

RELAÇÕES FAMILIARES, HUMOR DEPRIMIDO E
COMPORTAMENTOS AUTODESTRUTIVOS EM
ADOLESCENTES

FAMILY RELATIONS, DEPRESSED MOOD AND SELF-
DESTRUCTIVE BEHAVIORS IN ADOLESCENTS

Adolescentes: família, depressão e comportamentos
autodestrutivos

Adolescents: family, depression and self-destructive behaviors

Adolescentes: familia, depresión e conductas auto-destructivas

Cristina Mesquita, Fátima Ribeiro, Líliliane Mendonça e Ângela Maia

Correspondência
Ângela Costa Maia
Escola de Psicologia
Campus de Gualtar
Universidade do Minho
angelam@psi.uminho.pt

Resumo: Na adolescência existe uma probabilidade aumentada de envolvimento em comportamentos de risco. O contexto familiar desempenha um papel preponderante na adopção destes comportamentos, sendo que um funcionamento familiar inadequado pode reflectir-se em sintomas depressivos, aumentando o risco de envolvimento em tais comportamentos.

Os objectivos deste estudo incluíram avaliar a prevalência de um conjunto de comportamentos autodestrutivos em adolescentes, como automutilação e suicídio, os sintomas de humor depressivo e a qualidade do funcionamento familiar;

analisando a relação das características do ambiente familiar com os sintomas depressivos e estes comportamentos.

Os participantes são 408 adolescentes, com uma média de idades de 17.2 (DP=1.26). Os instrumentos utilizados incluem o Inventário de Depressão para Crianças e Adolescentes e o Questionário de História Familiar, e um conjunto de questões sobre comportamentos autodestrutivos.

Os resultados revelam que os comportamentos autodestrutivos são frequentes, assinalando a adolescência como período crítico na sua manifestação. As características da família surgem relacionadas com o envolvimento em comportamentos autodestrutivos, tendo a relação com os pais maior influência. Os sintomas depressivos estão associados ao funcionamento familiar e aos comportamentos autodestrutivos.

Os dados alertam para a necessidade de se intervir para promover a adopção de estilos de vida saudáveis. Será importante trabalhar com as famílias no sentido de melhorar as relações familiares, e com os adolescentes de modo a terem estratégias mais eficazes para lidar com situações inadequadas.

Palavras-chave: adolescência, comportamentos autodestrutivos, depressão, funcionamento familiar

Abstract: During adolescence there is an increased probability of involvement in health risk behaviors. Family context plays a prevailing role in the adoption of those behaviors. Thus, inadequate family functioning may result in depressive symptoms, increasing that risk.

The purpose of this study was to evaluate the prevalence of a series of self-destructive behaviors in adolescents, specifically self-harm and suicide, depressive symptoms and the quality of family functioning, analyzing the relationship between family functioning and depressive symptoms and risk behavior

Participants were 408 adolescents with average age 17.2 (SD=1.26). The instruments used include the Child Depression Inventory, the Family Background Questionnaire and a group of questions about self-destructive behaviors.

The results show that self-destructive behaviors are frequent, pinpointing adolescence as a critical period for their occurrence. Family functioning characteristics are related to involvement in self-destructive behaviors, with the relationship with both parents having a major influence. Depressive symptoms are related to family functioning and self-destructive behaviors.

The data alerts to the need for intervention to promote the adoption of healthy lifestyles. It would be important to work with the families so as to improve relationships, and with the adolescents, providing them with more effective strategies to deal with inadequate situations.

Key-words: adolescence, risk behaviors, depression, family functioning

Introdução

A adolescência, enquanto período de transição entre a infância e a idade adulta, está associada a mudanças a nível físico, psicológico, social e cognitivo (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996; Williams, Holmbeck, & Grenley, 2002). Tal como referem Sprinthall e Collins (1994), as tarefas desenvolvimentais promotoras de uma entrada na idade adulta como um indivíduo ajustado exigem que o adolescente se torne independente e autónomo face aos pais, estabelecendo um sentido de identidade, integrando as transformações ocorridas numa unidade coerente. As expectativas de realização devem ser reformuladas e estabelecidos objectivos, como preparação para o desempenho de papéis de adulto.

As transformações vividas pelo adolescente, ainda que muito individuais, não se processam isoladamente, ocorrendo integradas num contexto social que inclui a família, a escola e os pares. Sendo a família a principal fonte de socialização, ocupa um lugar de destaque no desenvolvimento e formação do adolescente, influenciando estados de humor e padrões de comportamento. Assim, o papel dos pais passa por criar condições e proporcionar oportunidades para a realização bem-sucedida das tarefas necessárias ao desenvolvimento dos seus filhos (cf. Sprinthall & Collins, 1994). A adequação do funcionamento familiar resulta de um conjunto de dimensões que incluem o apoio, a coesão e a comunicação entre os membros. O grau em que estas dimensões estão presentes influencia o ajustamento do adolescente, permitindo-lhe concretizar as tarefas desenvolvimentais que lhe possibilitarão transitar para a idade adulta como indivíduo ajustado.

A comunicação, enquanto dimensão fundamental de um funcionamento familiar adequado, possibilita que o adolescente desenvolva uma auto-estima positiva e estabeleça uma identidade autónoma e independente, valorizando as recomendações parentais, que reflectem a preocupação dos pais para com o bem-estar dos filhos, criando no adolescente uma maior satisfação com o ambiente familiar e um menor envolvimento em comportamentos de risco (Riesch, Anderson & Krueger, 2006; Sprinthall & Collins, 1994; Yu et al, 2006).

Vários estudos associam dificuldades no funcionamento familiar ao envolvimento do adolescente em comportamentos de risco para a saúde, como sejam o consumo de substâncias (Williams, Holmbeck, & Grenley, 2002), o comportamento alimentar inadequado e não auto-regulado (Rhee, Luming, Appugliese, Kaciroti, & Bradley, 2006), práticas sexuais de risco (Riesch, Anderson, & Krueger, 2006), automutilação (cf. Skeeg, 2005) e suicídio (cf. Evans, Hawton, & Rodham, 2004).

As consequências da desadequação do funcionamento familiar têm ainda repercussões na saúde mental do adolescente. Quando a família não assegura ao adolescente as condições necessárias ao seu desenvolvimento, podem surgir sintomas depressivos ou depressão, como manifestação da insatisfação para com a inadequação do ambiente familiar (cf. Baptista, Baptista, & Dias, 2001). A depressão é das psicopatologias mais prevalentes na adolescência, caracterizando-

-se pela presença de humor deprimido ou irritado, com perda de interesse por actividades anteriormente prazerosas (APA, 2004).

Um funcionamento familiar insatisfatório face às necessidades do adolescente prediz o curso da perturbação depressiva (cf. Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997; Pavlidis & McCauley, 2001; Yu et al, 2006). Associada a um funcionamento familiar desadequado, a depressão aumenta a probabilidade de envolvimento em comportamentos que põem a saúde em risco. Vários estudos demonstram que adolescentes deprimidos representam o grupo mais vulnerável para o envolvimento em comportamentos de automutilação e suicídio (cf. Baptista, Baptista & Dias, 2001; Evans, Hawton & Rodham, 2004; Laye-Gindhu & Schornert-Reichl, 2005).

A automutilação engloba um conjunto de ferimentos auto-infligidos, sem intenção suicida consciente, resultando contudo em dano nos tecidos do corpo (Gratz, 2006). A forma mais comum de automutilação implica cortar ou rasgar a pele. São ainda de referir outras formas de automutilação como sejam pontapear, provocar queimaduras e arranhar. As áreas atingidas caracterizam-se por serem facilmente ocultas, de modo a que o comportamento passe despercebido, e incluem braços, coxas e zona abdominal (Barbedo & Matos, 2009).

O seu início típico ocorre na adolescência. Este comportamento é referido na literatura como sendo uma tentativa de lidar com emoções negativas, de algum modo inerentes ao período da adolescência: frustração, desvalorização, rejeição. O provocar de uma dor física, definida, localizável, permite um alívio da emocionalidade negativa, deslocando o foco de atenção do sofrimento e servindo as funções de estratégia de coping de regulação emocional (cf. Laye-Gindhu & Schornert-Reichl, 2005; Matos & Sampaio, 2009). Este comportamento pode ainda ser conceptualizado como servindo outras funções, para além da regulação emocional. Assim, a automutilação pode ser vista como uma forma de auto punição, com o adolescente a canalizar para si mesmo a ira que sente. Pode também ser uma forma de interromper estados dissociativos, permitindo ao adolescente um retorno à realidade. O facto de o adolescente se ferir de forma intencional permite-lhe exercer nos outros, família, amigos, pares, algum poder, influenciando o meio de forma a torná-lo mais previsível. O desejo de se automutilar surge como fruto de um impulso, precipitado por um acumular de acontecimentos stressantes. Embora sem envolver intenção suicida consciente, adolescentes que se automutilam estão em maior risco de cometerem suicídio. Assim, o comportamento de automutilação pode actuar como estratégia para evitar o comportamento suicida (cf. Skegg, 2005; Barbedo & Matos, 2009).

O comportamento suicida envolve um conjunto de pensamentos, motivações e acções cujo intuito é o de pôr termo à própria vida. Implica uma auto-agressão intencional com o fim de provocar a morte. É importante diferenciar ideação suicida de intenção suicida. A ideação suicida refere-se a pensamentos acerca da própria morte, sem ter ocorrido qualquer tentativa no sentido de atentar contra a própria vida. A intenção suicida pressupõe a existência de um plano,

concretizando a forma, o meio e o local onde o acto suicida ocorrerá (cf. Cohen, Spirito, & Brown, 1996). É a terceira causa de morte em jovens dos 15 aos 24 anos de idade, nos EUA, tendo a sua incidência vindo a aumentar nesta faixa etária. Sendo um fenómeno tão complexo, o seu estudo e compreensão devem abarcar diversos aspectos, tanto a nível pessoas, como familiar e social (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001). Embora conceptualizado como um acto impulsivo levado a cabo num momento de forte activação emocional, frequentemente a sua verdadeira natureza representa o culminar de dificuldades associadas a instabilidade e desacordo familiar (cf. Lai & Bride-Chang, 2001).

Num estudo realizado com 628 adolescentes, de idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) pretenderam conhecer os comportamentos autodestrutivos dos adolescentes recolhendo informação relativa a comportamentos de automutilação, desejo de morrer, ideias suicidas, tentativas de suicídio, ter estado próximo de morrer e ter tido comportamentos que colocassem a vida em risco. Os resultados revelaram que 35% dos adolescentes relatavam comportamentos de automutilação, sendo que destes, 21.6% referiu ter este comportamento algumas vezes e muitas vezes. Verificou-se ainda que 42.8% dos adolescentes já desejou realmente morrer, mais de metade já teve ideias suicidas (com 31% referindo ter pensado entre algumas e muitas vezes), 7% dos adolescentes já fez tentativas de suicídio e 40% indica ter tido comportamentos que colocam a vida em risco.

Os comportamentos autodestrutivos, como são exemplo o comportamento de automutilação e o suicídio, manifestam-se sobretudo em adolescentes que apresentam problemas relacionais, especialmente a nível familiar, onde é frequente existir conflito, com crítica sistemática e falta de afecto, com recurso a soluções desadaptativas cujas consequências são, frequentemente, irreversíveis.

Face ao que foi exposto, considerando a importância da família e o papel do seu funcionamento na saúde física e mental do adolescente, e nas práticas e comportamentos de saúde por ele adoptados, definiram-se como objectivos para este estudo descrever a prevalência de um conjunto de comportamentos autodestrutivos, nomeadamente automutilação e suicídio, numa amostra de adolescentes; avaliar a qualidade do funcionamento familiar, analisando a sua relação com o envolvimento em comportamentos autodestrutivos, e avaliar a presença de humor deprimido, verificando a sua relação com o envolvimento em comportamentos autodestrutivos e com as características do funcionamento familiar.

Para dar resposta a estes objectivos, definiram-se duas hipóteses. A primeira hipótese antevê que o envolvimento em comportamentos autodestrutivos e um maior grau de humor depressivo estejam relacionados com as características do ambiente familiar, com adolescentes que relatam mais características adequadas a terem menos comportamentos autodestrutivos e menor intensidade de humor deprimido. A segunda hipótese postula que adolescentes com mais sintomatologia depressiva apresentarão um maior envolvimento em comportamentos autodestrutivos.

Metodologia

Participantes

Os dados deste estudo foram recolhidos junto de 408 adolescentes, alunos do ensino secundário, de três escolas do Norte do país. Destes, 158 (38.7%) são do sexo masculino, e 235 (57,6%) do sexo feminino. As idades variam entre os 15 e os 22, sendo a média de 17.2 anos (DP=1.26). Em termos de frequência escolar, verifica-se que 87 participantes frequentam o 10º ano (21.3%), 133 o 11º ano (32.6%) e 184 o 12º ano de escolaridade (45.1%).

Instrumentos

Foram utilizados três questionários: uma Checklist relativa a comportamentos de automutilação e suicídio, o Inventário de Depressão para Crianças e Adolescentes, e o Questionário da História Familiar.

A Checklist relativa aos comportamentos autodestrutivos é composta por 9 questões, sendo 3 delas relativas a comportamentos de automutilação e as 6 restantes a comportamento suicida. Ao nível dos comportamentos de automutilação, as questões visam verificar a existência do comportamento, a sua frequência, e o tipo de ferimento infligido. As questões sobre suicídio avaliam a vontade, por parte dos adolescentes, de morrer, a frequência de pensamentos acerca da morte, a existência de intenção suicida e de tentativas de suicídio, bem como o número de tentativas e o método utilizado.

O Inventário de Depressão para Crianças (IDC; Kovacs & Beck, 1977; traduzido e adaptado por Marujo, 1994) é um questionário de auto-relato constituído por 27 itens de escolha múltipla, que mede a intensidade da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes num período referente às duas últimas semanas. Neste estudo usou-se apenas um índice de sintomatologia depressiva, com maior pontuação a indicar maior intensidade da sintomatologia. A totalidade dos itens, neste estudo, apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = .83).

O Questionário da História Familiar (QHF; Melchert & Sayger, 1998, adaptado por Monteiro, Mendonça, & Maia, 2008) é um instrumento destinado a adolescentes que avalia o funcionamento familiar do jovem. É constituído por três escalas: a Escala de Avaliação da Relação com a Mãe (33 itens; alfa de Cronbach = .93), Escala de Avaliação da Relação com o Pai (33 itens; alfa de Cronbach = .94) e Escala de Avaliação do Ambiente Familiar (51 itens; alfa de Cronbach = .87), sendo possível o cálculo do QHF total, resultante da soma das três escalas. Uma pontuação mais elevada reflecte um melhor funcionamento familiar.

Procedimento

A recolha de dados foi feita em três escolas que aceitaram participar neste estudo, após reuniões de esclarecimento junto dos responsáveis. Em cada turma

foi lido um texto de apresentação do estudo e do objectivo da investigação, assegurando a confidencialidade e o anonimato, posto o que se obteve o consentimento informado. A recolha decorreu entre Abril e Maio de 2007, e contou sempre com a presença de uma investigadora, tendo decorrido em tempo de aula.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa de análise estatística Statistica IPackage for the Social Science (SPSS), na sua versão 16.0 para Windows.

Resultados

Verificamos que 49 participantes (12.2%) já se feriram de forma intencional.

Tabela 1
Número de mutilações entre aqueles que relatam o comportamento e respondem a esta questão (N=38)

Frequência	N (%)
1	18 (47.4%)
2	8 (21.1%)
3	5 (13.1%)
4	2 (5.3%)
5	3 (7.9%)
9	1 (2.6%)
10	1 (2.6%)

Observando a tabela 1, verifica-se que embora a maior parte dos participantes que indica auto-mutilar-se refira tê-lo feito uma única vez (47.4%), é de salientar que 2 participantes referiram tê-lo feito mais de 9 vezes. O método mais utilizado consiste em realizar cortes na pele (64.6%), destacando-se ainda o raspar a pele (6.25%) e o uso de tesouras (4.1%).

Tabela 2
Frequência de pensamentos acerca da morte entre aqueles que o relatam (N=154)

	N (%)
Raramente	78 (50.6%)
Algumas vezes	65 (42.2%)
Muitas vezes	11 (7.1%)

Conforme se pode observar na Tabela 2, grande parte dos adolescentes já sentiu vontade de morrer (N=154, 50.6%), embora esta vontade não seja frequente. Deste grupo, 68 adolescentes (26.7%) já pensaram em fazer alguma coisa para

morrer, sendo que 48 (19.1%) referem tê-lo feito. A maioria referiu apenas uma tentativa (62.5%), havendo contudo um relato de nove tentativas. Os meios incluem a ingestão de comprimidos (3 participantes), afogar-se (1 participante) e cair de uma varanda (1 participante). Quatro participantes não descreveram os seus comportamentos.

Tabela 3

Comparação (teste t) entre participantes com e sem comportamentos autodestrutivos quanto às escalas e total QHF e IDC

	Escalas do Questionário de História Familiar (QHF)			QHF total	CDI
	Rel. Mãe N=366 Média=119.9 (DP=21.3)	Rel. Pai N=358 Média=110.8 (DP=23.8)	Amb. Familiar N=272 Média=142.8 (DP=28.2)		
Comportamentos autodestrutivos				N=255 Média=374.4 (DP=60.9)	N=374 Média=8.6 (DP=5.1)
Ferir-se intencionalmente	2.525*	3.120**	.950, ns	2.234*	-4.367***
Vontade morrer	5.085***	4.730***	3.441**	5.586***	-9.505***
Intenção suicida	2.38*	1.463, ns	7.744***	4.488***	-.023, ns
Tentativas Suicídio	2.017*	2.988**	2.980**	3.109**	-1.940, ns

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

A tabela 3 apresenta os resultados relativos à análise das diferenças entre adolescentes com e sem risco para cada comportamento considerado, ao nível das escalas do Questionário da História Familiar, incluindo QHF total, e do Humor Deprimido.

Verifica-se que a qualidade relatada da Relação com a Mãe diferencia de forma estatisticamente significativa participantes que se automutilam, relatam vontade de morrer, intenção suicida e tentativas de suicídio, sendo que participantes sem risco apresentam, em termos médios, um melhor Relacionamento com a Mãe.

De modo semelhante, a qualidade relatada do Relacionamento Paterno diferencia participantes que se automutilam, apresentam vontade de morrer e tentativas de suicídio, daqueles que não apresentam risco. Em média, adolescentes sem risco relatam uma Relação mais positiva com o Pai.

No que diz respeito ao Ambiente Familiar, participantes com risco ao nível de vontade de morrer, intenção suicida e tentativas de suicídio apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente a participantes sem risco, realizando uma avaliação mais negativa deste Ambiente.

Fazendo uma avaliação do QHF Total, verificou-se existirem diferenças com significado estatístico no que diz respeito a todos os comportamentos autodestrutivos. Adolescentes sem risco relatam uma percepção mais positiva do Funcionamento Familiar Geral.

Analisando a relação entre o humor deprimido e as características do funcionamento familiar, verifica-se existir uma correlação negativa entre humor deprimido e a avaliação da Relação com a Mãe ($r = -.235, p < .001$) e da Relação com o Pai ($r = -.301, p < .001$). Participantes com mais humor deprimido avaliam estes relacionamentos como menos positivos, reflectindo-se na avaliação do QHF Total ($r = -.212, p < .01$).

No que se refere à relação entre comportamentos autodestrutivos e sintomatologia depressiva, verifica-se que os adolescentes que relatam comportamento de automutilação e os que relatam vontade de morrer apresentam mais sintomas depressivos.

Discussão

O presente estudo tinha como objectivos analisar o envolvimento de adolescentes em comportamentos autodestrutivos, considerando a influência do funcionamento familiar, e a sintomatologia depressiva.

Os resultados revelam que os adolescentes que se automutilam, sentem vontade de morrer, apresentam intenção suicida e tentativas de suicídio, comportamentos cuja emergência surge associada à adolescência (Evans, Hawton, & Rodham, 2004; Gratz, 2006). No entanto o valor encontrado neste estudo é inferior ao valor verificado por Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001). Uma possível explicação destacaria diferenças culturais relacionadas com a região geográfica de recolha dos dados, tendo os dados deste estudo sido recolhidos na região Norte de Portugal, especificamente Braga e Porto, sendo que, no estudo anteriormente referido, a amostra foi recolhida em Lisboa. No sentido de perceber melhor possíveis assimetrias no país, seriam necessários estudos comparativos, controlando melhor as variáveis em estudo, no sentido de se apurar o valor da variável geográfica ou de outras variáveis sócio-demográficas.

Este estudo previa que o envolvimento em comportamentos autodestrutivos estivesse relacionado com as características do Funcionamento Familiar. Verifica-se que o Relacionamento com a Mãe e com o Pai diferencia de forma significativa os participantes ao nível do comportamento de automutilação, vontade de morrer e tentativas de suicídio, o que está de acordo com a literatura (Camacho, Matos, & Diniz, 2008; Pavlidis & McCauley, 2001). Constata-se ainda que o QHF

Total diferencia os participantes sem risco ao nível de todos os comportamentos considerados neste estudo. Estes resultados confirmam a influência das características do funcionamento familiar no que diz respeito ao envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco, embora esta influência não seja igual em todas as dimensões deste funcionamento.

A quase totalidade dos participantes apresenta alguma sintomatologia depressiva. Embora o número de sintomas varie consideravelmente entre os participantes, alguns adolescentes obtiveram pontuações elevadas, sugerindo tratar-se de uma perturbação frequente neste grupo. O humor deprimido surge associado ao Relacionamento com a Mãe e com o Pai, reflectindo-se no QHF Total, à semelhança do que foi encontrado noutros estudos (Sheeber, Hoops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997; Pavlidis & McCauley, 2001; Yu et al, 2006), sugerindo uma maior importância da relação com cada um dos progenitores quanto à emergência de sintomas de humor depressivo. A hipótese da existência de relação entre características do ambiente familiar e humor depressivo é confirmada, embora nem todas as dimensões do funcionamento familiar exerçam a mesma influência sobre a sintomatologia depressiva.

Encontraram-se associações entre sintomatologia depressiva e automutilação e vontade de morrer. A automutilação é referida nos estudos como uma forma de lidar com os sentimentos negativos e o sofrimento associados à depressão (Rhee, Luming, Appugliese, Kaciroti, & Bradley, 2006). A associação com a vontade de morrer sugere uma progressão no sofrimento, atingindo um nível considerado como insuportável, com o adolescente a considerar o suicídio como uma estratégia de supressão do sofrimento. Verifica-se assim que a presença de sintomatologia depressiva potencia o envolvimento em determinados comportamentos autodestrutivos, mas curiosamente isso não se verifica em relação a intenção e tentativas de suicídio.

Conclusão

O ponto de partida deste estudo resultou da preocupação em conhecer o papel das características do ambiente familiar no envolvimento do adolescente em comportamentos autodestrutivos, avaliando a medida em que a presença de sintomas de Humor Deprimido constitui um factor de risco para o dito envolvimento.

Face aos dados apresentados, observou-se existir uma influência do Funcionamento Familiar nos comportamentos autodestrutivos. A sua desadequação está relacionada com a sintomatologia depressiva no adolescente, incrementando o risco da adopção destes comportamentos. Sendo a adolescência o período crítico em termos de formação da auto-estima, intervir precocemente, ao nível da Educação e Promoção da Saúde, afigura-se como uma estratégia preventiva com resultados benéficos para o adolescente, a família e a comunidade (Matos,

2008). O papel dos pais no equilíbrio e auto-estima alerta para a necessidade de se intervir junto destes, potenciando as características do funcionamento familiar que actuam como factores protectores, prevenindo em simultâneo a emergência de sintomatologia depressiva.

Contudo, para garantir a eficácia de intervenções dirigidas a adolescentes, é fundamental que estas se estruturam de forma a ir de encontro às suas necessidades. A realização de grupos focais, ao criar um espaço onde os adolescentes podem expor ideias e propor estratégias, possibilita que as intervenções se lhes adequem (Naia, Simões, & Matos, 2008), permitindo estruturar intervenções motivadoras, com objectivos de promoção de autonomia, bem-estar, responsabilização e competências de gestão de vida, explicitando consequências e riscos associados.

Este estudo tem várias limitações, sendo a primeira o facto de se tratar de um estudo transversal, o que limita a capacidade explicativa dos resultados. Ao nível dos instrumentos utilizados, verificou-se que alguns itens não foram respondidos, o que pode ter influenciado os restantes resultados obtidos. Por outro lado a amostra é constituída unicamente por adolescentes escolarizados, que frequentam o ensino secundário, sendo que os resultados observados não retratam a realidade de adolescentes não escolarizados ou adolescentes do ensino profissionalizante, tidos como estando em maior risco de se envolverem em comportamentos de risco. Intervenções traçadas com base nos dados deste estudo podem não se adequar a estes adolescentes, pelo que se afigura necessário dedicar uma atenção particular a esta população.

“Investir na saúde do jovem é investir no futuro” (Matos, 2008), pelo que a Promoção da Saúde dos adolescentes deve ser prioritária.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2004). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV/TR. (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, M. Baptista, A. & Dias, R. (2001). Estrutura e Suporte Familiar como Factores de Risco na Depressão de Adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21, 52-61.
- Barbedo, M. & Matos, M. (2009). Fazer mal a Si Próprio. In M. Matos & D. Sampaio (coord.). *Jovens com saúde – Diálogo com uma Geração* (pp. 123-130). Lisboa: Texto Editores.
- Camacho, I. Matos, M. & Diniz, J. (2008). A Família: Factor de Protecção no Consumo de Substâncias. In M. Matos (coord.) *Consumo de Substâncias. Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?* (pp. 165-199). Lisboa: Colecção Estudos-Universidade. Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Diclemente, R. Hansen, W. & Ponton, L. (1996). Adolescents at Risk. A Generation in Jeopardy. In R. Diclemente, W. Hansen & L. Ponton (Ed.). *Handbook of*

- Adolescent Health Risk Behavior (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- Evans, E. Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors Associated with Suicidal Behavior Phenomena in Adolescents: a Systematic Review of Population-Based Studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Gratz, K. (2006). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students. The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 2, 238-250.
- Kovacs, M. & Beck, A. (1977). An Empirical-Clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression. In J. Schulerbrandt & A. Baskin. (Ed.). *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models* (pp. 1-25). New York: Raven Press.
- Lai, K. & Bride-Chang, C. (2001). Suicidal Ideation, Parenting Style and Family Climate Among Hong Kong Adolescents. *International Journal of Psychology*, 36, 81-87.
- Laye-Gindhu, A. & Schornert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal Self-harm among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- Marujo, H. (1994). Síndromas Depressivos na Infância e na Adolescência. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Matos, M. (2008). Adolescência e seus Contextos. O Estudo HBSC/OMS. In M. Matos (coord.) *Consumo de Substâncias. Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?* (pp. 25-43). Lisboa: Coleção Estudos-Universidade. Instituto da Droga e Toxicodpendência.
- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde – Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Melchert, T. & Sayger, T. (1998) The Development of an Instrument for Measuring Memories of Family of Origin Characteristics. *Educational and Psychological Measurement*, 58, 99-118.
- Monteiro, I. Mendonça, L. & Maia, A. (2008). Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Family Background Questionnaire (Questionário de Avaliação dos Cuidados Familiares) em Adultos e Adolescentes. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (coord.). *Actas da XIII Conferência em Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Naia, A. Simões, C. & Matos, M. (2008). Consumo de Substâncias na Adolescência e Espaços de Lazer: Análise Específica do Estudo HBSC de 2002. In M. Matos (coord.) *Consumo de Substâncias. Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?* (pp. 257-281). Lisboa: Coleção Estudos-Universidade. Instituto da Droga e Toxicodpendência.
- Oliveira, A. Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar Morrer para Sobreviver – Olhar sobre o Suicídio Adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 509-521.

- Pavlidis, K. & McCauley, E. (2001). Autonomy and Relatedness in Family Interactions with Depressed Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 11-21.
- Riesch, S. Anderson, L. & Krueger, H. (2006). Parent-Child Communication Process: Preventing Children Health Risk Behavior. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing* 11, 41-56.
- Sheeber, L. Hops, H. Alpert, A. Davis, B. & Andrews, J. (1997). Family Support and Conflict: Prospective Relations to Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.
- Skeeg, K. (2005). Self-Harm. *The Lancet*, 336, 1471-1483.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (1994). *Psicologia do Adolescente: uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Williams, P. Holmbeck, G. & Greenley, R. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Medicine Psychology*, 70, 828-842.
- Yu, S. Clemens, R. Yang, H. Li, X. Stanton, B. Cottrell, L. & Harris, C. (2006). Youth and Parental Perceptions of Parental Monitoring and Parent-Adolescent Communication, Youth Depression and Youth Risk Behaviors. *Social Behavior and Personality*, 34, 1297-1310.

