esta fase. A todos os meus colegas e amigos do ISPA, em especial à Inês Monteiro e Jorge Becho pela sua enorme amizade, cumplicidade e grande suporte em todos os momentos, ao longo destes 5 anos. À Micaela Gonçalves e à Andreia Vilela por todo o apoio, amizade e carinho.

Aos estabelecimentos de ensino Escola Secundária da Cidadela, Escola IBN Mucana e Escola de Hotelaria e Turismo do Estoril e seus alunos que permitiram a realização da recolha de dados, sem os quais este trabalho não seria possível.

A toda a minha família quero agradecer pelo apoio incondicional que me deram, toda a confiança e carinho nos momentos mais precisos, mas acima de tudo pela paciência.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

A ausência da figura paterna ou a existência de uma relação pouco harmoniosa entre pai e filho na adolescência pode ser considerada como um fator de risco para o desenvolvimento psicológico, cognitivo e social do adolescente (Sganzerla & Levandowski, 2010). Os comportamentos auto lesivos na adolescência expressam mal estar e sofrimento psicológico, caracterizando-se por falta de esperança, incapacidade de lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença ou manter um sentimento de bem-estar. Quando analisamos estes comportamentos, existem quatro fatores a ter em conta, nomeadamente, método, resultado, letalidade e intencionalidade (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Assim, este trabalho foi realizado com o objetivo de explorar a relação entre Funcionamento Familiar, Rejeição Paterna e Comportamentos AutoLesivos, bem como analisar a intencionalidade desses comportamentos. Participaram neste estudo 384 adolescentes, 50,8% pertencentes ao sexo masculino e 49,2% pertencentes ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e 20 anos de idade, que responderam aos instrumentos, Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (Olson, 2011), Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais (Lacerda, 2005), Inventário dos Comportamentos Auto Lesivos (Gouveia-Pereira & Duarte, 2015) e Questionário de Ideação Suicida (Ferreira e Castela, 1993/94).

Os resultados mostram que do total dos adolescentes, 21,9% praticam comportamentos auto lesivos, sendo maioritariamente do sexo feminino. A maioria dos adolescentes que têm estes comportamentos têm igualmente ideação suicida. Demonstraram igualmente que o funcionamento familiar, a perceção de rejeição paterna e a ocorrência de comportamentos autolesivos estão correlacionados entre si, exceto a perceção de rejeição paterna e ocorrência de comportamentos autolesivos.

Palavras-chave: Adolescência, Funcionamento Familiar, Rejeição Paterna, Comportamentos Autolesivos, Ideação Suicida

ABSTRACT

The absence of the father or the existence of a little harmonious relationship between parent and child during adolescence can be considered a risk factor for the psychological, cognitive and social teenager (Sganzerla & Levandowski, 2010). The Self-injurious behaviors in adolescence express discomfort and psychological distress, characterized by hopelessness, inability to cope with emotions, organize a sense of belonging or maintain a sense of well-being. When we analyze these behaviors, there are four factors to take into account, inter alia, method, results, lethality, and intentionality (Guerreiro & Sampaio, 2013).

This work was carried out to explore the relationship between Family Functioning, Paternal Rejection and Self-injurious behaviors, as well as analyze the intentionality of these behaviors. The sample consisted of 384 adolescents, 50.8% were male and 49.2% being female, aged between 14 and 20 years of age, who answered the instruments, Cohesion and Family Flexibility Scale (Olson, 2011), Memories of Parental Practices Scale (Lacerda, 2005), Inventory of harmful behaviors Auto (Gouveia-Pereira & Duarte, 2015) and Suicidal Ideation Questionnaire (Ferreira & Castela, 1993/94).

The results show that the total of adolescents, 21.9% practice Self-injurious behaviors and mostly female. Most teens who have these behaviors also have suicidal ideation. Also showed that family functioning, the perception of paternal rejection and the occurrence of Self-injurious behaviors are correlated.

Key-words: Adolescence, Family Functioning, Paternal Rejection, Self-injurious behavior, Suicidal Ideation

ÍNDICE

Enquadramento Teórico	1
• Adolescência.....	1-3
• Funcionamento Familiar.....	3 – 4
• Papel da Figura Paterna.....	5-7
○ Rejeição Paterna.....	7-9
• Comportamentos Autolesivos.....	9-11
○ Comportamentos Autolesivos sem Ideação Suicida.....	11-13
▪ Motivações Subjacentes.....	13-15
○ Comportamentos Autolesivos com Ideação suicida.....	15-16
▪ Ideação Suicida.....	16-17
○ Comportamentos Autolesivos e Funcionamento Familiar.....	18
Objetivos e hipóteses do estudo	19-21
Método	22
• Participantes.....	22-23
• Instrumentos.....	23
○ Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES).....	23-25
○ Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais (EMBU-A).....	25-26
○ Inventário dos Comportamentos Autolesivos.....	27-28
○ Questionário de Ideação Suicida (QIS).....	28-29
• Procedimento de recolha de dados.....	29

Resultados	30
• Análise descritiva das variáveis em estudo.....	30-37
• Análise de resultados relativos às hipóteses.....	37-41
Discussão	42-49
Referências Bibliográficas	50-55

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Adolescência

A adolescência é considerada um período crucial e central no processo de desenvolvimento de qualquer indivíduo, que marca a transição da fase infantil para a fase adulta, caracterizando-se ainda, como uma etapa de diversas e contínuas mudanças. É neste período que culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo, dando fim à estruturação do seu *self* e personalidade (Blos, 1996; Outeiral, 2001; Urribari, 2004; & Weinberg, 2001). São diversas as modificações ocorrentes, entre as quais modificações biológicas, psicológicas e sociais, sendo estas acompanhadas, geralmente, por conflitos e angústias, como tal, os adolescentes quando são expostos a intensas situações de sofrimento e desorganização, dependendo da intensidade, da durabilidade e do espaço ocupado no jovem podem até mesmo acabar por desenvolver patologias (Teixeira & Luís, 1997).

No decorrer do desenvolvimento do indivíduo, é possível situar na adolescência diversos estádios, estando cada um associado a um determinado conjunto de tarefas que é necessário cumprir para conseqüentemente, passar ao estádio seguinte. A resolução dessas tarefas leva ao bem-estar e ao sucesso nas tarefas futuras por parte do adolescente (Sampaio, 2006). O processo de subjectivação do adolescente é caracterizado pela existência de caminhos tortuosos a percorrer na elaboração de questões importantes desta fase e, igualmente na resolução de tarefas específicas e próprias desse período (Levisky, 1998; Outeiral, 2001; & Urribari, 2004)

Esta etapa de desenvolvimento caracteriza-se pela tentativa de construção de uma figura autónoma em relação à família e a construção de um *self* integrado que conduz à delimitação da identidade que marca o final da adolescência (Guerreiro & Sampaio, 2013). Face à aquisição e transição de papéis ocorrentes nesta fase, o adolescente procura fortificar uma identidade pessoal independente encaminhando para a formação de novos hábitos e condutas, bem como formas e modelos para uma possível socialização com o outro (Schneider & Ramires, 2007). As tarefas que predisõem a formação dessa identidade encontram-se organizadas, essencialmente, em três núcleos principais; alteração da relação com os pais, onde o adolescente terá que abandonar, gradualmente, a sua posição de dependência face às figuras parentais e caminhar para uma autonomia face à família, tornando-se necessário o abandono das fixações afetivas na família original; alteração da relação com os companheiros, visto que o grupo vai

tornar-se num elemento de grande importância no seu desenvolvimento emotivo; por fim, identidade sexual, cuja sua formação se caracteriza por momentos de avanços e recuos, sendo na fase final da adolescência que se atinge uma identidade sexual estável e fixa, juntamente com a formação de carácter. Neste processo surge uma necessidade sentida por parte do adolescente de vivenciar situações de emoção intensa, de maneira a lidar com o seu vazio interior que advém, sobretudo, das quebras nas suas ligações infantis e dependentes (Sampaio, 2002).

Como em qualquer problemática existem fatores de risco e fatores de proteção presentes, no caso da adolescência acontece o mesmo. Segundo Botega e cols. (2006) entre os principais fatores de risco estão os transtornos mentais, perdas recentes ou de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com traços de impulsividade e agressividade, situações clínicas tais como, doenças crónicas incapacitantes, dolorosas, e acesso fácil a meios letais. Neste sentido, o sentimento de pertença, ou seja, possuir uma forte ligação positiva à família, a uma comunidade, grupo religioso ou étnico, ou a algumas instituições protegem o indivíduo do suicídio, tornando-se evidente a estreita união do fenómeno suicídio com sentimentos de solidão e desesperança. Em contrapartida, os fatores de proteção, que devem ser reforçados, são recursos quer pessoais quer sociais que atenuam ou neutralizam o impacto dos fatores de risco, entre os quais estão as boas relações familiares, o suporte social, as competências sociais, os estilos de vida saudáveis, os valores culturais, a religião e as boas relações interpessoais e grupais (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

Segundo Levisky (1998) o adolescente vive este período da sua vida carregado de muito sofrimento em consequência das diversas e sucessivas perdas que ocorrem no seu corpo infantil, no seu mundo interno, bem como, na qualidade das relações consigo mesmo, com as pessoas à sua volta, com o tempo e o espaço, visto que, anteriormente a esta mudança, o adolescente estava inserido num universo organizado, o qual acaba por se transformar, estando suscetível a uma grande vulnerabilidade e podendo contribuir para o surgimento de distúrbios psicológicos.

Neste sentido, a adolescência pode ser considerada como sendo uma fase intensa, não só feita de transformações e de conflitos, em que o jovem pode encaminhar-se por comportamentos agressivos, impulsivos ou até mesmo suicidas, considerando-os uma solução para os seus problemas e crises (Borges & Werlang, 2006). Surge uma melhor e mais adequada compreensão no que diz respeito à morte devido ao desenvolvimento do pensamento abstrato próprio deste período (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010). As questões sobre a vida e a morte

surgem constantemente e é neste quadro que, conseqüentemente pode surgir a tentativa de suicídio. É um período que gira em torno das possibilidades de conquista de uma identidade, em que para adquirir um senso de *Eu*, organiza-se ao redor de três dimensões: corpo, mente e mundo externo (Ádamo, 1991, *cit.* por Lopes & Paula, 2011).

2. Funcionamento Familiar

Segundo Campos (2004), a família exerce diversas funções tais como proteção, afeição e formação social, que são determinantes no desenvolvimento dos seus filhos. Desta maneira, uma família funcional é percebida como afetuosa, com presença de diálogo, coesa, com regras flexíveis, porém com limites claros, oferecendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio face a situações e/ou problemas (Lidchi e Eisenstein, 2004). Posto isto, há que considerar que o papel da família tem um valor preditivo nesta fase que é a adolescência e em todos os desafios envolvidos, visto que o confronto com problemas familiares leva, não só, ao aumento do risco de ocorrência de problemas de ajustamento, bem como outras dificuldades na adolescência que, por sua vez, levam ao aumento do risco dos comportamentos suicidários (Beautrais, Collings, Ehrhardt & Henare, 2005, *cit.* por Santos, s.d). Segundo Hollis (1996, *cit.* por Santos, s.d) as dificuldades estabelecidas no seio familiar são uma contribuição independente importante para o risco de comportamento suicida na adolescência, e com maior relevância em relação à sintomatologia depressiva. Entre os possíveis fatores encontra-se a falta de calor afetivo, relações frágeis com os pais e ainda, a discordância familiar por dificuldades na aprendizagem da capacidade para a resolução de problemas.

Desde o período infantil que as figuras parentais contribuem para o desenvolvimento da criança, estabelecendo um grande peso em diversos fatores como o caso das respostas que os pais fornecem, uma vez que estas influenciam significativamente o funcionamento psicossocial das crianças (Sim, Adrian, Zeman, Cassano & Friedrich, 2009). As respostas emocionais dadas por parte dos pais às emoções dos seus filhos têm uma influência posterior na consciência das crianças e na modulação da sua excitação emocional (Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998; Schultz, Izard, Ackerman, & Youngstrom, 2001). Deste modo, a consciência emocional torna-se fundamental para a efetiva regulação emocional na medida em que facilita opções para resolver ou aliviar estados emocionais.

Crianças criadas e que vivem em ambientes emocionalmente inválidos mostram uma série de falhas em habilidades emocionais, especificamente, são menos capazes de rotular os seus próprios estados emocionais, estão menos dispostos a expressar estados emocionais negativos aos outros e podem aumentar a excitação fisiológica durante a supressão da emoção (Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1996; Shenk & Fruzzetti, 2005; Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Shipman & Zeman, 2001, *cit. por* Sim, Adrian, Zeman, Cassano & Friedrich, 2009). Neste contexto, as crianças não só têm pouco apoio no seu seio familiar para gerir as suas emoções, como ainda lhes surgem poucas oportunidades no sentido de desenvolverem as suas habilidades emocionais e aprenderem a expressar emoções de uma forma adaptativa, o que leva a que corram o risco de ter reações desorganizadas e impulsivas face a fortes emoções que possam vivenciar (Sim, Adrian, Zeman, Cassano & Friedrich, 2009). A criança necessita do par conjugal adulto, neste caso as figuras parentais, para construir dentro de si uma imagem positiva das trocas afetivas bem como da convivência com o outro, isso irá contribuir para o seu desenvolvimento saudável (Gomes & Resende, 2004).

Vários estudos sobre estilos parentais têm demonstrado, sistematicamente, que fatores tais como o cuidar e o suporte diminuem a probabilidade de os adolescentes desenvolverem problemas psicológicos e deste modo, promover o desenvolvimento positivo do jovem (Enhavall et al., 2008). Apesar de tudo aquilo que engloba a fase da adolescência, muitas vezes, leve a perder a referência daquilo que, no fundo é e deve ser o papel e função familiar, a família deve, apesar de tudo, manter a capacidade de proporcionar um ambiente de segurança, equilíbrio e limites aos seus filhos (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002).

A existência de relacionamentos seguros e estáveis com os pais, que façam o jovem sentir-se confortável e seguro no seu núcleo familiar, influenciam tanto no tempo dedicado à família por parte do adolescente, e simultaneamente na sua qualidade, como na procura por estabilidade emocional. É através da qualidade do relacionamento entre os diversos membros da sua família que recai a maior ou menor possibilidade de bem-estar do adolescente (Lago, Amaral, Bosa & Bandeira, 2010). Adolescentes que não demonstram uma perceção de cuidados adequados e ajustados por parte das figuras parentais e que igualmente, não dispõem de uma rede de apoio social suficiente têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos, o que poderá levar a outras patologias (Schneider & Ramires, 2007).

3. Papel da Figura Paterna

Neste contexto, destacando essencialmente o papel do pai, a literatura tem vindo a demonstrar que de facto a figura paterna tem o seu peso e importância nesta etapa da adolescência, segundo Hennigen e Guareschi (2008) o interesse pela função paterna tem decorrido do número crescente de divórcios e separações, o que leva a demonstrar o quão importante é o pai para o desenvolvimento da criança, a partir das repercussões que podem surgir devido à sua ausência, quer física ou psíquica, desta forma, isso conduziu a um reposicionamento materno, pois é muito diferente quando a mãe e o pai passam a ser vistos como igualmente importantes; durante muito tempo, diversas teorias psicológicas colocaram a mãe como sendo fundamental para o desenvolvimento e saúde psíquica da criança e o pai como um mero ajudante de “luxo”, visto que a ele cabia um lugar de interventor, de lei, não estando envolvido nem na educação dos seus filhos nem nos cuidados quotidianos.

Nos dias de hoje, seja qual for a organização da família, a figura paterna têm reconhecida a sua particular importância durante todo o processo de desenvolvimento dos seus filhos. De acordo com Gomes e Resende (2004) a presença do pai pode desencadear nos seus filhos de uma maneira mais simples, a passagem do mundo familiar para o mundo social e ainda, o acesso à agressividade, à afirmação de si, à capacidade de se defender e explorar o ambiente em que está envolto, este representa a possibilidade do equilíbrio assumido como regulador da capacidade da criança investir no mundo real. No entanto, mesmo que nos dias de hoje o pai demonstre estar a assumir um papel mais participativo na vida dos filhos, as crenças e os valores existentes na esfera social não se transformam abruptamente, observando-se que persiste no senso comum a vinculação da maternidade a uma “aura” idealizada, diferente da paternidade (Lopes & Paula, 2011).

A literatura tem demonstrado que de facto, ao longo destes últimos tempos tem vindo a surgir uma nova configuração familiar, modelada e agregada a um processo em que a mulher é introduzida no mercado de trabalho, e o homem é surpreendido pela rutura que ocorre na hierarquia doméstica e pelo constante questionamento face à sua figura de autoridade. No entanto, tais mudanças não contribuíram para minimizar o vazio instalado na rede de relações afetivas. O afastamento entre o homem e os restantes elementos do núcleo familiar denuncia-se essencialmente na fragilidade do vínculo estabelecido entre pai e filho, principalmente quando se trata de crianças do sexo masculino (Gomes & Resende, 2004).

O termo paternidade tem sido utilizado de duas formas, podendo ser entendido como estatuto parental (*parental status*) neste caso o pai biológico e, por outro lado, como a parentalidade paterna com “filhos sociais”, tratando-se dos homens que funcionam como “pais sociais” para crianças que não são seus filhos biológicos (Pleck, 2010, *cit.* por Arrais, 2012). Noutros tempos, o pai era visto como aquele que detinha o poder na família, ou seja, o representante da autoridade e da lei, permanecendo afastado das funções relativas aos cuidados dos filhos, contudo, esta imagem da paternidade tem vindo a ser alterada como consequência das mudanças socioculturais ocorridas nas últimas décadas (Silva & Piccinini, 2007). Neste contexto, alguns autores quando falam de envolvimento parental referem-se à participação do pai na família, outros consideram que este termo engloba aspetos como: comportamento do pai (interação com a criança, cuidados, apoio à esposa); sentimentos do pai (satisfação com a paternidade, qualidade da relação pai-criança) (Silva & Piccinini, 2007). A figura paterna é um pilar muito importante no desenvolvimento de qualquer criança ou adolescente, neste sentido, quanto maior é a participação e o envolvimento do pai no crescimento, desenvolvimento e na educação da criança ou jovem, melhor é a qualidade da relação que se estabelece entre ambos (Benczik, 2011).

Apesar de a mãe continuar a ser a progenitora que dedica mais tempo nos cuidados prestados aos filhos, a figura paterna, atualmente, participa mais ativamente nas suas rotinas, envolvendo-se de forma mais evidente, chegando a partilhar com a mulher algumas das tarefas do dia-a-dia (Rotundo, 1985; Marks & Palkovitz, 2004, *cit.* por Arrais, 2012). De acordo com diferenças de papéis de género, as mães estão mais associadas a uma função afetiva e relacional e os pais têm principalmente um papel instrumental e menos central. Assim, no que respeita ao controlo é possível que os adolescentes interpretem o controlo materno como sendo mais hostil e menos afetivo do que o do pai. Os pais são vistos como menos emocionais, o controlo pode ser entendido como uma forma instrumental de paternidade, em que o carinho e o afeto são incorporados em atividades de orientação e acompanhamento (Cruz, Narciso, Munõz, Pereira & Sampaio, 2013).

A função tradicional da mãe é a de ser responsável pelo cuidado e mediação das relações familiares, para além da função de cuidadora do lar e dos filhos. Em contraste com o relacionamento dos adolescentes com a figura materna, estes referem que conversam pouco com o pai, observando-se que, apesar de atualmente a figura paterna ter um papel mais ativo e estar a desempenhar as suas funções com maior qualidade e frequência, este ainda ocupa um lugar periférico na vida do adolescente no que diz respeito às suas questões mais pessoais. Este

acontecimento poderá derivar do facto de o jovem considerar o pai como alguém que nem sempre o entende. Este entendimento pouco autêntico entre pai e o filho adolescente pode ser justificado e compreendido tendo em conta o papel tradicionalmente atribuído à figura paterna, nomeadamente de disciplinador e provedor do sustento familiar em detrimento do envolvimento em questões afetivas (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002).

3.1 Rejeição Paterna

Cada um dos progenitores contribui positivamente para algum aspeto do desenvolvimento dos seus filhos, no entanto, vários estudos têm demonstrado o quanto a ausência da figura paterna ou a existência de uma relação pouco harmónica entre pai e filho na adolescência pode ser considerada como um fator de risco para o desenvolvimento psicológico, cognitivo e social do adolescente (Sganzerla & Levandowski, 2010).

O conceito de ausência paterna poderá ser visto, sensivelmente através de duas perspetivas. Numa primeira perspetiva, segundo Dantas, Jablonski & Féres-Carneiro (2004, cit. por Sganzerla & Levandowski, 2010), este fenómeno ocorre quando a figura paterna se mostra ausente afetivamente, isto é, o pai pode fornecer suporte emocional à mãe, bem como exercer o modelo de poder e de autoridade perante os seus filhos, no entanto não se envolve diretamente nos cuidados prestados aos mesmos, principalmente, cuidados corporais e brincadeiras. Aqui refere-se um pai ausente decorrente da distância emocional ou falta de afeto, que pode acontecer mesmo nas situações em que a figura paterna está fisicamente presente. Por outro lado, numa segunda perspetiva, outros estudos (Sganzerla & Levandowski, 2010) revelam que a ausência paterna pode ser considerada como a falta de convivência, neste caso física entre pais e filhos, ou seja, falta de contacto físico entre ambos, podendo esta advir de uma separação conjugal/divórcio, morte ou atividade laboral. Neste sentido, aqui a ausência paterna refere-se à não presença do pai. No entanto, podem existir ainda situações que englobam estas duas formas de ausência paterna, visto que, a distância física pode levar ao afastamento emocional entre pai e filho.

De acordo com Schneider & Ramires (2007) estudos indicam que prevalece uma relação entre fragilidade dos vínculos de apego estabelecidos no grupo familiar e os modelos patológicos de funcionamento, isto é, ressalta-se a importância das relações familiares para a saúde mental. Torna-se evidente como essa situação familiar de ausência paterna, quer física e

emocional, quer prolongada ou definitiva, pode-se tornar um fator de risco e ter repercussões negativas em diversos aspetos do desenvolvimento do adolescente.

A existência de padrões de apego inseguro está associada sobretudo a comportamentos auto destrutivos, ideação suicida e sintomas depressivos. Tendências suicidas surgem a partir de padrões de apego inseguros que são estabelecidos logo desde a infância (Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira, & Sampaio, 2013). Estudos proferidos por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira, e Sampaio (2013) referem igualmente que existe efetivamente uma associação entre rejeição parental e a diminuição da saúde mental e ocorrência de comportamentos auto destrutivos. Num estudo com adolescentes de 12 e 13 anos de idade (Fotti, Katz, Afifi, & Cox, 2006), comprovaram que a rejeição parental está positivamente associada com a ideação suicida e tentativas de suicídio. Esta associação parece ser mais forte sobretudo no sexo feminino. Da mesma forma, um estudo longitudinal demonstrou que a alta rejeição parental e baixa aceitação parental estão relacionadas com a ideação suicida na adolescência e idade adulta jovem (Steinhausen, & Metzke, 2004).

Segundo Cruz, Narciso, Munõz, Pereira & Sampaio (2013) estudos revelaram que a perceção por parte do adolescente de um declínio da qualidade da ligação emocional com o pai e a mãe, controlo paternal e coesão familiar e as perceções crescentes de controlo maternal e rejeição paterna aumentam a probabilidade de pertencer ao grupo de jovens que apresenta pensamentos e comportamentos auto destrutivos.

A sensação de vazio, promovida pela ausência da figura paterna, é formada através da ideia que, quer a criança ou adolescente tem de não ser amada pelo genitor que está ausente, juntamente com uma desvalorização de si mesmo, em consequência disso. Para além disso, surgem os sentimentos de culpa por o jovem acreditar haver provocado a separação, por ter sido deixado e até por ter nascido. Tudo isto pode gerar diversas reações variadas, desde tristeza e melancolia até agressividade e violência (Ferrari, 1999, *cit.* por Benczik, 2011). O afastamento afetivo da figura paterna é visto como promotor de padrões de interação disfuncionais, provocando prejuízo na autonomia dos filhos e podendo desencadear sentimentos de abandono, rejeição e culpa por parte do adolescente (Felzenszwalb, 2003, *cit.* por Sganzerla & Levandowski, 2010).

De acordo com Lopes e Paula (2011), a vida de um adolescente sem pai torna-se mais difícil devido à falta deste, no entanto essas dificuldades e conflitos são suscetíveis de aceitação e elaboração, o que dependerá da forma como outros membros da família lidam com a situação e do papel que desempenham junto do jovem.

Segundo Tanis (2009, *cit.* por Lopes & Paula, 2011) entre as várias implicações que surgem através da ausência paterna, no desenvolvimento da criança e do adolescente, no dinamismo psíquico destes jovens, o pólo narcisista-melancólico é o que domina, surgindo dificuldades não só na elaboração do luto caso o pai morra, mas também no estabelecimento de uma estrutura egóica funcional, bem como uma estabilidade maior das identificações, inclusive identificações de género. O adolescente necessita de apoio e segurança e de valores que naturalmente cabe à figura paterna, como imagem masculina que é, transmitir. Há a procura de um modelo com o qual se possa identificar junto do seu pai, no entanto, estando o pai ausente, outros modelos irão ocupar esse vazio, com uma grande probabilidade de não serem os modelos mais exemplares e adequados (Benczik, 2011).

4. Comportamentos Autolesivos

A questão dos comportamentos autolesivos, bem como a sua intencionalidade despoletou sempre diversas controvérsias, visto que na literatura surgem variadas designações e nomenclaturas não tornando clara a distinção entre comportamentos autolesivos com intencionalidade suicida e comportamentos autolesivos sem intencionalidade suicida.

Neste sentido, Guerreiro (2014) sugere que comportamentos autolesivos são comportamentos com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (ex: cortar-se, saltar de um local relativamente elevado); ingeriu fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingeriu uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível (ex: lixívia, detergente, lâminas, pregos). Dentro dos comportamentos autolesivos, Guerreiro (2014) afirma que estes poderão estar subdivididos: (I) Comportamento autolesivo sem intenção suicida – Quando é possível afirmar com elevado grau de certeza que não existiu intencionalidade suicida; (II) Comportamento autolesivo sem outra especificação - Quando não é possível perceber se existiu ou não intencionalidade suicida; (III) Tentativa de suicídio – Ato levado a cabo por um indivíduo visando a sua morte, sendo possível perceber que foi realizado com intencionalidade suicida mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resultou frustrado. Nesta última categoria, tendo em conta a descrição poderá designar-se este comportamento como sendo um comportamento autolesivo com intencionalidade suicida.

Quando se fala em comportamentos auto lesivos existem quatro aspetos a ter em conta, nomeadamente, método, resultado, letalidade e intencionalidade (Guerreiro & Sampaio, 2013); no que diz respeito ao método é a forma ou processo que o sujeito utiliza para se auto lesionar, podendo destacar-se exemplos tais como, sobredosagem, cortes, queimaduras corporais ou precipitar-se de alturas. Relativamente ao resultado pode ser a morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com lesões/ ferimentos ou sobrevivência sem lesões/ ferimentos. A letalidade refere-se ao potencial de perigo de morte associado ao método utilizado, podendo haver dois tipos de letalidade, métodos de alta letalidade como a utilização de armas de fogo, precipitar-se de alturas ou enforcamento e métodos de baixa letalidade como o caso de automutilações ou sobredosagens. A intencionalidade do ato é definida como a determinação para agir de modo a atingir um objetivo, podendo esta estar presente, ausente ou indeterminada e que do ato pode resultar a morte, sobrevivência sem lesões ou sobrevivência com lesões.

A fase da adolescência é um desafio devido às profundas mudanças que ocorrem em diferentes contextos durante esse período, essas mudanças são sobretudo individuais, familiares e sociais. Uma adaptação bem-sucedida a essas mudanças é o desafio da adolescência e o resultado influencia fortemente o bem-estar do adolescente, em contrapartida, quando uma adaptação bem-sucedida não ocorre, uma crise pode surgir, resultando em trajetórias mais ou menos mal adaptativas, temporariamente, no desenvolvimento, e eventuais sintomas psicopatológicos (Soares, 2000). Portanto, podemos supor que os comportamentos auto lesivos indicam uma trajetória de desenvolvimento mal adaptado (Van Orden *et al.*, 2010). Os comportamentos auto lesivos na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica, caracterizando-se por falta de esperança, incapacidade de lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença ou manter um sentimento de bem-estar. Estes fenómenos são resultantes de uma tentativa desesperada de alterar uma situação insustentável (Guerreiro & Sampaio, 2013).

O perfil de um adolescente que pratica comportamentos auto lesivos é determinado por perturbações a nível de psicopatologia geral como ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade, estando associados a um diagnóstico psiquiátrico, sobretudo doença afetiva (Guerreiro & Sampaio, 2013). A presença de um temperamento afetivo dominante do tipo irritável, ciclótico e, especialmente, depressivo parece conferir uma vulnerabilidade inata para a autolesão nos adolescentes (Guerreiro, 2014). Como antecedentes destes comportamentos surgem ainda as experiências traumáticas ocorrentes no período infantil, nomeadamente problemas psicológicos parentais, separação dos pais, afastamento precoce ou

prolongado de um dos pais, experiências infantis de negligência emocional, psicológica ou abuso físico e/ou sexual.

Tal como já foi mencionado, o final da fase da adolescência é um período de dificuldades no controlo das emoções e a tomada de riscos por parte do jovem torna-se cada vez mais proeminente, podendo talvez estar relacionado com as mudanças biológicas subjacentes que vão ocorrendo. Os riscos para cometer comportamentos autolesivos aumentam substancialmente ao longo do desenvolvimento da fase da puberdade, sendo este um processo que parece ser independente da idade. Além disso, alterações marcantes que ocorram simultaneamente no desenvolvimento do cérebro podem levar a que surja, conseqüentemente, um desequilíbrio no desenvolvimento do controlo emocional que se resolve com a eventual maturação do córtex pré-frontal (Moran, Coffey, Romaniuk, Olsson, Borschmann, Carlin, & Patton, 2012).

4.1 Comportamentos Autolesivos sem Ideação Suicida

Apesar do que tem sido referido à cerca destes fenómenos que são os comportamentos autolesivos, como sendo uma forma de o adolescente escapar às suas angústias e conflitos internos, muitas vezes baseados em questões familiares instáveis, estes comportamentos nem sempre tem uma intenção suicida, isto é, não têm necessariamente que predizer ideações ou tentativas de suicídio. Sendo assim, podem existir comportamentos autolesivos sem que haja ideações suicidas, neste caso, pode ser considerada uma questão mais interpessoal (e.g. arranhar-se, cortar-se, morder constantemente a boca), por outro lado, existem comportamentos autolesivos que podem conduzir e prenunciar ideação suicida, traduzindo-se numa questão mais intrapessoal (e.g. enforcamento ou ingestão de substâncias ilícitas).

As auto mutilações na adolescência, ou seja, os comportamentos autolesivos sem intencionalidade suicida, são um importante e preocupante problema da saúde pública. Por outro lado, embora o suicídio seja mais incomum em adolescentes comparativamente às auto mutilações, é sempre um fenómeno trágico, logo há que agir no sentido da prevenção do suicídio nos jovens, sendo este o foco das estratégias nacionais de prevenção do suicídio (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

Nock (2008) refere que não há uma evidente explicação para a ocorrência dos comportamentos autolesivos, com e sem intencionalidade suicida, mas existem algumas

possíveis hipóteses como o caso de jovens que têm dificuldade em distinguir o seu *self* do mundo exterior, sendo que o comportamento de auto lesão tem origem na tentativa de estabelecer “a realidade corporal” ou de traçar os limites do seu ego.

Non suicidal self-injury é a destruição direta e deliberada do tecido corporal sem intenção suicida (Nock, 2008) incluindo apenas cortes e comportamentos associados (e.g. queimaduras, arranhões, saltar de alturas) (Guerreiro & Sampaio, 2013) e ocorre, com taxas elevadas, no ensino médio e estudantes universitários (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Ongena, 2011; Whitlock *et al.*, 2011, *cit.* por Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013). Indivíduos com este tipo de comportamentos também são mais propensos a estarem indicados para algum tipo de terapia (Western & Trepal, 2010; Whitlock *et al.*, 2011, *cit.* por Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013), demonstrando que o comportamento está sobretudo ligado a uma aflição e disfunção significativa.

As áreas corporais atingidas caracterizam-se por serem facilmente ocultas, de maneira a que este comportamento passe despercebido, como o caso dos braços, coxas e zona abdominal (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011). Estas lesões localizam-se, por norma, em zonas de fácil acesso ao próprio sujeito, podendo deste modo ser controladas pelo alcance da sua visão. Evitam-se zonas vitais ou sensíveis, como os olhos, lábios, nariz, orelhas e mamilos. Apesar de tudo, estas lesões podem também ser encontradas na parte de trás do corpo, desde que seja acessível à mão do sujeito que as pratica, ou então, se as lesões tiverem sido feitas com a ajuda de outra pessoa. Muitas das vezes, as roupas usadas pelo sujeito em questão não estão danificadas ou o estrago não corresponde às lesões existentes na pele (Baltazar, 2009).

Num estudo sobre diferenças de género em comportamentos auto lesivos sem intenção suicida, verificou-se que os adolescentes do género feminino apresentam uma idade significativamente mais precoce ao iniciar estes comportamentos em relação ao género masculino (Andover *et al.*, 2010; Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002, *cit.* por Hamza, Stewart & Willoughby, 2012). As mulheres são mais propensas a envolver-se em comportamentos de auto corte, já os homens envolvem-se em comportamentos de maior impacto (Andover *et al.*, 2010; Whitlock, Muehlenkamp & Eckenrode, 2008, *cit.* por Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

Segundo Hawton, Saunders e O'Connor (2012) quando se aborda este assunto sobre a ocorrência de auto mutilações em adolescentes surge incondicionalmente a questão – Porque é que as automutilações aumentam rapidamente durante os primeiros anos da adolescência e por

que razão o fator género tem um peso tão grande, especialmente em torno da idade de 13-15 anos? Neste sentido, um estudo utilizou uma medida de desenvolvimento a nível da puberdade em adolescentes com idade entre 12-15 anos, em escolas da Austrália e dos EUA, do qual se demonstrou que o início da prática de automutilações está relacionada com a fase da puberdade, sobretudo a puberdade tardia ou concluída, em vez da idade cronológica. Estas evidências foram especialmente pronunciadas em meninas, e destacando o tipo de automutilação mais comum, auto corte.

4.1.1 Motivações Subjacentes

Vários estudos centram-se sobre quais as motivações psicológicas subjacentes a estes comportamentos, isto é, quais as razões que levam a que os mesmos ocorram e demonstram que este tipo de comportamento auto destrutivo é um comportamento ligado à regulação emocional, bem como às teorias de redução da tensão (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Nock & Cha, 2009, *cit.* por Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013). Grandes emoções negativas e tensões de excitação, frequentemente precedem atos de *non suicidal self-injury*, sendo, posteriormente reduzidas e atenuadas com a ocorrência de auto mutilações (Armeij, Crowther & Miller, 2011; Muehlenkamp *et al*, 2009; Nock, Prinstein, & Sterba, 2009, *cit.* por Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013).

Existem outros fatores que podem também aumentar de forma independente o risco de automutilação, tais como, sintomas depressivos, abuso de álcool e início da atividade sexual. A ligação de automutilação com a puberdade e sintomas afetivos pode estar relacionada com a evidência decorrente de um período de particular vulnerabilidade ao aumento do risco de transtornos emocionais e comportamentos de risco (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

Este fenómeno pode ainda ser visto como uma auto punição por parte do adolescente, de maneira a que este canalize a raiva que sente dentro de si, para além de ser igualmente uma forma de interrupção de estados dissociativos, permitindo ao adolescente o regresso à realidade que de certo modo quer evitar confrontar-se. O desejo de se auto mutilar é o resultado de um impulso, precipitado por uma acumulação de acontecimentos negativos e stressantes (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011). Deste modo, a auto lesão sem intencionalidade suicida pode exprimir a raiva, uma necessidade de se punir, gerar sensações normais ou uma possível distração, mas há que entender o comportamento como uma tentativa para recuperar o domínio

da angústia de sensações negativas que têm vindo a surgir até então (Marrom *et al.*, 2002, *cit.* por Baltazar, 2009).

Adolescentes que cometem danos físicos no seu próprio corpo fazem-no para desencadear o alívio face à aflição emocional. A dor física torna-se frequentemente, mais fácil de tratar e lidar do que a dor emocional, devido à causa, talvez mais clara, e aos sentimentos reais, sendo que os ferimentos podem servir para demonstrar ao indivíduo que a sua dor emocional é real e válida. Este tipo de comportamento auto lesivo pode acalmar o indivíduo, tornando-se numa resposta natural ao *stress* do dia-a-dia do jovem e pode aumentar na frequência e na severidade (Baltazar, 2009).

Adversidades entre a família e a criança/adolescente, funções de parentalidade mal adaptativas e divórcio dos pais são igualmente aspetos que estão associados às auto mutilações. A exposição do jovem a eventos negativos da vida é um fator chave associado a estes acontecimentos, além disso, os indivíduos que relatam cometer auto mutilações demonstram eventos e situações de vida mais stressantes do que aqueles que experienciam pensamentos auto destrutivos, mas não os passando para a ação (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). Estudos vêm ainda reforçar como a contribuição independente de exposição às adversidades no período de infância pode resultar em graves tentativas de suicídio na fase da adolescência.

Nock (2008) afirmou através de uma teoria social, que este comportamento auto destrutivo sem intencionalidade suicida pode ser repetido após uma primeira ocorrência, pois é uma forma eficaz de comunicar, influenciar e conectar com outras pessoas nos seus diversos contextos em que estejam inseridas, sobretudo quando as tentativas menos extremas de comunicação não resultam, utilizado muitas vezes para chamar a atenção dos outros. Através de alguns estudos de auto-relato de amostras de adolescentes comprovou-se que algumas das funções interpessoais desta conduta são o “querer mostrar / comunicar desespero”; "tentar encaixar-se ou sentir-se perto de alguém"; "para ver se alguém me ama" (Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013). Estas lesões geralmente, não são fatais, mas são situações por vezes graves e que, muitas vezes, requerem hospitalização (Baltazar, 2009).

Estudos sugerem que a maioria dos comportamentos auto destrutivos cometidos pelo adolescente resolvem-se espontaneamente, no entanto, jovens que se auto mutilam, muitas vezes, têm problemas de saúde mental, tornando-se evidente através da forte relação que se estabelece entre ansiedade e depressão na fase da adolescência e aumento do risco de auto mutilação na idade jovem adulta. O tratamento desses problemas de saúde mental pode ter

benefícios adicionais nomeadamente, em termos de redução do sofrimento e incapacidade associada às auto mutilações (Moran, Coffey, Romaniuk, Olsson, Borschmann, Carlin, & Patton, 2012).

4.2 Comportamentos Autolesivos com Ideação Suicida

Por outro lado, existem os comportamentos auto lesivos com intenção suicida, neste caso, a primeira ideia que costuma estar associada a este tipo de lesões é a de suicídio ou tentativa de suicídio e ideação suicida. Para além disso, estão presentes neste fenómeno outras situações que podem ser descritas como intencionais e auto destrutivas em manifestações individuais, como o caso da automedicação, abuso de drogas e/ou álcool. Neste sentido, quando o indivíduo morre, o ato de destruição pessoal intencional é definido como suicídio, contrariamente, no caso de a pessoa continuar viva após um ato auto destrutivo com intenção suicida, a tendência é referir-se à existência de tentativa de suicídio. A questão subjacente diz respeito às dificuldades de se determinar se de facto está presente ou não a intenção de morte em muitos comportamentos, ou seja, diz respeito à relação existente entre intencionalidade e resultado do ato (Machin, 2009).

Quando se refere este tipo de auto lesões de intencionalidade suicida surgem exemplos tais como o corte ou punhaladas, afogamento, asfixia, precipitação, electrocussão, ou queimaduras. No entanto, estes comportamentos auto lesivos podem variar consoante o género, no caso dos homens predomina o enforcamento, precipitação de lugares elevados, já as mulheres, geralmente tendem a envolver ingestão de medicamentos e de venenos (Baltazar, 2009). Posto isto, os comportamentos suicidas (e.g. tentativa de suicídio e suicídio) podem referir-se a comportamentos diretamente auto lesivos/auto destrutivos que estão envolvidos com uma intenção de morrer, é o caso do enforcamento/estrangulamento, cortes severos, e saltar de alturas (Andover & Gibb, 2010; Nock, 2010, *cit.* por Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

Através da evolução teórica acerca dos comportamentos auto lesivos com intencionalidade suicida, é possível fazer uma distinção entre os fatores associados ao desenvolvimento de pensamentos de auto agressão ou suicídio, isto é, ideação suicida (o sujeito sente-se derrotado e condicionado ou limitado) e os fatores que aumentam a probabilidade de que tais pensamentos sejam traduzidos para a ocorrência do comportamento suicida real (impulsividade ou exposição a auto mutilação executada por outros) (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

Tendo em conta que para se determinar as intenções de uma pessoa durante os comportamentos auto lesivos é com base principalmente no auto relato, que é um método imperfeito e pouco seguro e que provavelmente envolve imprecisão e ambivalência relativamente à morte e à intencionalidade suicida, o procedimento usado pela maioria dos pesquisadores e clínicos é classificar comportamentos em que haja qualquer evidência que seja de intenção de morrer como sendo suicida (Nock, 2010). O reconhecimento de comportamentos auto lesivos tem, simultaneamente uma importância criminalística quando os queremos diferenciar de assaltos, acidentes, suicídios e outros comportamentos auto destrutivos praticados pelo sujeito, e desta maneira haver a diferenciação entre o que são comportamentos auto infligidos ou não pelo mesmo e se estes têm uma intenção suicida por detrás.

4.2.1 Ideação Suicida

Neste contexto, importa então retratar em que é que consiste e o que envolve a intencionalidade suicida que pode ou não estar subjacente aos comportamentos auto lesivos. Como preditor dessa intencionalidade está patente a ideação suicida, pois para haver ou não intenção de morrer, os pensamentos suicidas são o fator principal e de origem. Ideação suicida refere-se aos pensamentos e cognições de auto destruição ou a ideias suicidas, englobando desejos, atitudes ou planos que o indivíduo estabelece para pôr fim à própria vida (Borges & Werlang, 2006). Segundo Beck *et al.* (1985, *cit.* por Costa, 2012) a intensidade dos sentimentos de desesperança pode ser entendido como um dos mais relevantes indicadores de risco em pessoas com ideação suicida.

A ideação suicida prediz o ato suicida e por isso, torna-se necessário não só a detenção precoce desses pensamentos e cognições suicidas, como também um maior entendimento acerca dos motivos causadores do surgimento deste fenómeno e das características particulares desse período. A intensidade e duração desses pensamentos, e contexto em que surgem, bem como a impossibilidade de o sujeito desligar-se deles, deixar de os ter presentes na sua mente, são fatores que fazem a distinção entre um indivíduo saudável e um que se encontre à margem de uma crise e tentativa suicida (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010). A ideação suicida é caracterizada pela existência de pensamentos de auto destruição, em que o sujeito tem presente a ideia de que a vida não vale a pena ser vivida, incluindo ainda planos específicos para lhe por fim (Azevedo & Matos, 2014).

O comportamento suicida, normalmente, tem início no final da fase da adolescência e segundo as estatísticas são os adolescentes que apresentam níveis mais elevados de ideação suicida em comparação a qualquer outro grupo de outra faixa etária (Nock *et al.*, 2008). Segundo Man (1999, *cit.* por Borges & Werlang, 2006) estudos relacionados com o gênero e ideação suicida revelam que, no período da adolescência, as mulheres apresentam maiores taxas de ideação suicida em comparação às dos homens.

De acordo com Sampaio (2002), os comportamentos suicidas têm uma função de recurso e relacional, ou seja, estes invocam uma mudança na comunicação existente no sistema familiar, através da transmissão de que algo não está bem e de que é necessário que uma mudança ocorra no contexto da família. Deste modo, os comportamentos suicidas têm uma função de dualidade e relacional, no sentido de que eles podem ser considerados como gestos ou pensamentos auto destrutivos, mas são ao mesmo tempo as tentativas de comunicação para a ocorrência de uma mudança no seio familiar.

É importante ter uma noção clara daquilo que se torna patológico na fase da adolescência, estando relacionado, muitas vezes, com a intensidade, grau e desajuste com que aparecem algumas das características e comportamentos próprios desta etapa do desenvolvimento humano. A existência de ideias suicidas não é anormal, pois pode ser visto como uma parte integrante do processo evolutivo comum da adolescência, numa tentativa de esclarecer problemas existenciais, tal como a procura para encontrar respostas para compreender o sentido da vida e da morte. Neste sentido, jovens que sistematicamente pensam, ameaçam, tentam ou concretizam o suicídio revelam um colapso nos seus mecanismos adaptativos, os quais apontam para o alívio do sofrimento psíquico por que passa o sujeito (Borges & Werlang, 2006).

A presença de ideação suicida é habitualmente um sinal de um sofrimento emocional grave (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008). De acordo com Borges & Werlang (2002, *cit.* por Araújo, Vieira, Coutinho, 2010), os jovens nesta etapa da sua vida apresentam a ideação suicida como uma forma de expressar um sofrimento geralmente associado a um conflito interno, encarando a possibilidade da morte como uma solução para a resolução das suas angústias e conflitos. Estes pensamentos podem ainda apontar para algo mais, que eventualmente ultrapassa as características próprias da adolescência.

4.3 Comportamentos Autolesivos e Funcionamento Familiar

A percepção de invalidação emocional no seio familiar por parte do jovem pode ser considerada como a componente importante e central em predizer comportamentos desajustados. Deste modo, ao ensinar-se aos pais maneiras de se comunicar, compreender e orientar o comportamento emocional da criança desde cedo, irá promover o desenvolvimento emocional e psicológico saudável da mesma (Sim, Adrian, Zeman, Cassano, Friedrich, 2009).

A satisfação com as relações familiares, suporte emocional familiar, coesão familiar e monitorização e supervisão por parte dos pais diminui a probabilidade do adolescente se envolver em comportamentos auto lesivos (Randell *et al.*, 2006), evita igualmente, o isolamento, a auto desvalorização e pensamentos auto destrutivos, fomentando um sentimento de valor próprio, auto estima e competências positivas próprias (Sharaf *et al.*, 2009). Por outro lado, em ambientes familiares positivos, os adolescentes tendem a expressar-se de maneira mais adequada e reagem às adversidades que lhes surgem através de estratégias mais positivas (Oliva *et al.*, 2009; Perosa & Perosa, 2001). Posto isto, a existência de disfunção familiar tem sido fortemente associada a comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013). De acordo com Oliva *et al.* (2009) a associação estabelecida entre os pensamentos e comportamentos auto destrutivos e o apoio e segurança emocional evidencia ser bem suportada pela literatura.

OBJETIVOS E HIPOTÉSES DO ESTUDO

O presente estudo possui um primeiro objetivo de carácter exploratório com o intuito de analisar as percentagens de adolescentes com comportamentos autolesivos, isto é, pretende-se fazer uma análise mais aprofundada e descritiva sobre diversas questões ligadas a esta temática, recaindo para a fase que é a adolescência. Posteriormente, pretende-se compreender se o funcionamento familiar, a perceção de rejeição paterna e ocorrência de comportamentos autolesivos estão correlacionadas, ou seja, compreender se o funcionamento familiar e a perceção que os adolescentes têm face à existência ou não de rejeição por parte da figura paterna está relacionado com a prática de comportamentos autolesivos, bem como analisar se existe ou não distinção entre comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida.

Após a realização da revisão de literatura é possível afirmar que, podem surgir diversos comportamentos por parte do jovem como escape à situação familiar em que se encontra, é o caso dos comportamentos auto destrutivos, pois as automutilações cometidas pelo adolescente podem ser o resultado associado à má regulação emocional, bem como a existência de um ambiente familiar inválido e ainda, uma forma deste último reduzir os seus estados emocionais negativos (Sim, Adrian, Zeman, Cassano, Friedrich, 2009). Fotti (2006) afirma haver uma associação entre rejeição por parte das figuras parentais, diminuição da saúde mental e consequentemente, comportamentos auto destrutivos.

Segundo Perosa & Perosa (2001) a perceção do adolescente de coesão e adaptabilidade familiar está relacionada com a capacidade do mesmo para expressar emoções e gerir situações stressantes. Posto isto, o apego seguro no contexto familiar permite autonomia e auto-regulação a nível emocional, fatores estes indispensáveis para o desenvolvimento da identidade do adolescente, deste modo, os pais deverão criar um ambiente seguro onde a exploração possa ser incentivada e o adolescente possa usufruir dos laços emocionais que estabelece com os pais (Cruz, Narciso, Munõz, Pereira & Sampaio, 2013). Neste sentido, surge a seguinte hipótese:

Hipótese 1. *Quanto melhor o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida.*

De acordo com Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio (2013) a existência de padrões de apego inseguro estão associados a comportamentos auto destrutivos, ideação suicida e sintomas depressivos, ou seja, a rejeição parental aliada a padrões de apego inseguro é um fator relevante para a ocorrência de comportamentos auto destrutivos. Neste sentido, demonstrou-se ainda que a rejeição paterna, e não a rejeição materna, é de facto um fator de risco pois aumenta a probabilidade de pertença ao grupo de jovens que cometem este tipo de comportamentos, para além dos fatores já mencionados como baixa coesão e baixa satisfação com as relações familiares. Face aos resultados obtidos nestes estudos, colocamos a seguinte hipótese:

Hipótese 2. *Quanto menor a percepção de rejeição paterna, menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida.*

Pfiffner *et al.* (2001) estudaram a associação entre ausência paterna e características anti sociais familiares. Os resultados apontaram que famílias em que o pai morava em casa, apresentavam menos sintomas anti sociais na figura materna, na figura paterna e na criança, contrariamente às famílias em que o pai não morava em casa. Os autores concluem que o comportamento anti social em qualquer membro da família é mais provável se o pai for ausente ou não participativo, ou seja, as relações familiares serão menos positivas e harmoniosas caso a figura paterna esteja ausente ou não participativa na vida do adolescente. Neste sentido surge a seguinte hipótese:

Hipótese 3. *Quanto melhor o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), menor a percepção de rejeição paterna.*

Relativamente aos comportamentos autolesivos, embora os comportamentos autolesivos com intenção suicida e os comportamentos autolesivos sem intenção suicida sejam ambas formas auto prejudiciais e destrutivas, estes comportamentos são diferenciados na base da intenção, frequência e letalidade (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson & Boergers, 2001; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007, *cit.* por Hamza, Stewart & Willoughby, 2012), neste sentido surge a seguinte hipótese:

Hipótese 4. *Existem comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida.*

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo um total de 400 jovens de duas escolas públicas e uma escola semiprivada da área de Cascais. Da amostra total de participantes, 16 foram excluídos devido à idade ou à tarefa ter sido mal respondida ou executada. A amostra final foi, assim, constituída por 384 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos ($M= 16.62$; $SD= 1.75$), sendo que 195 sujeitos são do sexo masculino (50.8%) e 189 do sexo feminino (49.2%).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo a Idade e o Sexo

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
14	24	14	38
15	38	44	82
16	40	38	78
17	28	43	71
18	29	25	54
19	14	12	26
20	22	13	35
Total	195	189	384

A amostra é constituída por diversas nacionalidades destacando-se a Portuguesa (311 sujeitos = 81%), Brasileira (21 sujeitos = 5.5%), Angolana (1.8%), Portuguesa-Canadiana (1.6%), Guineense (1.6%). Destes sujeitos, 208 nunca reprovaram (54.2%) e 96 que chumbaram uma vez (25%), sendo que os restantes reprovaram mais de uma vez. Relativamente aos irmãos, 325 sujeitos da amostra total têm irmãos (84.6%) e 56 não têm irmãos (14.6%), sendo que as posições dos adolescentes na fratria variam entre irmãos mais novos ($N= 134$, 34.9%), irmão do meio ($N= 58$, 15.1%) e irmão mais velho ($N= 127$, 33.1%).

Em relação ao estado civil dos pais, 219 dos sujeitos têm pais casados e 85 têm os pais divorciados. Por último, a maioria dos sujeitos responde que não tem conhecimento da existência de tentativas de suicídio (N= 286) e 96 sujeitos responde que teve conhecimento de tentativas de suicídio, nomeadamente de amigos (N= 54) e família (N= 26).

O instrumento foi aplicado em duas escolas secundárias e uma escola profissional/ensino superior. Dos participantes da amostra, 29 pertenciam ao 8º ano, 84 pertenciam ao 9º ano, 129 pertenciam ao 10º ano, 85 pertenciam ao 11º ano, 51 pertenciam ao 12º ano, 1 frequentava um CET, e 5 frequentavam Ensino Superior.

Tabela 2. Frequência dos Anos de Escolaridade por Sexo

Ano de escolaridade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
8º ano	21	8	29
9º ano	44	40	84
10º ano	51	78	129
11º ano	46	39	85
12º ano	27	24	51
Licenciatura	5	0	5
CET	1	0	1
Total	195	189	384

Instrumentos

Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES)

A Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar foi adaptada através da *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV) de acordo com o Modelo Circumplexo (Olson, 2011). Atualmente este instrumento encontra-se na sua quarta versão, FACES IV (Olson, 2011) e em processo de validação para a população portuguesa (Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda, & Peixoto, 2015). Trata-se de um instrumento de autorrelato com um total de 42 itens incidindo sobre duas dimensões centrais: (a) coesão familiar (*i.e., o laço emocional que une os elementos familiares*) e (b) flexibilidade familiar (*i.e., a capacidade de mudança relativamente à*

liderança e às regras familiares). Por sua vez, estas últimas dividem-se em seis subescalas, em que duas subescalas permitem aceder aos níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar, nomeadamente, subescala de Coesão Equilibrada (7 itens) (*i.e.*, “*Os membros da minha família estão envolvidos nas vidas uns dos outros*”) e subescala de Flexibilidade Equilibrada (7 itens) (*i.e.*, “*A nossa família tenta novas formas de lidar com os problemas*”); quatro subescalas que incidem sobre aos níveis desequilibrados, permitindo aceder aos níveis mais baixos bem como os mais altos de coesão familiar, ou seja, Coesão Desagregada (7 itens) (*i.e.*, “*Nós damos-nos melhor com pessoas de fora da nossa família do que com as de dentro*”) e Coesão Aglutinada (7 itens) (*i.e.*, “*Nós passamos ‘demasiado’ tempo juntos*”), bem como os níveis mais baixos e mais altos de flexibilidade familiar, ou seja, Flexibilidade Rígida (7 itens) (*i.e.*, “*Na nossa família há uma regra para quase todas as situações*”) e Flexibilidade Caótica (7 itens) (*i.e.*, “*Na nossa família, parece que nunca nos conseguimos organizar*”). Estas últimas quatro subescalas não estavam incluídas nas versões anteriores do FACES IV. Para além desta escala de 42 itens, existe ainda a escala da Comunicação (10 itens) (*i.e.*, “*Os membros da minha família discutem as suas ideias e crenças uns com os outros*”). As respostas foram dadas de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 “Discordo Fortemente” até 5 “Concordo Fortemente”).

Segundo Olson (2011), dados que sejam recolhidos e que se destinam a uma investigação empírica deveram ser analisados através da transformação dos valores em dados percentílicos ou em Rácios. A transformação dos valores em Rácios vai permitir a comparação dos valores funcionais vs. valores disfuncionais de cada sistema familiar. Sendo assim, podem ser criados três Rácios: Rácio da Coesão Familiar, Rácio da Flexibilidade e o Rácio do Funcionamento Familiar. Centrando-nos agora no Rácio do Funcionamento Familiar podemos concluir que quanto mais acima de 1 for o resultado do Rácio, mais equilibrado é o sistema familiar logo, por consequente, quanto mais abaixo de 1 for o resultado do Rácio, mais desequilibrado é o sistema familiar. Neste sentido, para o FACES IV foram criados scores médios para as dimensões da Coesão e Flexibilidade, posteriormente foram formulados Rácios através da seguinte Fórmula:

Figura 1. Fórmulas para a obtenção dos Rácios do Modelo Circumplexo

$$\text{Rácio de Coesão} = \frac{\text{Coesão Equilibrada}}{(\text{C. Desagregada} + \text{C. Aglutinada}) / 2}$$

$$\text{Rácio de Flexibilidade} = \frac{\text{Flexibilidade Equilibrada}}{(\text{F. Rígida} + \text{F. Caótica}) / 2}$$

$$\text{Rácio do Funcionamento Familiar} = \frac{\text{Rácio de Coesão} + \text{Rácio de Flexibilidade}}{2}$$

Relativamente à escala FACES IV, incidindo sobre a amostra total de adolescentes (N=384), esta obteve um Alfa de Cronbach bastante elevado de .837, evidenciando uma boa consistência interna.

Tabela 3. Análise de Fidelidade do Instrumento *Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES)*

	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Rácio Coesão	3,882	,629	.819
Rácio Flexibilidade	3,632	,567	.672
Rácio Funcionamento Familiar	3,154	,327	.837
Comunicação	3,703	,731	.950

Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais (EMBU-A)

A Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais foi adaptada para a população portuguesa (Lacerda, 2005) através do *The Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (Egna Minnen Beträffande Uppfostran, EMBU-A*; Gerlsma, Arrindell, Van Der Veen, & Emmelkamp, 1991). A adaptação à população portuguesa (com adolescentes entre os 12 e os 17 anos) revelou, tal como no estudo original para adultos, 3 fatores: (a) *Suporte Emocional* – Comportamentos dos pais perante os filhos que confirmam a ideia de que é

aprovado como pessoa pelos pais; (b) *Sobreproteção* – Comportamentos parentais reveladores de proteção excessiva em relação a experiências indutoras de *stress* e adversidade, elevados padrões de realização e imposição de regras rígidas; (c) *Rejeição* – Comportamentos parentais que tendem a procurar modificar a vontade do filho e que são sentidos como rejeição por este (e.g., *castigos físicos, privação de objetos ou privilégios, falta de consideração pelo ponto de vista do filho*) (Lacerda, 2005). Neste sentido, a versão portuguesa é mais reduzida pois não possui a dimensão *Sujeito Favorito*, diminuindo o número total de itens para 48. As qualidades psicométricas revelaram-se superiores às da versão original (os valores de α variam entre 0.73 e 0.94). Há que salientar que os itens que compõem cada fator não são exatamente os mesmos para o pai e para a mãe. As respostas foram dadas de acordo com uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (1 “Sim, a maior parte do tempo” até 4 “Não, nunca”).

Seguidamente, realizou-se a análise das qualidades psicométricas da Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais, no que diz respeito à Rejeição Materna esta apresentou uma fraca consistência interna, assumindo um alfa de Cronbach de .4, deste modo procedeu-se à retirada de 5 itens (8, 9, 32, 33, 44) para que o alfa tomasse um valor adequado, evidenciado deste modo um alfa de .571. Em relação à Rejeição Paterna, esta demonstrou uma boa consistência interna evidenciando um alfa de .990. Considerando a presente escala na totalidade, esta apresentou um Alfa de Cronbach de .969, demonstrando uma boa consistência interna.

Tabela 4. Análise de Fidelidade do Instrumento *Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais*

	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Rejeição Pai	1,6860	,70617	.990
Rejeição Mãe	1,4857	,52621	.571
Rejeição Total	2,5820	,28554	.969

Inventário dos Comportamentos AutoLesivos

O Inventário dos Comportamentos Autolesivos foi desenvolvido por Gouveia-Pereira & Duarte (2015), no entanto, está adaptado ainda somente para a população portuguesa e encontra-se em processo de validação. Trata-se de um instrumento de auto preenchimento e divide-se essencialmente em duas escalas com objetivos distintos, sendo que uma avalia a existência ou não de comportamentos autolesivos e a outra avalia as funções desses mesmos comportamentos destrutivos. A Escala de Comportamentos Autolesivos que pretende avaliar a ocorrência deste tipo de comportamentos é constituída por 15 itens, variando as respostas entre “NÃO” e “SIM” – podendo esta última opção variar consoante a frequência destes comportamentos (1 vez; 2 a 10 vezes; mais de 10 vezes) - e 9 questões abertas e/ou descritivas. A Escala de Funções dos Comportamentos Autolesivos é constituída por 39 itens, variando entre 1 “Discordo Totalmente” e 5 “Concordo Totalmente”, e uma questão opcional.

Na presente escala não foram criados scores médios, uma vez que se trata de uma escala dicotómica, logo foi apenas criada uma variável SIM/NÃO em que era atribuído a cada sujeito consoante a prática ou não desse tipo de comportamentos.

Relativamente à consistência interna da Escala de Comportamentos Autolesivos quando aplicada no presente estudo, revelou – se favorável, apresentando um Alfa de Cronbach de .812, bem como a Escala de Funções dos Comportamentos Autolesivos, evidenciando um Alfa de Cronbach de .893.

Tabela 5. Análise de Fidelidade do Instrumento *Inventário dos Comportamentos Auto Lesivos*

	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Funções dos CAL (Intrapessoais/Interpessoais)	2,3905	,85387	.893
Existência de CAL	,22	,414	.812

Relativamente à existência ou não de Comportamentos Auto Lesivos, a maioria dos participantes do presente estudo respondeu que não praticava este tipo de comportamentos, podendo-se constatar através da média de .22, concordante com o valor atribuído à resposta “NÃO” (Não = 0; Sim = 1).

Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O Questionário de Ideação Suicida é um instrumento de auto preenchimento que permite avaliar a ocorrência ou não, bem como a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. Terá sido primeiramente desenvolvido por Reynolds (1988), tendo sido adaptada uma versão utilizada por Ferreira e Castela (1993/94), aferida e validada para a população portuguesa. Nesta versão, ao nível da consistência interna, o alfa de Cronbach encontrado foi de 0.96 e a correlação teste-reteste com intervalo de um mês entre as duas aplicações foi de 0.76. O instrumento é constituído por 30 itens, de acordo com uma escala tipo *Likert*, variando as respostas entre 1 “Nunca” (pensamento nunca ocorreu) até 7 “Sempre” (pensamento ocorreu sempre), podendo o resultado oscilar entre 0 e 180.

No caso do Questionário de Ideação Suicida foram criados scores médios para cada indivíduo. Posteriormente, foi criada uma nova variável dicotómica “Ideação Suicida” (SIM/NÃO) com o objetivo de atribuir a cada sujeito, consoante o score e tendo por base um ponto médio (Ponto Neutro) que neste caso seria o 1, um valor lógico, ou seja, todos os indivíduos que respondessem 1 não teriam Ideação Suicida, era atribuído 0 (NÃO), por outro lado os sujeitos que respondessem acima de 1, significaria já terem tido pensamentos suicidas, logo teriam Ideação Suicida sendo-lhes atribuído 1 (SIM).

Por último, avaliou-se a consistência interna do Questionário de Ideação Suicida quando aplicada no presente estudo, detendo um Alfa de Cronbach de ,975, tal como as restantes escalas utilizadas, apresenta uma boa consistência interna.

Tabela 6. Análise de Fidelidade do Instrumento *Questionário de Ideação Suicida*

	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Ideação Suicida	1,7409	1,10719	.975

Procedimento de recolha de dados

Para a recolha de uma amostra de adolescentes, nomeadamente com idades compreendidas entre os 13 e 20 anos, para o presente estudo pediu-se autorização por escrito a duas escolas secundárias públicas e uma escola semiprivada da área de Cascais, obtendo-se o consentimento da direção dessas três escolas para a realização deste trabalho. Agendou-se a recolha dos dados com a direção, tendo sido os instrumentos aplicados no decorrer dos tempos letivos. A participação no estudo foi consentida pelos pais através de uma carta de autorização disponibilizada previamente aos mesmos, tendo a tarefa demorado cerca de 20 - 30 minutos a ser realizada. Antes da aplicação dos questionários foi igualmente entregue à Direção, uma autorização do ISPA – Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, para a realização do estudo e informações adicionais acerca do mesmo.

Posteriormente iniciou-se o preenchimento dos questionários composto por uma folha de rosto que continha uma breve explicação acerca do objetivo do estudo e onde se pedia que assinalassem com uma cruz (X) se queriam ou não participar no mesmo. Na página seguinte à folha de rosto surgia a *Escala de Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES)*, seguido da *Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais (EMBU-A)*, *Escala de Comportamentos Autolesivos* e *Questionário de Ideação Suicida*. Os questionários iam sendo recolhidos à medida que os sujeitos terminavam a tarefa, no fim de todos os adolescentes terem entregue os questionários eram esclarecidas dúvidas que pudessem surgir.

RESULTADOS

Num primeiro momento será apresentada uma análise descritiva de algumas variáveis, posteriormente serão apresentados os resultados relativos às hipóteses do presente estudo.

Análise descritiva das variáveis em estudo

Iniciou-se a análise descritiva das variáveis em estudo através de uma análise de frequências. Incidindo sobre todos os adolescentes pertencentes à amostra do estudo, evidenciou-se que a maioria dos sujeitos (78,1%) afirma nunca ter praticado comportamentos autolesivos, já 21,9% dos inquiridos afirma ter praticado este tipo de comportamentos (ver tabela 7).

Tabela 7. Tabela de frequências da Ocorrência de Comportamentos Autolesivos

Ocorrência de CAL	Frequência
Não	300
Sim	84
Total	384

Seguidamente, pretendeu-se verificar qual a frequência com que os adolescentes praticam comportamentos autolesivos através de uma análise de frequências, evidenciando-se que dos 84 jovens que afirmam já ter praticado este ato, grande parte da amostra (16,4%) cometeu este tipo de comportamentos mais do que uma vez e 5,5% dos inquiridos praticou apenas uma vez (ver tabela 8).

Tabela 8. Tabela de frequências da Frequência de Comportamentos Autolesivos

Frequência de CAL	Frequência
Sim, por uma vez	21
Sim, mais do que uma vez	63
Total	84

Posteriormente, através de uma análise de frequências pretendeu-se compreender se a ocorrência de comportamentos autolesivos por parte dos adolescentes varia consoante o Sexo, conclusão essa comprovada em alguns estudos (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) que seguem esta linha de investigação e que demonstram que a ocorrência de comportamentos autolesivos é mais comum e sobretudo mais precoce no sexo feminino, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo. Dentro da amostra total (N=384) verificou-se que no sexo masculino, 6,8% dos sujeitos confirmam já ter praticado este tipo de comportamentos, no caso do sexo feminino, 15,1% já cometeram este tipo de comportamentos (ver tabela 9).

Tabela 9. Tabela de frequências da Ocorrência de Comportamentos Autolesivos de acordo com o Sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Ocorrência de CAL	26	58	84

De seguida, através de uma análise de frequências, e de modo a compreender qual a idade em que é mais frequente a prática do primeiro comportamento autolesivo, é de destacar, e tal como a própria literatura (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) referente à ocorrência de comportamentos autolesivos na adolescência, as idades predominantes face à prática do primeiro comportamento autolesivo foram sobretudo na fase do início da adolescência, nomeadamente 12, 13 e 14 anos de idade, com maior destaque para esta última (4,2%). Curiosamente, apenas dois dos inquiridos terão praticado este comportamento tardiamente, comparativamente com o que é considerado comum, nomeadamente aos 17 anos de idade. Nem todos os sujeitos presentes no estudo responderam a esta questão (ver tabela 10).

Tabela 10. Tabela de frequências da Idade com que ocorreu o primeiro Comportamento Autolesivo

Idade 1º CAL	Frequência
17	2
16	5
15	8
14	16
13	13
12	10
11	3
10	1
8	1
Total	59

Posteriormente, surge o objetivo de verificar de onde foi retirada a ideia para a execução de comportamentos autolesivos realizando-se uma análise de frequências. Neste sentido predomina os inquiridos, nomeadamente 4,2% que afirmam retirar a ideia para a prática de comportamentos autolesivos da sua própria experiência. É ainda de destacar que outros dos meios recorrentes para a retirada de ideia para a prática deste tipo de comportamentos é sobretudo através de Amigos/Colegas (2,3%), Internet (2,1%) e Filmes (1,3%). Nem todos os sujeitos presentes no estudo responderam a esta questão (ver tabela 11).

Tabela 11. Tabela de frequências da Retirada de ideia para a prática de Comportamentos Autolesivos

	Frequência
Experiência própria	16
Amigos/Colegas	9
Internet (Facebook, Tumblr, sites, etc)	8

Filmes	5
Livros	3
Internet e amigos	2
Outros	2
Aulas	2
Ouvi dizer	1
Internet, filmes e amigos	1
Internet, filmes/séries, livros e amigos/colegas	1
Internet, filmes e livros	1
Raiva e instinto	1
Internet, livros e amigos	1
Filmes e amigos	1
Música	1
Filmes/séries e livros	1
Total	56

Ainda no âmbito da análise descritiva, através de uma análise de frequências surge o objetivo de compreender qual o local mais comum onde ocorre a prática de comportamentos autolesivos, deste modo, é visível a predominância de inquiridos que realizam este tipo de comportamentos em casa (11,2%). Destacando ainda por acréscimo, 1,8% dos sujeitos praticam-no nos estabelecimentos de ensino. Nem todos os sujeitos presentes no estudo responderam a esta questão (ver tabela 12).

Tabela 12. Tabela de frequências do Local onde ocorre a prática de Comportamentos Autolesivos

	Frequência
Casa	43
Escola	7
Rua	3
Festas	2

Outro sítio	2
Casa e escola	1
Casa, escola e rua	1

Com o objetivo de perceber qual o intervalo de tempo mais frequente entre o pensar e o executar um comportamento autolesivo realizou-se uma análise de frequências. Comprova-se que 7% dos sujeitos demora menos de 1 hora entre ter o pensamento de executar um comportamento autolesivo e colocá-lo em prática. É de salientar igualmente, e com frequências muito idênticas, que 3,4% dos inquiridos afirmam demorar cerca de 1 a 3 horas entre o pensamento e a prática deste tipo de comportamentos, enquanto que 3,1% dos sujeitos declaram demorar mais de um dia entre o pensar e o agir. Nem todos os sujeitos presentes no estudo responderam a esta questão (ver tabela 13).

Tabela 13. Tabela de frequências do Intervalo de tempo entre o pensamento e a prática de Comportamentos Autolesivos

	Frequência
Menos de 1 hora	27
1 a 3 horas	13
Mais de um dia	12
6 a 12 horas	2
12 a 24 horas	2
3 a 6 horas	1
Total	57

De seguida, surge como objetivo verificar se os adolescentes quando cometem comportamentos autolesivos se encontram sozinhos ou na presença do *outro*, para tal realizou-se uma análise de frequências onde se evidencia que 9,6% dos sujeitos que praticam comportamentos autolesivos estão sempre sozinhos quando colocam em prática o ato destrutivo. Há que evidenciar ainda que, 2,6% dos sujeitos nunca estão sozinhos quando

cometem este comportamento, já 2,3% afirmam estar quase sempre sozinhos. Nem todos os sujeitos presentes no estudo responderam a esta questão (ver tabela 14).

Tabela 14. Tabela de frequências relativamente à prática de Comportamentos Autolesivos consoante a ausência ou presença do *outro*

	Frequência
Sempre	37
Nunca	10
Quase sempre	9
Algumas vezes	4
Raramente	2
Total	62

Com o objetivo de compreender quais os tipos de comportamentos autolesivos mais comuns entre os adolescentes, realizou-se uma análise de frequências. Os sujeitos da amostra total (N=384) ao responderem ao Inventário de Comportamentos Autolesivos poderiam apontar um ou mais comportamentos autolesivos que tivessem praticado, como tal, os resultados revelam que os comportamentos autolesivos mais comuns são sobretudo aqueles em que ocorre danos no tecido corporal, sendo que 9,6% dos sujeitos afirma que o tipo de comportamento autolesivo que mais executa é o “corte”, enquanto que 9,4% dos inquiridos referem que se morde, já 7,3% dos sujeitos referem coçar-se/arranhar-se até fazer uma ferida, bem como bater com o corpo ou bater em si próprio. É ainda de referir que 5% dos adolescentes cometeram tentativa de suicídio, neste caso e tal como a literatura refere (Machin, 2009), trata-se de um tipo de comportamento autolesivo com a intenção de suicídio e/ou ideação suicida. Por fim, é de mencionar que o tipo de comportamento autolesivo menos comum entre os adolescentes é “Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar” (2,1%) (ver tabela 15).

Tabela 15. Tabela de frequências dos Tipos de Comportamentos Autolesivos

Tipos de Comportamentos Autolesivos	Frequência
Cortei-me	37
Mordi-me	36
Cocei/arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)	28
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	28
Puxei/arranquei o cabelo	26
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	19
Tentei suicidar-me	19
Queimei-me	18
Cravei/gravei símbolos ou palavras na minha pele (sem contar com tatuagens)	17
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	11
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	11
Consumi drogas com a intenção de me magoar	10
Espetei-me com agulhas	9
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	8

Ainda dentro da análise descritiva pretendeu-se verificar a presença de tentativas de suicídio por parte dos adolescentes com comportamentos autolesivos e ideação suicida, para tal realizou-se uma análise de frequências. Dos 76 adolescentes que têm comportamentos autolesivos e ideação suicida, 15% nunca cometeu uma tentativa de suicídio, no entanto 5% dos sujeitos já realizaram tentativa de suicídio (ver tabela 16).

Tabela 16. Tabela de frequências das Tentativas de suicídio por parte de adolescentes com Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida

Tentativa de Suicídio	Frequência
Não	57
Sim	19
Total	76

Por último, para verificar a ocorrência de tentativas de suicídio por parte do adolescente cruzando com as tentativas de suicídio conhecidas por parte do mesmo realizou-se uma análise de frequências. Os resultados demonstram que a maioria da amostra (73%) não cometeu tentativa de suicídio nem tem conhecimento de tentativas de suicídio por parte de outras pessoas. Sendo que 3,1% dos inquiridos já cometeram tentativa de suicídio e tem conhecimento de tentativas de suicídio por parte de outros, enquanto que 2% realizaram tentativa de suicídio, mas não têm conhecimento de tentativas de suicídio de outros (ver tabela 17).

Tabela 17. Tabela de frequências das Tentativas de suicídio do adolescente e Tentativas de suicídio conhecidas por parte do mesmo

		Tentativas de suicídio conhecidas		Total
		Não	Sim	
Tentativa de suicídio do adolescente	Não	280	85	365
	Sim	7	12	19
Total		287	97	384

Análise de resultados relativos às hipóteses

Relativamente à análise das hipóteses em estudo, de modo a responder à primeira hipótese (*Quanto melhor o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida*) realizou-se uma correlação de *Pearson* com o objetivo de verificar qual a relação existente entre o funcionamento familiar, a prática de comportamentos autolesivos e a ideação suicida. Os resultados mostram que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a ideação suicida e o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), ou seja, quanto melhor for o funcionamento familiar menor é a ideação suicida. No que diz respeito à relação entre a ocorrência de comportamentos autolesivos e o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade,

Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação) os resultados demonstraram que existe correlação estatisticamente significativa, tratando-se de uma correlação negativa, isto é, quanto melhor for o funcionamento familiar menor é a ocorrência de comportamentos autolesivos. Os resultados demonstram igualmente, e como seria de esperar, que as dimensões do funcionamento familiar estão correlacionadas entre si (ver tabela 18).

Tabela 18. Correlação de *Pearson* entre Ideação Suicida, ocorrência de Comportamentos Autolesivos e Funcionamento Familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação)

	I	II	III	IV	V	VI
I. Ideação Suicida	1					
II. Ocorrência de CAL	,458**	1				
III. Rácio Coesão	-,196**	-,219**	1			
IV. Rácio Flexibilidade	-,166**	-,134**	,605**	1		
V. Rácio Funcionamento Familiar	-,204**	-,203**	,923**	,865**	1	
VI. Comunicação	-,249**	-,190**	,620**	,521**	,643**	1

De seguida para a análise da segunda hipótese (*Quanto menor a percepção de rejeição paterna, menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida*) realizou-se uma correlação de *Pearson* de modo a compreender qual a relação entre ideação suicida, ocorrência de comportamentos autolesivos, rejeição materna e rejeição paterna. Demonstrou-se que não existe relação entre ideação suicida e a percepção de rejeição quer materna quer paterna por parte do adolescente. Relativamente à relação entre a ocorrência de comportamentos autolesivos e a rejeição materna e paterna, os resultados evidenciam que não existe relação entre a prática de comportamentos autolesivos e a rejeição materna, tal como entre este tipo de comportamentos e a rejeição paterna (ver tabela 19).

Tabela 19. Correlação de *Pearson* entre Ideação Suicida, ocorrência de Comportamentos Autolesivos, Rejeição Materna e Rejeição Paterna

	I	II	III	IV
I. Ideação Suicida	1			
II. Ocorrência de CAL	,458**	1		
III. Rejeição Mãe	,214	,092	1	
IV. Rejeição Pai	,046	-,015	,462**	1

Seguidamente, para testar a terceira hipótese (*Quanto melhor o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), menor a percepção de rejeição paterna*) efetuou-se uma correlação de *Pearson* de modo a verificar se existe relação entre o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), rejeição materna e rejeição paterna. Os resultados demonstram que há correlação estatisticamente significativa negativa entre a rejeição materna e o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), ou seja, quanto melhor for o funcionamento familiar menor será a percepção de rejeição materna por parte do adolescente. Evidencia-se igualmente uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a rejeição paterna e o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), como tal, quanto melhor for o funcionamento familiar menor será a percepção de rejeição paterna (ver tabela 20).

Tabela 20. Correlação de *Pearson* entre Rejeição Materna, Rejeição Paterna e Funcionamento Familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação)

	I	II	III	IV	V	VI
I. Rejeição Mãe	1					
II. Rejeição Pai	,462**	1				
III. Rácio Coesão	-,282**	-,231**	1			
IV. Rácio Flexibilidade	-,266**	-,146**	,605**	1		
V. Rácio Funcionamento Familiar	-,320**	-,227**	,923**	,865**	1	
VI. Comunicação	-,342**	-,227**	,620**	,521**	,643**	1

Por último, para a análise da quarta hipótese (*Existem comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida*) realizou-se, primeiramente, uma análise de frequências de modo a verificar quantos sujeitos na amostra em estudo apresentam comportamentos autolesivos bem como ideação suicida. Os resultados evidenciam que dos 384, 8 sujeitos afirmam não ter ideação suicida, mas já ter praticado comportamentos autolesivos; 78 dos inquiridos afirmam não ter ideação suicida nem comportamentos autolesivos; 76 apontam praticar comportamentos autolesivos e têm ideação suicida, e a maioria da amostra, nomeadamente 222 sujeitos, afirma ter ideação suicida, mas não praticar comportamentos auto lesivos (ver tabela 21).

Tabela 21. Tabela de frequências da Ocorrência de Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida

		Ocorrência de CAL		
		Não	Sim	Total
Ideação	Não	78	8	86
Suicida	Sim	222	76	298
Total		300	84	384

Posteriormente, e com o intuito de verificar qual a relação entre a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida e se esta seria significativa, realizou-se uma correlação de *Pearson*. Incidindo sobre a amostra total em estudo (N= 384), verifica-se que há uma correlação estatisticamente significativa entre a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida. Deste modo, pode-se afirmar que há relação entre comportamentos autolesivos e ideação suicida, ou seja, as variáveis influenciam-se mutuamente. Neste sentido é possível constatar que caso haja ou não comportamentos autolesivos poderá haver ideação suicida como também poderá não haver ideação suicida (ver tabela 22).

Tabela 22. Correlação de *Pearson* entre Ocorrência de Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida

	I	II
I. Ocorrência de CAL	1	
II. Ideação Suicida	,458**	1

Por fim, de modo a compreender se existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com comportamentos autolesivos e adolescentes sem comportamentos autolesivos face à ideação suicida, realizou-se um Teste *t*. Os resultados demonstraram, através das médias presentes, que existem diferenças estatisticamente significativas ($P=,000$) entre o grupo com comportamentos autolesivos e o grupo sem comportamentos autolesivos face à presença ou não de ideação suicida, permitindo-nos inferir que quando os adolescentes têm comportamentos autolesivos existe uma maior ocorrência de ideação suicida (M= 2,69), contrariamente aos adolescentes que não praticam comportamentos autolesivos, cuja presença de ideação suicida é menor (M= 1,47) (ver tabela 23).

Tabela 23. *T-Student* entre Ocorrência de Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida

	Ocorrência de CAL	Média	Desvio Padrão
Ideação	Não	1,47	,81239
Suicida	Sim	2,69	1,44589

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o intuito de analisar o modo como o Funcionamento Familiar e a percepção de Rejeição Paterna se relacionam com a ocorrência de Comportamentos Autolesivos no período da adolescência, bem como verificar se existem efetivamente diferenças entre comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida e se estas são significativas.

Primeiramente, através de uma análise exploratória foi possível verificar que dentro da extensa amostra em estudo surgiu um número significativo de adolescentes que praticam comportamentos autolesivos, podendo-se admitir que este tipo de comportamentos destrutivos são de facto comuns de ocorrer nesta fase em que os sujeitos se encontram, talvez como uma forma de se afirmarem ou de se aceitarem, visto que a fase da adolescência é um período de crises e instabilidades, todavia poderão existir outros fatores desencadeadores destes comportamentos, tais como o querer ser aceite em determinado grupo, visto que o suporte social é uma vertente de grande destaque e complementaridade na vida do adolescente, deste modo a prática destes comportamentos poderá permitir a ingressão do sujeito num grupo do qual este pretende fazer parte. Outro fator poderá ainda ser a existência de relações pouco harmónicas ou até mesmo negativas com a sua família e a prática destes comportamentos ser o meio utilizado para comunicar e poder chamar a atenção.

Os resultados indicam igualmente que a ocorrência de comportamentos autolesivos varia consoante o Sexo, surgindo muito mais sujeitos do sexo feminino a praticarem estes comportamentos comparativamente aos do sexo masculino. Isto poderá advir do facto de as mulheres, por norma, praticarem comportamentos autolesivos menos agressivos/drásticos e que consequentemente ocorrem de forma mais repetida e usual, contrariamente aos homens que cometem comportamentos autolesivos de maior impacto, logo a sua prática não se tornará tão recorrente. Estas afirmações vão ao encontro de alguns estudos (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) que referem que a ocorrência de comportamentos autolesivos é mais comum e sobretudo mais precoce no sexo feminino. As mulheres são mais propensas a envolver-se em comportamentos de auto corte, já os homens envolvem-se em comportamentos de maior impacto (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

Demonstrou-se igualmente que as idades mais frequentes com que os sujeitos cometem o primeiro comportamento autolesivo são 12, 13 e 14 anos de idade, precisamente a fase de início da adolescência e como tal, estes resultados poderão justificar-se pelo fato de o sujeito ter de passar por um processo de mudança e transição, em que há a passagem da fase de puberdade para a fase da adolescência e a prática destes comportamentos significar para o adolescente a afirmação do *Self* e o marcar dessa mudança. Por outro lado, a ocorrência destes comportamentos poderá justificar-se pelo fato de o sujeito não ter feito devidamente essa transição e a falta de maturidade psio-afetiva poderá desencadear esses atos, tal como refere Hawton, Saunders & O'Connor (2012) o início da prática de automutilações está relacionada com a fase da puberdade, sobretudo a puberdade tardia ou concluída, em vez da idade cronológica.

Através da análise descritiva demonstrou-se que as principais fontes de onde são retiradas a ideia para a execução de comportamentos autolesivos é sobretudo através de experiência própria, amigos e Internet. Poderá supor-se que muitos dos adolescentes cometem estes comportamentos devido a fatores internos (angústias ou conflitos internos) ou fatores externos (conflitos familiares ou conflitos sociais) e como tal esta prática advém de si mesmo, por iniciativa própria, logo não existe influências da parte do *outro*. Por outro lado, o facto de os amigos e o suporte social ser um meio onde o adolescente cada vez se refugia mais e considera algo quase que central na sua vida, a influência dos amigos para a prática desses comportamentos seria evidente. No caso da Internet, visto que é um meio de grande acesso por parte dos jovens e bastante influente na vida dos mesmos torna-se claro o papel que poderá desempenhar na prática destes comportamentos.

Relativamente ao local onde os adolescentes mais frequentemente cometem este tipo de comportamentos é em sua casa, talvez por se encontrarem na sua zona de conforto, num local que para eles será o mais seguro e onde estarão mais “protegidos” para cometerem o ato. No que diz respeito ao intervalo de tempo entre o pensar e o agir na prática destes comportamentos, os sujeitos maioritariamente afirmam que demoram menos de uma hora a executar o comportamento, possivelmente por este tipo de comportamentos ser algo comandado por uma certa impulsividade e ser um meio para alívio momentâneo, logo o tempo que o sujeito demora entre pensar e executar deverá ser curto.

A maioria dos adolescentes refere que estão sempre sozinhos quando praticam comportamentos autolesivos, podendo isto remeter para dois fatores; primeiramente, o jovem

poderá querer estar sozinho, pois precisa e prefere estar a lidar com o seu mal-estar isoladamente, por outro lado, poderá ter receio de perante o *outro* não ter a coragem necessária e imediata para colocar estes comportamentos em prática. Relativamente aos tipos de comportamentos autolesivos mais comuns, destaca-se o “corte” e o “morder”, auto mutilações que os adolescentes terão mais fácil acesso e que remetem para uma maior impulsividade.

Relacionando as tentativas de suicídio do adolescente com as tentativas de suicídio conhecidas por parte do mesmo, os resultados mostram que uma pequena parcela dos sujeitos cometeram tentativa de suicídio e têm conhecimento de tentativas de suicídio, podendo isto justificar-se pelo facto de, e tal como já foi mencionado anteriormente, os adolescentes serem influenciáveis sobretudo pelos amigos, no caso da família, os valores/princípios e o estado de saúde mental dos familiares poderá também influenciar no modo de pensar e agir do jovem.

Relativamente às hipóteses em estudo, a primeira hipótese (*Quanto melhor o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida*) pretende verificar qual a relação existente entre o funcionamento familiar, a prática de comportamentos autolesivos e a ideação suicida.

No que diz respeito à relação entre a ocorrência de comportamentos autolesivos e o funcionamento familiar, os resultados demonstraram que existe uma correlação significativa negativa entre funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar, Comunicação) e a ocorrência de comportamentos autolesivos, ou seja, quanto melhor for o funcionamento familiar, isto é, quanto mais coeso e flexível for o sistema familiar e havendo uma boa comunicação entre os membros da família baseada na partilha e aceitação de ideias e sugestões, menor será a ocorrência de comportamentos autolesivos.

Neste sentido, é evidente que quando uma determinada família é disfuncional, em que a comunicação entre os diferentes membros não ocorre de forma passiva e positiva e estes estabelecem uma relação negativa entre si e não existe uma adaptação ou investimento dentro do sistema familiar em que o jovem se encontra, estes comportamentos de risco/desadequados surgem como alternativa ao sofrimento psicológico causado por estas disputas e conflitos familiares, contrariamente a um cenário em que havendo uma família funcional e estável, o adolescente não sente a necessidade de cometer esse tipo de comportamentos uma vez que se sente bem, acolhido e inserido no seu meio familiar. Os resultados obtidos vão ao encontro da

literatura; segundo (Souza & Baptista, 2010), fenômenos associados à saúde mental, tal como comportamentos auto destrutivos, podem estar associados a *deficits* no solucionamento de conflitos, comunicação inadequada entre o indivíduo e os membros da família/pares, aumento de agressividade, dentre outras características que podem dificultar a convivência, e, portanto, a percepção de um adequado funcionamento familiar.

Relacionando a ideação suicida e o funcionamento familiar, os resultados evidenciaram que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a ideação suicida e o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), ou seja, quanto melhor for o funcionamento familiar menor é ideação suicida. Portanto, quando uma família é disfuncional e existe uma relação negativa entre os diferentes membros desse sistema familiar vai-se promover o surgimento de comportamentos exteriorizados, autolesivos e/ou suicidas como um escape face às frustrações e insatisfações do jovem face ao meio familiar. Tal como a literatura refere (Sampaio, 2002), os comportamentos suicidas têm uma função de recurso e relacional, ou seja, estes invocam uma mudança na comunicação existente no sistema familiar, através da transmissão de que algo não está bem e de que é necessário que uma mudança ocorra no contexto da família.

Neste sentido, a primeira hipótese em estudo é confirmada, visto que o funcionamento familiar, bem como as suas dimensões, estão correlacionadas com a ocorrência de comportamentos autolesivos e a ideação suicida, isto é, quanto melhor o funcionamento familiar, menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida.

Posteriormente surge a segunda hipótese (*Quanto menor a percepção de rejeição paterna, menor a ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida*) cujo objetivo se prende em compreender qual a relação entre rejeição paterna, ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida.

Relativamente aos resultados obtidos, observou-se que a percepção de rejeição paterna não está correlacionada com a ocorrência de comportamentos autolesivos, surgindo deste modo a possibilidade de as famílias de alguns destes adolescentes serem efetivamente seguras e estáveis, e demasiado protetoras, o que leva a que não haja o sentimento de rejeição por parte dos pais e conseqüentemente não ocorre a prática de comportamentos autolesivos da parte do adolescente. Outra possível justificação prende-se com o fato de os adolescentes poderem ingressar por outras vias que eventualmente servirão como defesa face a essa percepção que têm

de rejeição por parte das suas figuras parentais, nomeadamente refugiarem-se no grupo de amigos e evitarem simplesmente o meio e contato familiar.

Verificou-se igualmente que a ideação suicida não está correlacionada com a perceção de rejeição paterna, podendo justificar-se pelo fato, e tal como mencionado anteriormente, de o suporte social ser visto como um escape face à instabilidade/rejeição emocional do sujeito e ser o apoio necessário para ultrapassar essa mesma instabilidade. Deste modo, os resultados vão um pouco ao encontro do que a literatura refere - de acordo com Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio (2013) a existência de padrões de apego inseguro estão associados a comportamentos auto destrutivos, ideação suicida e sintomas depressivos.

Deste modo, a segunda hipótese em estudo não se confirma, uma vez que a rejeição paterna, ocorrência de comportamentos autolesivos e ideação suicida são variáveis que não se correlacionam.

Passando para a terceira hipótese em estudo (*Quanto melhor o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), menor a perceção de rejeição paterna*), pretende-se verificar se existe relação entre o funcionamento familiar e a rejeição paterna.

No que diz respeito à relação entre rejeição paterna e funcionamento familiar verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a perceção de rejeição paterna e o funcionamento familiar (Rácio Coesão, Rácio Flexibilidade, Rácio Funcionamento Familiar e Comunicação), como tal, quanto melhor for o funcionamento familiar menor será a perceção de rejeição paterna.

É deste modo importante frisar que, sendo a família a vertente que assume um papel de destaque na vida do adolescente pois é quem cria/influencia o padrão de comportamentos do sujeito, torna-se evidente que havendo um bom funcionamento no seio familiar, isto é, o facto do adolescente se sentir investido, seguro e estável nesse mesmo meio, perceber e sentir a conexão e o vínculo emocional que os membros da família possuem entre si e para consigo e sentir que tem valor e que o seu contributo no sistema familiar é reconhecido pelos restantes membros, leva a que não haja perceção de rejeição por parte das figuras parentais.

Tal como refere Lago, Amaral, Bosa & Bandeira (2010), a existência de relacionamentos seguros e estáveis com os pais, que façam o jovem sentir-se confortável e

seguro no seu núcleo familiar, influenciam tanto no tempo dedicado à família por parte do adolescente, e simultaneamente na sua qualidade, como na procura por estabilidade emocional.

Neste sentido, a terceira hipótese em estudo é confirmada, uma vez que o funcionamento familiar e a perceção de rejeição paterna estão relacionadas, isto é, quanto melhor for o funcionamento familiar, menor será a perceção de rejeição por parte da figura paterna.

Por último, a quarta hipótese do presente estudo (*Existem comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida*), tem como objetivo analisar a relação entre comportamentos autolesivos e ideação suicida e verificar se existem diferenças entre comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida.

Na realidade portuguesa, os estudos referentes a esta problemática na adolescência são escassos, ou melhor dizendo referentes a esta diferenciação, e sobre quais as motivações subjacentes aos comportamentos autolesivos, havendo maioritariamente mais estudos que associam este tipo de comportamentos a tentativas de suicídio e suicídio, não fazendo distinção clara entre comportamentos autolesivos com intenção suicida e comportamentos autolesivos sem intenção suicida.

Debruçando sobre os resultados obtidos, 19,8% dos adolescentes afirmam que já praticaram comportamentos autolesivos e que têm ideação suicida, sendo que apenas 2,1% dos sujeitos afirmam não ter ideação suicida, mas já ter praticado comportamentos autolesivos. Torna-se curioso estes resultados visto que a adolescência é caracterizada por uma fase de mudanças e experiências e o fator impulsividade muitas das vezes pode estar aliado, e tal como já foi mencionado anteriormente, o facto de haver uma transição da fase da puberdade para a fase da adolescência que por vezes pode não ocorrer da melhor forma, poderá igualmente despoletar estes comportamentos autolesivos sem ideação suicida, ou seja, os adolescentes podem somente cometer automutilações num sentido de se auto afirmarem, podendo este ataque ao corpo ser entendido ainda talvez como uma tentativa do adolescente restaurar a sua identidade, não havendo por detrás qualquer tipo de intenção suicida.

Outro aspeto ainda a salientar, prende-se com o facto de os comportamentos autolesivos sem ideação suicida serem mais repetidos e frequentes, como sendo uma forma do jovem se expressar e comunicar, e como tal é interessante o facto de, maioritariamente, os sujeitos afirmarem ter praticado comportamentos autolesivos e terem ideação suicida. Tendo em conta

que os comportamentos autolesivos com ideação suicida remetem para tentativa de suicídio e suicídio, os resultados vão ao encontro de alguns estudos (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) que referem que o suicídio é mais incomum em adolescentes comparativamente às auto mutilações.

Através dos resultados obtidos foi possível verificar que existem diferenças significativas entre adolescentes com comportamentos autolesivos e adolescentes sem comportamentos autolesivos face à ideação suicida, isto é, quando os adolescentes têm comportamentos autolesivos existe uma maior ocorrência de ideação suicida contrariamente aos adolescentes que não praticam comportamentos autolesivos, cuja presença de ideação suicida é menor, ou seja, não deixam de existir alguns níveis de ideação suicida. Torna-se no entanto claro que a associação entre comportamentos autolesivos e ideação suicida leva a maiores níveis de ideação suicida, remetendo novamente para a possibilidade de os comportamentos autolesivos estarem mais ligados a uma intencionalidade suicida.

Verificou-se que efetivamente existe uma relação significativa entre comportamentos autolesivos e ideação suicida - as variáveis influenciam-se mutuamente - ou seja, existindo ou não comportamentos autolesivos poderá haver ou não igualmente ideação suicida, no entanto, o presente estudo não permitiu compreender se são os comportamentos autolesivos que levam à ideação suicida ou se a ideação suicida promove a ocorrência de comportamentos autolesivos. Neste sentido surge a dicotomia entre, por um lado, os comportamentos autolesivos poderem ser um *continuum* entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio/suicídio, por outro lado, este tipo de comportamentos poderá ser visto como um fator que pode despoletar ideação suicida.

Neste sentido, a quarta hipótese é parcialmente confirmada, uma vez que a distinção entre comportamentos autolesivos com ideação suicida e comportamentos autolesivos sem ideação suicida não foi significativa.

No que diz respeito às limitações, é de salientar que o presente estudo encontra-se enquadrado num projeto mais vasto, como tal, o número de escalas aplicadas foi superior ao mencionado até então. Primeiramente, há que destacar a extensão do inquérito, é uma tarefa que leva algum tempo (20 – 30 min), com escalas de grande dimensão para responder, neste sentido considero que a certa altura, mais concretamente no Inventário de Comportamentos autolesivos e na Escala de Ideação Suicida, os inquiridos não estão tão focados ou empenhados nem com um nível de atenção e de motivação como possivelmente teriam no início da tarefa, logo as respostas poderão ser mais aleatórias e originar enviesamento dos resultados. Para além

disso levanta-se ainda a questão de uma possível interpretação errada face a algumas perguntas. Por último, penso que o facto de toda a amostra ter sido recolhida no mesmo meio, nomeadamente meio escolar, poderá limitar os dados sobretudo sendo grande parte da amostra pertencente ao mesmo estabelecimento escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Nonsuicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*, 101–105.
- Araújo, L., Vieira, K., & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF, 15* (1), 47–57.
- Arrais, A. (2012). *Envolvimento paterno, stress parental e apoio social em pais de crianças em idade escolar*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa.
- Bairros, J., Belz, C., Moura, M., Oliveira, S., Rodrigues, T., Silva, S., & Costa, F. (2011). *Infância e adolescência: A importância da relação afectiva na formação e desenvolvimento emocional*. XVI Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão
- Baltazar, M. (2009). *Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais. Correlação com os antecedentes da vítima*. Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra.
- Benczik, E. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista de Psicopedagogia, 28* (85), 67-75.
- Blos, P. (1996). *A transição adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borges, V., & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7* (2), 195-209. Brasil.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida *Psico, 37* (3), 213-220.
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal Youth Adolescence, 39*, 233–242.
- Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. Em: J. Mello Filho, *Doença e Família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Costa, I. (2012). *Adolescência: Ideação Suicida, Depressão, Desesperança e Memórias Autobiográficas*. Dissertação de mestrado. Instituto Universitário das ciências psicológicas, sociais e da vida.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self destructive behaviours: an exploratory analysis of family and individual correlates. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21 (2), 271-288.
- Ehnvall, A., Parker, G., Pavlvcic, D. H., & Malhi, G. (2008). Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females – but no for males. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 50-56.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241–273.
- Felzenszwalb, M. (2003). *Partenogênese: os efeitos da exclusão do pai no desenvolvimento da personalidade e na dinâmica familiar*. Tese de doutoramento, Programa de Pós-graduação em Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). *Questionário de ideação suicida (Q.I.S)*. In M. R. Simões, Gonçalves, & Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II) pp. 123-130. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Fotti, S. A., Katz, L. Y., Afifi, T. O., & Cox, B. J. (2006). The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 698-703.
- Gomes, A., & Resende, V. (2004). O Pai Presente: O Desvelar da Paternidade em Uma Família Contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 119-125.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do families of adolescents with suicidal ideation behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1), 171-178. Instituto Universitário das ciências psicológicas, sociais e da vida. Lisboa.

- Guerreiro, D., & 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. (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.
- Hamza, C., Stewart, S., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482–495.
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–82.
- Hennigen, I., & Guareschi, N. (2008). Os Lugares de Pais e de Mães na Mídia Contemporânea: Questões de Género. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42 (1), 81-90.
- Lacerda, M.I.M.C. (2005). *A percepção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na percepção de controlo e nas estratégias de coping*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Lago, V., Amaral, C., Bosa, C., & Bandeira, D. (2010). Instrumentos que avaliam a relação entre pais e filhos. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (2), 330-341.
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência – reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. Em: J. Mello Filho, *Doença e Família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopes, S., & Paula, S. (2011). A importância da figura paterna no processo de escolha profissional: um estudo comparativo entre jovens universitários. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13 (1), 165-181. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Brasil.

- Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (5), 1741-1750. Universidade Federal de São Paulo.
- Marks, L., & Palkovitz, R. (2004). American fatherhood types: The good, the bad and the uninterested. *Fathering*, 2, 113-129.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, A. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3. Lisboa.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents associations with self-esteem depression and life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 39-47.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J., & Patton, G. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379, 236–430.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., Whitlock, J. (2013). Interpersonal Features and Functions of Nonsuicidal Self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43 (1).
- 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. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–63.
- Nunes, C. (2012). *Auto-dano e Ideação Suicida na população adolescente: Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS -A)*. Dissertação de mestrado. Universidade dos Açores.
- Oliva, A., Jiménez, L. M., & Parra, A. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress and Coping*, 22, 137-152.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: validation study. *Journal of marital & family therapy*, 3 (1), 64-80.

- Outeiral, J. (2001). Adolescência: Modernidade e pós-modernidade. Em C. Weinberg (org.), *Geração Delivery* (pp. 13-28). São Paulo: Sá.
- Perosa, L. M., & Perosa S. L. (2001). Adolescent perceptions of cohesion, adaptability, and communication: revisiting the circumplex model. *The family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 9, 407-419.
- Pfiffner LJ, McBurnett K & Rathouz PJ. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *J Abnorm Child Psychol*, 29(5):357-67.
- Randell, B. P., Wang, W.L., Herting, J. R., & Eggert, L. L. (2006). Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 255-70.
- Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psycologica*, 31, 85-92.
- Santos, J. (2006). *Conflitualidade familiar e comportamentos para-suicidários. O papel da emoção expressa*.
- Santos, J. (2009). *A ideação suicida na adolescência*. Trabalho de revisão. Universidade de Coimbra.
- Schneider, A., & Ramires, V. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 26, 95-108.
- Schultz, D., Izard, C. E., Ackerman, B. P., & Youngstrom, E. A. (2001). Emotion knowledge in economically disadvantaged children: Self-regulatory antecedents and relations to social difficulties and withdrawal. *Development and Psychopathology*, 13, 53-67.
- Sganzerla, I., & Levandowski, D. (2010). Ausência paterna e suas repercussões para o adolescente: análise de literatura. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 16 (2), 295-309.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviours among at risk adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing*, 22, 160-168.

- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. (2009). Adolescent Deliberate Self-Harm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate. *Journal of research on adolescence*, 19 (1), 75–9.
- Silva, M., & Piccinini, C. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 561-573.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Souza, M., Baptista, A. & Baptista, M. (2010). Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicologia*, 13 (1), 143-154.
- Teixeira, A., & Luis, M. (1997). Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. *Rev. latino-am.enfermagem*, 5, 31-36.
- Urribari, R. (2004). Sobre o processo adolescente. Em R. Graña & A. Piva (Org.), *A actualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 35-50). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.
- Victor, S., Glenn, C., & Klonsky, E. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197, 73–77. University of British Columbia.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L., & Mosmann, C. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 75-80. Maringá.
- Weinberg, C. (2001). Introdução – Adolescer no mundo atual. Em C. Weinberg (Org.), *Geração Delivery* (pp. 7-11). São Paulo: Sá.