



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Auto-dano, ambiente e dinâmica familiar nos adolescentes

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

**Maria Beatriz Fernandes Gonçalves Freitas
Ribeiro**

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

FEVEREIRO 2019



CATOLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Auto-dano, ambiente e dinâmica familiar nos adolescentes

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

**Maria Beatriz Fernandes Gonçalves Freitas
Ribeiro**

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Armada Paula
Cunha Gonçalves**

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que de algum modo me auxiliaram nesta etapa acadêmica.

À Professora Doutora Armanda Gonçalves, minha orientadora, o meu obrigada por todo o profissionalismo e exigência. Agradeço também toda a disponibilidade, paciência e carinho demonstrada neste percurso nem sempre fácil.

Agradeço aos meus pais que sempre me motivaram. Obrigada mãe por todo o esforço, apoio e mimo em durante este percurso, obrigada pelo “cabeça no lugar e vai correr tudo bem”. Obrigada mano por gostares de debater todos os assuntos comigo e por todos os abraços.

Obrigada às minhas avós que sempre me apoiaram eliminaram os medos. Ao meu avô Fernando, um muito obrigada com saudade por todos os abraços e pela certeza que neste momento és das pessoas mais orgulhosas de mim.

À minha colega e amiga Ana João, obrigada por seres tão prática e contrabalançares a minha organização. Obrigada pela troca de ideias, pelos risos e pela amizade que me deixaste construir contigo.

Agradeço ao Miguel, à Mariana, à Mi e à Vanessa por me lembrarem que sou capaz, pela paciência, pelos momentos de gargalhada e por todo o caminho que temos percorrido lado a lado.

A todos aqueles que se cruzaram comigo durante esta etapa, um muito obrigada, tornaram certamente esta experiência mais rica.

Resumo: O auto-dano (AD) é atualmente um problema de saúde pública, uma vez que as taxas de incidência acerca desta problemática estão a aumentar com riscos e consequências não só a nível físico mas também, a nível psicológico e social. O ambiente e dinâmicas familiares mostram estar relacionados com AD ou com fatores precipitantes do mesmo. Deste modo, o presente estudo tem o objetivo de avaliar a relação entre AD, coesão, flexibilidade e comunicação familiar e descrever as variáveis considerando o género, idade e contextos de pertença. Os instrumentos aplicados foram: Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (Castilho, Barreto Carvalho, Nunes e Pinto-Gouveia, 2012), The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (Xavier, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2011) e Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe & Vicente, 2015) e o Questionário sociodemográfico. A amostra foi constituída por 398 adolescentes, 51.3% raparigas com média total de idade de 17 anos. Os resultados permitiram concluir que 19.6% do total da amostra já praticou AD ao longo da vida. O estudo conclui que existe uma elevada prevalência de AD nos adolescentes, existindo diferenças significativas entre géneros. Para além disso o estudo confirmou a correlação AD e coesão, flexibilidade e comunicação familiar nos adolescentes.

Palavras chave: autodano; coesão familiar, flexibilidade familiar, adolescentes.

Abstract: Self-harm is currently a public health problem, since incidence rates on this issue are increasing with risks and consequences not only physically but also psychologically and socially. The environment and family dynamics show to be related to SH or with precipitating factors of the same. Thus, the present study aims to evaluate the relationship between SH, cohesion, flexibility and family communication and to describe the variables considering gender, age and contexts of belonging. The instruments applied were: Impulso, Autodano and Suicidal Ideation in Adolescence (Castilho, Barreto Carvalho, Nunes and Pinto-Gouveia, 2012), The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (Xavier, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2011) and the Flexibility and Family Cohesion Assessment Scale - FACES IV (Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe & Vicente, 2015) and the Sociodemographic Questionnaire. The sample consisted of 398 adolescents, 51.3% girls with a mean age of 17 years. The results allowed to conclude that 19.6% of the total sample had practiced SH throughout their lives. The study concludes that there is a high prevalence of SH among adolescents, with significant differences between genders. In addition, the study confirmed SH correlation and cohesion, flexibility and family communication in adolescents.

Keywords: Self-harm, cohesion and family flexibility; adolescence.

Índice

1.	Introdução.....	2
2.	Auto-dano.....	3
2.1	Modelos Teóricos.....	4
2.1.1	Modelo Funcional de Nock e Prinstein (2004).....	5
2.1.2	Modelos das sete funções de Klonsky (2007).....	6
2.1.3	Modelo de Risk-Taking and Self-Harm.....	7
2.2	Estudos sobre prevalência de AD.....	8
2.2.1	Estudos internacionais.....	9
2.2.2	Estudos nacionais.....	12
2.2.3	Estudos epidemiológicos comparativos da população geral e clínica.....	15
3.	Coesão e Flexibilidade Familiar.....	16
3.1	Modelo circunflexo da família (Olson, Russel e Sprenkle, 1989).....	16
3.2	Estudos sobre coesão e flexibilidade familiar.....	20
3.2.1	Estudos internacionais de coesão e flexibilidade familiar.....	20
3.2.2	Estudos nacionais sobre coesão e flexibilidade familiar.....	22
4.	Metodologia.....	24
4.1	Desenho do estudo.....	24
4.2	Participantes.....	25
4.3	Instrumentos.....	25
4.4	Procedimento.....	27
5.	Resultados.....	28
5.1	Prevalência de AD.....	28
5.2.	Análise comparativa da prevalência de AD considerando o género, idade e contexto de pertença.....	29
5.2.1	Análise comparativa da prevalência de AD e ambiente e dinâmica familiar considerando o género.....	31
5.2.2	Análise comparativa da prevalência de AD e ambiente e dinâmica familiar considerando a idade.....	33
5.2.3	Análise comparativa e prevalência de AD e ambiente e dinâmica familiar considerando o contexto de pertença.....	35

5.3 Correlação entre AD e dinâmica e ambiente familiar	38
6. Discussão dos resultados	38
7. Conclusão	41
8. Referências Bibliográficas	44
Anexo I: Consentimento informado (Encarregado de educação, participante ou direção).....	49
Anexo II: Questionário Sociodemográfico.....	51
Anexo III: Análise de métodos de AD (RTSHIA)	53
Anexo IV: Análise de métodos de AD (QIAIS-A)	55

Índice de tabelas

Tabela 1: Prevalência de métodos de AD (RTSHIA).....	31
Tabela 2: Prevalência de AD e funções na população total.....	34
Tabela 3: Prevalência de comportamento de risco e impulso na população total.....	34
Tabela 4: Prevalência de coesão, flexibilidade e comunicação na população total	35
Tabela 5: Prevalência e diferenças de AD e funções considerando o gênero.....	35
Tabela 6: Prevalência e diferenças de comportamento de risco e impulso considerando o gênero.....	36
Tabela 7: Prevalência e diferenças de coesão, flexibilidade e comunicação considerando o gênero.....	36
Tabela 8: Prevalência e diferenças de AD e funções considerando a idade.....	37
Tabela 9: Prevalência e diferenças de comportamento de risco e impulso considerando a idade.....	37
Tabela 10: Prevalência e diferenças de coesão, flexibilidade e comunicação considerando a idade.....	38
Tabela 11: Prevalência e diferenças de AD e funções considerando o contexto de pertença.....	38
Tabela 12: Prevalência e diferenças de comportamento de risco e impulso considerando o contexto de pertença.....	39
Tabela 13: Prevalência e diferenças de coesão, flexibilidade e comunicação considerando o contexto de pertença.....	39
Tabela 14: Correlação de AD e dinâmica e ambiente familiar.....	40

1. Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado por mudanças físicas, psicológicas, como a construção da identidade e, mudanças sociais que provocam tensão nos indivíduos (Bjarehed, Wangby-Lundh, & Lundh, 2012). Esta etapa está associada a fatores individuais, assim como ambientais, que envolvem o próprio, podendo ser demasiado exigentes e propiciando um maior risco físico e psicológico (Nock, 2010). Segundo Guerreiro e Sampaio (2013), uma representação de adolescência perturbada ou patológica é a realização de Autodano (AD) ou Ferimentos Autoinfligidos (FAI), caracterizado pela incapacidade de lidar com as emoções ou de organizar um sentido de pertença, falta de esperança e falta de capacidade para manter o sentimento de bem-estar. Estes danos, dizem respeito a um ato deliberado, infligido por uma pessoa no seu próprio corpo, sem ter o objetivo de se matar a si mesmo (Baltazar, 2009). Não obstante, estes comportamentos representam um elevado risco de suicídio e um grave problema de saúde pública, considerando que cerca de 14% a 24% dos adolescentes, a nível mundial, afirma já o ter praticado pelo menos uma vez ao longo da sua vida (Rodham & Hawton, 2009).

Contudo, existem fatores que podem intervir na fase de desenvolvimento da adolescência, como fatores protetores, auxiliando o adolescente na adaptação às características deste momento desenvolvimental, através de estilos de coping adequados, existindo outros que podem potenciar a falta de capacidades adaptativas (fatores de risco).

A família é um sistema influenciador na vida dos indivíduos e do próprio sistema, tendo um papel fundamental na travessia do período da adolescência por todas as alterações que este momento acarreta. Por este motivo é importante entender como as dinâmicas de coesão e flexibilidade e comunicação familiar, influenciam o processo de desenvolvimento do adolescente e como impulsionam ou inibem o AD.

No contexto nacional foram realizados estudos focados na prevalência de AD na adolescência em áreas geográficas como por exemplo Lisboa, Coimbra e Açores. Estes estudos tiveram o objetivo de estudar o AD e a sua relação com variáveis como: 1) idade; 2) género; 3) comportamentos de risco; 4) impulsividade; 5) autocriticismo; 6) relações familiares. Contudo, os estudos existentes a nível nacional sobre esta problemática são ainda insuficientes e pouco detalhados acerca das variáveis que influenciam o comportamento, limitando a realização de estratégias de prevenção e intervenção adequadas e eficazes.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral explorar a possível relação entre AD, coesão, sendo esta a ligação emocional entre os elementos familiares e flexibilidade familiar,

correspondendo à expressão e qualidade de liderança e organização familiar (Olson & Gorall, 2006) na fase desenvolvimental da adolescência.

Diversos autores estudam e analisam os AD, tornando claro que, se por vezes possuem visões distintas sobre a mesma temática, acontece também terem a mesma análise denominando o acontecimento, a sua função e método de forma diversa, sendo que este facto é comum a muitos assuntos de cariz científico. Deste modo, pretende-se analisar alguns modelos teóricos, permitindo clarificar e estruturar a análise das variáveis, analisando igualmente diversos estudos epidemiológicos nacionais e internacionais, entre os quais estudos de cariz longitudinal ou estudos comparativos entre a população clínica e geral, através dos quais foi permitido aprofundar conhecimento empírico e científico acerca dos dados de prevalência e/ou incidência do fenómeno em função de variáveis como o género, idade, nacionalidade, compreendendo a evolução do fenómeno ao longo do tempo, no que respeita às funções e métodos utilizados.

2. Auto-dano

O ato de causar AD no próprio corpo é um fenómeno que ocorre desde os primórdios do tempo, onde as crenças e mitos sobre os reis e bruxarias baseadas na religião faziam crer que o dano na própria pessoa poderia ser benéfico para si ou para outro. Portanto não parece correto afirmar que este seja um fenómeno recente, contudo esta prática só começou a ser alvo de estudos científicos no final do século XX. Atualmente, vários autores pretendem definir o conceito, sendo que a forma de o nomearem e delinarem é distinta, provocando constrangimentos na investigação de outros autores. Este comportamento quando perpetuado de forma intencional, pode ser conceptualizado como comportamento de auto-dano ou auto-injúria (self-injurious) ou comportamento de automutilação (self-harm behaviour) (Nock, 2010). É também usada a terminologia de automutilação deliberada (deliberate self-harm – DSH) como sinónimo de automutilação, auto-dano ou autoferimento sem ideação suicida. Contudo, existem diferenças importantes entre os conceitos, sendo a principal o facto de automutilação deliberada incluir comportamento suicida e/ou comportamentos indiretamente relacionados com danos corporais, como ingestão de substâncias, overdose ou ingestão de objetos (Havertape & Plener, 2012), sendo que comportamentos de auto-dano ou auto-injúria não consideram comportamentos com intenção suicida.

No que respeita à quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de perturbações mentais (DSM-5), considerado um manual base no que concerne a perturbações mentais, este na versão em inglês nomeia este comportamento como “nonsuicidal self injury”, constando na versão traduzida para português como autolesão não suicida. Este é descrito como um dano

infligido pelo próprio sujeito intencionalmente na superfície corporal sem intenção suicida de um modo consciente (American Psychiatric Association, 2013).

Considerando os termos apresentados anteriormente para a nomeação do fenômeno, o termo empregue no presente estudo será AD, devido a ser um termo mais abrangente, incluindo vários tipos de comportamentos, como ferimentos, ou ingestão de substâncias, abuso medicamentoso, entre outros. Para além disso, é o termo adotado nos instrumentos aplicados no estudo, preservando a sua coerência.

Considerando o aumento de prevalência dos comportamentos de AD nos últimos anos a American Psychiatric Association (APA) adicionou o AD ao DSM-5 (APA 2014). Assim, segundo o DSM-5 os critérios de diagnóstico incluem: 1) O indivíduo ter efetuado AD em 5 ou mais dias; 2) Ter efetuado AD com o objetivo de obter alívio de um sentimento ou estado cognitivo negativo, resolver dificuldades interpessoais ou criar sentimentos positivos; 3) O AD está associado a sintomatologia depressiva ou ansiógena, raiva, mal-estar generalizado anterior ao ato, entre outras; 4) O tipo de AD não é socialmente aceite, como tatuagem ou piercing; 5) O comportamento causa mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades interpessoais, não acontecendo durante episódios psicóticos, delirium, intoxicação ou abstinência de substâncias. Favazza (1996) delineou um sistema de classificação de AD, estando integrados em três categorias: major, estereotipada e superficial ou moderada. A primeira refere-se a AD não frequente e incomum, maioritariamente relacionado com perturbações mentais como esquizofrenia ou psicose social. A categoria estereotipada considera o AD repetitivo, não programado, que não envolve resposta emocional associada, podendo derivar de perturbações mentais. Por último, a categoria superficial ou moderada, com maior prevalência, pode dividir-se em duas subcategorias: 1) compulsivo, referente a comportamentos ritualizados que ocorrem de forma repetida, várias vezes ao longo do dia, libertando tensão, como por exemplo a tricotilomania (puxar os cabelos ou sobrancelhas); 2) impulsivo que considera AD que ocorrem em resposta a um determinado stressor, tendo como objetivo a diminuição da tensão, podendo ser de carácter episódico ou repetitivo.

2.1 Modelos Teóricos

Os modelos apresentados, foram considerados pelo momento temporal em que foram realizados (última década), bem como pelos seus autores responsáveis, alguns deles com instrumentos publicados sobre a mesma temática, proporcionando a sustentabilidade empírica do estudo. Assim, os modelos selecionados foram os seguintes: Modelo das quatro funções ou modelo funcional (Nock, & Prinstein, 2004); Modelo das sete funções (Klonsky, 2007) e o

Modelo de dois construtos: Risk-Taking e Self-Harm (Vrouva, Fonagy, Fearon, & Rousow, 2010).

2.1.1 Modelo Funcional de Nock e Prinstein (2004)

Nock e Prinstein (2004) classificam os AD com base no processo funcional que os produz e mantêm, podendo ser agrupados, num modelo de quatro funções: reforço automático positivo, reforço automático negativo, reforço social positivo e reforço social negativo, preconizando que o AD possui a dupla função de regular as experiências emocionais e situações sociais.

Relativamente às funções de reforço que se prendem com o próprio e com a dimensão emocional, devemos considerar o reforço automático positivo em que a manifestação de AD visa a criação de um estado fisiológico agradável. Neste tipo de reforço procura-se atingir um ou mais dos seguintes objetivos: a) ajudar a acalmarem-se; b) conseguirem sentir alguma coisa; c) manter o contacto com a realidade; d) não pensarem em nada; e) curiosidade para saberem o que vão sentir; f) demonstrar ao próprio que consegue aguentar a dor e g) dar prazer. No que concerne ao reforço automático negativo, este diz respeito à tentativa de alcançar uma redução de tensão ou outros estados afetivos negativos. Nesta função, o indivíduo tem um ou mais dos seguintes objetivos: a) não se sentir infeliz ou deprimido; b) não se sentir aborrecido ou entediado; c) não se sentir ansioso ou preocupado; d) não sentir culpa; e) sentir-se menos inferior; f) sentir-se menos zangado com o próprio; g) aliviar emoções negativas; h) parar pensamentos maus ou suicidas; i) parar de pensar sempre na mesma coisa (Nock & Prinstein, 2004).

No que diz respeito às funções referentes à regulação das situações sociais, temos a função de reforço social negativo, em que o AD é utilizado para escapar a compromissos ou pedidos interpessoais. Deste modo, o indivíduo efetua o AD, procurando através dele ser mais eficiente na utilização de capacidades como: a) combater a solidão; b) controlar a raiva; c) lidar com emoções positivas; d) identificar melhor os sentimentos; e) compreender os sentimentos; f) não magoar outras pessoas; g) proteger das agressões dos outros; h) criar uma barreira entre si e os outros (Nock & Prinstein, 2004). Por último, no que se refere à função de reforço social positivo, pretende-se ganhar a atenção dos outros ou ganhar alguma coisa mesmo que seja negativa. A pessoa nesta função deseja obter um dos seguintes objetivos: a) chamar a atenção dos outros; b) mostrar aos outros que precisa de ajuda; c) vingar-se de outros (Nock & Prinstein, 2004).

Para além das funções apresentadas, aborda ainda uma segunda componente, denominada fatores de risco ou de proteção e as vulnerabilidades específicas para este

comportamento (Nock, 2009). Os fatores de risco tais como predisposições genéticas, experiências de abuso sexual infantil ou criticismo, podem resultar em vulnerabilidades proximais, de caráter intrapessoal (pobre tolerância à aflição) ou interpessoal (pouca capacidade de comunicação ou coesão). As vulnerabilidades intra ou interpessoais, podem determinar a sobreposição de AD em relação a outros mecanismos, que poderiam ter a mesma função de regular emoções ou situações sociais, como beber álcool (Nock, Prinstein, & Sterb, 2009).

Deste modo, Nock (2009) enumera cinco vulnerabilidades específicas de AD interligadas com as funções apresentadas, A “hipótese da aprendizagem social”, a prática de AD influencia a probabilidade de outro que observa também o praticar. A “hipótese de auto punição” sugere que a exposição ao abuso ou à crítica por parte de outros, leva a maltratarm-se a si próprios. A “hipótese de sinalização social” que define que o AD pode ser uma forma mais intensa de comunicar que pode ter sido aumentada na falência de outras tarefas. A “hipótese pragmática”, estipula que estes comportamentos acontecem por estarem facilmente disponíveis e acessíveis, podendo acontecer sem um plano antecipado. A “hipótese analgésica à dor” refere que as pessoas que não sentem dor quando cometem o AD, influenciam outros a envolverem-se nestes comportamentos. Por último, Nock sugere a “hipótese de identificação”, onde os indivíduos começam a identificar-se com o seu comportamento de cometer AD e integram-nos no seu comportamento habitual.

Em suma, segundo este modelo (modelo funcional), os indivíduos recorrem a estes comportamentos com o objetivo de permitir a fuga a sintomas psicológicos sentidos ou permitir que sintam algo (funções intrapessoais), ou de gerir ou escapar a situações sociais. Importa ainda acrescentar que quando as funções de AD acarretam o efeito pretendido pela pessoa, superando as consequências negativas, o comportamento é mantido (Nock, Prinstein, & Sterba, 2010).

2.1.2 Modelos das sete funções de Klonsky (2007)

No que concerne ao modelo proposto por Klonsky (2007), o autor denominou sete funções que envolvem AD: 1) regulação de afetos; 2) autopunição; 3) influência interpessoal; 4) antidissociação; 5) antisuicídio; 6) limites interpessoais; 7) procura de sensações.

A regulação de afetos remete para que o comportamento seja uma estratégia de alívio das emoções negativas que antecedem a prática, como por exemplo, a raiva, a ansiedade ou a frustração. Após o concretizar do AD, os sentimentos que se manifestam são de alívio e tranquilidade (Klonsky, 2007). A função de autopunição é experienciada como calmante em momentos de aflição e mencionada como “forma de expressar a raiva de mim mesmo”. A função de influência interpessoal diz respeito ao AD como forma de comunicar com outras

pessoas no ambiente autoinjuriante. Segundo o autor, esta função é menos prevalente que as duas anteriores, contudo é reforçada pelo efeito que provoca em termos da reação dos outros (Klonsky, 2007). A quarta função, antidissociação, refere-se à utilização de AD para interromper momentos em que não sentem dor ou quando estão a viver um momento irreal. Permite assim interromper episódios dissociativos auxiliando a recuperação do sentido do self, expressada através de pensamentos como “sentir algo, mesmo que seja dor”, “sentir-me real novamente” (Klonsky, 2007). A função antisuicídio, demonstra um mecanismo de coping maladaptativo, ajudando a prevenir ou a evitar pensamentos ou comportamentos suicidas, estando relacionada com a regulação de afetos, mediante o alívio de emoções negativas que iriam dar origem à ideação/ tentativa de suicídio (Klonsky, 2007).

Relativamente à sexta função, esta refere o comportamento como o estabelecedor de limites interpessoais. Deste modo, a prática de AD separa os indivíduos do ambiente e das outras pessoas, podendo auxiliar a pessoa a sentir-se mais independente e autónoma tendo maior propensão a experimentar relações de vinculação inseguras e pobres com os seus cuidadores primários, utilizando-a para obter esses limites inexistentes (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). A sétima função é a procura de sensações, considerando que os AD promovem euforia e emoção na pessoa, como a adrenalina num salto de bunjee jumping.

2.1.3 Modelo de Risk-Taking and Self-Harm

Outro dos modelos acerca de AD que merece destaque é o modelo que fundamenta o Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (RTSHIA), um dos instrumentos utilizados no presente estudo. Este modelo refere a presença de dois constructos associados ao AD como o comportamento de risco e o auto-dano.

Vrouva, Fonagacy, Fearon e Roussow (2010) referem a importância de considerar os dois construtos em simultâneo, uma vez que estes são clínicos e conceptualmente relevantes. Ambos derivam do adolescente desejar, momentaneamente, uma experiência subjetiva independentemente das consequências que possam advir. Para além disto, quer os “comportamentos de risco”, quer o AD, são uma manifestação de desenvolvimento vulnerável, que frequentemente emergem na adolescência (Boyer, 2006) e que ocorrem num estado de impulso (Steinberg, 2007) no qual o controlo cognitivo e a reflexão estão num nível baixo e o stress emocional e a reatividade estão num nível alto. Os construtos estão assim associados com um estado de excitação aumentada, que podem expor os indivíduos a vários níveis de risco e AD dado que a decisão tomada e o poder de avaliação são pobres. Existe também uma comorbilidade significativa entre vários tipos de comportamentos de risco na adolescência e

outras perturbações mentais, como abuso de substâncias que estão relacionadas com elevados níveis de AD (APA, 2000).

A natureza multifatorial do construto AD tem sido defendida por vários especialistas. Turp (2003) sugere um modelo contínuo, que relaciona as manifestações altamente visíveis da automutilação com as manifestações invisíveis, com comportamentos de risco com outras formas indiretas de automutilação. Outros autores, como Claes e Vandereyckar (2007) defendem uma ideia similar. Segundo os últimos o AD inclui vários modos de comportamentos de autodestruição, como hábitos alimentares, beber ou fumar. Walsh (2003) consideram os comportamentos de risco como uma forma indireta de AD. Deste modo, a recorrência de certos comportamentos pode ser visto em alguns contextos como potencialmente ameaçadores, sendo a sua identificação precoce vital (Walsh, 2008).

Por outro lado, existem diferenças entre os comportamentos de risco e AD. Primeiramente, o AD dificilmente é entendido como típico ou adaptativo, ao contrário dos comportamentos de risco que são interpretados como normativos e adaptativos num momento desenvolvimental onde há exploração e procura de autonomia (Lavery, Siegel, Cousins, & Rubovits, 1993). A segunda diferença vai de encontro à ideia de que, por um lado, o contexto do estado emocional do AD está relacionado com o distress emocional, enquanto os comportamentos de risco estão relacionados com vários estados de humor, incluindo estados de humor eufórico (Steinberg, 2004). Em terceiro lugar, os comportamentos de risco estão associados a um aumento de pares, contrariamente no AD existem maiores momentos de solidão. Por último, AD é um ferimento físico, direto e intencional, sendo que os comportamentos de risco podem resultar num ferimento físico do qual não se tinha primeiramente consciência.

2.2 Estudos sobre prevalência de AD

Nock (2010) refere que a ampla variação nas estimativas acerca da prevalência de AD é em grande parte causada pelo facto de algumas medidas ou métodos não serem incluídos nos levantamentos epidemiológicos em grande escala. Deste modo, para além de serem estabelecidas prevalências que não correspondem à realidade, existem prevalências erradas sobre diagnósticos físicos ou mentais. De acordo com os estudos internacionais sobre a prevalência intercultural de AD foram sugeridas taxas variáveis mas comparáveis entre os diferentes países (Giletta, Scholte Engles, Ciariano, & Prinsteinss, 2012). Contudo, estudos revelam diferenças interculturais associadas aos pensamentos e comportamentos de AD. De

seguida, serão apresentados alguns estudos internacionais e nacionais, de cariz longitudinal e ainda estudos comparativos entre a população geral e clínica.

2.2.1 Estudos internacionais

Um estudo Europeu realizado por Brunner, Kaess e Partzner e colaboradores (2014) conduzido por uma estrutura do programa Saving and Empowering Young Lives in Europe, teve como objetivo, entre outros, construir uma base de dados e follow-up, com informação sobre a saúde mental e bem-estar, estilos de vida, valores, comportamentos de risco e outras informações psicossociais sobre os adolescentes europeus. A amostra do estudo foi composta por 12 395 adolescentes, da Áustria, Estónia, França, Alemanha, Irlanda, Israel, Itália, Roménia, Eslovénia, Espanha e Suécia, 54.2% do género feminino, com uma média total de 14.9 anos de idade. A avaliação dos atos de AD foi realizada mediante um questionário composto por 6 itens.

Os valores relativos à prevalência de AD nos diferentes países que participaram no estudo, são os seguintes: França (38.5%); Alemanha (35.1%); Estónia (32.9%); Israel (32.6%); Espanha (28.9%); Eslovénia (27.3%); Áustria (26.9%); Itália (20.9%), Roménia (20.6%); Irlanda (20.4%) e Hungria (17.1.%). Os participantes do género feminino obtiveram pontuações mais elevadas de prevalência ao longo da vida na maioria dos países, exceto na Irlanda, Israel e Roménia. No que se refere aos métodos utilizados e à sua análise em função do género, estes foram: 65.1% “magoar a pele usando outros métodos” (68.9% nas raparigas e 59.3% nos rapazes); 46.4%, “cortar-se” (54.4% nas raparigas e 34.2% nos rapazes); 28.9% “morder-se” (25.4% nas raparigas e 34.3% nos rapazes); 22.8% “queimar-se” (15.9% nas raparigas e 33.4% nos rapazes), sendo estas diferenças significativas em todas as categorias analisadas.

A frequência (ocasional ou repetida), foi definida através de pontos de corte. Quando reportados 1 a 4 atos de AD foi considerado um ato ocasional, 5 ou mais ocorrências considerase um ato repetido, considerando os critérios do DSM-5 (APA, 2012). Assim, no total da amostra, os atos de AD ocasionais foram referidos por 19.73% dos participantes e os atos repetidos por 6.80%. O género feminino mostrou realizar mais atos repetidos de AD (8.65%), comparativamente com o género masculino (6.80%). Relativamente aos atos ocasionais, estes foram igualmente elevados no género feminino (21.24%) e mais baixos no masculino (17.83%). Através do estudo foi também possível concluir quais as variáveis psicossociais que demonstram ter uma relação significativa com uma das variáveis em análise, como ter pais que não compreendem os problemas dos adolescentes, ter pais que não prestam atenção aos adolescentes, a ideação suicida e consumo de álcool (Brunner, Kaes, Partzner et al., 2014).

Pleyner, Fischer, Il-Alban, Rollett e colaboradores (2013), dirigiram um estudo em 3 países, Alemanha, Áustria e Suíça, com adolescentes do 9º ano de escolaridade, com recurso ao Ottawa Self-Injury Inventory (Nixon & Clutier, 2005), um questionário de 21 itens que aborda o AD em detalhe, abordando a prevalência no último mês e nos últimos 6 meses, frequência (atos ocasionais ou repetidos), contexto onde ocorrem, funções, estratégias alternativas de coping e potenciais fatores aditivos.

Os adolescentes que participaram no estudo, frequentavam o 9º ano de escolaridade sendo excluídos do estudo 1339 estudantes, por não apresentarem comportamentos de AD. A amostra final foi constituída por 252 (18.8%), sendo estes os sujeitos que referiram ter praticado AD no último mês ou nos últimos 6 meses, 154 raparigas e 63 rapazes.

No que concerne aos resultados sobre a ocorrência e frequência e aos atos de AD no mês passado, 92.3% dos participantes não efetuaram AD no último mês, 5.5% dos participantes referem um ato, 1.7% afirmam ter um ato semanalmente 0.4% referiram atos diários, sendo a Alemanha o país com valores mais elevados de AD no último mês. Referente aos últimos 6 meses, 88.6% afirmam não ter tido nenhum comportamento de AD 8.4% referiram atos de AD 1 a 5 vezes, nos últimos 6 meses.

No que diz respeito às sensações ou funções de AD 37.3% dos participantes afirmam que o desejo de se auto danificarem é invasivo, 36.5% referem sentir-se angustiados e 19% referem sentir conforto. As situações stressantes que levam os adolescentes a cometer AD prendem-se com situações de abandono (29.4%), fracasso (18.5%), rejeição (8.3%) e outras (12.7%). No reverso, consideram atividades apaziguadoras a leitura/escrita/música ou dança (35.71%); desporto (31.35%); ver televisão ou jogar computador (29.37%), falar com alguém (28.7%); manter as mãos ocupadas (19.4%); relaxamento (18.65%). Por último, importa referir que 15.87% dos participantes no estudo referem o uso de álcool e drogas de rua para evitar atuar perante os pensamentos de AD (Pleyner, Fischer, Il-Alban, Rollett et al.,2013).

Nos Estados Unidos da América, Swannell, Martin, Page, Hasking e Nathan (2014) efetuaram uma revisão da literatura guiado pelo Prisma Protocol e Cochrane Guidelines, baseado em literatura eletrónica em bases de dados como: Embase, Medline, Psycarticles, Cinahl, Conference proceedings citation, entre outros, usando como termos de pesquisa: AD, NSSI, FAI e DSH. Foram incluídos artigos em Inglês e Espanhol e os critérios de inclusão foram definir o constructo em análise e referir a prevalência do constructo. Os resultados obtidos demonstram que a prevalência ao longo da vida AD variam entre 1.5% a 54.8%. O método mais utilizado são as queimaduras (78.9%), bater em si próprio (73.7%), arranhar-se (58.9%), morder-se (50.5%), interferir numa cicatrização de ferimento (48.4%) e bater com a

cabeça (46.3%). Relativamente ao género, foi possível concluir que a prevalência de AD é mais elevada no género feminino (19.9%), comparativamente com o masculino (17.8%). No que concerne às diferenças geográficas não foram significativas com exceção do Reino Unido onde a prevalência foi significativamente mais baixa (8.1%). Por último importa referir que, a prevalência de AD nos participantes do estudo foi agrupada em três intervalos etários: adolescência (17.2%), jovens adultos (13.4%) e adultos (5%).

Considerando a impossibilidade de apresentar todos os estudos que contribuíram para o presente estudo, e de modo a que seja perceptível a diversidade de estudos analisados, serão apresentados seguidamente alguns estudos longitudinais que pela sua natureza específica merecem maior atenção.

Hawton, Haw Casey, Bale, Brand e Rutherford (2015) realizaram um estudo longitudinal epidemiológico e clínico sobre AD em Oxford entre 1996 e 2010. Em Oxford entre 90 e os anos 2000 foi notório um crescimento no tempo a taxa de pessoas que tinham recebido acompanhamento psiquiátrico e que tinham comportamentos repetidos de AD. Relativamente ao método do estudo, a amostra do estudo abrangeu todas as pessoas com 15 anos de idade que se apresentaram em John Radcliffe Hospital em Oxford com um episódio de AD entre janeiro de 1996 e 31 de Dezembro de 2010. O estudo incluiu participantes independentemente de terem ou não sofrido lesões autoprovocadas anteriormente. Relativamente aos resultados estes permitiram aferir que em 15 anos de estudo no total de 8935 pessoas do género masculino 5107 apresentaram AD e em 14127 do feminino, 7101 cometeram AD com 15 anos de idade.

Referente à análise dos métodos de AD utilizados em 23760 episódios totais, foram registados autoenvenenamentos (78.5%), autoferimentos (15.5%) e ambos os métodos (6%). A prevalência de episódios que envolvem autoenvenenamento diminuiu ao longo do estudo em ambos os géneros, por outro lado, episódios de AD aumentaram ao longo do estudo em ambos os géneros. No género masculino, problemas relacionados com o lar, em relações com amigos ou perturbações mentais aumentou, no feminino os problemas com os parceiros aumentaram. Por último, o estudo refere que os dados analisados permitem concluir que a prevalência de AD está a aumentar em ambos os géneros, significando que é necessário um tratamento e intervenção mais intensivos.

O estudo de Bjarehed, Wangby-Lundh (2012) na Suécia, é um estudo avaliado em dois momentos temporais. A amostra foi de 1052 participantes com idades entre os 13 e os 15 anos de idade que frequentavam o 7º ou 8º ano no ensino regular de uma pequena cidade na Suécia. Os objetivos do estudo foram encontrar as diferenças entre os comportamentos de AD nos adolescentes em termos de severidade, estabilidade e associação com dificuldades

psicológicas. Relativamente aos resultados, no primeiro momento temporal (T1) existiu uma diferença significativa entre o género feminino (45.2%) e o masculino (38.1%), considerando que no total 41.5% dos participantes já tinham cometido AD. No segundo momento (T2) que ocorreu 6 meses após o primeiro, os valores aumentaram, no total 42.9% dos participantes efetuaram AD, 48.7% foram raparigas e 36.8% rapazes. No que se refere aos métodos de AD utilizados pelo género feminino, os resultados obtidos foram: “cortar-se” (T1=22; T2=28); “mordiscar ou bater” (T1=16; T2=10); “cravar-se” (T1=4; T2=8); “arranhar e cravar-se” (T1=15; T2=10). Os métodos utilizados pelo género masculino nos momentos temporais avaliados, foram os seguintes: cravar-se (T1=6; T2=4), “mordiscar e bater” (T1=11; T2=15); “cortar-se” (T1=14) e “cortar-se e queimar-se” (T2=10); “arranhar-se e queimar-se” (T1=4) e “queimar-se” (T2=7). Deste modo, o estudo permitiu concluir que para além dos atos de AD estarem a aumentar, os métodos durante os 6 meses (espaço temporal do estudo) modificaram-se, para além de praticarem um tipo de ato, começaram a aumentar os padrões de utilização de vários métodos de AD. Por último, o estudo concluiu que durante um período de 6 meses, 40% já reportaram pelo menos um ato de AD, sendo 20.25% das raparigas e 15% dos rapazes o fazem de forma repetida.

O estudo europeu realizado por Brunner, Kaess, Partzner e colaboradores (2014), referido anteriormente, revela o aumento no que concerne aos níveis de prevalência do fenómeno AD entre os períodos de 2006 até 2010. No ano de 2006, 13.5% das raparigas e 4.5% dos rapazes na Europa revelaram comportamentos de AD, em 2010 29.9% do género feminino e 24.6% do masculino. Apesar do aumento ser muito elevado em ambos os géneros, nos rapazes este aumento parece ser ainda mais alarmante.

Através dos três estudos citados, é possível concluir que nos últimos anos os níveis de AD aumentaram em ambos os géneros, o que pode significar que este aumento permaneça, necessitando de uma prevenção, intervenção e tratamento adequados.

2.2.2 Estudos nacionais

Foram também analisados estudos nacionais sobre o tema, sendo que os mais relevantes considerando o conteúdo, bem como a recente data de publicação serão apresentados em seguida. No contexto nacional, Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia (2018) desenvolveram um estudo de validação do RTSHIA na população portuguesa de adolescentes. A amostra foi composta por 868 adolescentes, com idades entre os 12 e os 19 anos (M=15.32), a frequentar entre o 7º e o 12º ano de escolaridade (M=9.89), 56% dos quais raparigas. Relativamente aos resultados foi possível averiguar que existem diferenças de género, os rapazes demonstram

valores mais elevados de “comportamento de risco” (M=4.51) e as raparigas de “auto-dano” (M=4.09). No que concerne à idade, o grupo entre os 17-18 anos revelou o valor mais alto de comportamentos de risco (M=5.39) e os adolescentes com 15-16 anos revelaram o nível mais elevado de auto-dano (M=3.79). Como tal, no que se refere ao ano de escolaridade os adolescentes a frequentar entre o 11º e o 12º ano são os que revelam mais comportamentos de risco (M=5.26) e os 9º e 10º ano mais auto-dano (M=3.59).

Carvalho, Motta e Cabral (2017), realizaram um estudo nos Açores, com o objetivo de caracterizar o AD e a ideação suicida. Dividindo a amostra em dois grupos: adolescentes sem historial atual ou passado de AD e adolescentes com historial da prática desses comportamentos. No total a amostra foi constituída por 1 763 adolescentes, com média de idades de 16.75 anos.

Os instrumentos utilizados no estudo foram vários, sendo que o de maior interesse para o tema presente foi o uso do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida para Adolescentes (QIAIS-A). Os rapazes apresentaram níveis mais elevados de impulsividade (Mfem= 8.43 vs Mmasc=9.22), bem como comportamentos de risco (Mfem= 0.71 vs Mmasc=1.4). Não foram encontradas diferenças estaticamente significativas entre géneros no que respeita à prevalência de comportamentos de AD nem às funções relativas a esses comportamentos. Contudo, 29.5% dos participantes utilizou pelo menos uma forma de AD em algum momento da sua vida. Foi também possível verificar que o método de AD mais frequente foi morder (67.17%), mordiscar-se e arranhar-se (48.9%), bater com a cabeça, mãos e ir a correr contra as paredes (47.7%), cortar-se (32.4%), queimar-se (20%), cravar agulhas ou outros objetos no corpo (19%) e engolir objetos ou substâncias nocivas (14.7%).

No que concerne aos motivos e funções de praticar AD, 80% dos participantes utilizam o comportamento de AD como reforço automático para exercer controlo ou regular estados emocionais disruptivos e 12% a função de reforço social, para controlar ou manipular o seu ambiente ou interações sociais. Por último, os níveis elevados de AD nos adolescentes encontrados neste estudo, bem como noutros, pode ser resultado da falta de separação entre AD ideação suicida e comportamentos suicidas. No presente estudo, os valores da prática de AD foram de mais do dobro relatado por Matos em 2012, utilizando o mesmo instrumento, sendo que no presente estudo 6% referem utilizar AD com periodicidade regular. Os autores do estudo referem que esta discrepância entre valores pode estar relacionada com diferenças socioeconómicas e consequentemente de educação e cuidados de saúde, especialmente em regiões com significativos problemas sociais como os Açores. Deste modo, os resultados demonstram também que mais do que as diferenças demográficas ou geográficas terem impacto

na prevalência de AD, fatores psicossociais, como o isolamento, acesso a emprego, educação ou problemas em casa têm influência na prevalência destes comportamentos.

Barreira (2016), com o objetivo de estudar a associação entre a prática de AD e a percepção dos pais e pares em adolescentes portugueses teve como amostra 361 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade ($M=15.25$), 54% do género feminino. No que concerne aos resultados do instrumento QIAIS-A, que será o instrumento de foco devido ao tema do estudo a decorrer, este permitiu verificar que 21.3% dos participantes já praticou AD “propriamente dito” e 6.1% já “praticou AD com recurso a objetos”. Referente ao género não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Acerca da idade, existem diferenças entre os grupos etários, sendo o grupo entre os 17-18 anos o que apresenta valores mais elevados ($M=1.69$) e o grupo entre os 12-14 anos valores mais baixos ($M=0.42$).

Carvalho, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira e Pinto-Gouveia (2015) realizaram um estudo sobre o AD na adolescência utilizando o mesmo instrumento. A amostra foi composta por 1722 adolescentes da ilha de S. Miguel nos Açores, entre os 14 e os 21 anos de idade 53.2% do género feminino. O estudo permitiu concluir que relativamente à idade foram encontradas diferenças na impulsividade, considerando que os adolescentes mais novos apresentam níveis mais elevados de impulsividade. Existiram diferenças significativas no que concerne às funções de AD. Os adolescentes com 15 ou menos anos tiveram uma pontuação significativamente mais elevada no “Reforço automático” do que os com 18 ou mais anos, bem como uma pontuação mais elevada na função “Reforço social” comparativamente com os de 17 ou mais anos de idade.

Gonçalves, Rosendo, Martins e Machado (2010), desenvolveram um estudo sobre AD na adolescência, com o objetivo de avaliar a frequência de AD (tipo, frequência, duração, intensidade); identificar condições/estímulos internos e externos que contribuem para a emergência destes comportamentos e avaliar as emoções associadas aos AD na adolescência. A amostra do estudo foi de 569 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos de idade ($M=15.95$), 51.2% eram do género feminino, 11.6% tinham um problema psicológico e 8.2% encontravam-se em acompanhamento psicológico no momento do estudo. No que concerne aos resultados 27.8% dos participantes efetuou AD ao longo da vida. Destes participantes 9.82% realizou AD no último mês, sendo que 57.1% eram do género feminino. No que se refere aos métodos utilizados, 33.9% arranharam-se, 30.4% magoaram-se até fazerem nódoas negras, 26.8% cortaram-se, 5.4% queimaram-se, 51.8% morderam-se e 19.6% usaram outro tipo de AD. Relativamente às emoções relatadas antes e depois do AD cotada numa escala likert de 5, os participantes revelam em média sentirem-se nervosos (2.63),

sentirem outras emoções (2.35), sentirem-se zangados com os outros (2.35) sentirem-se tristes (2.33) e aborrecidos (2.02) antes de praticarem AD. As emoções relatadas após o AD foram alívio (2.37), tristeza (2.33), culpa (1.92) e nervosismo (1.91). Os resultados sobre as funções de AD avaliadas na mesma escala de likert de 5, os valores mais altos obtidos foram: 2.28 “por outras razões”, 2.28 “para evitar ou suprimir sentimentos negativos”, 2.10 “para evitar ou suprimir imagens ou memórias dolorosas” e 1.99 “para evitar fazer coisas que não quer”. Por último, o estudo refere que os resultados obtidos foram mais elevados do que os referidos noutros estudos como os de Favazza e colaboradores (2009).

2.2.3 Estudos epidemiológicos comparativos da população geral e clínica

Trinco e Santos (2017) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar o AD nos adolescentes que recorreram à urgência hospitalar pediátrica; categorizar e identificar o motivo que levou ao AD. A amostra foi de 38 adolescentes dos distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria e Guarda em Portugal, que sofreram uma intoxicação medicamentosa voluntária e/ou automutilação sem ideação suicida, e que foram internados com média de idades de 15.5 anos. Os resultados permitiram aferir que as raparigas têm mais comportamentos de AD (78.9%), No que concerne ao motivo de internamento, 84.21% foram internados por intoxicação, 15.79% automutilação e destes 52.79% por ambos os motivos. Relativamente à subcategoria da disfunção familiar, predominam os conflitos familiares como fator precipitante para o ato, não existindo diferenças entre géneros. Os adolescentes têm discussões com os pais, e ciúmes dos irmãos tendo por vezes como agravante problemas financeiros. Os resultados obtidos no estudo reforçam, segundo os autores, dados anteriormente concluídos, onde a disfunção familiar é o fator de maior relevo nos comportamentos AD em comparação com o fator escola, sofrimento psíquico e relação entre pares.

McMahan, Keeley, Cannon, Anensman, Perry, Clarke e colaboradores (2014) realizaram um estudo acerca do suicídio e AD nos adolescentes irlandeses, procurando quantificar a incidência de suicídio na adolescência e no AD em regime hospitalar e na comunidade. A amostra do estudo foram adolescentes dos 15 aos 17 anos, escolhidos com base no estudo Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE). No que respeita à prevalência de AD na comunidade, dos 3631 adolescentes integrantes nesta parte da amostra (baseada no CASE) foram detetados 1 388 casos de AD. No que concerne aos métodos de AD, no contexto clínico e na comunidade os resultados variam. No contexto clínico, 65.7% por método de overdose (54.2% no género masculino 72.8% no feminino), 18.8% autocorte (25.6% género masculino e 14.6% no feminino) e 8.5% outros métodos (11.8% do género masculino e 6.5%

do feminino). Em contexto comunitário, ou seja, na população geral, o valor mais alto obtido é relativo ao método de autocorte com 58.5% (59.1% género masculino e 58.3% feminino), seguido de overdose com 26.6% (27.3% no género no masculino e 26.4 feminino), e outros métodos com 7.7% (11.4% no masculino e 6.8% no feminino). Por último, no que respeita à prevalência de AD em contexto hospitalar, esta é duas vezes mais elevada no género feminino, sendo que na população geral a prevalência de AD é quatro vezes maior nas raparigas comparativamente com os rapazes.

3. Coesão e Flexibilidade Familiar

Os comportamentos de AD são uma manifestação de inadaptação à mudança ou de mecanismos de coping adequados nas suas interações biopsicossociais, relacionais e familiares. Assim, a família tem um papel preditivo na fase da adolescência e nos desafios e mudanças que a fase acarreta. Considerando que o confronto com os problemas familiares elevam o risco de comportamentos suicidários e AD. Deste modo, pretende-se explorar de que modo a família tem um papel preditor e/ou manutenção de AD nos adolescentes. O modelo seguidamente apresentado foi selecionado devido ao facto de interligar a ligação emocional entre os elementos, com a expressão e qualidade da liderança e organização e comunicação familiar. Para além disso, este modelo é o adotado pelo instrumento aplicado no estudo decorrente.

3.1 Modelo circumplexo da família (Olson, Russel e Sprenkle, 1989)

O modelo familiar apresentado tem como base uma abordagem sistémica. Segundo esta abordagem, a família é entendida como uma “rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são passíveis de ser pensados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados” (Gameiro, 1992, p. 11). A família demonstra ser um sistema social e aberto capaz de se auto-organizar que pertence a outros sistemas em simultâneo.

O Modelo Circumplexo da Família de Olson, Russel e Sprenkle (1989), é um modelo que abarca três dimensões: coesão, flexibilidade e comunicação. A coesão na família é definida como a ligação emocional que une os seus elementos familiares (Olson & Gorall, 2006). Inclui as ligações emocionais, os limites, as coligações, o tempo, o espaço, os amigos, a tomada de decisões, os interesses e o tempo livre (Olson, Bell & Porter, 1992). A flexibilidade é exposta por Olson e Gorall (2006) como a expressão e qualidade da liderança e organização familiar, os papéis, negociações e regras relacionais.

A coesão preconiza cinco tipos, definidos através do nível de equilíbrio entre as ligações

emocionais, assim pode ser classificada como: desmembrada, de algum modo conectada, conectada, muito conectada e emaranhada.

Os três níveis centrais supõem o equilíbrio e são característicos de famílias saudáveis, e os extremos o desequilíbrio, característicos de famílias problemáticas no funcionamento familiar (Olson & Garcell, 2003). A família desmembrada possui o nível de coesão extremamente baixo devido à separação emocional extrema entre os elementos. As fronteiras familiares são de natureza rígida no interior da relação e difusa no exterior. As trocas comunicacionais entre os elementos da família tornam-se difíceis e as funções de proteção da família diminuídas. Os elementos familiares operam de forma individualista, num registo de cut-off emocional, que se pode traduzir na saída precoce dos mais novos do agregado para a vida social, antes de serem adequadamente preparados pela família. São visíveis, muitas das vezes, comportamentos antissociais e agressividade por parte dos filhos jovens do agregado, que surgem a partir das rejeições do subsistema parental e à integração demasiado precoce na vida social, devido aos papéis parentais serem instáveis (Alarcão, 2000).

Por outro lado, as famílias emaranhadas, de coesão extremamente elevada, caracterizam-se por um elevado consenso e proximidade emocional intrasistémica e muito reduzida ou nenhuma independência dos elementos familiares (Olson & Gorall, 2003). Famílias, com este nível de coesão são caracterizadas por se fecharem sobre si próprias, contrariamente ao que acontece com as famílias de tipo desmembradas. Os elementos têm grandes preocupações com os outros, verificando-se uma redução nas distâncias interpessoais e mistura entre subsistemas e indivíduos. Os papéis familiares destes indivíduos põem em causa a capacidade de adaptação a outro sistema de cada elemento familiar.

As famílias de algum modo conectadas (níveis de coesão baixo a moderado) apresentam alguma separação emocional e os seus elementos passam a maior parte do tempo afastados. A família conectada (níveis de coesão moderado) diz respeito ao equilíbrio entre aproximação e separação. Os elementos da família são detentores de capacidade de serem simultaneamente independentes e unidos à família. As famílias muito conectadas, com níveis de coesão moderados a altos, mostram uma grande aproximação emocional, tendo grande parte dos interesses em comum, os mesmos amigos e tempos livres.

Outro dos constructos pertencentes no modelo é a flexibilidade. Caracterizada como a expressão e qualidade da liderança, organização familiar, os papéis, negociações, assim como regras relacionais. Deste modo, o modelo parte da hipótese que um bom equilíbrio entre a coesão e flexibilidade se traduz numa família mais funcional e que níveis desequilibrados entre estas duas dimensões estão relacionados a problemas no funcionamento familiar. Relativamente

a esta dimensão (flexibilidade), o modelo apresenta os seguintes níveis: rígida, de algum modo flexível, flexível, muito flexível e caótica. Existem assim, três níveis de equilíbrio e dois níveis de desequilíbrio (rígida e caótica).

Na família rígida (nível de flexibilidade extremamente baixo) um dos elementos controla a dinâmica familiar, estabelecendo uma forte rigidez de papéis e inflexibilidade de regras. No pólo oposto, a família caótica (nível de flexibilidade extremamente alto), a presença de liderança é débil ou até inexistente. Neste tipo de família as decisões são tomadas por impulso e raramente são eficientes. Os papéis não são bem definidos e alteram de elemento para elemento (Olson & Gorall, 2003).

Quanto à flexibilidade, as famílias de algum modo flexível (flexibilidade de nível baixo a moderado) possuem singularidades democráticas de liderança, os papéis dos elementos são estáveis mas podem ser partilhados e as regras raramente mudam. Uma família flexível (nível de flexibilidade moderado) exhibe uma liderança equitativa e democrática no que diz respeito à tomada de decisões. Por outro lado, as famílias muito flexíveis (nível de flexibilidade moderado a alto) promovem mudanças persistentes da liderança e dos papéis, bem como das regras, que são adaptadas dependendo da situação.

A comunicação é uma competência familiar que facilita as restantes dimensões como a coesão e a flexibilidade. Esta abrange seis capacidades: 1) escuta, de forma empática e atenta; 2) diálogo, demonstrando a sua opinião e não a de outros; 3) autorrevelação, sendo capaz de partilhar os seus sentimentos; 4) clareza; 5) respeito; 6) consideração (Olson & Gorall, 2006).

Na compreensão deste modelo, a família, entendida como um sistema, integra um processo de desenvolvimento, que envolve as mudanças de todo o sistema familiar, assim como as de cada pessoa em particular. Neste processo é possível definir um seguimento conjeturável de transformações com organização a que se dá o nome de ciclo vital da família. O processo de mudança resulta assim da evolução em função do cumprimento de tarefas bem esclarecidas que caracterizam as várias etapas do ciclo vital da família (Relvas, 1996).

A definição das distintas etapas do ciclo vital variam consoante os autores, no entanto, os critérios de diferenciação são consensuais. Estes derivam do aparecimento de novos elementos ou subsistemas na família, das alterações funcionais e estruturais consequentes de novas tarefas de desenvolvimento e da saída de elementos do sistema familiar (Alarcão, 2000). Olson (2006) defende a existência de cinco etapas no ciclo vital da família: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Considerando a população deste estudo, a etapa da família com filhos adolescentes exige um novo equilíbrio entre o indivíduo, a família e o contexto social. Neste momento deve ser visível a extensão dos espaços individuais na família face à necessidade de autonomia por parte do filho adolescente. O adolescente possui uma necessidade de equilíbrio entre dependência e independência, sendo que a família deve saber lidar e auxiliar este mesmo equilíbrio (Relvas, 1996). Ambos os subsistemas, parental e filial devem ser detentores de poder, numa articulação de complementaridade (Alarcão, 2000).

Existe a necessidade de reorganização familiar em todas as etapas, considerando que em todas elas existe um impacto no sistema familiar inerente aos momentos de crise. Olson (2006), defende que as famílias mais equilibradas estarão mais aptas a realizar as mudanças inerentes a cada etapa do ciclo vital, considerando que dispõem dos recursos para lidarem com as crises. As famílias mais desequilibradas irão refletir maiores dificuldades em se adaptarem a uma crise pela falta de recursos que apresentam designadamente, as famílias que se apresentem nos pólos no que concerne à coesão e flexibilidade familiar apresentarão maiores dificuldades na reorganização familiar. De igual modo será expectável uma mudança nos níveis de coesão e flexibilidade familiares ao longo das etapas do ciclo vital, surgindo em resposta a essa necessidade de reorganização do sistema pelo que as famílias não apresentam, assim, um contínuo no seu funcionamento ao longo do ciclo vital. As famílias onde existem filhos adolescentes tendem a apresentar níveis maiores de flexibilidade e níveis mais saudáveis nas subescalas de coesão (Olson, 2006).

Assim, se entendem que os níveis de coesão e flexibilidade em cada família variam e estão associados a diferentes tipos de educação e experiências passadas dos pais. Marchetto (2010) refere dois estilos parentais distintos mas que estão interligados. O primeiro relacionado com o nível de cuidado envolvido na parentalidade, como a quantidade de amor, o carinho e o afeto exibido por parte dos pais para o filho. O segundo diz respeito ao controlo parental, à quantidade de sobreproteção e restrição dos pais para com o filho. Deste modo, o cuidado parental varia entre a rejeição e o amor e cuidado expresso, e o controlo parental varia entre o encorajar da independência e proibição, fomentando a independência (Marchetto, 2010). Na adolescência, bem como nas outras fases do desenvolvimento, será benéfico o indivíduo integrar um sistema familiar com níveis satisfatórios nas escalas de coesão, flexibilidade e comunicação. Permitindo que o adolescente se sinta integrado na família, facilitando a adequação de comportamentos no seu processo de exploração e procura de autonomia.

3.2 Estudos sobre coesão e flexibilidade familiar

Seguidamente, serão analisados alguns estudos internacionais e nacionais sobre a coesão e flexibilidade familiar, explorando a prevalência dos valores nas subescalas das variáveis em contextos distintos, bem como as consequências que podem surgir de um sistema familiar com níveis extremos quer de coesão como de flexibilidade. Os estudos foram selecionados considerando o espaço temporal em que foram desenvolvidos e sua pertinência.

3.2.1 Estudos internacionais de coesão e flexibilidade familiar

Rada e Olson (2016) tiveram como objetivo avaliar a coesão e flexibilidade em famílias residentes na Roménia. Os dados foram recolhidos entre 2011 e 2012 em cidades urbanas e rurais da Roménia. A amostra foi composta por 1 215 participantes, 672 do contexto urbano e 543 do contexto rural, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos. Nesta análise será alvo de maior foco o primeiro grupo etário (18 aos 24 anos), devido à proximidade da idade do estudo em desenvolvimento. O instrumento utilizado foi a Escala de Avaliação de Flexibilidade e Coesão Familiar III (FACES III) (Olson, 1993).

No que se refere aos resultados considerando a idade, estes foram divididos em dois grupos: menores de 35 anos e maiores de 35 anos.

Analisando o primeiro grupo, o valor mais alto foi na escala “família rígida” (62.1%), “família estruturada” (47%), “família flexível” (45.3%) e “família caótica” (42.2%), sendo que esta faixa etária corresponde a 46.4% da amostra total. Relativamente aos níveis de coesão 49.4% dos participantes demonstraram níveis altos, 38.9% níveis médio-alto, 10.5% níveis médio-baixo e 1.2% nível muito baixo. Na subescala de flexibilidade 51.2% demonstraram níveis muito baixos, 31.5% níveis médio-baixo, 10.2% nível médio-alto e 7.1% nível muito alto. Na terceira subescala “comunicação” o valor mais alto obtido foi de 57.4% no nível médio-alto, 22.8% nível muito alto, 16% nível médio-baixo e 3.7 nível muito baixo (os níveis referidos dizem respeito à intensidade das subescalas).

Giveetz e Segrin (2012), nos EUA, procuraram investigar a associação entre o envolvimento parental excessivo, autoeficácia, competências psicológicas e comunicação familiar numa amostra de 339 jovens adultos e respetivos pais. De acordo com resultados os pais relataram níveis de coesão e comunicação mais elevados que os relatados pelos filhos. Considerando os resultados dos jovens adultos, 4.03 na “coesão”; 3.83 na “comunicação familiar”; 3.72 “satisfação familiar”; 3.69 na “comunicação pais-adolescentes e autoridade parental” e 2.50 na “permissão parental”. Por último, os resultados evidenciaram uma associação negativa entre o controlo e envolvimento parental excessivo com a satisfação

familiar no que se refere aos pais e aos jovens, ou seja, quando aumenta o controle e envolvimento parental diminui a satisfação familiar.

Halstead, Pavkov e Hecker (2014) procuraram estudar as dinâmicas familiares e comportamentos de AD, numa amostra de jovens adultos e adultos incluindo 5 países (Austrália, Canadá, Inglaterra/Reino Unido e Estados Unidos da América), considerando como critérios de inclusão a utilização de AD em algum momento da sua vida, não o tendo usado por mais de um ano. A maioria dos participantes começaram a praticar comportamentos de AD aos 13 anos de idade, sendo que a maioria os cessou aos 22 anos. Foi ainda possível aferir que a coesão e flexibilidade, obtiveram níveis correspondentes a parâmetros pouco saudáveis na dinâmica familiar. Na coesão, os sujeitos que praticam AD diariamente obtiveram .90 e os que não o fazem de forma diária valores de 1.15. No, que se refere à flexibilidade, os participantes que praticam AD diariamente obtiveram .72 e os restantes .98, ou seja, apesar de nas duas variáveis os valores se revelarem baixos (<1), a variável flexibilidade demonstrou valores mais preocupantes. No que diz respeito à comunicação a média de valores em sujeitos que praticam AD diariamente foi de 19.59, sendo que 23.62 em indivíduos que não o praticam diariamente que corresponde a “tem muitas preocupações sobre a comunicação familiar”. Na subescala satisfação ambos os grupos responderam, em média, “muito insatisfeito e preocupados com a família” (16.64 e 20.60, respetivamente).

Os resultados permitiram também concluir que famílias com níveis de coesão baixos, desagregadas estão negativamente associados a comportamentos de AD, enquanto que níveis elevados de coesão, famílias emaranhadas não estão relacionadas com AD. Estes resultados são surpreendentes considerando que muitos clínicos associam este fator como preditor de coping patológico nos sujeitos. Os autores sugerem que pode acontecer porque os sujeitos não têm tanta capacidade ou oportunidade de cometerem AD, devido à excessiva proximidade da família. Deste modo, o AD neste estudo mostra ser um sintoma mais comum em famílias desagregadas do que em famílias emaranhadas.

No que consiste a famílias rígidas foram verificados casos de AD com maior duração, ou seja, realizados mais vezes como estratégia de coping. De igual modo, famílias com níveis caóticos mais elevados demonstram frequência e periodicidade de AD mais elevada. Por último no que diz respeito à comunicação, o nível de preocupação sobre a mesma parece estar positivamente associada com a frequência e severidade de AD quanto maior é a preocupação em capacidade de escuta, diálogo, autorrevelação, entre outras, maior é a frequência e severidade dos atos de AD. Contudo, quando esta é saudável, os comportamentos referidos

podem cessar, sendo este parâmetro familiar um fator de desenvolvimento, manutenção ou término deste comportamento.

Kelada, Hasking e Melvin (2016) procuraram explorar as discrepâncias de relatos do funcionamento familiar e como essas discrepâncias podem estar relacionadas com os pais estarem cientes que o seu filho pratica AD, numa amostra de 117 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos ($M=14.49$), 56.4% do género feminino. No que concerne à história de saúde mental dos participantes, 14.53% foram formalmente diagnosticados com pelo menos uma perturbação mental. Os resultados do estudo demonstram que 23 dos adolescentes relataram um episódio de AD, dez pais mostraram ter conhecimento da prática dos seus filhos. Os adolescentes que os pais sabiam das suas práticas demonstraram ter recebido mais ajuda de um profissional de saúde mental do que os adolescentes em que os pais não tinham conhecimento (60% vs 15.4%). Os resultados permitiram ainda concluir que os adolescentes cujos pais têm conhecimento do seu comportamento seriam também aqueles cujos filhos efetuam mais vezes AD em comparação do que aqueles que os pais não sabem.

3.2.2 Estudos nacionais sobre coesão e flexibilidade familiar

No contexto nacional Leita, Ferreira, Veiga e Garrido (2017) procuraram identificar o fator de risco psicossocial mais prevalente de AD durante a adolescência num estudo cariz observacional, transversal e exploratório, com uma amostra de pacientes externos do Departamento Psiquiátrico de crianças e jovens do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade. O critério de inclusão no estudo, para além da idade, foi ter sido identificado, pelo menos um comportamento de AD nos últimos 6 meses. Amostra foi constituída por 50 participantes com média de 15.4 anos de idade, 90% raparigas. Os resultados aferiram que 74% reportaram discórdias interfamiliares entre os pais, 74% comunicação interfamiliar inadequada ou distorcida, 72% eventos resultantes de perda de autoestima, 68% perda de uma relação amorosa, 68% falta de carinho nas relações pai e filho, 62% perturbação mental da mãe enquanto cuidador, 58% supervisão/controlo parental inadequado (Pai), 52% reportam ambiente imediato anormal (divórcio/separação), 52% perder uma relação importante por morte e 50% afirmam a existência de relações discordantes com os pais. Os participantes referiram pelo menos a presença de duas dimensões apresentadas, sendo que apenas 4 participantes não referiram nenhuma das 5 dimensões mais prevalentes. Por último, no que se refere à associação entre as diferentes dimensões, importa referir que as “relações interfamiliares anormais” têm uma significativa associação com o “ambiente imediato anormal” e com as “qualidades de educação

anormais”. Situações de discórdia interfamiliar entre adultos (pais) mostram fortes associações com “falta de carinho nas relações pai e filho”, “perturbações mentais da mãe” e “supervisão e controlo parental inadequado”. Existe também, uma associação entre a “falta de carinho do pai”, a “comunicação familiar inadequada ou distorcida dos dois pais” e a “discórdia familiar”. Os autores referem ainda que as regras de figura de suporte emocional do pai originam que na presença de discórdia intrafamiliar ou comunicação familiar inadequada, eles encontrem a capacidade de prestar afeto positivo comprometido, o que seria entendido pelos jovens como falta de afeto.

Teixeira (2017) nos Açores, realizou um estudo acerca de padrões de relação familiar e de consumo de álcool, recorrendo também para o efeito à aplicação do FACES IV numa amostra com 150 participantes, com idades entre os 18 e os 82 anos, sendo a idade mais frequente 19 anos, dos quais 64% eram do género feminino. Os participantes foram divididos em dois grupos, população universitária (PU=75) e população geral (PG=75). Este último constituído por participantes com idades entre os 18 e os 82 anos (M=35), sendo 57.3% mulheres e o primeiro com idades entre os 18 e os 35 anos (M=21), dos quais 70.7% do género feminino. Relativamente ao total da amostra os resultados, em todos os rácios (circumplexo total, coesão e flexibilidade) são apresentados valores superiores a 1 (1.46; 1.47; 1.46), apresentando assim valores correspondentes a famílias equilibradas em todos os itens respetivos ao FACES IV. Por último, o estudo permitiu concluir que no geral as famílias dos dois grupos são equilibradas nas dimensões abrangidas pelo Modelo Circumplexo de Olson e colaboradores e que as famílias da população universitária são geralmente mais equilibradas em todas as dimensões. Para além disso, as famílias dos dois grupos demonstram ser bastante comunicativas.

Rodrigues (2015) realizou um estudo sobre o funcionamento familiar e perceção de rejeição paterna. A amostra do estudo foi composta por 400 jovens de duas escolas públicas e uma escola semiprivada na área de Cascais. A amostra final foi 384 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de idade (M=16.62), 50.8% dos participantes eram do género masculino. Os resultados permitiram concluir que o mau funcionamento familiar está negativamente relacionado com a rejeição materna. O funcionamento familiar demonstra ter uma correlação significativa negativa com AD, quanto mais coesa e flexível for a família, existindo também uma boa comunicação, menos será a ocorrência de AD. Por último, uma família é disfuncional quando a comunicação não ocorre de forma positiva, surgindo uma relação negativa, falta de investimento ou adaptação ao sistema familiar em que os jovens podem encontrar comportamentos de risco como alternativa ao sofrimento.

Considerando o que foi descrito previamente, o AD mostra-se um grave problema de saúde pública, sendo urgentemente necessária a investigação atual sobre os seus preditores (Cohen, Stange, Hamilton, Burke, Jenkins, Ong, Heimberg, Abramson & Alloy, 2015). Estes comportamentos devem ser alvo de estudo uma vez que representam um elevado risco para o suicídio (Castilho, Gouveia & Bento, 2010), assim como para o desenvolvimento ou agravamento de perturbações depressivas e perturbações alimentares. A avaliação de relação entre AD e coesão e flexibilidade familiar em adolescentes é pertinente uma vez que se espera ser possível verificar de que variáveis depende este comportamento. Para além disto, permitirá fornecer, futuramente, um maior conhecimento acerca da temática aos sujeitos direta ou indiretamente envolvidos, assim como traçar um plano de prevenção do comportamento em estudo.

4. Metodologia

O objetivo geral do presente estudo é descrever e caracterizar o AD e a dinâmica e ambiente familiar nos adolescentes. Relativamente aos objetivos específicos, estes são: 1) avaliar a prevalência de AD nos adolescentes; 2) avaliar os métodos de AD mais prevalentes nos adolescentes; 3) Avaliar o impulso, funções de AD e comportamento de risco nos adolescentes; 4) Caracterizar a coesão, flexibilidade e comunicação familiar nos adolescentes 5) Avaliar as diferenças de AD e dinâmica e ambiente familiar nos adolescentes, considerando o género, idade e o contexto de pertença e 6) Avaliar a correlação entre AD e dinâmica e ambiente familiar.

Para além disso, foram delineadas as seguintes hipóteses de estudo:

- 1) Existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis referentes ao AD considerando o género, idade e contexto de pertença.
- 2) Existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis referentes à dinâmica e ambiente familiar considerando o género, idade e contexto de pertença.
- 3) Existe correlação entre AD e dinâmica e ambiente familiar.

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo é de carácter descritivo-correlacional, considerando que visa explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. Este tipo de abordagem terá como principal objetivo a exploração dos fatores ligados ao fenómeno de AD, coesão, flexibilidade e comunicação familiar, circunscrevendo o fenómeno estudado.

Esta visão acerca das variáveis e do seu estudo incita que não faça sentido a discriminação entre variáveis dependentes e independentes (Fortin, 2009).

4.2 Participantes

O processo de amostragem utilizado foi não probabilístico e a amostra referida é de cariz accidental ou por conveniência, uma vez que os sujeitos foram selecionados pela sua presença num local determinado. O estudo inclui participantes que representam a população clínica, população geral (escolas privadas, públicas e profissionais) e Casas de Acolhimento Residencial (CAR). O critério de inclusão foi o intervalo de idades aproximadas entre os 14 e os 19 anos de idade, não existindo critérios de exclusão.

A amostra foi constituída por 398 adolescentes, 88.9% (N=354) integrantes da amostra comunitária, 6% (N=24) da amostra clínica e 5% (N=20) em CAR. Relativamente à amostra comunitária, 59.3% (N=236) dos participantes frequentavam escolas profissionais, 22.6% (N=90) escolas públicas e 7% (N=28) escolas privadas. Do total de participantes, 51.3% (N=204) eram raparigas, sendo a idade do total da amostra variável entre os 13 e os 20 anos de idade (M=17). A escolaridade dos participantes variou entre o 5º e o 12º ano, (M=10.68, Mo=10ºano). Do total da amostra 59.5% (N=237) não pratica nenhuma atividade extracurricular, 83.9% (N=334) não recebe acompanhamento psicológico e 6.5% (N=26) consome psicofármacos.

No que se refere ao estado civil dos pais, 70.9% (N=282) eram casados, sendo o estatuto profissional da mãe e do pai maioritariamente empregado (Nmãe=319, 80.2%; Npai=324, 81.4%).

4.3 Instrumentos

Os instrumentos aplicados no estudo tiveram como objetivo verificar as hipóteses propostas pelo investigador. Deste modo, foram aplicados quatro instrumentos distintos: Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência de Castilho, Barreto Carvalho, Nunes e Pinto-Gouveia (2012), The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents de Vrouva (2010) adaptado para a população portuguesa por Xavier, Pinto-Gouveia e Cunha (2011) e Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar – FACES IV de Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe & Vicente (2015) e o Questionário sociodemográfico construído no âmbito deste estudo onde se pretendeu aprofundar o conhecimento do perfil sócio demográfico de sujeitos.

O Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (Castilho, Carvalho, & Pinto-Gouveia, 2012), tem como objetivo diferenciar comportamentos de auto-dano de comportamentos suicidas, incluindo o impulso do sujeito e as funções que o comportamento acarreta. O presente questionário é de autoresposta, constituído por 64 itens, distribuídos ao longo de quatro escalas: A) Impulso (16 itens); B) Auto-dano (14 itens); C) Funções (31 itens) e D) Ideação suicida (3 itens). A resposta é feita através de uma escala likert de 4 pontos, desde “Nunca acontece comigo” (0) a “Acontece me sempre” (4), com exceção à escala C (Funções) que é de resposta nominal. A escala apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach de .77 para o fator impulso, .88 para o fator AD, .94 para as funções do AD e .82 para a ideação suicida. Apresenta, ainda, um coeficiente de alfa de Cronbach de .85 para o seu total (33 itens), sem o fator nominal referente às funções e um alfa de Cronbach de .90 para o seu total (Silva, 2015).

O The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents de Vrouva (2010), adaptado para a população portuguesa por Xavier, Pinto-Gouveia e Cunha (2011), tem como objetivo avaliar a frequência dos comportamentos de risco e AD. O questionário é de auto resposta e constituído por 34 itens, estando divididas em duas escalas: “correr riscos” (8 itens) e “AD” (18 itens). O sujeito é instruído a responder aos itens numa escala de likert de 4 pontos, que está compreendida entre “Nunca” (0) a “Muitas vezes” (3). O alfa de Cronbach para a subescala “correr riscos” foi satisfatório ($\alpha = .85$) e para a subescala “AD” foi igualmente elevado ($\alpha = .93$). A estabilidade teste-reteste (3 meses) foi .90 para a subescala “correr riscos” e .87 para a subescala “AD”, no que diz respeito à versão original (Nunes, 2012).

Relativamente à Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar– FACES IV (Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espirito-Santo, Guadalupe & Vicente, 2015) com o objetivo principal de analisar a coesão e flexibilidade familiares, é um instrumento de autorrelato com um total de 42 itens que incidem acerca da coesão familiar (laço emocional que une os elementos familiares) e flexibilidade familiar (capacidade de mudança relativamente à liderança e às regras familiares). O instrumento referido é de autoresposta numa escala tipo likert de 5 pontos, desde 1 “Discordo Fortemente” até 5 “Concordo Fortemente”.

As duas dimensões dividem-se em seis subescalas, duas delas permitem aceder aos níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar (subescala de Coesão equilibrada, 7 itens, e subescala de Flexibilidade equilibrada, 7 itens). Quatro subescalas incidem sobre níveis desequilibrados, ou seja os extremos de coesão e flexibilidade familiar (Coesão desagregada; Coesão aglutinada; Flexibilidade rígida e Flexibilidade caótica) cada uma com 7 itens. As últimas quatro escalas apresentadas não estavam incluídas em versões anteriores do instrumento

em análise. Por fim, a escala de comunicação é composta por 10 itens. No que concerne aos dados psicométricos o Alfa de Cronbach bastante elevado de .837, evidenciando uma boa consistência interna (Silva, 2015). Na escala de coesão e flexibilidade existem cinco níveis distintos, sendo que os três intermédios pressupõe equilíbrio: “Algo conectada (7-24)”, “Conectada (25-28)”, “Muito conectada” (29-35) e “Algo flexível” (7-17), “Flexível” (18-25), “Muito flexível” (26-35).

O Questionário Sócio Demográfico aborda questões demográficas e particulares do sujeito e do meio em que este está inserido (família, escola), como: género; agregado familiar; estado civil e habilitações literárias dos pais; atividades extracurriculares, entre outros. Estes dados dos sujeitos permitem uma melhor análise dos resultados obtidos após a aplicação dos instrumentos.

Importa clarificar a importância da utilização de dois instrumentos sobre a mesma variável (RTSHIA e QIAIS-A). Verificou-se a necessidade de integrar os dois instrumentos no estudo, considerando que existem diferenças nas subescalas. O RTSHIA, permite aferir com maior assertividade se já existiu prática de AD, quando ocorreu a última prática e em que zona do corpo foi realizado. Contudo, o QIAIS-A mostrou ser um instrumento mais completo no que concerne às funções relacionadas com a prática de AD. Deste modo, para que fosse assegurada a recolha de informação necessária, foram considerados ambos os instrumentos.

4.4 Procedimento

Os locais foram seleccionados por proximidade geográfica (distrito de Braga) e contactados por e-mail ou telefone. Foram aplicados os questionários considerando a preferências das instituições no que se refere ao método de aplicação. A aplicação foi maioritariamente realizada por profissionais dos locais e em alguns pelos investigadores.

Relativamente aos processos de análise, foram realizados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, considerando as diferenças nas escalas de medida de cada variável e objetivos e hipóteses de estudo. Na análise foram considerados processos específicos como o tratamento de dados omissos e a consistência interna dos instrumentos empregues. Os dados omissos foram transformados na média do item, considerando a sua baixa percentagem. Este é o método mais eficaz no que concerne a preservar a fidelidade dos dados (Marôco, 2011).

A consistência interna foi averiguada através do Alfa de Cronbach, sendo o valor ideal para instrumentos de investigação $\alpha = .7$ (Marôco, 2011). A consistência interna do RTSHIA na escala de comportamento de risco foi de $\alpha = .794$ e de AD foi de $\alpha = .937$. No QIAIS-A, na escala

impulso o resultado de consistência interna no impulso foi de $\alpha=.706$, AD $\alpha=.877$, comportamento de risco $\alpha=.709$, função reforço automático $\alpha=.943$ e função de reforço social $\alpha=.900$. No instrumento FACES IV, a escala de coesão obteve $\alpha=.780$, flexibilidade $\alpha=.810$ e comunicação $\alpha=.910$.

Relativamente à distribuição da amostra, esta foi calculada através do teste Qui-quadrado para as variáveis nominais, como contexto de pertença e género e o teste de Kolmogorov-Smirnov, para as restantes variáveis em detrimento do teste de Shapiro-Wilk, considerando que o valor da amostra é superior a 30 (Marôco, 2011). Os resultados obtidos revelaram que apenas a variável género está distribuída de forma homogénea na amostra ($\text{sig}=.305, >.05$), sendo que as outras variáveis (idade, contexto de pertença) obtiveram valores inferiores a .05 ($\text{sig}=.000$). A falta de homogeneidade pode ser teoricamente explicada pela natureza da amostra e do estudo. Por exemplo, seria expectável que a variável “contexto de pertença”, não fosse homogénea, considerando que o número de integrantes da população geral será sempre superior ao número de integrantes na população clínica, uma vez que a maioria das pessoas não recorrem a consultas de psicologia ou psiquiatria. Estes resultados tiveram implicação na escolha dos testes estatísticos a utilizar na análise dos resultados, sendo que a aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos é dependente dos valores obtidos na homogeneidade da amostra. Os testes aplicados serão descritos no decorrer da análise de resultados.

No que concerne aos procedimentos éticos, os resultados obtidos foram devolvidos aos autores dos instrumentos utilizados, bem como aos locais de recolha da amostra para que estes possam beneficiar das conclusões do estudo académico.

5. Resultados

Relativamente aos resultados, foram delineados considerando os objetivos do estudo. Foi elaborada a análise descritiva do comportamento de AD, funções, comportamento de risco e impulso, e as variáveis de dinâmica e ambiente familiar como coesão, flexibilidade e comunicação. Foram também exploradas diferenças nas variáveis, considerando o género, idade e contexto de pertença e por último, foi calculada a correlação entre AD e coesão, flexibilidade e comunicação familiar.

5.1 Prevalência de AD

O primeiro objetivo do estudo foi calcular a prevalência de AD na amostra. Deste modo, foi averiguada a prevalência do AD, considerando o instrumento RTSHIA (tabela 1 e 3), e o

QIAIS-A (tabela 2) sendo possível uma recolha de informação mais abrangente no que concerne aos métodos utilizados e ao último momento de realização de AD.

Relativamente à frequência de AD, do total da amostra 19.6% dos participantes reportaram estes comportamentos. Dos quais 62.8% (N=49) cometeram AD nas mãos, braços, dedos e unhas. No que concerne ao último momento em que ocorreu a prática, 76.9% (N=60) afirmam que o AD ocorreu há mais de 3 meses, 14.1% (N=11) no último mês e 11.5% (N=9) nos últimos 3 meses (tabela 1).

Tabela 1
Prevalência, local e última realização de AD (RTSHIA)

Item	Reportados	
	N	(%)
22. Eu feri-me deliberadamente pelo menos uma vez	78	(19.6%)
Tronco, barriga, nádegas	1	(1.3%)
Face	3	(3.8%)
Mãos, braços, dedos, unhas	49	(62.8%)
Cabeça	2	(2.6%)
Pescoço	2	(2.6%)
Pernas, pés, dedos dos pés	7	(9%)
Outra(s) zonas do corpo	16	(20.5%)
No último mês	11	(14.1%)
Nos últimos 3 meses	9	(11.5%)
Há mais de 3 meses	60	(76.9%)

No que concerne aos comportamentos de AD mais frequentes de acordo com o RTSHIA, os métodos mais frequentes são: pensar em suicidar-se (19.3%), tentar magoar-se pensando em coisas horríveis acerca de si próprio (17.6%), magoar-se de propósito em alguma zona do corpo (15.6%), sendo os menos frequentes: comer demais para se punir ou magoar (4.1%) e ferir-se ou provocar uma lesão grave que precisasse de tratamento médico (4.6%) (Anexo III).

Ainda no que se refere aos comportamentos de AD mais frequentes de acordo com a análise do QIAIS-A, estes são: morder partes do corpo ou certos objetos propositadamente (15.6%) e magoar-se ou agredir-se voluntariamente (11.1%). Por outro lado, os menos frequentes são: queimar partes do corpo (2.1%) e engolir ou introduzir objetos pontiagudos e determinadas zonas do corpo e ingerir substâncias perigosas de propósito (2.3%) (Anexo IV).

5.2. Análise comparativa da prevalência de AD considerando o género, idade e contexto de pertença

Relativamente à análise descritiva e de diferenças, os resultados foram agrupados nas seguintes variáveis (subescalas): 1) AD e funções; 2) comportamentos de risco e impulso e 3)

coesão, flexibilidade e comunicação familiar, de modo a facilitar a integração e compreensão dos resultados. Pretendeu-se expor as prevalências dessas variáveis no total da amostra e posteriormente as prevalências e diferenças considerando o género, idade e contextos de pertença.

Na amostra, os valores médios de AD obtidos foram MRTSHIA=3.45 e MQIAIS-A=.93. Estes valores estão de acordo com os valores médios obtidos nos estudos de validação (Xavier, Cunha, Pinto-Gouveia, 2018; Carvalho, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira, et al., 2015)., sendo ainda importante considerar a diferença de valores na mesma escala nos distintos instrumentos. A função de AD mais referida pelos adolescentes foi a função de reforço automático (MFA=1.98, vs, MFS=.43) (tabela 2).

Tabela 2
Prevalência de AD e funções na população total

	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)
RTSHIA		
Auto-dano	3.45	(7.297)
$\bar{X}=3.45(5.79)^*$		
QIAIS-A		
Auto-dano	.93	(3.494)
$\bar{X}=1.30(3.15)^*$		
Função reforço automático	1.98	(5.183)
$\bar{X}=1.91(4.00)^*$		
Função reforço social	.43	(1.834)
$\bar{X}=1.30(3.15)^*$		

Nota: Os valores* são referentes aos valores médios e desvio padrão M,(DP) de Xavier, Cunha, Pinto-Gouveia (2018) e Carvalho, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira, et al., (2015).

Considerando o comportamento de risco e impulso, a média obtida no comportamento de risco foi MRTSHIA=5.80 e MQIAIAS-A=.67. Este valor reflete valores obtidos mais elevados comparativamente ao RTSHIA e inferiores considerando o QIAIS-A (Xavier, Cunha, Pinto-Gouveia, 2018; Carvalho, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira, et al., 2015) Para além disso, os valores obtidos demonstram valores muito distintos na mesma escala (comportamento de risco) nos dois instrumento analisados. A média obtida pelos participantes no impulso foi de M=6.37 (tabela 3).

Tabela 3
Prevalência de comportamento de risco e impulso na população total

	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)
RTSHIA		
Comportamento de risco	5.80	(5.331)
$\bar{X}=3.87(4.42)^*$		
QIAIS-A		

Comportamento de risco	.67	(1.752)
$\bar{X}=1.07(2.28)^*$		
Impulso	6.37	(3.627)
$\bar{X}=8.81(4.24)^*$		

Nota: Os valores* são referentes aos valores médios e desvio padrão M,(DP) Xavier, Cunha, Pinto-Gouveia (2018) e Carvalho, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira, et al., (2015).

No que concerne às variáveis respeitantes ao ambiente e dinâmica familiar os resultados médios obtidos foram: Mcoesão=18.62, Mflexibilidade=18.43, Mcomunicação=27.13. Estes resultados permitem concluir que em média os adolescentes pertencem a famílias “Algo conectadas” e “Flexíveis” e com níveis satisfatórios de comunicação. Contudo, os valores obtidos foram inferiores ao esperado, considerando o estudo de validação (tabela 4) (Silva, 2015).

Tabela 4
Análise de coesão, flexibilidade e comunicação na população total

	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)
FACES IV		
Coesão	18.62	(5.246)
$\bar{X}=59.97(22.90)^*$		
Flexibilidade	18.43	(5.809)
$\bar{X}=65.90(18.27)^*$		
Comunicação	27.13	(8.580)
$\bar{X}=63.38(22.77)^*$		

Nota: Os valores* são referentes aos valores médios e desvio padrão M(DP) de Silva (2015).

5.2.1 Análise comparativa da prevalência de AD e ambiente e dinâmica familiar considerando o género

Foi utilizado o Test t para amostras independentes considerando a distribuição normal da amostra da variável género. Pretendeu-se verificar se no que concerne às variáveis em estudo encontramos diferenças em função do género.

As raparigas apresentam valores mais elevados de AD (MRTSHIA=4.36, MQIAIS-A=1.33), comparativamente com os rapazes (MRTSHIA=2.46, MQIAIS-A=.52). A função de AD mais reportada por ambos os géneros é a função de reforço automático (Mraparigas=2.89, vs, Mrapazes= 1.03) (tabela 5).

Tabela 5
Prevalência e diferenças de AD e funções considerando o género

	Feminino		Masculino		t	df	sig(p)
	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)			
RTSHIA							
Auto-dano	4.36	(.579)	2.46	(.431)	2.604	395	.010*
QIAIS-A							
Auto-dano	1.33	(.314)	.52	(.138)	4.053	393,687	.000*
Função reforço automático	2.89	(.446)	1.03	(.237)	3.680	395	.000*
Função reforço social	.62	(.160)	.24	(.084)	2.067	395	.043*

Nota: *p<.05, diferença estatisticamente significativa

No que se refere ao comportamento de risco, o género masculino revela valores mais elevados (MRTSHIA=6.41, MQIAIS-A=.87), comparativamente com as raparigas (MRTSHIA=5.21, MQIAIS-A=.49). Contudo, as raparigas apresentam valores mais elevados de impulso (Mraparigas=7.07, vs, Mrapazes=5.62) (tabela 6).

Tabela 6
Prevalência e diferenças de comportamento de risco e impulso considerando o género

Variável	Feminino		Masculino		t	df	sig(p)
	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)			
RTSHIA							
Comportamento de risco	5.21	(.346)	6.41	(.408)	-2.245	395	.025*
QIAIS-A							
Comportamento de risco	.49	(.563)	.87	(.550)	2.300	395	.022*
Impulso	7.07	(.249)	5.62	(.257)	4.053	395	.000*

Nota: *p.<.05, diferença estatisticamente significativa.

Relativamente às variáveis familiares, as raparigas apresentam valores de coesão e flexibilidade mais elevados (Mcoesão=18.89, Mflexibilidade=18.42) em comparação com os rapazes (Mcoesão=18.31, Mflexibilidade=18.39). Contudo, os rapazes demonstram valores mais elevados de comunicação (M=27.16) (tabela 7).

Tabela 7

Prevalência e diferenças de coesão, flexibilidade e comunicação considerando o gênero

	Feminino		Masculino		t	df	sig(p)
	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (DP)			
Coesão	18.89	(.365)	18.31	(.380)	1.105	395	.270
Flexibilidade	18.42	(.400)	18.39	(.425)	.061	395	.952
Comunicação	27.13	(.660)	27.16	(.547)	-.0491	395	.967

Nota: * $p < .05$, diferença estatisticamente significativa.

De acordo com os valores apresentados anteriormente, foi possível verificar que existem diferenças significativas, considerando o gênero dos participantes nas seguintes variáveis: AD ($p_{RTSHIA}=.010$, $p_{QIAIS-A}=.000$), Função de reforço automático ($p=.000$), Função de reforço social ($p=.043$), comportamento de risco ($p_{RTSHIA}=.025$, $p_{QIAIS-A}=.022$) e impulso ($p=.000$).

5.2.2 Análise comparativa da prevalência de AD e ambiente e dinâmica familiar considerando a idade

Considerando a variável idade, foi realizado, através de estatística diferencial, o teste de Kruskal-Wallis em alternativa ao teste Anova devido à variável idade não ter demonstrado uma distribuição normal na amostra.

Os adolescentes mais novos, entre os 12 e os 15 anos, demonstram valores mais elevados de AD ($M_{RTSHIA}=7.44$, $M_{QIAIS-A}=1.46$). Por outro lado, os participantes com idade superior a 18 anos apresentam os valores mais baixos de AD no RTSHIA ($M=1.92$) e os adolescentes com 17 anos os que realizam menos estes comportamentos segundo o QIAIS-A ($M=.61$).

Foi também possível concluir que os adolescentes entre os 12 e os 15 anos apresentam valores mais elevados de função de reforço automático ($M=3.05$), bem como de função de reforço social ($M=.70$). Por outro lado, os participantes com 16 anos apresentam valores mais baixos na função de AD referente ao reforço automático ($M=1.32$) e os de 17-18 anos os valores mais inferiores de função de reforço social ($M=.29$) (tabela 8).

Tabela 8
Prevalência e diferenças de AD e funções considerando a idade

	Média (Desvio padrão)				$X^2_{(2)}$	sig(p)
	12-14 anos (N=18)	15-16 anos (N=147)	17-18 anos (N=193)	+18 anos (N=39)		
Auto-dano	7.44(2.536)	3.53(.574)	3.33(.539)	1.92(.808)	11.032	.012*
QIAIS-A	≤ 15 anos (N=93)	16 anos (N=72)	17 anos (N=107)	≥ 18 anos (N=125)		
Auto-dano	1.46(.276)	.63(.195)	.61(.185)	1.00(.480)	21.495	.000*
Função reforço automático	3.05(.564)	1.32(.489)	1.60(.453)	1.90(.523)	13.852	.003*
Função reforço social	.70(.234)	.33(.133)	.29(.105)	.42(.204)	12.016	.007*

Nota: *p<.05, diferença estatisticamente significativa.

Relativamente ao comportamento de risco, os adolescentes mais velhos, com 18 ou mais anos, demonstram os valores mais elevados (MRTSHIA=6.89, MQIAIS-A=.83) e os participantes com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos menos comportamentos de risco (MRTSHIA=3.96, MQIAIS-A=.49). Em contrapartida, os adolescentes entre 12 e 15 anos demonstram valores mais elevados de impulso (M=6.51) (tabela 9).

Tabela 9
Prevalência e diferenças de comportamento de risco e impulso considerando a idade

	Média (Desvio padrão)				$X^2_{(2)}$	sig(p)
	12-14 anos (N=18)	15-16 anos (N=147)	17-18 anos (N=193)	+18 anos (N=39)		
Comportamento de risco	3.96(1.000)	4.69(.375)	6.65(.413)	6.89 (.911)	16.071	.001*
QIAIS-A	≤ 15 anos (N=93)	16 anos (N=72)	17 anos (N=107)	≥ 18 anos (N=125)		
Comportamento de risco	.49(.146)	.50(.122)	.77(.168)	.83(.202)	4.238	.237
Impulso	6.51(.378)	6.26(.389)	6.43(.378)	6.32(.317)	.189	.979

Nota: *p<.05, diferença estatisticamente significativa.

Nas variáveis referentes à dinâmica e ambiente familiar, os adolescentes de 17 anos demonstram níveis de coesão mais elevados (M=19.24) e os de 16 anos os valores mais baixos (M=17.96). Os participantes de 18 ou mais anos apresentaram valores mais elevados de flexibilidade (M=19.23), sendo os valores mais baixos, demonstrados pelos participantes entre os 12 e os 15 anos (M=17.21). Por último, a comunicação familiar percebida pelos adolescentes foi mais elevada nos adolescentes de 18 ou mais anos (M=27.94), sendo os

participantes de 17 anos os que apresentaram valores mais baixos de comunicação (M=26.86) (tabela 10).

Tabela 10
Prevalência e diferenças de coesão, flexibilidade e comunicação considerando a idade

	Média (Desvio padrão)				$X^2_{(2)}$	sig(p)
	≤ 15 anos (N=93)	16 anos (N=72)	17 anos (N=107)	≥ 18 anos (N=125)		
Coesão	18.04(.566)	17.96(.642)	19.24(.461)	18.88(.475)	6.593	.472
Flexibilidade	17.21(.548)	17.90(.656)	18.88(.576)	19.23(.541)	12.415	.088
Comunicação	25.99(.966)	27.56(.861)	26.86(.840)	27.94(.765)	7.819	.349

Nota: *p.<05, diferença estatisticamente significativa.

Considerando os valores apresentados referentes às variáveis de AD e dinâmica e ambiente familiar, no que concerne às idades dos participantes, foi possível aferir as seguintes diferenças como estatisticamente significativas: AD (pRTSHIA=.012, pQIAIS-A=.000), Função reforço automático (p=.003), Função reforço social (p=.007) e comportamento de risco (pRTSHIA=.001).

5.2.3 Análise comparativa e prevalência de AD e ambiente e dinâmica familiar considerando o contexto de pertença

Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com o objetivo de verificar se encontramos diferenças nas variáveis em função dos contextos de pertença dos participantes e averiguar se estas são estatisticamente significativas.

Os valores mais elevados de AD são registados em participantes que se encontram inseridos nas CAR (M=9.26) e inferiores nos participantes da amostra comunitária (M=2.88). Neste grupo, são os adolescentes de escolas públicas que apresentam valores mais elevados (M=4.06), sendo mais baixos nos adolescentes de escolas profissionais (M=2.47).

Ainda em relação ao AD, no QIAIS-A, os valores mais elevados são registados em participantes que se encontram em contexto clínico (M=2.04) e os mais baixos em adolescente da amostra comunitária (M=.80). Neste grupo, os adolescentes que demonstram mais AD são os das escolas públicas (M=1.69) e os que cometem menos AD frequentam escolas profissionais (M=.48).

No que se refere às funções de AD, quer a função de reforço automático, bem como a função de reforço social, possuem valores mais elevados nos participantes inseridos nas CAR (MFR=5.76, MFS=1.90) e mais baixos nos adolescentes pertencentes à amostra comunitária (MFR=1.70, MFS=1.32). Neste último grupo, os adolescentes de escolas públicas apresentam

o valor mais elevado da função reforço automático (M=2.78) e das profissionais valores mais elevados da função social (M=.74) (tabela 11).

Tabela 11
Prevalência e diferenças de AD e funções considerando o contexto de pertença

	Média (Desvio padrão)			$X^2_{(2)}$	sig (p)	Média (Desvio padrão)			$X^2_{(2)}$	sig (p)
	A. Com. N=354	A. Clín. N=24	CAR N=20			Esc. Priv. N=28	Esc. Púb. N=90	Esc. Profis. N=236		
RTSHIA										
AD	2.88 (.341)	6.92 (2.726)	9.26 (1.929)	18.364	.000*	2.57 (.864)	4.06 (.947)	2.47 (.346)	.569	.753
QIAIS-A										
AD	.80 (.186)	2.04 (.804)	1.89 (.565)	20.676	.000*	.68 (.257)	1.69 (.659)	.48 (.111)	10.223	.006*
Função reforço	1.70 (.259)	2.89 (1.220)	5.76 (1.724)	12.416	.002*	1.43 (.824)	2.78 (.734)	1.32 (.248)	4.716	.095
Funções sociais	.32 (.081)	.88 (.629)	1.90 (.808)	10.058	.007*	.32 (.163)	.52 (.245)	.74 (.075)	11.992	.002*

Nota: *p<.05, diferença estatisticamente significativa. A.Com= Amostra Comunitária; A.Clin.= Amostra Clínica

Relativamente ao comportamento de risco os valores mais elevados dizem respeito aos participantes que se encontram nas CAR (MRTSHIA=7.10, MQIAIS-A=.75) e os mais inferiores aos adolescentes inseridos na amostra clínica (MRTSHIA=4.68, MQIAIS-A=.38). No que se refere à amostra comunitária, os adolescentes de escolas profissionais revelam valores mais elevados (MRTSHIA=6.33, MQIAIS-A=.74) e privadas os mais baixos (MRTSHIA=3.90, MQIAIS-A=.32).

O impulso é mais elevado em adolescentes inseridos nas CAR (M=7.45) e mais baixo na amostra clínica (M=5.79). Na amostra comunitária os valores mais elevados correspondem aos adolescentes que frequentam escolas privadas (M=7.43) e mais baixas aos que frequentam escolas públicas (M=6.21) (tabela 12).

Tabela 12
Prevalência de comportamento de risco e impulso considerando os contextos

	Média (Desvio padrão)			$X^2_{(2)}$	sig (p)	Média (Desvio padrão)			$X^2_{(2)}$	sig (p)
	A. Com. N=354	A. Clín. N=24	CAR N=20			Esc. Priv. N=28	Esc. Púb. N=90	Esc. Profis. N=236		
RTSHIA										
Comp. risco	5.79 (.286)	4.78 (.901)	7.10 (1.224)	2.432	.296	3.90 (.891)	4.99 (.581)	6.33 (.347)	12.265	.002*
QIAIS-A										

Comp. risco	.69 (.095)	.38 (.215)	.75 (.390)	.304	.859	.32 (.225)	.67 (.215)	.74 (.114)	4.217	.121
Impulso	6.34 (.193)	5.79 (.599)	7.45 (.942)	1.282	.527	7.43 (.660)	6.21 (.410)	6.27 (.230)	3.177	.204

Nota: *p<.05, diferença estatisticamente significativa. A.Com= Amostra Comunitária; A.Clín.= Amostra Clínica

No que concerne às variáveis familiares, todas apresentam valores mais elevados na amostra comunitária (Mcoesão=18.84, Mflexibilidade=18.68, Mcomunicação=27.37) e mais baixos nos participantes que se encontram em CAR (Mcoesão=14.90, Mflexibilidade=14.77, Mcomunicação=24.35). Na amostra comunitária, a coesão atinge o valor mais elevado em adolescente que frequentam escolas privadas (M=20.79), e flexibilidade e comunicação nos adolescentes que frequentam escolas profissionais (Mflexibilidade=18.83, Mcomunicação=27.60) (tabela 13).

Tabela 13
Prevalência e diferenças de coesão, flexibilidade e comunicação considerando o contexto de pertença

	Média (Desvio padrão)			$X^2_{(2)}$	Sig. (p)	Média (Desvio padrão)			$X^2_{(2)}$	sig (p)
	A.Com. N=354	A.Clín N=24	CAR N=20			Esc. Priv. N=28	Esc. Púb. N=90	Esc. Profis. N=236		
Coesão	18.84 (.269)	18.46 (1.180)	14.90 (1.467)	7.677	.022*	20.79 (.861)	19.38 (.490)	18.40 (.339)	6.884	.032*
Flexibilidade	18.68 (.304)	17.79 (1.184)	14.77 (1.444)	8.356	.015*	18.82 (.859)	18.23 (.513)	18.83 (.399)	1.422	.491
Comun.	27.37 (.457)	25.85 (1.180)	24.35 (2.343)	4.091	.129	27.07 (1.416)	26.86 (.823)	27.60 (.588)	1.522	.467

Nota: *p<.05, diferença estatisticamente significativa. A.Com= Amostra Comunitária; A.Clín.= Amostra Clínica

Considerando as diferenças mencionadas anteriormente referentes às variáveis segundo o contexto de pertença dos participantes (amostra comunitária, clínica e CAR), foi possível verificar as seguintes diferenças como estatisticamente significativas: AD (pRTSHIA=.000, pQIAIS-A=.000), Função reforço automático (p=.002), Função de reforço social (p=.007), Coesão (p=.022) e Flexibilidade (p=.015). Foi ainda possível averiguar diferenças estatisticamente significativas inseridas na amostra comunitária, respeitantes às escolas frequentadas pelos participantes (escolas privadas, publicas ou profissionais) sendo estas as seguintes: AD (pRTSHIA=.006), Função reforço automático (p=.002), Comportamento de risco (pRTSHIA=.002) e Coesão (p=.032).

5.3 Correlação entre AD e dinâmica e ambiente familiar

De modo a averiguar a correlação entre AD e a dinâmica e ambiente familiar foi aplicado o teste de Pearson, considerando a escala de likert uma medida intervalar. Os resultados demonstram que existe uma correlação negativa entre as variáveis coesão, flexibilidade e comunicação e o AD na população total da amostra ($p=.000$, $p<.05$) (tabela 14).

Tabela 14
Correlação de AD e dinâmica e ambiente familiar

	Coesão		Flexibilidade		Comunicação	
	r	sig(p)	r	sig(p)	r	sig(p)
Auto-dano (RTSHIA)	-.256	.000	-.248	.000*	-.271	.000*
Auto-dano (QIAIS-A)	.334	.000	-.235	.000*	-.214	.000*

Nota: * $p<.05$, diferença estatisticamente significativa.

6. Discussão dos resultados

Como referido no início do documento, as práticas de AD são um problema de saúde pública nacional e internacional, considerando que 14% a 24% dos adolescentes a nível mundial as realizam. No que concerne à Europa, num estudo realizado em 2013 foi possível concluir que esta prevalência é mais elevada em França (38.5%), Alemanha (35.1%), Estónia (32.9%), Espanha (28.9%), Eslovénia (27.3%) e Áustria (26.9%), sendo que em países como a Irlanda (20.4%) e Hungria (17.1%) os valores correspondem ao intervalo de prevalência de AD indicado mundialmente (Brunner, Kaess, Partzner, Fisher, Carli, & Hoven, et al., 2013). O estudo permitiu concluir que 19.6% do total da amostra, cometeram AD pelo menos uma vez ao longo da sua vida. Estudos nacionais apontam para uma prevalência deste comportamento semelhante, revelando que 21.9% dos adolescentes da área geográfica de Cascais cometiam AD (Rodrigues, 2015). Deste modo, comparativamente com o estudo de Brunner, Kaess, Partzner, Fisher, Carli, & Hoven, et al. (2013) é possível concluir que Portugal se encontra em segundo lugar, sendo que o único país com valores mais baixos é a Hungria. Contudo, os valores europeus recolhidos são de 2013, o que pode significar que estes valores não correspondam à prevalência atual de AD, sendo que foram mantidos neste estudo considerando serem os últimos valores referidos pela literatura.

Conclui-se que, no total da amostra, o método de AD mais frequente nos adolescentes é morder partes do corpo ou morder certos objetos (15.6%) e magoar-se ou agredir-se (11.1%). Para além disso, a função de AD mais referida pelos adolescentes é a função de reforço automático ($M=1.98$). Segundo o Modelo Funcional de Nock e Prinstein (2004) a função de

reforço automático de AD pode ser positivo ou negativo. Deste modo, a maioria das adolescentes da amostra comete AD com o objetivo de criar um estado fisiológico agradável (reforço automático positivo) ou alcançar uma redução de tensão ou outros estados afetivos negativos (reforço automático negativo). Isto significa que estes adolescentes ao realizarem AD têm o objetivo de se acalmarem, manter contacto com a realidade, dar prazer, não se sentir infeliz ou deprimido, aliviar emoções negativas, parar pensamentos maus ou suicidas, entre outros (Nock & Prinstein, 2004). Os métodos e funções mais prevalentes no presente estudo corroboram os resultados do estudo realizado por Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia (2018), onde foi concluído que o método de AD mais utilizado é morder-se e a função deste comportamento mais frequente é de reforço automático.

Relativamente ao género, foi possível aferir que as raparigas apresentam valores mais elevados de AD, funções de AD e impulso. Por outro lado, os rapazes revelam níveis mais elevados de comportamentos de risco. O estudo de Rodrigues (2015) corrobora a maior prevalência de AD nas raparigas, sendo esta discrepância referida em vários estudos internacionais (Fox, Millner, Mukerji & Nock, 2017). O estudo permitiu concluir que o género é um fator preditor no AD, funções de AD, comportamento de risco e impulso, considerando que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis.

No que concerne às diferenças determinadas pela idade dos participantes, foi possível concluir que os adolescentes mais novos, ou seja, entre os 12 e os 15 anos são os que realizam mais de AD. Todavia, os adolescentes mais velhos, com 18 ou mais anos cometem mais comportamentos de risco. Os resultados presentes corroboram o estudo de Rodrigues (2015) indicando que as idades mais predominantes na prática de comportamentos de AD são as correspondentes ao início da fase desenvolvimental da adolescência, 12, 13 e 14 anos. Contudo, outro estudo nacional indica que os adolescentes entre os 17 e os 18 anos são os que cometem mais comportamento de AD (Barreira, 2016), não sendo por isso um resultado consensual. Os resultados demonstram que a idade é um fator que influencia os comportamentos de AD, as funções utilizadas no AD e o comportamento de risco (RTSHIA) nos adolescentes, revelando diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne às diferenças obtidas, focadas no contexto de pertença dos participantes, concluiu-se que os adolescentes inseridos nas CAR obtiveram valores mais elevados de comportamentos de AD (RTSHIA). Em concomitância, são estes adolescentes que revelam valores mais baixos de coesão, flexibilidade e comunicação familiar. Estes resultados demonstram que os adolescentes inseridos nestes contextos possuem especificidades familiares e pessoais não normativas, tornando-os adolescentes em risco de desenvolver problemas

emocionais, comportamentais e sociais (Rodrigues, Leal, Martins, Ribeiro, Azevedo, Campos, et al., 2016) que podem ser exteriorizados em comportamentos de risco ou AD. Para além disso, é ainda importante referir que em Portugal 37% dos jovens e crianças integradas em CAR manifestam problemas comportamentais, 30% deficiência mental clinicamente diagnosticada, 12% toxicod dependência, 9% problemas de saúde mental clinicamente diagnosticados, entre outros. O Relatório Casa de 2017 refere que Braga é o terceiro distrito do país com maior número de crianças e jovens em situação de acolhimento, sendo apenas ultrapassado por Lisboa e Porto (Relatório Casa, 2017). Parece, portanto, importante refletir nos valores concluídos no presente estudo, bem como nos relatados por outros estudos prévios, indicando que efetivamente estes adolescentes estão em risco quer a nível pessoal como social.

Relativamente aos adolescentes que integraram a amostra clínica, revelaram os valores mais elevados de AD (QIAIS-A). Por último, importa salientar as diferenças encontradas na amostra comunitária, onde pertenciam adolescentes de escolas privadas, públicas e profissionais. Os adolescentes de escolas públicas revelam valores mais elevados de AD. Os participantes de escolas profissionais demonstram elevado comportamento de risco, sendo os adolescentes de escolas privadas os que apresentam níveis mais baixos de coesão familiar.

Deste modo, foi possível aferir que o contexto de pertença (comunitário, clínico e CAR) é um fator que influencia o AD, coesão e flexibilidade familiar nos adolescentes. Para além disso, foi possível averiguar que existem diferenças estatisticamente significativas no comportamento de risco e coesão familiar determinadas pelo tipo de ensino (privado, público, profissional) dos participantes pertencentes à amostra comunitária.

O presente estudo permitiu concluir que existe correlação negativa entre comportamentos de AD e coesão, flexibilidade e comunicação familiar, ou seja, quanto mais elevados forem os valores das variáveis referentes à dinâmica e ambiente familiar, menos AD será efetuado pelos adolescentes. Assim, o facto de o adolescente integrar uma família, capaz de se auto-organizar e que em simultâneo pertence a outros sistemas, mantendo as ligações emocionais entre elementos, expressão e qualidade de liderança é um fator protetor para o desenvolvimento de estilos de coping desadaptativos como causar danos no seu próprio corpo.

Importa referir que os níveis de coesão, flexibilidade e comunicação familiar pretendem-se equilibrados, não sendo o valor mais elevado sinónimo de equilíbrio, mas de famílias emaranhadas ou caóticas. O estudo obteve níveis médios de coesão, flexibilidade e comunicação muito inferiores ao estudo de validação, concluindo-se que em média os adolescentes percecionam as suas famílias como “de algum modo conectadas” e “flexíveis”, ou

seja, apesar dos valores serem baixos, revelam que os adolescentes percebem a sua dinâmica e ambiente familiar como equilibrado (Olson, Russel e Sprenkle, 1989).

7. Conclusão

O estudo permitiu concluir que existe uma elevada prevalência de AD e sobretudo comportamentos de risco nos adolescentes. Aliada a estas manifestações físicas de vulnerabilidade psicológica os adolescentes percebem baixos níveis de coesão e flexibilidade nas suas famílias. Deste modo, é imprescindível elaborar e aplicar programas de prevenção e intervenção alertando pais, professores e adolescentes das consequências que os comportamentos de auto-dano e de risco possuem para o funcionamento biopsicossocial dos adolescentes. Para além da psicoeducação inserida no plano de alerta para consequências, é importante existir acompanhamento psicológico frequente aos adolescentes que estejam a realizar AD, ou a todos aqueles que de forma frequente e normativa pratiquem comportamentos de risco. Em concomitância com estes programas é necessário psicoeducar famílias procurando expor a importância de uma real e percebida coesão e flexibilidade equilibradas, exibindo as dificuldades pessoais e sociais que podem ser potenciadas pela ausência do equilíbrio familiar.

Relativamente às limitações presentes no estudo, estão relacionadas com a amostra. A amostra clínica foi constituída por um baixo número de participantes, o que dificultou alguns cálculos de correlação das variáveis. Considerando a amostra comunitária, esta foi maioritariamente constituída por alunos de escolas profissionais, o que pode justificar a falta de homogeneidade nesta variável. Para além disto, o método de aplicação do questionário não foi similar em todos os locais, sendo o método definido pela instituição e pelo seu diretor. Existiram locais onde a abordagem e explicação do questionário foi realizada pelo próprio investigador ou pelo professor, não sendo certo que todos os locais propiciaram uma explicação do instrumento aos alunos. Deste modo, pode ter sido comprometida alguma explicação mais precisa.

Contudo, apesar das suas limitações, o estudo contribuiu para uma maior percepção do fenómeno no distrito de Braga, bem como para perceber diferenças sobretudo nos contextos de pertença dos participantes. Estas diferenças permitiram concluir que os adolescentes que integram as CAR e os adolescentes que frequentam escolas profissionais (amostra comunitária) demonstram ser adolescentes em risco. É do conhecimento comum que os adolescentes integrados em CAR possuem histórias de vida de cariz pessoal e social particulares, onde a maioria das suas vidas está relacionada com negligência, maus-tratos, violência psicológica, entre outros, tornando-os adolescentes com maior propensão para o desenvolvimento de

problemas de saúde mental. O estudo permitiu concluir que o AD é prática frequente nestes adolescentes, assim como os comportamentos de risco e em concomitância valores diminutos nas variáveis de dinâmica e ambiente familiar. Deste modo, é importante alertar os profissionais, para que a intervenção que está a ser desenvolvida nas CAR seja realmente uma intervenção assente nas necessidades e particularidades de cada adolescente, promovendo estilos de coping adequados.

O estudo permitiu ainda compreender que os adolescentes que frequentam escolas profissionais apresentam valores elevados de AD e comportamentos de risco e coesão e flexibilidade reduzidos. Contudo, importa referir que estes adolescentes apenas pertencem apenas a duas escolas, podendo assim não espelhar a realidade das escolas profissionais no distrito de Braga ou a nível nacional. Assim, propõem-se a replicação deste estudo, abrangendo adolescentes de várias escolas profissionais nacionais, para que conclusões mais detalhadas e generalizadas sejam passíveis de serem estudadas.

Por último, o estudo contribuiu para concluir que o facto de existirem diversos instrumentos de avaliação referentes ao mesmo fator ou variável pode comprometer a confiabilidade do próprio estudo, mas sobretudo da comparação do mesmo com estudo de investigação anteriores. Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos (RTSHIA e QIAIS-A) para avaliar os comportamentos de AD nos adolescentes. Para além de cada um integrar variáveis diferentes para além do AD, é notória a diferença de valores obtidos pelos adolescentes nas variáveis comuns aos dois instrumentos, o RTSHIA apresenta valores mais elevados de AD e comportamento de risco comparativamente com o QIAIS-A. Assim, parece importante refletir na importância de existir consenso científico quer na definição das variáveis, como nos comportamentos que lhe estão associados, tornando-os mais objetivos e conseqüentemente possibilitando que os estudos futuros sejam detentores de maior confiabilidade e de uma comparação mais coerente dos seus resultados.

Em suma, em estudos futuros seria importante aumentar o número de participantes integrados na amostra clínica proporcionando uma leitura mais profunda das correlações entre variáveis nesta população; incluir mais adolescentes pertencentes a escolas públicas e privadas, aumentando a homogeneidade de contextos; restringir um método de aplicação de questionários onde os investigadores proporcionassem aos adolescentes uma explicação breve do questionário e da temática em estudo. Por último, seria interessante estudar os AD e coesão e flexibilidade familiar considerando variáveis sociodemográficas que foram recolhidas no questionário, mas que não foi possível estudar por limitações de tempo, como a prática de

atividades extracurriculares, verificando-se que 59.7% dos adolescentes não pratica nenhuma atividade, o acompanhamento psicológico e toma de psicofármacos (6.5%).

8. Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). (Des)equilíbrios Familiares (3º ed.). Coimbra: Quarteto editora.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baltazar, M. (2009). *Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais. Correlação com os antecedentes da vítima*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Barreira, A. (2016). *Associações entre a prática de auto-dano e a perceção de vinculação aos pais e pares em adolescentes portugueses*. Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra.
- Bjarehed, J., Wangby-Lundh, M., & Lundh, L. G. (2012). Nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents: subgroups, stability, and associations with psychologic difficulties. *Journal of research on adolescence*, 22(4), 678-693.
- Boyer, T.W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective view. *Developmental Review*, 26, 291–345.
- Brunner, R., Kaess, M., Partzner, P., Fisher, G., Carli, V., Hoven, C., et al. (2013) Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolscent direct self-injurious behavior: a compartive study of finding in 11 European countries. *The jornal os child psychology and psychiatric*, 55(4), 337-348.
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P. Motta, C. Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: development and confirmatory factor analysis of the impulse, self-harm and suicide ideation questionnaire for adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*.
- Carvalho, C., Motta, C., Sousa, M., Cabral, J. (2017). Biting myself so i don't bite the dust: prevalence and preditors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azores youths. *Revista brasileira de psiquiatria*, 39, 252-262.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQTR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M.
- Cohen, J., Stange, J., Hamilton, J., Burke, T., Jenkins, A., Ong, M., Heimberg, R., Abranson, L. & Alloy, L. (2014). The intervation of affective states and cognitive vulnerabilities in the prediction of non-suicidal slf-injury. *Cognition and emotion*, 1, 11.

- Completo, J. (2014). *A influência das funções intrapessoais e interpessoais na autoinjúria não suicida e na ideação suicida*. Dissertação de mestrado. ISPA.
- Duffy, D. F. (2009). Self-injury. *Psychiatry*, 8 (7), 237-241.
- Fox, K., Millne, A., Mukerji, C., & Nock, M. (2017). Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clinical psychology review*.
- Giletta, M., Scholte, R.H., Engels, R.C., Ciairano, S., & Prinstein, M.J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197, 66–72.
- Givertz, M., Segrin, C.(2012). The associations between overinvolved parenting and young adults's, self-efficacy, psychological entitlement and family communication. *Communication research*, 41(8), 1111-1136.
- Gonçalves, S., Rosendo, A., Martis, C., & Machado, B. (2010). *Ferimentos autoinfligidos na adolescência*, Universidade do Minho.
- Halstead, R., Pavkov, T., & Hecker, L. (2014). Family Dynamics and self-injury behaviors: a correlation analysis. *Journal of marital and family therapy*, 40 (2), 246-259.
- Hawton, K. Haw, C., Casey ,D., Bale, L., Brand, F., & Rutherford (2015). Self-harm in Oxford, England: epidemiological and clinical trends, 1996-2010. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*, 50, 695-704.
- Instituto segurança social. (2018). *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*.
- Kelada, L., Hasking, P., Melvin, G. (2016). The relationship between nonsuicidal self-injury and family functioning: adolescent and parente perspectives. *Journal of marital and family therapy*, 42(3), 536-549.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalences sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 4, 1981-1986.
- Latina, P., Stattin, H. (2016). Toward a re-interpretation of self-harm: a cross-contextual approach. *Agressive behavior*, 42, 522-532.
- Lavery, B., Siegel, A.W., Cousins, J. H., & Rubovits, D. S. (1993). Adolescent risk-taking: An analysis of problem behaviors in problem children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 55, 277-294.
- Leita, V., Ferreira, J., Veiga, L. & Garrido, J. (2017). Non suicidal self injury in adolescents: psychossocial predictors. *Journal of general practice*, 5(5).

- Liberati, A., Altman, d. G., Tetzlaff, j., Mulrow, C., Gøtzsche, C., Ioannidis, A., et al. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: *Explanation and elaboration*, 339.
- Lima,L., Barreira, A., Castilho, P. (2017). A influência dos fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidário (NSSI) em adolescentes portugueses. *Revista de psicopatologia da criança e do adolescente*, 8(1), 33-48.
- Lundh, L.G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian. Journal of Psychology*, 48, 33–41.
- Mcmahon, E., Keeley, H., Cannon, M., Arensman, E., Perry, I., Clarke, M., Chambers, D., & Corconan, P. (2014). The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population based study. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*, 49, 1929-1935.
- Nock, M. K. (2009). *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.
- Nock, M., Prinstein, M., & Sterba, S. (2009). Revealing the Form and Function of Self-Injurious Thoughts and Behaviors: A Real-Time Ecological Assessment Study Among Adolescents and Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 118 (4), 816–827.
- Nock, M., Prinstein, M., & Sterba, S. (2010). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Psychology of Violence*, 1, 36–52.
- Nock, M.K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Nunes, C. (2012). *Auto dano e ideação suicida na população adolescente*. Universidade dos Açores.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2003). Circumplex Model of Marital and Family Systems. In F. Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2006). Circumplex Model of Marital & Family Systems.
- Olson, D. H., Bell, R. & Portner, J. (1992). FACES II. In Olson, D. H., *Family Inventories Manual* (p.1-20). Minneapolis: Life Innovations.
- Plener, P.L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J.M., & Muehlenkamp, J.J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549–1558.
- Rada, C. (2016). *Circumplex modelo f marital and family systems* (FACES III) in Romania. *Annuaire Roumain d’authropologie*, 53.

- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). *Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury*. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodrigues, J. (2015). *Funcionamento familiar e perceção de rejeição paterna: influencia na ocorrência de comportamentos autolesivos na adolescência*. Dissertação de Mestrado. Instituto universitário de ciências psicológicas, sociais e da vida.
- Rodrigues, S., Leal, M., Martins, A., Ribero, R., Avedo, S., Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Valle, J., & Dias, P. (2016). *Acolhimento residencial em Portugal*. Actas do 3º congresso da ordem dos psicólogos portugueses.
- Silva, M. (2015). *Validação da FACES IV o funcionamento da família em diferentes etapas do ciclo vital*. Instituto superior Miguel Torga, Coimbra.
- Steinberg, L. (2007). Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 55-59.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 531–554.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & John, N. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonsuicidal samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and life-threatening behavior*, 44(3), 273-303.
- Teixeira, R. (2017). *Padrões de relação familiar e padrões de consumo de álcool no concelho de Angra do heroísmo*. Tese de dissertação. Universidade de Évora.
- Trinco, M., Santos, J. (2017). O adolescente com o comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico de região centro. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 5, 63-68.
- Turp, M. (2003). *Hidden Self-Harm. Narratives from Psychotherapy*. Kingsley, London.
- Vrouva, I., Fonagy, P., Fearon, P.R.M. & Rousow, T. (2010). The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents: Development and Psychometric Evaluation. *Psychological Assessment*, 22(4), 852-865.
- Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* (3ª ed.) (514-547). New York: Guilford.
- Walsh, B.W. (2008). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. Guilford Press, New York.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., & Hoven, C.W. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.

Xavier, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. (2018). Validation of the risk-taking and self-harm inventory for adolescents in a portuguese community sample. *Association for assessment and research in counseling*, 0(0), 1-14.

Anexo I: Consentimento informado (Encarregado de educação, participante ou direção)

Somos alunas da Universidade Católica Portuguesa de Braga, a frequentar o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. O estudo de seguida apresentado, é referente ao projeto de dissertação de mestrado.

Título do projeto: Ferimentos autoinfligidos, coesão e flexibilidade familiar e autocriticismo na adolescência.

Objetivo Geral: O objetivo geral do estudo centra-se em avaliar a relação existente entre os ferimentos autoinfligidos sem ideação suicida, coesão e flexibilidade familiar, e o autocriticismo na adolescência. Deste modo, pretendemos avaliar: 1) a relação entre ferimentos auto- infligidos, impulso, funções, frequência e tipo de ferimentos; 2) compreender a relação existente entre ferimentos autoinfligidos sem ideação suicida e o autocriticismo em adolescentes da população clínica e da população geral e 3) compreender a relação existente entre ferimentos autoinfligidos sem ideação suicida e a coesão e flexibilidade familiar.

Estudo: Caso autorize a participação na presente investigação, o seu educando ou pessoa de quem é legalmente responsável, este será solicitado a preencher de forma voluntária os seguintes instrumentos: 1) Questionário Sociodemográfico; 2) Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para adolescentes – RTSHIA (Xavier, A., Pinto-Gouveia, J. & Cunha, M., 2011); 3) Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência - QIAIS-A (Castilho, Carvalho & Pinto-Gouveia, 2012); 4) Escala das Formas de Auto-criticismo/Ataque e Autotranquilização - FSCRS-A (Salvador, Silva, Castilho & Pinto-Gouveia, 2004) e 5) Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Sequeira, Cerveira; Neves, Silva; Espirito-Santo, Guadalupe & Vicente, 2015). Os questionários serão aplicados pelos psicoterapeutas em contexto clínico, ou pelo professor em contexto escolar (população geral), sendo que os participantes, bem como os seus representantes legais, serão devidamente esclarecidos pelos investigadores sobre a finalidade dos dados recolhidos. Permitindo, deste modo, uma decisão informada quanto aos potenciais riscos e benefícios da participação. A participação é completamente voluntária, podendo o adolescente negar a sua participação. Os dados recolhidos ao longo desta investigação serão usados unicamente para fins académicos.

Potenciais Vantagens: Não existem benefícios conhecidos para os adolescentes que participam neste estudo, nem para os representantes legais ou educadores. Contudo, a sua participação será fundamental para a melhor compreensão do fenómeno em estudo. Deste modo, os participantes estarão a contribuir para o conhecimento e investigação científica.

Assim, é esperado que um melhor conhecimento do fenómeno possibilite a construção, prevenção e intervenção adequadas e mais eficazes em adolescentes em risco ou que pratiquem os comportamentos referidos.

Potenciais Riscos: Não existem riscos conhecidos para os adolescentes que participem neste estudo, tendo em conta que o questionário é totalmente anónimo e de livre preenchimento, podendo os adolescentes desistir do estudo a qualquer momento.

Participação: O adolescente pode recusar a sua participação no estudo, mesmo quando o seu representante legal ou educador a autorize, sendo igualmente livre para desistir em qualquer momento.

Carácter Confidencial: Qualquer informação obtida durante o estudo será confidencial e usada unicamente para fins académicos, salvaguardando dados sobre o participante, podendo contudo ser necessário um cruzamento de dados. Este cruzamento de dados só será efetuado, caso o participante não esteja a ser acompanhado por pedopsiquiatra ou psicólogo e apresente nos dados recolhidos uma situação de perigo que ameacem a integridade física e psíquica do participante ou de outros, sendo salvaguardado o código ético e deontológico do psicólogo.

Responsabilidades dos investigadores

Ao assinar este formulário, não renuncia aos direitos do adolescente, sendo total responsabilidade dos investigadores o futuro dos dados recolhidos, não prejudicando os participantes.

Assinatura _____ Assinatura _____

Anexo II: Questionário Sociodemográfico

Por favor, preenche atentamente e de forma sincera ao questionário. Verifica se não deixaste nenhuma pergunta por responder.

Caso estejas a preencher este questionário em contexto escolar, peço que indiques os últimos 4 dígitos do teu número de telemóvel.

— — — —

1) Género: F M

2) Idade: _____

3) Ano de escolaridade: _____

4) Curso: _____

5) Qual o estado civil dos teus pais? _____

6) Que habilitações literárias tem a tua mãe?

Não sabe ler/escrever 1ºciclo/4ªclasse

2ºciclo/6ºano 3ºciclo/9ºano

Ensino secundário Ensino superior

7) Que habilitações literárias tem o teu pai?

Não sabe ler/escrever 1ºciclo/4ªclasse

2ºciclo/6ºano 3ºciclo/9ºano

Ensino secundário Ensino superior

8) Qual a profissão da tua mãe? _____

E qual a profissão do teu pai? _____

9) Por quem é constituído o teu agregado familiar? _____

10) Tens irmãos? Sim Não

Se sim, quantos? _____ Que idade têm? _____

11) Praticas alguma atividade extracurricular? Sim Não

Se sim, qual atividade praticas? _____

13) Gostarias de integrar alguma atividade que não integres? Sim Não

Se sim, qual? _____

(Se sim) e porque motivo não o fazes? _____

14) Neste momento estás a ser acompanhado por algum psicólogo?

Sim Não

15) Estás a ser acompanhado por algum pedopsiquiatra?

Sim Não

Qual a frequência das consultas? _____

As consultas realizam-se em que contexto:

Centros de Saúde

Hospital

Consultórios particulares

Escola (especifica se é pública ou privada: _____)

Caso não sejas acompanhado:

a) Já alguma vez foste acompanhado por algum psicólogo? Sim Não

b) Já alguma vez foste acompanhado por algum pedopsiquiatra? Sim Não

16) Neste momento estás a tomar alguma medicação:

Sim Não

Se sim, qual _____

Anexo III: Análise de métodos de AD (RTSHIA)

Item	Nunca N	(%)	Reportado s N	(%)
13. Alguma vez te cortaste intencionalmente?	335	(84.2%)	62	(15.2%)
14. Alguma vez te queimaste intencionalmente com um objeto quente (ex., cigarro)?	357	(89.7%)	40	(10.1%)
15. Alguma vez te mordeste intencionalmente até fazer ferida?	351	(88.2%)	46	(11.5%)
16. Alguma vez bateste intencionalmente com a cabeça contra alguma coisa ou bateste em ti próprio(a) a ponto de causar nódoas negras?	357	(89.7%)	40	(10.1%)
17. Alguma vez, intencionalmente, impediste feridas de cicatrizarem, ou te magoaste nalguma zona do teu corpo até fazer sangue?	338	(84.9%)	59	(14.9%)
18. Alguma vez te arranhaste com as unhas ou com outro objeto, de modo a fazer ferida?	341	(85.7%)	57	(14.9%)
19. Alguma vez usaste intencionalmente algum objeto cortante (ex., lixa) ou derramaste algum produto tóxico (ex., ácido) de modo a ferir a pele?	356	(89.7%)	41	(10.4%)
20. Alguma vez te magoaste de propósito, nalguma zona do teu corpo	336	(84.4%)	62	(15.6%)
27. Alguma vez já te forçaste a comer demais para te punires ou magoares?	380	(95.5%)	16	(4.1%)
28. Alguma vez te arranhaste com as unhas ou com outro objeto, de modo a fazer ferida?	350	(87.9%)	41	(12%)
29. Alguma vez tentaste magoar-te pensando coisas horríveis acerca de ti próprio(a)	328	(82.4%)	70	(17.6%)
30. Alguma vez tomaste uma quantidade excessiva de medicação (sem que tenha sido prescrito pelo médico)?	368	(92.5%)	30	(7.6%)
31. Alguma vez pensaste seriamente em prejudicar/ferir uma parte do teu corpo?	333	(83.7%)	62	(15.6%)
32. Alguma vez pensaste seriamente em suicidar-te?	321	(80.7%)	77	(19.3%)

33. Alguma vez tentaste o suicídio?	371	(93.2%)	27	(6.8%)
-------------------------------------	-----	---------	----	--------

34. Alguma vez te feriste intencionalmente, de alguma das maneiras acima mencionadas, que te levou a ser hospitalizado(a) ou a ter uma lesão grave que necessitasse de tratamento médico?	380	(95.5%)	18	(4.6%)
---	-----	---------	----	--------

Anexo IV: Análise de métodos de AD (QIAIS-A)

Item	Nunca		Reportados	
	N	(%)	N	(%)
B1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito.	353	(88.7%)	44	(11.1%)
B2. Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).	368	(92.5%)	25	(6.3%)
B3. Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito.	356	(89.4%)	41	(10.4%)
B4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito (almofada, por exemplo)	336	(84.4%)	62	(15.6%)
B5. Corto certas partes do meu corpo de propósito (com laminas, tesouras, facas)	368	(92.5%)	29	(7.3%)
B6. Queimo certas partes do meu corpo de propósito (com cigarros, fogão, isqueiro, etc).	389	(97.7%)	8	(2.1%)
B7. Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo de propósito.	388	(97.5%)	10	(2.6%)
B8. Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.	389	(97.7%)	9	(2.3%)