UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

BRUNO EMANUEL DE TELES PINTO REI

Comportamentos de Risco na Adolescência: Relação com a Agressividade e Perturbação Psicológica

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA

DOUTORA SANDRA CARVALHO BOS

ABRIL/2019

UNIVERSIDADE DE COIMBRA FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

Bruno Emanuel de Teles Pinto Rei[1]

Comportamentos de Risco na Adolescência: Relação com a Agressividade e Perturbação Psicológica

Professora Doutora Maria Del Carmen Bento Teixeira[2]

Doutora Sandra Carvalho Bos[3]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
[2]Clínica Universitária de Pediatria, Hospital Pediátrico Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
[3]Instituto de Psicologia Médica - Faculdade de Medicina

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas……..…….3
Resumo……...4
Abstract……5
Introdução……...6
Materiais e Métodos..……..……..8
Procedimentos……8
Amostra……8
Instrumentos……...9
Análise estatística……..…10
Resultados……11
Questões Sócio-demográficas……..11
Comportamentos de Risco, Agressividade, Ansiedade, Depressão e Auto-dano e Ideação Suicida, por sexo……..……...…12
Comparação das pontuações médias de Agressividade e de Perturbação Psicológica (Ansiedade, Depressão, Auto-Dano, Funções e Ideação Suicida), por grupos de Comportamentos de Risco..……..……14
Análises de Correlação, por sexo.....16
Papel mediador das dimensões de agressividade na relação entre os comportamentos de risco e a perturbação psicológica na adolescência……..……..19
Discussão……...……..22
Agradecimentos……..……...…….27
Bibliografia..……28
Anexos……..……31

LISTA DE ABREVIATURAS

♀ – Sexo Feminino

♂ – Sexo Masculino

1ºQ – Primeiro Quartil

3ºQ – Terceiro Quartil

AQ – Questionário de Agressividade

AQ-AF – AQ - Agressão Física

AQ-AV – AQ - Agressão Verbal

AQ-H – AQ – Hostilidade

AQ-R – AQ – Raiva

AQ-T – AQ - Agressividade Total

C.O. – Casos Omissos

DP – Desvio padrão

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens

EADS-A – EADS – Ansiedade

EADS-D – Depressão

IC – Intervalo de Confiança

M – Média

m – Mínimo

Max – Máximo

Mdn – Mediana

N – Frequência Absoluta

NS – não significativo

QIAIS-A – Questionário de Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência

QIAIS-AD – QIAIS - Auto-dano

QIAIS-F – QIAIS – Funções

QIAIS-IS – QIAIS - Ideação Suicida

RT – Risk-taking

RTSHIA – Questionário de Comportamentos de Risco e Auto-Lesivos em adolescentes

SE – *Statistical Estimation*

SH – Self-harm

RESUMO

Introdução: A Adolescência é definida como o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social do indivíduo e pelos seus esforços em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. Neste período, os comportamentos desajustados como a violência, a adoção de comportamentos de risco (consumo de substâncias psicoativas, o álcool) e os comportamentos auto-lesivos, podem levar a um desenvolvimento psicossocial desadaptado do adolescente, levando, por sua vez, a um maior risco de desenvolver uma doença mental.

Objetivo: Analisar a existência de comportamentos de risco numa amostra de adolescentes de Coimbra e a sua relação com a agressividade, os comportamentos auto-lesivos e a perturbação psicológica.

Material e Métodos: 346 jovens (58,4% raparigas), com idade média de 15,32 anos, de escolas de Coimbra responderam a questionários, contendo questões sociodemográficas, e às versões validadas para Portugal das escalas de Agressividade (AQ), de Comportamentos de Risco e Auto-lesivos (RTSHIA) e de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e ao Questionário de Auto-dano e Ideação Suicida (QIAIS-A). Os dados foram inseridos e analisados no programa SPSS.

Resultados: 14,5% dos adolescentes apresentaram pontuações elevadas na RTSHIA (≥Média + Desvio Padrão) sem diferença por sexo. A RTSHIA correlacionou-se significativamente com a agressividade (em todas as suas dimensões) e com a ideação suicida ($p<0,05$) no sexo feminino; e com a agressividade (em todas as suas dimensões), a ansiedade, a depressão, o auto-dano e a ideação suicida ($p<0,05$) no sexo masculino. As análises mediação revelaram que, no sexo feminino, a agressividade foi mediador parcial da relação entre os comportamentos de risco, e a ideação suicida ($p<0,05$) e, no sexo masculino, na relação entre os comportamentos de risco, e a depressão, a ansiedade e a ideação suicida (todos $p<0,05$).

Discussão: Os nossos resultados mostram que os comportamentos de risco se associam a Perturbação Psicológica, principalmente quando mediados pela agressividade.

Palavras-chave: Adolescent; Aggression; Anxiety; Depression; Risk-taking.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is the transition period between childhood and adulthood. It is characterized by the physical, mental, emotional, sexual and social development of the individual and by their efforts to achieve the goals related to the cultural expectations of the society in which they live. In this period, maladaptive behaviors such as violence, the adoption of risk behaviors (consumption of psychoactive substances, alcohol) and self-injurious behaviors may lead to an adolescent psychosocial development that is inappropriate for the adolescent, leading in turn to a greater risk of developing a mental illness.

Objective: To analyze the existence of risk behaviors in a sample of Coimbra adolescents and their relation with aggressiveness, self-injurious behaviors and psychological disturbance.
Material and Methods: 346 youngsters (58.4% girls) as the average age 15.32 years Coimbra schools answered a questionnaire containing sociodemographic questions and the validated versions for Portugal of the Aggressiveness (AQ), Risk and Self Behavior scales (RTSHIA) and Anxiety, Depression and Stress (EADS-21) and the Self-Damage and Suicidal Ideation Questionnaire (QIAIS-A). The data was processed using the SPSS software.

Results: 14.5% of the adolescents presented high scores in RTSHIA (≥ Mean + Standard Deviation) without gender differences. RTSHIA correlated significantly with aggression (in all its dimensions) and with suicidal ideation ($p<0.05$) in females; and with aggressiveness (in all its dimensions), anxiety, depression, self-harm and suicidal ideation ($p<0.05$) in males. The mediation analysis revealed in females that aggressiveness was a partial mediator of the relationship between risk behaviors and suicidal ideation ($p<0.05$), while in males, aggressiveness was a partial mediator between risk behaviors and depression, anxiety and suicidal ideation (all $p<0.05$).

Discussion: Our results show that risk behaviors are associated with Psychological Disorder, especially when mediated by aggression.

Keywords: Adolescent; Aggression; Anxiety; Depression; Risk-taking.

INTRODUÇÃO

A Adolescência é definida como o período de transição entre a infância e a vida adulta e é caracterizada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social de um indivíduo e pela capacidade que este tem de tentar atingir determinadas espectativas correspondentes aos padrões da sociedade em que vive. Inicia-se com a puberdade e termina com a consolidação da personalidade do indivíduo, com a sua inserção num grupo social e progressiva independência económica. É enquadrada na faixa etária que vai desde os 10 aos 19 anos, segundo a Organização Mundial de saúde.[1]

Neste período do desenvolvimento humano, os comportamentos desajustados como a violência, adoção de comportamentos de risco, como o consumo de substâncias psicoativas e de álcool, e os comportamentos auto-lesivos, por vezes com risco suicidário, podem levar a um desenvolvimento psicossocial desadaptado do adolescente, levando, por sua vez, a um maior risco de desenvolver uma doença mental.[2] Segundo dados da OMS, cerca de 10 a 20% dos adolescentes europeus poderão desenvolver algum transtorno mental, onde a depressão e ansiedade adquirem um grande relevo.[3]

Importa, no âmbito deste trabalho, apresentar alguns conceitos nele abordados, nomeadamente a agressividade, a ansiedade, a depressão, comportamentos de risco e auto-lesivos e a ideação suicida.

A Agressividade é um traço de personalidade que pode apresentar várias formas de expressão, podendo visar maioritariamente o inferir dano, destruir, coagir ou humilhar o outro.[4]

A Ansiedade pode ser definida como uma reação adaptativa executada pelo nosso organismo, a qual se define por respostas fisiológicas, que se expressam como um estado de vigília, alerta~~,~~ ou ativação relativamente a um indício de perigo, podendo este ser real ou percebido, ou a uma intimidação física ou psicológica.[5] Depressão é a perturbação caraterizada pelo humor triste e anedonia, podendo também ser acompanhada por sentimentos de culpa e baixa auto-estima, falta de concentração, fadiga, insónia ou diminuição do apetite.[6] É mais associada ao sexo masculino na infância, sofrendo uma transição para o sexo feminino durante a puberdade.[7]

Dentro da Perturbação Psicológica, a Ansiedade e a Depressão têm sido alvo de estudo na adolescência associadas às perturbações do comportamento alimentar, ao *Bullying*, à maturação psicossocial e à adoção de Comportamentos de Risco.[8]

Os comportamentos de risco podem ser definidos como a realização e participação, por parte do adolescente, em ações que possam por em perigo a sua saúde ou vida. Podem ser iniciadas quer pela curiosidade habitual desta idade ou incitado pelos seus pares, como amigos ou pais, os quais se podem perpetuar, originando consequências a vários níveis, quer seja familiar, social ou individual, no caso de não serem reconhecidos precocemente.[9] Os

seus resultados podem levar a consequências desagradáveis e indesejadas, podendo ocorrer em qualquer fase da vida, estando, no entanto, associados a alguns traços de impulsividade e falta de discernimento, ocorrendo mais na adolescência, pela própria imaturidade que a caracteriza.[10]

Os comportamentos auto-lesivos são considerados um problema de saúde pública que tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente em adolescentes. Dentro destes, o comportamento suicida representa a segunda causa de morte na adolescência, logo após os acidentes rodoviários.[11] Assim, faz todo o sentido estudar a ideação suicida nos adolescentes, na medida que têm maior capacidade cognitiva e que já dispõem também de alguma autonomia, o que facilita o planeamento e a realização da ação quando existe pretensão suicida.

Após pesquisa sobre o tema, constatou-se que existem publicações sobre a agressividade, ideação suicida, comportamentos de risco, depressão, entre outros, na adolescência,[7,10,12–14] mas não existe de momento, que seja do nosso conhecimento, um estudo que relacione todos estes conceitos e que avalie a existência de relação dos mesmos na população portuguesa.

Pretende-se, com este trabalho, efetuar um estudo sobre os comportamentos de risco numa amostra de adolescentes de Coimbra e conhecer a sua relação com a agressividade, com os comportamentos auto-lesivos e ideação suicida e com a perturbação psicológica.

De modo a atingir o objetivo supra mencionado, propõe-se a realização de um estudo transversal com base no preenchimento de questionários, contendo questões sociodemográficas, assim como as versões validadas para Portugal das escalas de: Agressividade (AQ),[4] de Comportamentos de Risco e Auto-lesivos (RTSHIA),[10] de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)[15] e o Questionário Avaliação Auto-dano e Ideação suicida na Adolescencia (QIAIS-A).[11]

MATERIAIS E MÉTODOS

Procedimentos

O estudo encontra-se inserido no Projeto "Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar" e foi financiado pela Direção Geral de Saúde. Foi aprovado pela Comissão de Ética do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo 1) e a Comissão Nacional de Dados pela Direção Geral de Educação e os Diretores das Escolas envolvidas.

Neste estudo transversal, observacional e descritivo aplicámos questionários a adolescentes de 6 escolas públicas ou privadas da cidade de Coimbra (escolhidas aleatoriamente) durante o primeiro trimestre do ano letivo de 2016/2017. Obtivemos autorização dos respetivos encarregados de educação para a participação dos seus educandos na investigação.

Amostra

Participaram no estudo adolescentes entre os 10 e os 18 anos, que frequentavam a escola do 5º ano ao 12º ano. Obtiveram-se 772 questionários respondidos. Para o nosso estudo selecionámos apenas os adolescentes que: a) preencheram o questionário RTSHIA (The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents de Vrouva *et al.,* 2010), válido para indivíduos com ou mais de 14 anos (n=346) e que b) tivessem no máximo 18 anos de idade. Obtivemos assim uma amostra de 346 indivíduos (M=15,32 e DP=1,193), dos quais 201 (58,4%) são do sexo feminino e 143 (41,6%) do sexo masculino, sendo que dois adolescentes não especificaram o sexo. Encontravam-se a frequentar desde o 9º ao 12º ano de escolaridade 318 alunos. Os restantes 28 estavam a frequentar anos inferiores, sendo repetentes ou entrando tardiamente no período de aprendizagem escolar.

Tabela I – Distribuição da amostra por sexo, e por idade

Sexo	**N**	**%**	**Idade**	**N**	**%**
Feminino	201	58,4	**14**	113	32,7
Masculino	143	41,6	**15**	90	26,0
C.O.	2	---	**16**	76	22,0
Total	344	100	**17**	53	15,3
			18	14	4,0
			Total	346	100

Legenda: N – Frequência Absoluta; **%** – Percentagem Válida, **C.O.** – Casos Omissos.

Instrumentos

No projeto "Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar" foram distribuídos e preenchidos diferentes questionários. No contexto deste estudo, foram utilizados, além de questionários sociodemográficos, escalas de avaliação, respondendo os participantes a: "Agressivity Query" (AQ), as dimensões Ansiedade e Depressão da "Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - 21" (EADS-21), a dimensão "Correr Riscos" da "Risk-taking and Self-harm and Inventory for Adolescents" (RTSHIA) e "Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência" (QIAIS-A). Todos os questionários foram validados para a população portuguesa. Os participantes responderam a algumas questões gerais de forma a obter informação sobre as características sociodemográficas da amostra (idade, género, ano de escolaridade, reprovações, nº de horas de sono durante a semana e fim-de-semana, nº de horas de prática de exercício físico e presença de problemas psicológicos) e a quatro questionários que são descritos em seguida.

EADS-21: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais Ribeiro *et al.* 2004).

É uma escala usada para avaliar sintomas associados a ansiedade, depressão e stress, sendo constituída por 21 itens, divididos por três subescalas, cada uma com 7 itens: Ansiedade, Depressão e Stress. Esta última não foi utilizada no nosso trabalho. Todos os itens são avaliados através de uma escala tipo *Likert*, de 4 pontos, que permite registar e frequência dos sintomas ocorridos nos últimos 7 dias (0 - "não se aplicou nada a mim", 1 - "aplicou-se a mim algumas vezes", 2 - "aplicou-se a mim muitas vezes" e 3 - "aplicou-se a mim a maior parte das vezes"). A cotação total da escala pode variar de 0 a 21, sendo o valor mais elevado associado a um estado afetivo mais negativo.

Relativamente à consistência interna, os resultados obtidos por Pais-Ribeiro *et al.* (2004) revelaram alfas de *Cronbach* elevados para as três subescalas (Ansiedade, $\alpha=0.74$; Depressão, $\alpha=0.85$; Stress, $\alpha=0.81$). Os alfas de *Cronbach* obtidos no nosso estudo foram de $\alpha=0.86$ para a subescala Ansiedade e de $\alpha=0.91$ para a subescala Depressão.

QIAIS-A: Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (Castilho *et al., 2012*).

Este questionário permite avaliar o grau de impulsividade, a ocorrência de comportamentos de auto-dano e suas funções assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. É um questionário de auto-resposta constituído por 64 itens, distribuídos ao longo de quatro fatores: A - Impulso (16 itens), B - Auto-dano (14 itens), C - Funções (31 itens) e D - Ideação-suicida (3 itens). A escala de resposta é de tipo *Likert (*4 pontos) variando de "Nunca acontece comigo" (0) a "Acontece-me sempre" (3). O fator C – Funções é de resposta nominal. Devem ser invertidos os itens do módulo Impulso: 6, 9, 13 e 15. Quanto mais alta a pontuação num

dado fator, maior será a atitude em relação a essa componente. A escala original revelou adequadas características psicométricas. A consistência interna total da escala foi de α= 0,90 e os alfas de *Cronbach* para os seus fatores foram: Impulso, α=0,77; Auto-dano, α=0,88; Funções, α=0,94; Ideação suicida, α=0,82. As características psicométricas desta escala na nossa amostra foram semelhantes às descritas anteriormente: Impulso, α=0,81; Auto-dano, α=0,86, Funções, α=0,88 e Ideação Suicida, α=0,79.

RTSHIA: The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (Vrouva *et al.,* 2010).
O Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes é um questionário de auto-resposta constituído por 34 itens que avalia duas dimensões: Risk-Taking (RT) – "correr riscos" (12 itens) e Self-Harm (SH) – "auto-dano" (22 itens). A escala de resposta é tipo *Likert* de 4 pontos, variando de Nunca (0) a Muitas vezes (3). Os alfas de *Cronbach* da versão original foram de α=0,85 para a dimensão "correr riscos" e α=0,93 para a dimensão "auto-dano". Para o nosso trabalho usamos apenas os itens da dimensão "correr riscos" (Alfa de *Cronbach* de α=0,68 na nossa amostra).

AQ: Questionário de Agressividade (Buss & Perry, 1992).
Esta escala é constituída por quatro subescalas: Agressividade Física (9 itens, α=0,38), Agressividade Verbal (5 itens, α=0,68), Raiva (7 itens, α=0,66) e Hostilidade (8 itens, α=0,80). Os valores das diferentes subescalas obtêm-se através da média dos itens que compõem cada subescala e o resultado total resulta da média da soma dos 29 itens. A escala de resposta dos 29 itens é do tipo *Likert* variando entre 1 (Nunca ou quase nunca) e 5 (Sempre ou quase sempre). Na nossa amostra, a consistência interna desta escala foi de α=0,87.

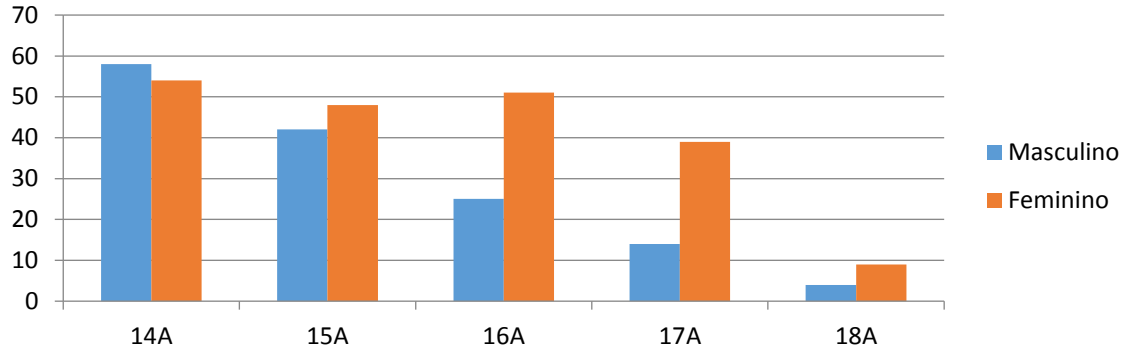
Análise estatística
O tratamento estatístico foi realizado no programa IBM SPSS Statistics, versão 24 para Windows, possibilitando a determinação de estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão, realização de testes de hipótese e de modelos de mediação. Foram efetuadas análises de correlação de *Pearson* para todas as variáveis, excetuando uma em que se efetuou a de *Spearman*, sendo que a classificação da magnitude dos coeficientes foi feita recorrendo ao critério de *Cohen:* até 0,2 – baixa; entre 0,2 e 0,5 – moderada; superior a 0,5 – elevada (20). Para a comparação entre sexos, foi utilizado o teste-t para amostras independentes ou o teste U de Mann-Whitney, quando adequado. Para testar os modelos de mediação múltipla serial foi utilizada a metodologia de *bootstrapping* de *Hayes et al*. e a sua *macro* PROCESS para SPSS, selecionando os modelos 4 e 6. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Questões Sociodemográficas

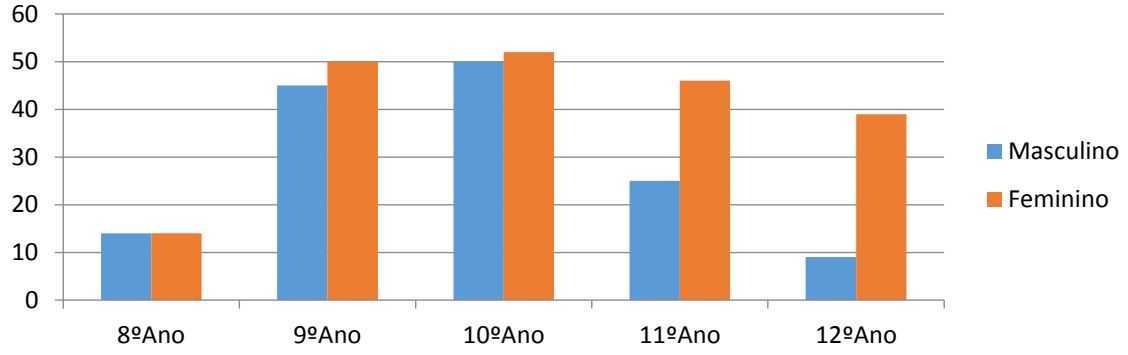
A nossa amostra foi constituída por 346 adolescentes, 58,4% do sexo feminino e 41,6% do sexo masculino, com a mediana da idade de 15 anos, (Amplitude: 14-18) e uma idade média de 15,32 anos.

Figura 1 – Distribuição dos adolescentes por idade e sexo.



Em relação ao Ano Escolar, a mediana foi 10º Ano (Amplitude: 8º-12º), sendo que 7% dos inquiridos reprovaram pelo menos 1 vez.

Figura 2 – Distribuição dos adolescentes por Ano Escolar e sexo.



Em relação ao número de horas de sono, a mediana durante a semana foi de 8 horas (Amplitude 4-12) e de 9 horas ao fim de semana (Amplitude 5 -12).

Verificámos que 49% dos jovens fazem mais de 2 horas de desporto extraescolar por semana e que 5% dos jovens referiram algum problema psicológico diagnosticado, nomeadamente hiperatividade e défice de atenção, ansiedade e depressão.

Comportamentos de Risco, Agressividade, Ansiedade, Depressão e Auto-dano e Ideação Suicida, por Sexo

Pela análise descritiva das variáveis em estudo por sexo (tabela II), aferimos que as raparigas apresentam mais Hostilidade (p=0,006), Ansiedade (p=0,036), Depressão (p=0,029), Auto-dano (p=0,014) e Ideação Suicida (p<0,001) do que os rapazes. Apesar de não ser estatisticamente significativo, os valores máximos de Raiva, Agressão Física, Agressão Verbal e Funções, são observados no sexo feminino. O sexo masculino apresentou pontuações mais elevadas na RTSHIA, no entanto sem significado estatístico (Tabela II).

Tabela II – Comparação das pontuações médias nas variáveis em função do género.

	Sexo	Variação (m-Max)	Média (DP)	Posto médio	1ºQ – 3ºQ	Z	p
RTSHIA	Feminino	0-14	3,17 (3,17)	93,33	1-4	-0,541	0,589
	Masculino	0-14	3,29 (3,02)	97,72	1-4		
AQ – Total	Feminino	39-115	65,63 (17,36)	98,42	51-74	-1,586	0,113
	Masculino	33-99	61,17 (14,67)	85,54	50-71		
AQ – Raiva	Feminino	7-31	14,92 (4,71)	96,58	11-18	-0,506	0,613
	Masculino	7-26	14,60 (4,46)	92,44	12-18		
AQ – Agressão Física	Feminino	14-57	23,16 (5,51)	99,66	19-26	-1,165	0,244
	Masculino	13-33	22,04 (4,13)	90,09	19-25		
AQ – Hostilidade	Feminino	7-31	15,75 (5,47)	104,03	12-19	-2,743	0,006*
	Masculino	7-24	13,51 (4,46)	81,52	10-16,75		
AQ – Agressão Verbal	Feminino	5-22	9,42 (3,73)	96,67	6-11	-0,213	0,832
	Masculino	5-17	9,11 (3,03)	94,92	7-11		
EADS – Ansiedade	Feminino	0-16	3,92 (4,73)	125,95	0-6	-2,099	0,036*
	Masculino	0-17	2,81 (3,69)	107,24	0-4,25		
EADS – Depressão	Feminino	0-21	5,10 (5,16)	126,34	1-8	-2,185	0,029*
	Masculino	0-17	3,91 (4,46)	106,65	0-6,25		
QIAIS – Funções	Feminino	0-24	6,51 (7,12)	29,56	0-11	-1,257	0,209
	Masculino	0-35	4,86 (9,38)	23,43	0-4		
QIAIS – Auto-dano	Feminino	0-28	1,11 (3,08)	101,37	0-1	-2,445	0,014*
	Masculino	0-5	0,29 (0,82)	86,09	0-0		
QIAIS – Ideação Suicida	Feminino	0-8	2,57 (2,21)	108,83	1-4	-4,316	<0,001*
	Masculino	0-7	1,33 (1,72)	74,14	0-2		

Legenda: m – Mínimo, **Max** – Máximo, **DP** – Desvio padrão, **1ºQ** – Primeiro Quartil, **3ºQ** – Terceiro Quartil, *p<0,05.

Pareceu-nos importante caracterizar mais profundamente a Escala de Comportamentos de Risco (RTSHIA) através dos 12 itens, visto que os múltiplos estudos referem que há diferenças por sexo. Apesar da comparação da pontuação total da Escala não ter revelado diferenças, a comparação dos itens da escala revelou uma pontuação média significativamente mais elevada no sexo masculino no item *"Correste riscos durante a prática do teu hobby / passatempo (ex. não usar capacete ou outros equipamentos de segurança, ou fazer acrobacias perigosas com o skate/bicicleta"* (Raparigas: 0,64±0,912 *vs.* Rapazes: 1,21±0,989; *t*=-4,08 (*p*< 0,01). Nos restantes itens da escala não se verificaram diferenças estatisticamente significativas por sexo (Tabela III).

Tabela III – Comparação das médias da escala RTSHIA, por sexos (teste *t-student*)

	Sexo	**M**	**DP**	***t***	**sig.**
RTSHIA_1	Feminino	0,64	0,91	-4,08	<0,001*
	Masculino	1,22	0,99		
RTSHIA_2	Feminino	0,33	0,72	0,89	0,373
	Masculino	0,25	0,57		
RTSHIA_3	Feminino	1,04	0,98	0,29	0,771
	Masculino	1,00	0,97		
RTSHIA_4	Feminino	0,04	0,27	-0,67	0,504
	Masculino	0,07	0,25		
RTSHIA_5	Feminino	0,12	0,44	1,67	0,097
	Masculino	0,04	0,20		
RTSHIA_6	Feminino	0,03	0,18	-1,18	0,240
	Masculino	0,08	0,33		
RTSHIA_7	Feminino	0,03	0,26	-0,53	0,600
	Masculino	0,06	0,29		
RTSHIA_8	Feminino	0,09	0,39	0,46	0,642
	Masculino	0,07	0,31		
RTSHIA_9[a)]	Feminino	0,00	0,00	---	---
	Masculino	0,00	0,00		
RTSHIA_10	Feminino	0,32	0,69	1,04	0,300
	Masculino	0,22	0,61		
RTSHIA_11	Feminino	0,08	0,32	0,46	0,346
	Masculino	0,06	0,29		
RTSHIA_12	Feminino	0,42	0,83	1,79	0,075
	Masculino	0,24	0,57		

a) o *t* não pôde ser calculado, pois o desvio padrão de ambos os grupos foi 0.

Legenda: M – Média; **DP** – Desvio padrão; **sig.** – Sinificância; * *p*<0,05.

Comparação das Pontuações médias de Agressividade e da Perturbação Psicológica (Ansiedade, Depressão, Auto-dano, Funções e Ideação Suicida) por grupos de Comportamento de Risco

Formámos 2 grupos de Comportamentos de Risco: Comportamentos de Risco Baixo (<M+DP) e Comportamentos de Risco Elevado (≥M+DP) para verificar se existiam diferenças nas pontuações médias da Agressividade e a Perturbação Psicológica em ambos os sexos. Para a realização destas análises recorremos ao teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*. (Tabelas II, IV e V).

Tabela IV – Pontuações Médias de Agressividade e de Perturbação Psicológica por grupos de Comportamentos de Risco no sexo feminino – (U de *Mann-Whitney*).

	RTSHIA	M	Mdn	1ºQ - 3ºQ	DP	Posto Médio	U	p
AQ – Raiva	<M+DP	14,26	14	11-17	4,49	53,63	217,5	<0,001*
	≥M+DP	19,92	20	17-24	3,80	92,27		
AQ – Agressão Física	<M+DP	22,69	22	19-25,25	5,41	55,54	412,5	0,010*
	≥M+DP	26,57	27	20,75-30,25	5,67	80,04		
AQ – Hostilidade	<M+DP	15,06	14	11-18	5,05	54,70	326,5	0,001*
	≥M+DP	20,86	19,5	16,5-26	6,25	86,21		
AQ – Agressão Verbal	<M+DP	8,75	8	6-10	3,07	53,99	253,5	<0,001*
	≥M+DP	13,93	12,5	9,75-18,75	5,00	91,39		
EADS – Ansiedade	<M+DP	3,57	2	0-6	4,09	51,13	384,5	0,683
	≥M+DP	4,56	4	0-8,5	5,48	55,28		
EADS – Depressão	<M+DP	4,72	3	1-7,5	5,05	50,53	328	0,282
	≥M+DP	5,78	4	2,5-10,5	4,24	61,56		
QIAIS – Funções	<M+DP	6,70	5	5-11	6,91	21,85	104	0,350
	≥M+DP	5,75	1	0-15,75	8,43	17,50		
QIAIS – Auto-dano	<M+DP	1,12	0	0-1	3,26	56,27	532	0,069
	≥M+DP	1,21	1	0-1,5	1,63	70,46		
QIAIS – Ideação Suicida	<M+DP	2,41	2	1-4	2,08	56,32	492	0,057
	≥M+DP	3,86	3	1,75-6	2,77	74,36		

Legenda: – Sexo feminino, **M** – Média, **DP** – Desvio padrão, **Mdn** – Mediana, **1ºQ** – Primeiro Quartil, **3ºQ** – Terceiro Quartil, *p<0,05.

No sexo feminino (Tabela IV) observámos resultados estatisticamente significativos, que nos permitem afirmar que as adolescentes com mais Comportamentos de Risco (≥M+DP), também apresentam pontuações médias mais elevadas na agressividade em todas as suas dimensões: AQ – Raiva (14,26±4,49 *vs* 19,92±3,80; U=217,5; p<0,001), AQ – Agressão Física

(22,69±5,41 *vs* 26,57±5,67; U=412,5; p=0,010), AQ – Hostilidade (15,06±5,05 *vs* 20,86±6,25; U=326, p=0,001) e AQ – Agressão Verbal (8,75±3,07 *vs* 13,93±5,00; U=253,5, p<0,001). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos domínios da Perturbação Psicológica (Ansiedade, Depressão, Funções, Auto-dano e Ideação Suicida).

Tabela V – Pontuações Médias de de Agressividade e de Perturbação Psicológica por grupos de Comportamentos de Risco no sexo masculino – (U de *Mann-Whitney*).

♂	RTSHIA	M	Mdn	1ºQ - 3ºQ	DP	Posto Médio	U	p
AQ – Raiva	<M+DP	14,10	13	11 - 17	4,20	34,12	133,5	0,031*
	≥M+DP	18,38	19	13-23,25	5,13	50,81		
AQ – Agressão Física	<M+DP	21,52	22	19-25	3,78	34,20	138,5	0,013*
	≥M+DP	25,89	26	22-30	4,81	52,61		
AQ – Hostilidade	<M+DP	12,95	12	10-16	4,03	33,40	18	0,005*
	≥M+DP	18,00	19	14-22,5	4,90	53,89		
AQ – Agressão Verbal	<M+DP	8,73	8	7-11	2,60	34,71	171	0,054
	≥M+DP	11,89	10	7,5-16,5	4,48	49,00		
EADS – Ansiedade	<M+DP	1,88	1	0-2	3,10	31,13	147	0,259
	≥M+DP	3,71	1	0-8	4,64	39,00		
EADS – Depressão	<M+DP	2,64	1	0-3	3,56	30,29	100,5	0,032*
	≥M+DP	7,57	7	1-14	6,43	45,64		
QIAIS – Funções	<M+DP	2,88	2	0-3	4,29	7,38	23	0,894
	≥M+DP	7,50	1,5	0-14	13,72	7,67		
QIAIS – Auto-dano	<M+DP	0,13	0	0-0	0,38	34,35	148	<0,001*
	≥M+DP	1,44	1	0-3	1,81	51,56		
QIAIS – Ideação Suicida	<M+DP	1,21	1	0-2	1,58	35,63	229	0,326
	≥M+DP	2,22	2	0-4	2,54	42,56		

Legenda: ♂ – Sexo masculino, **M** – Média, **DP** – Desvio padrão, **Mdn** – Mediana, **1ºQ** – Primeiro Quartil, **3ºQ** – Terceiro Quartil, *p<0,05.

Relativamente ao sexo masculino (Tabela V), registaram-se igualmente resultados estatisticamente significativos, o que demonstra que os adolescentes que têm mais comportamentos de risco (≥M+DP), também têm pontuações médias mais elevadas na Agressividade: [AQ – Raiva (14,10±4,20 *vs* 18,38±5,13; U=133,5; p =0,31), AQ – Agressão Física (21,52±3,78 *vs* 25,89±4,81; U=138,5; p=0,013), AQ – Hostilidade (12,95±4,03 *vs* 18,00±4,90; U=118; p=0,005)] e pontuações médias mais elevadas nos domínios da Perturbação Psicológica, nomeadamente na Depressão (2,64±3,56 *vs* 7,57±6,43; U=100,5; p=0,032*) e QIAIS – Auto-dano (0,13±0,38 *vs* 1,44±1,81; U=148; p<0,001).

Análises de Correlação por sexo

Foram realizadas análises de correlação entre os comportamentos de risco (RTSHIA), com as restantes dimensões presentes no estudo: a Agressividade, tanto individualmente em cada uma das suas dimensões (Raiva, Agressão Física, Hostilidade e Agressão Verbal), a Ansiedade e a Depressão, bem como a Funções, Auto-dano e Ideação Suicida. Para tal usámos a correlação de *Pearson,* o qual nos permite medir o grau das correlações, considerando-se baixo de 0 até 0,20, moderado entre 0,20 e 0,50, e elevado a partir de 0,50, indicando ainda a direção da mesma, a qual pode ser negativa ou positiva.

Tabela VI – Correlação entre as várias dimensões no sexo feminino.

	RTSHIA									
AQ-T	0,462**	**AQ-T**								
AQ-R	0,378**	0,866**	**AQ-R**							
AQ-AF	0,345**	0,775**	0,518**	**AQ-AF**						
AQ-H	0,331**	0,892**	0,740**	0.527**	**AQ-H**					
AQ-AV	0,437**	0,885**	0,731**	0.590**	0,770**	**AQ-AV**				
EADS-A	0,170	0,467**	0,375**	0,258**	0,449**	0,491**	**EADS-A**			
EADS-D	0,149	0,557**	0,458**	0,400**	0,488**	0,479**	0,720**	**EADS-D**		
QIAIS-F	-0,004	0,393*	0,455**	0,160	0,369*	0,391*	0,264	0,222	**QIAIS-F**	
QIAIS-AD	-0,008	0,374**	0,266**	0,259**	0,361**	0,380**	0,225*	0,283**	0,411**	**QIAIS-AD**
QIAIS-IS	0,287**	0,533**	0,492**	0,340**	0,571**	0,432**	0,451**	0,672**	0,390*	0,163

Legenda: AQ-T – AQ - Agressividade Total, **AQ-R** – AQ - Raiva, **AQ-AF** – AQ - Agressão Física, **AQ-H** – AQ - Hostilidade, **AQ-AV** – AQ - Agressão Verbal, **EADS-A** – EADS - Ansiedade, **EADS-D** Depressão, **QIAIS-F** – QIAIS - Funções, **QIAIS-AD** – QIAIS - Auto-dano, **QIAIS-IS** – QIAIS - Ideação Suicida, * – p<0,05, ** – p<0,01.

Correlações no sexo Femino (Tabela VI**)**

A **RTSHIA** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau moderado, com a Agressividade Total, Raiva, Hostilidade, Agressão física, Agressão verbal e Ideação Suicida.

A **Agressividade Total** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de elevado grau na Depressão e Ideação Suicida e de grau moderado, igualmente positivas, na Ansiedade, Funções e Auto-dano.

A **Raiva** demonstrou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Hostilidade e de grau moderado com a Ansiedade, Depressão, Funções, Auto-dano e Ideação Suicida.

A **Agressão Física** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau moderado com a Ansiedade, Depressão, Auto-dano e Ideação Suicida.

A **Hostilidade** demonstrou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Ideação Suicida de grau moderado com a Ansiedade, Depressão, Funções e Auto-dano.

A **Agressão Verbal** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e moderadas com a Ansiedade, Depressão, Funções, Auto-dano e Ideação Suicida.

A **Ansiedade** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau moderado com o Auto-dano e a Ideação Suicida.

A **Depressão** demonstrou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Ideação Suicida, e de grau moderado com o Auto-dano.

Correlações no sexo Masculino (Tabela VII**)**

A **RTSHIA** apresenta correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau moderado com a Agressividade Total, Raiva, Agressão física, Hostilidade, Agressão Verbal, Ansiedade, Depressão, Auto-dano e Ideação Suicida.

A **Agressividade Total** demonstrou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Depressão e a Funções e correlações de grau moderado com a Ansiedade e Ideação Suicida.

A **Raiva** demonstra correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau moderado com a Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida.

A **Agressão Física** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Funções e de grau moderado com a Ansiedade, Depressão, Auto-dano e Ideação Suicida.

A **Hostilidade** demonstrou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Ideação Suicida e de grau moderado com a Ansiedade.

A **Agressão Verbal** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Funções e de grau moderado com a Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida.

A **Ansiedade** apresentou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Ideação Suicida.

A **Depressão** demonstrou correlações estatisticamente significativas, positivas e de grau elevado com a Funções e Ideação Suicida e de grau moderado com o Auto-dano.

Tabela VII – Correlações entre as várias dimensões no sexo masculino

	RTSHIA									
AQ-T	0,437**	**AQ-T**								
AQ-R	0,348**	0,917**	**AQ-R**							
AQ-AF	0,328**	0,809**	0,662**	**AQ-AF**						
AQ-H	0,400*	0,917**	0,803**	0,615**	**AQ-H**					
AQ-AV	0,425**	0,819**	0,720**	0,477**	0,714**	**AQ-AV**				
EADS-A	0,273*	0,489**	0,420**	0,444**	0,432**	0,369**	**EADS-A**			
EADS-D	0,426**	0,546**	0,421**	0,359**	0,560	0,319*	0,749**	**EADS-D**		
QIAIS-F	0,214	0,772**	0,513	0,759**	0,478	0,690**	0,662	0,695*	**QIAIS-F**	
QIAIS-AD	0,320**	0,210	0,161	0,237*	0,161	0,165	0,215	0,317*	0,744**	**QIAIS-AD**
QIAIS-IS	0,234*	0,489**	0,386**	0,275*	0,504**	0,350**	0,536**	0,646**	0,350	0,147

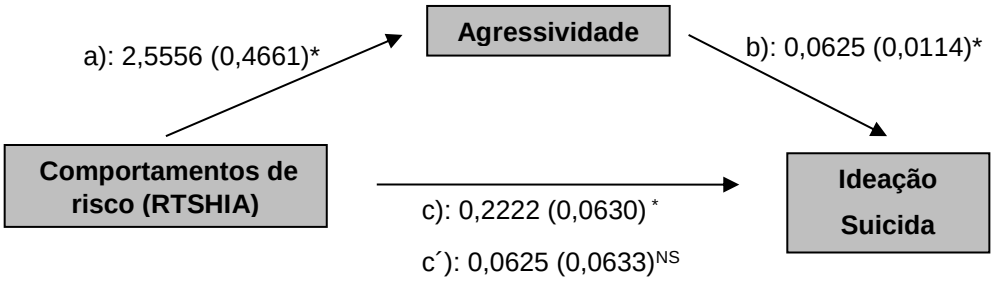
Legenda: AQ-T – AQ - Agressividade Total, **AQ-R** – AQ - Raiva, **AQ-AF** – AQ - Agressão Física, **AQ-H** – AQ - Hostilidade, **AQ-AV** – AQ - Agressão Verbal, **EADS-A** – EADS - Ansiedade, **EADS-D** - Depressão, **QIAIS-F** – QIAIS - Funções, **QIAIS-AD** – QIAIS - Auto-dano, **QIAIS-IS** – QIAIS - Ideação Suicida, * – p<0,05, ** – p<0,01.

Papel mediador das dimensões de agressividade na relação entre os comportamentos de risco e a perturbação psicológica na adolescência

Sexo Feminino

Tendo em conta o padrão de correlações no sexo feminino (Tabela VI) foi testado um modelo de mediação simples, em que o preditor foi comportamentos de risco (RTSHIA), o *outcome* a perturbação psicológica (Ideação Suicida) e o mediador foi a agressividade.

Modelo I: Papel mediador da Agressividade na relação entre os Comportamentos de Risco e a Ideação Suicida.



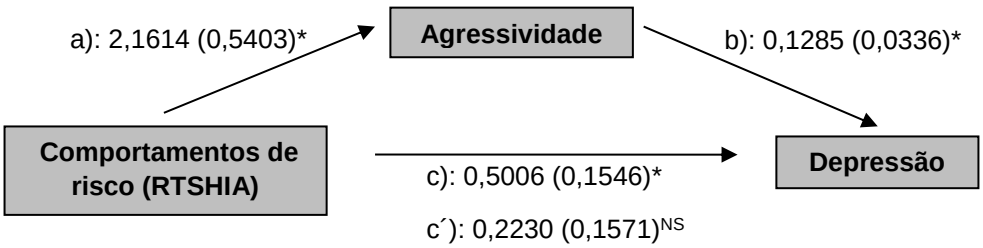
Legenda: NS – não significativo; * – p<0,05

O efeito total do modelo (c) revelou-se significativo. O efeito direto (c´) não demostrou significância. O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=0,1596, *SE*=0,1627, IC: 95%=0,0739 até 0,2798). O modelo total explicou 29,2% da variância da Ideação Suicida.

Sexo Masculino

Tendo em conta o padrão de correlações anteriormente descrito (Tabela VII) foram testados modelos de mediação simples, nos quais o preditor foi os comportamentos de risco (RTSHIA), o *outcome* a perturbação psicológica (Ansiedade, Sintomatologia Depressiva, Auto-dano e Ideação Suicida) e o mediador foi a agressividade.

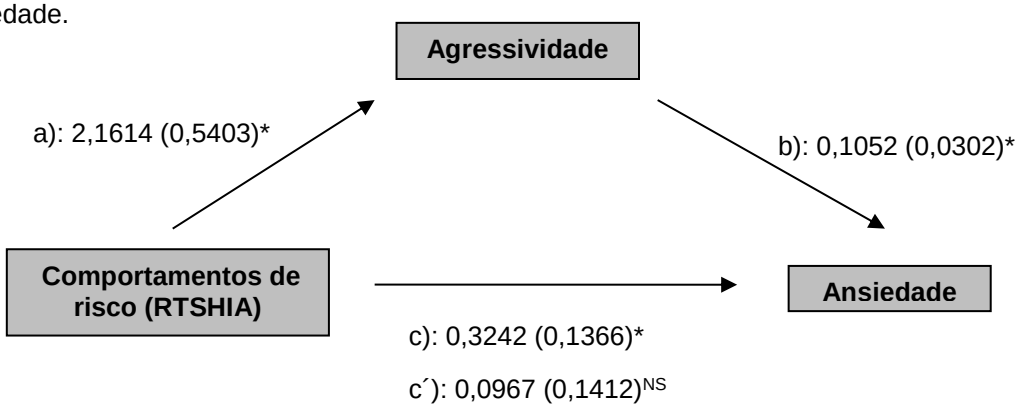
Modelo II: Papel mediador da Agressividade na relação entre os Comportamentos de Risco e a Depressão.



Legenda: NS – não significativo; * – p<0,05

O efeito total do modelo (c) revelou-se significativo. O efeito direto (c´) não demostrou significância. O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=0,2776, *SE*=0,1315, IC: 95%=0,0713 até 0,6086). O modelo total explicou 32,2% da variância da Sintomatologia Depressiva.

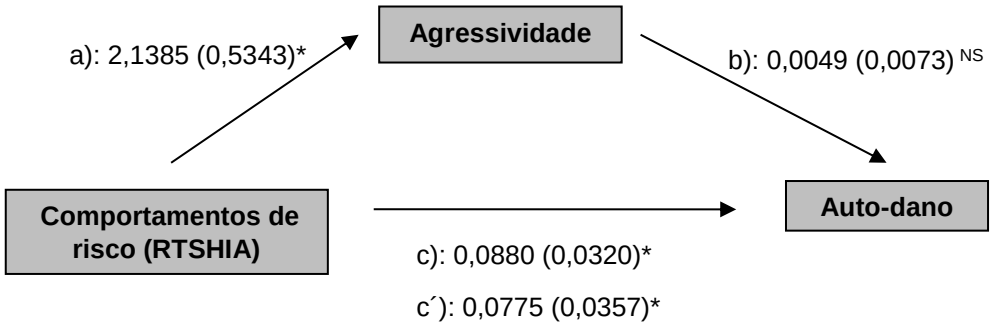
Modelo III: Papel mediador da Agressividade na relação entre os Comportamentos de Risco e a Ansiedade.



Legenda: NS – não significativo; * – p<0,05

O efeito total do modelo (c) revelou-se significativo, no entanto o efeito direto (c´) não revelou significância. O efeito indireto também demonstrou significância (*coeficiente*=0,2274, *SE*=0,0970, IC: 95%=0,0737 até 0,4617). O modelo total explicou 24,5% da variância da Ansiedade.

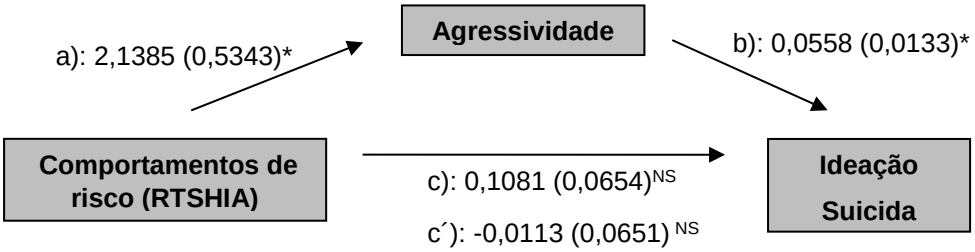
Modelo IV: Papel mediador da Agressividade na relação entre os Comportamentos de Risco e o Auto-dano.



Legenda: NS – não significativo; * – p<0,05.

O efeito total do modelo (c) revelou-se significativo, assim como o efeito direto (c´). O modelo apresentou um efeito indireto não significativo (*coeficiente*=0,0105, *SE*=0,0100, IC: 95% =-0,0125 até 0,0770). O modelo total explicou 10,6% da variância do Auto-dano.

Modelo V: Papel mediador da Agressividade na relação entre os Comportamentos de Risco e a Ideação Suicida.



Legenda: NS – não significativo; * – p<0,05

Tanto o efeito total (c) como o efeito direto (c´) não revelaram significância. No entanto, o modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=0,1194, *SE*=0,1207, IC 95%=0,0407 até 0,2306). O modelo total explicou 23,9% da variância da Ideação Suicida.

Tabela VII – Efeitos total, direto e indireto dos modelos de mediação – Sexo Masculino.

	Coeficiente	SE	*p*	Bootstrapping	
				Inferior	Superior
Modelo de mediação II – *Depressão*					
Efeito total	0,5006	0,1546	0,002	0,1913	0,8100
Efeito direto	0,2230	0,1571	0,161	-0,0915	0,5375
Efeito indireto	0,2776	0,1315		0,1611	0,6086
Modelo de mediação III – Ansiedade					
Efeito total	0,3242	0,1366	0,020	0,0508	0,5975
Efeito direto	0,0967	0,1412	0,496	-,1860	0,3795
Efeito indireto	0,2274	0,0970		0,0737	0,4617
Modelo de mediação IV – Auto-dano					
Efeito total	0,0880	0,0320	0,008	0,0242	0,1518
Efeito direto	0,0775	0,0357	0,034	0,0062	0,1487
Efeito indireto	0,0105	0,0100		-0,0125	0,0770
Modelo de mediação V – Ideação Suicida					
Efeito total	0,1081	0,0654	0,102	-0,0223	0,2385
Efeito direto	-0,0113	0,0651	0,863	-,1412	0,1187
Efeito indireto	0,1194	0,1207		0,0407	0,2306

Legenda: SE: *Statistical Estimation*; NS – não significativo; * – p<0,05

DISCUSSÃO

O objetivo principal do estudo foi conhecer a presença de comportamentos de risco na nossa amostra (adolescentes, entre os 14-18 anos, que frequentavam instituições de ensino na área de Coimbra), e caracterizá-los relativamente à agressividade e à perturbação psicológica. A literatura refere a existência de diferenças por sexo nos comportamentos de risco, sendo estes mais frequentes no sexo masculino[8], pelo que decidimos efetuar todas as análises em ambos os sexos. Para efeitos de uma melhor compreensão, analisa-se a discussão segundo a mesma ordem apresentada nos resultados.

Não observámos diferenças estatisticamente significativas por sexo nos comportamentos de risco, analisando a RTSHIA no seu todo, o que é compatível com o estudo em que foi desenvolvida a escala.[10] No entanto, em outros estudos que analisam os comportamentos de risco usando outras ferramentas, encontraram-se diferenças por sexo.[8,16,17,18] Após uma análise mais cuidada da escala RTSHIA em cada uma das suas questões, verificou-se que no item 1, correspondente a *"Correste riscos durante a prática do teu hobby / passatempo (ex. não usar capacete ou outros equipamentos de segurança, ou fazer acrobacias perigosas com o skate/bicicleta"*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,001$), tendo os rapazes mais comportamentos de risco nesta área, não sendo estas verificadas nos outros itens. Este comportamento de risco mais exacerbado neste item é encontrado noutros estudos, sendo mais frequente no sexo masculino, associando-se ao maior exibicionismo evidenciado pelos rapazes na adolescência para se demonstrarem aos seus pares. [13,16,19]

Constatou-se que as raparigas estão mais associadas a comportamentos relacionados com a Hostilidade ($p=0,006$), Ansiedade ($p=0,036$), Depressão ($p=0,029$), Auto-dano ($p=0,014$) e Ideação Suicida ($p<0,001$).

A Ansiedade e a Depressão estão descritas como sendo mais frequentes nas adolescentes, podendo relacionar-se com o facto de serem mais sensíveis às alterações hormonais durante a puberdade, altura em que também existe maior crispação entre os adolescentes e os seus familiares, sendo que as raparigas sofrem mais com esses conflitos e com relacionamentos característicos da faixa etária estudada, o que pode justificar a maior incidência de sintomas depressivos.[20,14]

O Auto-dano e a Ideação suicida apresentaram resultados discordantes a um trabalho realizado na população açoriana, com a mesma escala, no que se refere à diferença de sexos, existindo diferenças estatisticamente significantes na dimensão Auto-dano no nosso trabalho, no entanto, essas diferenças não foram observadas nesse estudo. Já na dimensão Ideação Suicida existem diferenças estatisticamente significativas em ambos os trabalhos e verifica-se uma maior prevalência no sexo feminino, o qual apresenta valores médios superiores ao do nosso estudo, que podem ser explicados pela incidência de Ideação Suicida ser mais

elevada nos Açores do que em Portugal Continental.[11] Relativamente ao Auto-dano, há evidência controversa, no sentido em que há estudos que apresentam diferenças estatisticamente significativas entre sexos, enquanto outros são concordantes com o nosso, isto ainda enviesado pelo facto de se conhecer que as raparigas reportam mais facilmente este tipo de comportamentos que os rapazes, podendo conduzir a uma subestimação da real magnitude desta dimensão no sexo masculino.[21]

Para comparar os adolescentes que apresentaram mais comportamentos de risco com os restantes, criámos dois grupos com a RTSHIA (<M+DP vs ≥M+DP) e comparámos estes dois, por sexo com as restantes dimensões, observando-se que aqueles com comportamentos de risco mais elevados (≥M+DP), apresentaram diferenças para os que tinham um comportamento de risco mais baixo (<M+DP), em ambos os sexos e em várias dimensões. Concluímos que no sexo feminino as adolescentes que apresentam mais comportamentos de risco estão somente associadas a atitudes e comportamentos mais agressivos (Raiva, p<0,001, Agressão Física, p=0,010, Hostilidade, p=0,001 e Agressão Verbal, p<0,001), não estado estas associadas a maior incidência de ideação suicida, auto-dano, depressão ou ansiedade. Já os rapazes, ao contrário do que poderia ser estigmatizado pela opinião pública, além de serem o grupo com mais comportamentos de risco também mais associados com a agressividade (Raiva, p=0,031, Agressão Física, p=0,013, Hostilidade, p=0,005), também estão associados a uma maior prevalência de Depressão, p=0,032, e de Auto-dano, p<0,001, ou seja, aqueles que têm pontuações mais elevadas nos comportamentos de risco, tendem a ter mais sintomatologia depressiva e a terem mais comportamentos auto-lesivos. A agressividade aumentada nos grupos com mais comportamentos de risco é coincidente com a bibliografia apresentada, sendo que quanto maior a raiva, por exemplo, maior é a tendência para adotar mais comportamentos de risco e vice-versa.[22]

Os comportamentos de risco, no sexo feminino apresentaram correlações com a Agressividade, em todas as suas dimensões, tal como noutros estudos[14], em que certos comportamentos, como a desinibição provocada por álcool está associada a uma maior agressividade e com a ideação suicida, que pode estar associada ao ato de pegar numa arma de fogo, por exemplo.[23] Não se correlacionaram significativamente com perturbação psicológica, como a Ansiedade e a Depressão (ao contrário de alguns estudos que sugerem uma estreita relação da mesma com os comportamentos de risco[17]), bem como os comportamentos de Auto-dano. Já o sexo masculino apresentou correlações moderadas com todas as dimensões estudadas, exceto a dimensão das Funções da QIAIS-A, sugerindo que a perturbação psicológica, nomeadamente a Ansiedade e a Depressão, estão mais relacionadas com este, bem como comportamentos de Auto-dano, o que seria mais esperado no sexo feminino, como já foi relatado e referenciado ao longo desta discussão.

Tendo em conta as correlações estudadas em ambos os sexos decidimos realizar estudos de mediação com base num modelo de mediação simples.

No sexo feminino apenas realizámos um modelo de mediação (modelo I), entre as variáveis que apresentaram correlação, pelo que definimos como variável independente os Comportamentos de Risco, como *outcome* a ideação suicida e como mediador destas a Agressividade. O efeito direto dos comportamentos de risco na Ideação Suicida não é estatisticamente significativo. No entanto, o efeito total do modelo revelou-se significativo (IC: 95%=0,0739 até 0,2798), bem como o efeito indireto, portanto a agressividade foi mediadora da relação entre os comportamentos de risco e a ideação suicida, o que corresponde com a evidência encontrada, na qual é referida que o comportamento agressivo foi associado com a Ideação suicida, mesmo quando os fatores de risco como abuso de álcool e drogas eram controlados, o que é compatível com os nossos achados.[17]

Nos estudos de mediação do sexo masculino definimos como variável independente os Comportamentos de Risco e o mediador como Agressividade, mas visto que obtivemos correlações significativas com a Depressão, Ansiedade, Auto-dano e Ideação Suicida, realizámos quatro modelos com estas dimensões como variável dependente de cada um.

No modelo II, usando a Depressão como variável dependente, não se observou significância no efeito direto dos comportamentos de risco sobre a Depressão. Já o efeito total do modelo revelou-se estatisticamente significativo (IC: 95%=0,0713 até 0,6086), bem como o efeito indireto, concluindo-se que a Agressividade foi mediadora da relação entre as variáveis dependente e independente, pelo que os comportamentos de risco por si só não condicionam o aumento significativo da Depressão, mas se estes possuírem já comportamentos agressivos, esta é potenciada, segundo o modelo e os estudos encontrados. Encontrámos evidência no sentido que a depressão e a agressividade permite prever a ocorrência de comportamentos agressivos, sendo estes tão mais frequentes quanto o maior for a agressividade e o grau de Depressão.[18] Há ainda uma forte relação entre os comportamentos de risco, a depressão e a agressividade descrita na literatura, o que nos pode apontar para que a aprendizagem ao nível do controlo da agressividade, nos pode levar a uma diminuição da Depressão, quando efetuada na adolescência, levando, por consequência, à diminuição de comportamentos de risco.[24]

No modelo III, usámos a Ansiedade como variável dependente, não se verificando resultados estatisticamente significativos na mediação direta. Já no efeito total do modelo observaram-se resultados estatisticamente significativos (IC: 95%=0,0737 até 0,4617), assim como no efeito indireto, podendo-se inferir que a Agressividade é mediadora no efeito dos comportamentos de risco sobre a Ansiedade, tendo esta a capacidade de aumentar os seus níveis. No entanto, o que foi possível apurar em estudos, foi que a ansiedade, se acoplada com agressividade, leva a mais comportamentos de risco, o que não é mais que o nosso

modelo de mediação simples com as suas variáveis invertidas, sugerindo que esta é uma relação que pode funcionar em ambos sentidos.[25,26]

No modelo IV, com o Auto-dano como variável dependente, verificaram-se resultados estatisticamente significativos tanto no efeito direto como no efeito total do modelo (IC: 95%=0,0125 até 0,0770), não se observando, no entanto, significância no efeito indireto, pelo que, apesar de os comportamentos de risco exercerem efeito direto estatisticamente significativo sobre a Agressividade, esta não tem efeito direto sobre o Auto-dano. O fato de este modelo ser válido pode ser devido ao Auto-dano nos rapazes estar mais associado com comportamentos mais agressivos, pois estes têm tendência a agredir-se com murros, ou em áreas maiores do corpo, mais violentamente e causando mais dano do que as raparigas, que habitualmente optam pela mutilação, como lacerações da pele com objectos cortantes, sendo mais habitual que, devido a problemas psicossociais ou impulsividade generalizada, estas tenham comportamentos de Auto-dano não tão dependentes da Agressividade, mas do seu estado depressivo, ou ansioso, sendo que poderia ser interessante ver o efeito direto da Depressão, Ansiedade e até da Agressividade no Auto-dano, com os comportamentos de risco como mediadores.[27,28]

No modelo V, usando a Ideação Suicida como variável dependente, verificamos que, ao contrário do que acontece no sexo feminino, não existe efeito direto dos comportamentos de risco sobre a Ideação suicida, nem efeito total do modelo sobre esta. Neste caso apenas temos um efeito indireto significativo (IC: 95%=0,0407 até 0,2306), sendo que a Agressividade influencia também diretamente a Ideação suicida, o que já não é tão compatível com os resultados encontrados no artigo referido anteriormente, uma vez que nesse não foram encontradas diferenças significativas entre sexos.[17]

Algumas limitações que podem ser imputadas a este trabalho são o caracter do estudo, que por ser observacional e transversal não nos possibilita deduzir relações temporais e direcionais de causalidade entre comportamentos de risco, agressividade, depressão, ansiedade, Auto-dano e Ideação Suicida, sendo que poderia ser ultrapassado com uma investigação longitudinal, algo que não encontrámos publicado aquando a elaboração deste trabalho. O facto de os questionários serem muito longos, exigindo um elevado tempo de concentração e disponibilidade dos participantes, podem levar à existência de viés, aquando o seu preenchimento, muito também relacionado com a idade em que se encontram os participantes, sendo uma idade em que é reconhecido ser difícil a captação da sua atenção por longos períodos.[29]

No entanto, um dos pontos fortes deste trabalho é o elevado número de participantes, 344, sendo 201 do sexo feminino e 143 do sexo masculino, escolas escolhidas aleatoriamente, permitindo a generalização de resultados.

Este trabalho vem contribuir para uma área com pouco desenvolvimento na área pediátrica, uma vez que há poucos estudos que relacionem este tipo de comportamentos na adolescência na literatura publicada, principalmente em Portugal.

A adolescência é uma fase crucial do desenvolvimento humano, pois o rápido desenvolvimento biopsicológico e psicossocial que toma lugar durante a segunda década de vida afeta todos os aspetos da vida do indivíduo. Estas alterações fazem da adolescência um período único no decurso da vida, assim como também é uma altura de importância extrema para lançar a base do que será a vida adulta, fazendo dela uma oportunidade única de intervir em comportamentos que se podem perpetuar para toda a vida e em que valerá sempre a pena investir tempo e pesquisa, para melhor a compreender e melhor ajudar esta classe que, sem dúvida, é das em que o ser humano sofre mais alterações em toda a sua componente, quer ela seja biológica, psíquica, social.

Esperamos que a realização deste trabalho possibilite e incentive à pesquisa de mais e melhor informação sobre os comportamentos de risco na adolescência, pois é uma temática ainda pouco explorada e, como observámos neste estudo, pode relacionar-se com psicopatologia, como a Ansiedade e a Depressão, ou mesmo com Ideação Suicida e comportamentos de Auto-dano, que são sempre assunto de debate e até uma causa de morbi-mortalidade crescente no mundo civilizado.[30]

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Carmen Del Bento Teixeira, pela oportunidade de realizar este trabalho, integrado num projeto de tamanha dimensão, pela disponibilidade e amabilidade com que sempre me tratou ao longo do ano em que me acompanha e que, apesar dos meus contratempos e atrasos, nunca desistiu de me motivar para a conclusão deste trabalho, sempre de sorriso fácil e pronto quando nos encontrávamos. Aprendi e cresci muito sobre a sua tutoria. Um muito grande Obrigado!

À Doutora Sandra Carvalho Bos, por toda a ajuda e disponibilidade durante a realização deste trabalho.

À Vanessa Vieira, pelas vezes infindáveis que me ouviu, paciência infinita para me motivar e ajudar em todos os projetos da minha vida e, mais importante que palmadinhas nas costas, por me corrigir em tudo o que faço de mal e ser o diapasão que me orienta no dia a dia, sem nunca me largar a mão.

Às minhas famílias, a de Anadia e a de Coimbra, porque mais sortudo do que aquele que tem uma casa onde morar, é aquele que tem um Lar. E logo eu, fui abençoado com Dois.

BIBLIOGRAFIA

1. EISENSTEIN E. Adolescência: Definições, conceitos e critérios. Adolescência e Saúde . 2005;2(2):1–2. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167#

2. Scott JG, Tunbridge M, Stathis S. The aggressive child. J Paediatr Child Health. 2018;54(10):1165–9.

3. Oliveira G, Saraiva J. Lições de Pediatria Vol. I e II. Vol. II. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2017. Available from: https://digitalis.uc.pt/handle/10316.2/43101

4. Cunha O, Gonçalves R. Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. Lab Psicol. 2012;10(1):3–17.

5. Pinto J, Martins P, Pinheiro T, Oliveira A. Anxiety, Depression and Stress: a Study of Portuguese Adults. Psicol Saúde Doenças. 2015;16(2):148–63. Available from: http://sp-ps.pt/downloads/download_jornal/385

6. Mehler-Wex C, Kolch M. Depression in children and adolescents. [German]. Dtsch Arztebl. 2008;105(9):149–55.

7. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. Análise Psicológica [Internet]. 2012;22(4):667–75. Available from: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/264

8. Pailing AN, Reniers RLEP. Depressive and socially anxious symptoms, psychosocial maturity, and risk perception: Associations with risk-taking behaviour. PLoS One. 2018;13(8):14–6.

9. Feijó RB, Oliveira ÉA de. Comportamento de risco na adolescência. J Pediatr (Rio J). 2001;77(2):125–34. Available from: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf

10. Vrouva I, Fonagy P, Fearon PRM, Roussow T. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: Development and psychometric evaluation. Psychol Assess. 2010;22(4):852–65.

11. Nunes CP de S, Carvalho CB. Auto-Dano e Ideação Suicida na População Adolescente. 2012;169.

12. Cazuza J, Júnior DF. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes Health risk behaviors in adolescents. Rev Bras Cineantropometria e Mov. 2004;2(1):7–12.

13. Park S, Chiu W, Won D. Effects of physical education, extracurricular sports activities, and leisure satisfaction on adolescent aggressive behavior: A latent growth modeling approach. PLoS One. 2017;12(4):1–13.

14. Short MB, Rosenthal SL. Psychosocial development and puberty. Ann N Y Acad Sci. 2008;1135:36–42.

15. Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade , Depressão E Stress (Eads) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. Psicol Saúde Doenças. 2004;5(2):229–39.

16. Croisant SAP, Laz TH, Rahman M, Berenson AB. Gender Differences in Risk Behaviors among High School Youth. Glob Adv Heal Med. 2013;2(5):16–22.

17. Heger JP, Brunner R, Parzer P, Fischer G, Resch F, Kaess M. [Depression and risk behavior in adolescence]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2014;63(3):177–99.

18. Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Allen KA, Mohammadi S. The relationship between anxiety, depression and risk behaviors in adolescents. Int J Adolesc Med Health. 2017;

19. Bina M, Graziano F, Bonino S. Risky driving and lifestyles in adolescence. Accid Anal Prev. 2006;38(3):472–81.

20. Lewis AJ, Kremer P, Douglas K, Toumborou JW, Hameed MA, Patton GC, et al. Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. Aust J Psychol. 2015;67(3):131–9.

21. Xavier A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Daily Peer Hassles and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: Gender Differences in Avoidance-Focused Emotion Regulation Processes. J Child Fam Stud. 2018;27(1):59–68. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s10826-017-0871-9

22. Deffenbacher JL, Deffenbacher DM, Lynch RS, Richards TL. Anger, aggression, and risky behavior: A comparison of high and low anger drivers. Behav Res Ther. 2003;41(6):701–18.

23. Schick A, Cierpka M. Risk factors and prevention of aggressive behavior in children and adolescents. J Educ Res. 2016;8(1):90–109. Available from: http://proxy.libraries.smu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=120950024&site=ehost-live&scope=site

24. Piko B, Pinczes T. [Impulsivity - aggression - depression: study of adolescents' problem behavior in light of their personality traits]. Psychiatr Hung. 2014;29(1):48–55.

25. Meeus W, Van de Schoot R, Hawk ST, Hale WW, Branje S. Direct Aggression and Generalized Anxiety in Adolescence: Heterogeneity in Development and Intra-Individual Change. J Youth Adolesc. 2016;45(2):361–75.

26. Reynolds EK, Schreiber WM, Geisel K, MacPherson L, Ernst M, Lejuez CW. Influence of social stress on risk-taking behavior in adolescents. J Anxiety Disord. 2013;27(3): 272–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.010

27. Bode D V., Roberts TA. Self-injurious behavior in an adolescent. Am Fam Physician. 2011;83(5):609–11.

28. Cassels M, Wilkinson P. Non-suicidal self-injury in adolescence. Paediatr Child Heal (United Kingdom). 2016;26(12):554–8.

29. Angold A, Costello EJ, Messer S. Short Mood and Feelings Questionnaire (1995).pdf. Vol. 5. 1995. p. 237–49.

30. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. Am J Public Health. 1993;83(2):179–84.

ANEXOS

Anexo I. Parecer da Comissão de Ética do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **093-CE-2015**

Data **07/09/2015**

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo Senhor
Prof. Doutor Joaquim Neto Murta
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projecto de Investigação autónomo (refª CE-098/2015).

Investigador(a) Principal: Maria del Carmen Bento Teixeira

Co-Investigador(es): Ana Sofia Félix Morais, Jorge Manuel Tavares Lopes de Andrade Saraiva, Célia Maria de Oliveira Carvalho e António Ferreira de Macedo

Título do Projecto: *"Desregulação emocional e comportamental numa população escolar".*

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: ***"Parecer favorável".***

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA
Pólo das Ciências da Saúde - Unidade Central
Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA - PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo II. Escala *RTSHIA – Risk-taking and Self-Harm Inventory for Adolescents.*

Instruções: Este questionário apresenta uma série de comportamentos diferentes que os jovens às vezes fazem. Por favor, não fiques preocupado se algumas afirmações parecerem estranhas. Elas permitem um melhor conhecimento e compreensão destes comportamentos diferentes que alguns jovens manifestam e da melhor forma de os ajudar.

Alguma vez ou em alguma ocasião:	**Nunca**	**Uma Vez**	**Mais de uma vez**	**Muitas vezes**
1. Correste riscos durante a prática do teu *hobbie*/passatempo (ex. não usar o capacete ou outros equipamentos de segurança, ou fazer acrobacias perigosas com o *skate*/bicicleta)?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
2. Atravessaste de propósito a estrada de um modo perigoso ou conduziste de um modo arriscado (ex. não usar cinto de segurança ou conduzir sob o efeito de álcool ou drogas)?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
3. Te colocaste numa situação de risco sabendo que podes ser apanhado(a) (ex. usar cábulas nos testes, viajar de autocarro sem comprar bilhete, roubar nas lojas)?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
4. Foste suspenso (i.e. punido com expulsão) ou abandonaste a escola?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
5. Passaste a noite fora, sem os teus pais saberem onde estavas?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
6. Participaste em atos violentos em grupo, ou em lutas físicas, ou tiveste uma arma?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
7. Foste promíscuo (tiveste vários parceiros sexuais num curto espaço de tempo)?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
8.Tiveste relações sexuais sem usar precauções contra doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
9. Te colocaste em risco de ser abusado(a) sexualmente?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
10. Bebeste tanto que ficaste realmente bêbedo(a)?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
11. Experimentaste drogas (tais como, marijuana, cocaína, LSD, etc.)	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
12. Fumaste cigarros?	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes

Anexo III. EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens.

Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti ***durante a semana passada.*** Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 **Não se aplicou nada a mim**	**1** **Aplicou-se a mim algumas vezes**	**2** **Aplicou-se a mim muitas vezes**	**3** **Aplicou-se a mim a maior parte das vezes**

1.Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2.Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3.Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4.Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5.Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6.Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7.Senti tremores (por ex. nas mãos).	0	1	2	3
8.Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9.Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10.Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11.Dei por mim a ficar agitado (a).	0	1	2	3
12.Senti dificuldade em relaxar.	0	1	2	3
13.Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14.Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15.Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16.Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17.Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18.Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19.Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20.Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21.Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo IV. AQ – Questionário de Agressividade.

Lê com cuidado as seguintes questões que abordam características pessoais. Para cada questão faz um círculo em torno do número que melhor indique o grau em que sentes que a afirmação se aplica a ti.

Não tem nada a ver comigo 1	**2**	**3**	**4**	**Tem tudo a ver comigo 5**

1. De vez em quando não consigo controlar o impulso de bater noutra pessoa.	1	2	3	4	5
2. Digo abertamente aos meus amigos quando discordo deles.	1	2	3	4	5
3. “Fervo em pouca água”, mas passa-me depressa.	1	2	3	4	5
4. Às vezes fico consumido (a) pelos ciúmes que tenho.	1	2	3	4	5
5. Dou por mim, muitas vezes, a discordar das pessoas.	1	2	3	4	5
6. Se houver provocação suficiente, eu posso agredir fisicamente a outra pessoa.	1	2	3	4	5
7. Às vezes penso que não obtenho nada de bom da vida.	1	2	3	4	5
8. Quando me sinto frustrado(a), deixo mostrar a minha irritação.	1	2	3	4	5
9. Parece que os outros são aqueles que obtêm as oportunidades todas.	1	2	3	4	5
10. Às vezes sinto-me como uma “panela de pressão” pronto(a) a explodir.	1	2	3	4	5
11. Quando as pessoas me chateiam, posso-lhes dizer na cara o que penso delas.	1	2	3	4	5
12. Se alguém me agride, eu faço o mesmo.	1	2	3	4	5
13. Sou uma pessoa equilibrada.	1	2	3	4	5
14. Não consigo evitar entrar em discussões quando as pessoas discordam comigo.	1	2	3	4	5
15. Por vezes penso porque é que sou tão amargo(a) acerca das coisas.	1	2	3	4	5
16. Entro mais em lutas do que a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
17. Eu sei que “amigos” (as) falam de mim nas minhas costas.	1	2	3	4	5
18. Se eu tiver que usar a violência para proteger os meus direitos, então usarei.	1	2	3	4	5
19. Alguns dos meus amigos acham que eu tenho o “pavio curto”.	1	2	3	4	5
20. Por vezes eu perco as estribeiras sem haver razão aparente para tal acontecer.	1	2	3	4	5
21. Há pessoas que me irritaram tanto que entramos em conflito.	1	2	3	4	5
22. Os meus amigos dizem que tenho dificuldade em defender as minhas ideias.	1	2	3	4	5
23. Tenho suspeitas sobre pessoas estranhas que são demasiado simpáticas.	1	2	3	4	5
24. Posso dar boas razões para agredir uma pessoa.	1	2	3	4	5
25. Tenho dificuldades em controlar o meu temperamento.	1	2	3	4	5
26. Por vezes sinto que as pessoas se riem de mim nas minhas costas.	1	2	3	4	5
27. Já ameacei pessoas que conheço.	1	2	3	4	5
28. Quando as pessoas são especialmente atenciosas, começo a pensar no que elas querem.	1	2	3	4	5
29. Já fiquei tão doido(a), que já parti coisas.	1	2	3	4	5

Anexo V. QIAIS-A – Questionário de Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência.

De seguida vais encontrar algumas afirmações que mostram como os jovens por vezes se sentem.

Por favor, lê cada frase com atenção e marca a resposta que melhor se adapta a ti. Não existem respostas certas ou erradas.

A.

Nunca acontece Comigo 0	**Acontece-me algumas vezes 1**	**Acontece-me muitas vezes 2**	**Acontece-me Sempre 3**
1. Faço coisas sem pensar nas consequências.	0	1	2	3
2. Os outros dizem que ando "a mil há hora".	0	1	2	3
3. Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.	0	1	2	3
Nunca acontece Comigo 0	**Acontece-me algumas vezes 1**	**Acontece-me muitas vezes 2**	**Acontece-me Sempre 3**
4. Perco a paciência muitas vezes.	0	1	2	3
5. Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.	0	1	2	3
6. Termino as tarefas que começo.	0	1	2	3
7. É difícil para mim controlar as emoções.	0	1	2	3
8. Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.	0	1	2	3
9. Gosto de planear o que faço com tempo.	0	1	2	3
10. Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.	0	1	2	3
11. Para mim é difícil ficar quieto.	0	1	2	3
12. Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex. álcool, comida, jogo).	0	1	2	3
13. Sou cuidadoso (a).	0	1	2	3
14. Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.	0	1	2	3
15. É fácil concentrar-me.	0	1	2	3
16. É difícil esperar numa fila.	0	1	2	3

B.

Nunca acontece comigo 0	**Acontece-me algumas vezes 1**	**Acontece-me muitas vezes 2**	**Acontece-me sempre 3**
1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, **de propósito.**	0	1	2	3
2.Bato **de propósito** com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc.).	0	1	2	3
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo **de propósito.**	0	1	2	3
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos **de propósito** (almofada, por exemplo).	0	1	2	3
5. Corto certas partes do meu corpo **de propósito** (com lâminas, tesouras, facas, x-ato, etc.).	0	1	2	3
6. Queimo certas partes do meu corpo **de propósito** (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).	0	1	2	3
7. Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo **de propósito.**	0	1	2	3
8. Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas **de propósito.**	0	1	2	3
9. Abuso excessivamente de álcool**.**	0	1	2	3
10. Abuso excessivamente de drogas leves.	0	1	2	3
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar "mocado").	0	1	2	3
12. Abuso de laxantes.	0	1	2	3
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).	0	1	2	3
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem proteção, etc.).	0	1	2	3

Outros comportamentos_____

Se **respondeste 0** a todas as questões anteriores passa para a **tabela D**. Se tens alguma **resposta com 1 ou mais continua por favor.**

C.

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3

1.Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.	0	1	2	3
2.Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.	0	1	2	3
3.Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.	0	1	2	3
4.Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.	0	1	2	3
5.Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).	0	1	2	3
6.Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.	0	1	2	3
7.Magoo-me para me sentir menos inferior.	0	1	2	3
8.Quando me magoo procuro castigar-me.	0	1	2	3
9.Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.	0	1	2	3

Nunca acontece Comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me Sempre 3

10.Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto.	0	1	2	3
11.Magoar-me ajuda-me a autocontrolar.	0	1	2	3
12.Magoar-me ajuda-me a acalmar.	0	1	2	3
13.Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.	0	1	2	3
14.Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex. excitação, alegria).	0	1	2	3
15.Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.	0	1	2	3
16.Magoo-me para chamar a atenção dos outros.	0	1	2	3
17.Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.	0	1	2	3
18.Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.	0	1	2	3
19.Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.	0	1	2	3
20.Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.	0	1	2	3
21.Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	0	1	2	3
22.Magoo-me para me vingar dos outros.	0	1	2	3
23.Magoo-me para não magoar os outros.	0	1	2	3
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.	0	1	2	3
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.	0	1	2	3
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.	0	1	2	3
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.	0	1	2	3
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.	0	1	2	3
29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.	0	1	2	3
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.	0	1	2	3
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer.	0	1	2	3

D.

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3

1. Já houve alturas em que pensei que me queria matar.	0	1	2	3
2.Há alturas em que penso que não tenho futuro nem saída.	0	1	2	3
3. Há alturas em que gostava de desaparecer.	0	1	2	3