



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

ESTUDO PRELIMINAR DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EU RESILIENTE

Resiliência, autodano e ideação suicida em adolescentes

Jani Mafra Sousa

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Coimbra, 2015



ESTUDO PRELIMINAR DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EU RESILIENTE

Resiliência, autodano e ideação suicida em adolescentes

Jani Mafra Sousa

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

(Professor Auxiliar Convidado, ISMT)

Coorientador: Professor Doutor Manuel Jacinto de Ascensão Jardim

(Investigador, CLEPUL, Universidade de Lisboa)

Coimbra, julho de 2015

Agradecimentos

Expresso os meus maiores agradecimentos:

À Professora Doutora Mariana Marques, orientadora desta tese, pela riqueza e partilha de conhecimento, pela dedicação e empenho, pela motivação e pelos esforços humanamente impossíveis. Sem si não teria conseguido.

A todas as pessoas que, imprescindivelmente, colaboraram na recolha da amostra.

A todos os pais que acederam ao meu pedido.

A todos os adolescentes que aceitaram participar neste estudo, sem vocês nada teria sido possível. Obrigada pela disponibilidade e paciência para responder a todas as questões.

À Andreia Pereira, pelas horas infinitas de conversa, ajuda e troca de ideias.

Aos meus amigos, pela compreensão da minha ausência, pelos cafés não combinados.

Ao Steven Sá, pelo apoio constante, carinho e segurança ao longo deste caminho que nem sempre se revelou fácil. Obrigada por estares sempre presente, de coração.

A todos, o meu sincero Obrigada!

Resumo

Introdução: Em Portugal, são escassos os instrumentos validados para a população adolescente, que avaliem o importante construto da resiliência. Assim, o principal objetivo deste estudo consistiu na adaptação e validação preliminar da *Escala de Avaliação do EU Resiliente* (EAER) para adolescentes portugueses. Como segundo objetivo pretendemos, ainda, explorar as associações, na mesma amostra, entre a resiliência, o autodano e a ideação suicida na adolescência.

Método: A amostra foi constituída por 226 adolescentes (sexo masculino, $n = 139$, 61,5%), entre os 12 e os 18 anos, que preencheram um protocolo composto por um questionário sociodemográfico, pela *Escala de Avaliação do EU Resiliente* (EAER), pelo *Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência* (QIAIS-A) e pela *Escala de autoconceito*.

Resultados: Os resultados obtidos mostraram que a EAER possui boa fidelidade/consistência interna ($\alpha = 0,857$) e boa estabilidade temporal ($r = 0,720$). Uma análise de componentes principais mostrou que a EAER apresenta três fatores: fator *suporte externo*, fator *forças pessoais internas* e fator *estratégias de coping*. Encontraram-se correlações negativas entre a resiliência e o autodano e ideação suicida e correlações positivas entre a resiliência e o autoconceito, confirmando-se a validade divergente e convergente da EAER. Verificaram-se níveis elevados de resiliência nos adolescentes da nossa amostra ($M = 58,69$; $DP = 6,67$). Na amostra total, 61,5% ($n = 139$) apresentou ideação suicida e 26,5% ($n = 60$) apresentou comportamentos de autodano.

Conclusão: No seu conjunto, a EAER possui boas características psicométricas, pelo que pode ser considerada uma escala válida e útil e que pode ser usada com segurança na avaliação da resiliência em adolescentes portugueses. Com este estudo alargámos o leque de instrumentos válidos para a medição da resiliência em adolescentes e contribuímos para o avanço da investigação na área da adolescência em Portugal.

Palavras-chave: resiliência; autodano; ideação suicida; adolescência; EAER.

Abstract

Introduction: In Portugal, there are few validated instruments to the adolescent population, to assess the important construct of resilience. Thus, the main objective of this study was the preliminary adaptation and validation of the *Escala de Avaliação do EU Resiliente* (EAER) to Portuguese adolescents. As a second objective, there is an intention to also explore the associations, on the same sample, between resilience, self-harm and suicidal ideation in adolescence.

Method: The sample consisted of 226 adolescents (male, $n = 139$, 61.5%), between 12 and 18 years, who filled in a protocol consisting of a sociodemographic questionnaire, by the *Escala de Avaliação do EU Resiliente* (EAER), by the *Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents* (ISSIQ-A) and by the *Self-concept Scale*.

Results: The results showed that the EAER has good fidelity/internal consistency ($\alpha = 0.857$) and good temporal stability ($r = 0.720$). A principal component analysis showed that EAER has three factors: external support factor, internal personal strengths factor and coping strategies factor. There were negative correlations between resilience and the self-harm and suicidal ideation and positive correlations between resilience and self-concept, confirming the divergent and convergent validity of EAER. There were high levels of resilience in the adolescents of the sample ($M = 58.69$, $SD = 6.67$). In the total sample, 61.5% ($n = 139$) had suicidal ideation and 26,5% ($n = 60$) had self-harm behaviors.

Conclusion: As a whole, the EAER has good psychometric properties, therefore it can be considered a valid and useful range, and can be safely used in the evaluation of resilience in Portuguese adolescents. With this study we have extended the range of valid instruments for the measurement of resilience in adolescents and contributed to the advance of research in the adolescence area in Portugal.

Keywords: resilience; self-harm; suicidal ideation; adolescence; EAER.

Epígrafe

“A realidade é, apenas, uma entre muitas situações possíveis”.
(Sprinthall e Collins, 2011, p.151)

1. INTRODUÇÃO

Adolescência, suicídio, ideação suicida e autodano

A adolescência é um período importante do desenvolvimento humano que se situa entre a infância e a vida adulta e que compreende mudanças a nível biológico, cognitivo, emocional e social. Existe a tendência para se encarar a adolescência como um dos períodos mais saudáveis da vida (Boyd e Bee, 2011) mas tendo em conta as mudanças ocorridas, a instabilidade vivida, a crescente autonomia e independência adquiridas nesta fase, a adolescência é um período de maior suscetibilidade para a ocorrência de comportamentos de risco que podem colocar em causa a saúde física e mental dos jovens (Simões, 2007).

O suicídio é um dos comportamentos de risco possíveis de ocorrer na adolescência e é considerado um grave problema de saúde pública (Pereira, 2011). Define-se como uma “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica” (Direção-Geral da Saúde/DGS, 2013a, p.104) e acarreta graves implicações para a vida dos jovens (Wasserman et al., 2010).

A nível mundial, todos os anos cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio (em média, a cada 40 segundos, uma pessoa põe termo à sua vida de forma deliberada). Na adolescência, o suicídio representa uma das três principais causas de morte (World Health Organization/WHO, 2014b). Em Portugal, o número de suicídios tem aumentado nos últimos anos e constitui-se como a segunda causa de morte em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. No ano de 2012, a taxa global de suicídio em jovens (15 aos 24 anos) foi de três por cada 100.000 habitantes (DGS, 2013b, 2014).

Apesar de, em termos estatísticos, o suicídio na adolescência apresentar uma prevalência reduzida, o risco de ideação suicida aumenta muito nesta fase e constitui-se como um indicador fundamental do risco de suicídio (Santosh, 2012). A ideação suicida caracteriza-se por pensamentos ou fantasia de colocar um fim à própria vida e, muitas vezes, antecede o suicídio (DGS, 2013a). Assim, pode afirmar-se que o suicídio é um comportamento que se inicia com uma ideia e termina num ato (Wolfe, Foxwell e Kennard, 2014).

Nos adolescentes, a ideação suicida apresenta maior prevalência entre os 15 e os 18 anos, período em que os jovens pensam mais sobre o significado da sua existência e enfrentam situações potencialmente desgastantes a nível cognitivo e afetivo (Taliaferro e Borowsky, 2014). Em termos cerebrais, são conhecidas as diferenças no desenvolvimento do cérebro dos adolescentes em comparação com o cérebro dos adultos. Estas diferenças ocorrem principalmente na maturação do córtex pré-frontal, responsável por funções cognitivas e funções do comportamento emocional e social, como a capacidade de planeamento, resolução

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

de problemas, definição de prioridades, tomada de decisão, controlo de impulsos, avaliação de recompensas, aferição de significado emocional do comportamento, discriminação afetiva, entre outros (Yurgelun-Todd, 2007). Estes aspetos, aliados a outros fatores perturbadores nos vários contextos de vida dos adolescentes (e.g. individual, familiar, educativo), podem originar um final trágico (Gonçalves, Freitas e Sequeira, 2011).

No que diz respeito à ideação suicida, Azevedo e Matos (2014) encontraram, em Portugal, uma prevalência de 10,7%, num estudo com adolescentes entre os 14 e os 18 anos, sendo a mesma mais predominante em raparigas. Num outro estudo realizado em Portugal, com adolescentes diagnosticados com Perturbação de Humor (dos 12 aos 18 anos), a ideação suicida estava presente em 28,6% dos jovens (Resende, Santos, Santos e Ferrão, 2013).

O autodano é, também, um comportamento complexo e problemático possível de acontecer na adolescência e está intimamente ligado com os restantes comportamentos suicidários (Andover, Morris, Wren e Bruzese, 2012; Guerreiro e Sampaio, 2013). O autodano pode ser definido como um comportamento sem intencionalidade suicida, em que um indivíduo causa danos a si próprio de forma deliberada, colocando em causa a sua integridade física e mental (DGS, 2013a). Na adolescência, o autodano cumpre diversas funções, nomeadamente a regulação das emoções, autopunição, sentimento de ganho de controlo sobre as situações e alívio para um estado de sofrimento insuportável (Klineberg, Kelly, Stansfeld e Bhui, 2013; Zetterqvist, 2014). Os comportamentos de autodano são mais comuns em jovens do sexo feminino (DGS, 2013a; Zetterqvist, Lundh e Svedin, 2014) e podem assumir várias formas (e.g., cortes no corpo, arranhões, queimaduras, mordeduras) (Guerreiro e Sampaio, 2013). Assim, estes comportamentos podem vulnerabilizar os adolescentes a graves problemas físicos e psicológicos no futuro (Mars et al., 2014).

Num estudo português realizado por Guerreiro, Figueira, Cruz e Sampaio (2014), fracas estratégias de *coping* mostraram estar associadas a comportamentos de automutilação, numa amostra de jovens com idades entre os 12 e os 20 anos (sendo estes comportamentos mais prevalentes em adolescentes do sexo feminino). Pode-se, então, afirmar que os adolescentes com estes comportamentos apresentam mais dificuldades no diz respeito ao enfrentamento das situações de forma positiva. Assim, de acordo com McMahon (2012) e Wyman (2014), o investimento na prevenção do suicídio e comportamentos relacionados torna-se imperativo, sendo fundamental o foco em abordagens centradas na promoção da resiliência como forma de minimizar ou reduzir os riscos associados a estes comportamentos, até porque no estudo do primeiro autor referido, os adolescentes resilientes apresentaram menos tendência para se

envolverem em comportamentos de autodano. Portanto, a resiliência constitui-se como uma variável crucial na proteção contra os comportamentos suicidários.

Adolescência e resiliência

A resiliência pode ser definida como a capacidade de uma pessoa enfrentar positivamente a adversidade e de a encarar como uma oportunidade de aprendizagem e crescimento. Ou seja, uma pessoa resiliente, ao defrontar-se com uma situação negativa, tem a capacidade de reunir recursos internos e externos para gerar competências que lhe permitam responder de forma ajustada à situação. A resiliência não tem de ser uma variável contínua temporalmente, podendo variar no tempo, conforme as situações a que os indivíduos são expostos (Jardim e Pereira, 2006; Murphey, Barry e Vaughn, 2013; Oliveira, 2010).

Na adolescência, período de grandes mudanças e instabilidade, existe a possibilidade de exposição dos jovens a inúmeras situações de risco, colocando em causa a sua resiliência no enfrentamento e adaptação às situações. São vários os fatores envolvidos na capacidade de resiliência dos jovens (Zolkoski e Bullock, 2012).

Os fatores de risco são fatores que vulnerabilizam os adolescentes, deixando-os mais propensos a responder de forma desajustada às situações, aumentando a probabilidade de consequências negativas. Estes podem ser de diferente natureza: fatores pessoais (baixa autoestima, autoconceito negativo, dificuldades de aprendizagem, doença mental, dificuldade em lidar com as emoções), familiares (negligência parental, desorganização familiar, falta de suporte, conflitos familiares), interpessoais (isolamento social, rejeição pelos pares) e comunitários (pobreza, desorganização comunitária, fatores stressantes do meio envolvente). Já os fatores protetores atuam como proteção face à adversidade, ajudando os jovens a lidar positivamente com ela e a superá-la. Existem vários fatores protetores: individuais (pensamento e autoconceito positivo, *locus* de controlo interno, autoestima elevada, autovalorização, autorregulação emocional), familiares (suporte e orientação parental, comunicação funcional na família, organização familiar), interpessoais (apoio dos pares, estabelecimento de vínculos afetivos, relações positivas) e comunitários (comunidade organizada, participação em atividades da comunidade) (Simões, 2007; Oliveira, 2010).

A perceção que cada um faz das situações é igualmente relevante. Isto é, perante a mesma situação, diferentes pessoas percecionam-na de formas diferentes, sendo que o processamento cognitivo e emocional das situações influencia a forma de resposta à mesma (Sprinthall e Collins, 2011). Logo, a resiliência varia de jovem para jovem e resulta de um equilíbrio entre fatores de risco e fatores de proteção (em cada jovem) (Jardim, 2007).

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Concluindo, os contextos de vida influenciam fortemente a resiliência, pois proporcionam as situações a que se está exposto diariamente. Porém, são as competências pessoais que permitem ultrapassar as situações de forma adaptativa (Jardim e Pereira, 2006). A resiliência contribui para a realização pessoal, bem-estar físico e psicológico e fortes relações interpessoais (Swanson, Valiente, Lemery-Chalfant e O'Brien, 2011). Jovens resilientes têm maior probabilidade de seguirem trajetórias positivas na vida adulta, independentemente das dificuldades experimentadas (Murphey, Barry e Vaughn, 2013).

Objetivos

Constatámos que, em Portugal, são escassos os instrumentos de medição da resiliência em adolescentes. Conhece-se apenas a adaptação e validação portuguesa da Escala de Resiliência/*Resilience Scale* (com 24 itens), para crianças e adolescentes entre os 10 e os 16 anos. Assim, são necessários mais instrumentos que avaliem este constructo e, especificamente, um instrumento que abranja uma ampla gama de idades representativas da adolescência, considerado como o período entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2014a). Assim, o principal objetivo deste estudo consistiu na adaptação (para a população adolescente) e validação preliminar da *Escala de Avaliação do Eu Resiliente* (EAER), numa amostra entre os 12 e os 18 anos. Optámos pela EAER por ser uma escala de leitura fácil, com apenas 14 itens (critério importante na avaliação psicológica de crianças e jovens), respondidos através de uma escala de Likert (não recorre apenas a respostas do tipo dicotómico) e com diferentes dimensões, o que permite focar vários aspetos do construto. Este estudo apresenta, ainda, um segundo objetivo: explorar as associações, na mesma amostra, entre a resiliência, autodano e ideação suicida na adolescência. Com este estudo, pretendemos alargar o leque de instrumentos válidos para avaliar a resiliência em adolescentes, contribuir para o avanço da investigação sobre a adolescência em Portugal e sensibilizar para a problemática dos comportamentos suicidários nos jovens.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Procedimentos

Após delinear o desenho da investigação e definirmos o protocolo (instrumentos descritos na secção instrumentos), contactámos os seus autores para obter a autorização para a sua utilização (Apêndice A).

No que diz respeito à adaptação da EAER, com autorização dos autores da versão original e preservando a integridade da escala original, reformulámos alguns itens (troca de

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

palavras mais formais por mais informais), para melhorar a compreensibilidade das afirmações, dado a escala dirigir-se a jovens: 1, 2, 6, 8, 11, 12, 13 e 14. De seguida, recorreremos ao *método da reflexão falada* ou *pré-teste* (Almeida e Freire, 2008), solicitando a 11 adolescentes que partilhassem informação sobre a compreensibilidade e clareza dos itens. Com base neste *feedback*, o item 1 foi reformulado (trocada a palavra “incondicionalmente” por “sempre”) e, assim, concluímos a versão final da escala, conservando os 14 itens originais (a escala original consta no Anexo 1; a escala adaptada consta no Apêndice B).

Quanto aos outros instrumentos, depois de ter sido cedida autorização pelos respetivos autores (Anexo 2), foi elaborado o protocolo de investigação, que ficou composto pelo consentimento informado (para os pais e adolescentes, sobre a natureza/objetivos do estudo, confidencialidade, anonimato, carácter voluntário e liberdade de desistência) (Apêndice C), folha de rosto com informação acerca dos questionários e instruções de preenchimento (Apêndice D), questionário sociodemográfico (Apêndice D) e pelos instrumentos já referidos.

A 12 de janeiro de 2015, submetemos um pedido ao Ministério da Educação e da Ciência, especificamente à Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), para obter consentimento para realizar o estudo em meio escolar. O pedido foi rejeitado a 24 de fevereiro. No próprio dia, após contacto telefónico com a DGIDC para tentar perceber os motivos da rejeição, submetemos novo pedido (com alterações). A 18 de março o pedido foi novamente rejeitado, sendo explicado que, para poder realizar-se o estudo, deveria ser obtida autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Depois de contacto telefónico com a CNPD, foi-nos informado que a autorização demoraria cerca de três meses a ser cedida. Devido à escassez de tempo (visto que, três meses depois, os jovens estariam de férias), optou-se pela recolha dos dados através de outra metodologia, nomeadamente contactando pessoas da rede social da autora (amostragem não probabilística de conveniência) (Pais-Ribeiro, 2010). A recolha de dados ocorreu de março a maio de 2015.

Os questionários foram administrados individualmente a cada adolescente. Sensivelmente quatro semanas depois, a EAER foi administrada, novamente, a 30 adolescentes, para analisar a estabilidade temporal da escala (fidelidade teste-reteste).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico (Apêndice D)

Este questionário avaliou a idade e o sexo de cada adolescente e recolheu informação sobre a perceção do seu ambiente familiar, relação com o grupo de pares e interesse escolar.

2.2.2. Escala de Avaliação do EU Resiliente (EAER, Jardim e Pereira, 2006) (Anexo 1 e Apêndice B)

A EAER foi construída para a população portuguesa por Jardim e Pereira em 2006 [com base na proposta de Grotberg (2003)] para avaliar a capacidade de resiliência de um indivíduo (pode ser aplicada a crianças, adolescentes e adultos). É um instrumento de autorresposta com 14 itens (cada um corresponde a uma afirmação positiva na primeira pessoa). Os indivíduos assinalam a opção de resposta com que se identificam numa escala de Likert de cinco pontos, de um (“nunca”) a cinco (“sempre”). A capacidade de resiliência é calculada através da soma da pontuação obtida em cada item. O indivíduo pode atingir uma pontuação entre 14 e 70 valores e quanto maior a pontuação, maior o nível de resiliência (nível de resiliência baixo: 14-33 valores; médio: 34-52 valores; e elevado: 53-70 valores).

A escala avalia quatro fatores: *suporte externo* (“eu tenho”) (e.g., “Eu tenho pessoas à minha volta que me querem bem incondicionalmente”) (itens 1 a 4), *forças pessoais internas* (“eu sou”) (e.g., “Eu sou uma pessoa estimada e amada pelos outros”) (itens 5 a 7), *disposição para a ação* (“eu estou”) (e.g., “Eu estou disposto a responsabilizar-me pelos meus atos”) (itens 8 e 9) e *habilidades sociais* (“eu posso”) (e.g., “Eu posso falar sobre coisas que me preocupam ou inquietam”) (itens 10 a 14). Assim, para além de permitir a avaliação da resiliência, a EAER permite a promoção desta competência, ao promover a tendência para a utilização de expressões positivas da pessoa quanto a si própria e uma maior consciência daquilo que tem, é, está disposta e é capaz de fazer (Jardim e Pereira, 2006).

Os autores da EAER não procederam à validação e à análise das suas qualidades psicométricas. Dois trabalhos recorreram à EAER (com estudantes universitários e população sem-abrigo) mas nenhum apresentou as propriedades psicométricas do instrumento.

2.2.3. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A, Castilho, Carvalho, Nunes e Pinto-Gouveia, 2012) (Anexo 3)

Construído e validado para a população portuguesa por Castilho, Carvalho, Nunes e Pinto-Gouveia (e apresentado no trabalho de mestrado de Nunes em 2012), o QIAIS-A avalia a impulsividade, o autodano e a ideação suicida em adolescentes (14-21 anos). É composto por 64 itens divididos em quatro fatores [*impulso* (16 itens), *autodano* (14 itens), *funções do autodano* (31 itens) e *ideação suicida* (3 itens)] e medidos numa escala de Likert de quatro pontos, de zero (“nunca acontece comigo”) a três (“acontece-me sempre”). No fator “impulso”, os itens 6, 9, 13 e 15 são invertidos. Quanta mais alta a pontuação num fator, mais elevada é a atitude relativamente a esse fator. Apesar do *autodano* apresentar 14 itens, apenas

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

os oito primeiros itens dizem respeito ao *autodano*. Os restantes seis itens referem-se a comportamentos de risco associados ao *autodano*. Os autores apresentam categorias para analisar o nível apresentado de *auto dano* (1-6 valores; 7-12 valores; 13-18 valores; e 19-24 valores) e de ideação suicida (0 = inexistente; 1-3 moderada; 4-6 elevada; 7-9 muito elevada).

Este instrumento apresenta elevada fidelidade (alfade Cronbach/ α de 0,90) (Nunes, 2012). No presente estudo, considerámos apenas os fatores *autodano* e *ideação suicida*. Quanto à consistência interna, o *autodano* apresentou um alfa de Cronbach/ α aceitável ($\alpha = 0,642$) (DeVellis, 1991) e a *ideação suicida* um α muito bom ($\alpha = 0,80$) (DeVellis, 1991).

2.2.4. Escala de autoconceito (Piers e Harris, 1964; Veiga, 2006) (Anexo 4)

Originalmente desenvolvida por Piers e Harris em 1964, esta escala foi revista em 2002 por Piers e Herzberg, resultando numa versão reduzida com 60 itens. Veiga (2006) realizou a adaptação e validação portuguesa da escala, em jovens entre os 11 e os 21 anos. Tem como objetivo a avaliação global do autoconceito. Avalia, ainda, seis fatores específicos: *aspeto comportamental* (itens 12, 13, 14, 18, 19, 20, 27, 30, 36, 38, 45, 48 e 58), *ansiedade* (itens 4, 7, 10, 17, 23, 29, 56 e 59), *estatuto intelectual* (itens 5, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 34, 39, 43, 50, 52 e 55), *popularidade* (itens 1, 3, 6, 11, 32, 37, 41, 47, 51 e 57), *aparência física* (itens 8, 9, 15, 33, 44, 46, 49 e 54) e *satisfação/felicidade* (itens 2, 28, 31, 35, 40, 42, 53 e 60). As opções de resposta são de tipo dicotómico: Sim/Não. Quanto à cotação dos itens é atribuído um ponto a cada item respondido no sentido esperado (um ponto para atitudes positivas e zero pontos para atitudes negativas face a si mesmo) (e.g. item 15/“Sou forte”: atribuído um ponto à resposta “sim” e zero pontos à resposta “não”) (Veiga, 2006).

Veiga (2006) verificou muito boa fidelidade da escala (α de 0,90). No presente estudo obtivemos um α de 0,88 para a escala total muito bom. Quanto aos fatores obtivemos os seguintes alfas: *aspeto comportamental* ($\alpha = 0,60$, aceitável), *ansiedade* ($\alpha = 0,66$, aceitável), *estatuto intelectual* ($\alpha = 0,71$, bom), *popularidade* ($\alpha = 0,66$, aceitável), *aparência física* ($\alpha = 0,71$, bom) e *satisfação/felicidade* ($\alpha = 0,68$, aceitável) (DeVellis, 1991). Neste estudo, o recurso a este instrumento permitiu explorar a validade convergente da EAER.

2.3. Análise estatística

A análise estatística foi efetuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, dispersão, assimetria e achatamento. Apresentamos estatísticas descritivas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis sociodemográficas e para os itens da EAER.

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Como pretendíamos adaptar e validar a EAER para a população portuguesa necessitávamos de uma amostra significativa. Segundo Kerlinger (1986) são necessários dez sujeitos por cada item de um instrumento, pelo que necessitaríamos de 140 adolescentes. Cumprimos a exigência, porque a nossa amostra final ficou composta por 226 adolescentes.

Realizou-se uma análise fatorial através de uma análise de componentes principais, seguida de rotação *Varimax* para componentes com *eigenvalues* > 1 (Pallant, 2007). Começou-se por testar a adequabilidade dos dados para realizar a análise, através da matriz de correlação (itens devem apresentar coeficientes > 0,30), o teste de Kaiser-Meyer-Okin (valor deve exceder 0,60) (Kaiser, 1970, 1974, cit. in Pallant, 2007) e o teste de esfericidade de Bartlett (deve atingir a significância estatística) (1954, cit. in Pallant, 2007). As estratégias usadas para extrair os fatores foram: verificação do número de fatores com *eigenvalues* > 1 e inspeção do teste de sedimentação/*scree test* de Catell (1966, cit. in Pallant, 2007).

Analisou-se a fidelidade da EAER: coeficientes alfa de Cronbach/ α (consistência interna); alfas (α) excluindo os itens e coeficientes de correlação entre cada item e o total (excluindo o item). Os valores de alfa foram interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom.

Para testar a estabilidade temporal da EAER recorremos a correlações de Pearson. Através das mesmas correlações analisámos a associação entre as pontuações totais da EAER, autoconceito, autodano e ideação suicida, para explorar a validade convergente e divergente da EAER. As correlações entre a pontuação total da EAER (e das dimensões encontradas) com a pontuação total de ideação suicida e autodano permitiram explorar o nosso segundo objetivo. Através das mesmas correlações testámos associações entre a pontuação total de resiliência (EAER) e a idade. Seguimos os critérios de Cohen (1992) para definir a magnitude das associações: $r = 0,1$ (pequena); $r = 0,3$ (moderada) e $r = 0,5$ (elevada). Com testes t de Student testámos diferenças nos níveis de resiliência por sexo e existência (ou não) de boas relações com o grupo de pares. Com análises de variância (ANOVA) testámos diferenças nos níveis de resiliência por tipo de ambiente familiar e nível de interesse escolar. Usou-se, sempre, o nível de significância/ p de 0,05.

2.4. Participantes

A amostra ficou constituída por adolescentes, adotando-se como critério de inclusão uma idade entre os 12 e os 18 anos. Dos 350 questionários distribuídos, foram devolvidos 227 (taxa de retorno de 64,86%). Consideraram-se válidos os que não apresentaram mais do que dois itens omissos por protocolo ($n = 226$). Para determinar o valor dos itens não

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

respondidos, calculou-se a média (das respostas dadas) aos restantes itens da dimensão a que o item omisso pertencia. Dos 226 adolescentes, a maioria era do sexo masculino ($n = 139$; 61,5%). A idade média foi de 15,21 ($DP = 1,997$). A maioria dos jovens caracterizou o ambiente familiar e a relação com os pares como “bom”/“boa” (respetivamente, $n = 108$; 47,8%; $n = 224$; 99,1%) e o interesse escolar como “suficiente” ($n = 135$; 59,7%) (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica dos adolescentes.

Amostra total		
Sexo	<i>n</i>	%
Masculino	139	61,5
Feminino	87	38,5
Total	226	100
Idade	<i>M (DP)</i>	Intervalo
	15,2 (2,0)	12 – 18
	<i>n</i>	%
12	22	9,7
13	34	15,0
14	40	17,7
15	25	11,1
16	29	12,8
17	36	15,9
18	40	17,7
Total	226	100
Ambiente familiar	<i>n</i>	%
Mau	1	0,4
Razoável	24	10,6
Bom	108	47,8
Muito bom	93	41,2
Total	226	100
Grupo de pares	<i>n</i>	%
Sim	224	99,1
Não	2	0,9
Total	226	100
Interesse escolar	<i>n</i>	%
Nenhum	6	2,7
Pouco	34	15,0
Suficiente	135	59,7
Muito	51	22,6
Total	226	100

Notas: n = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; M = Média; DP = Desvio-padrão.

3. RESULTADOS

3.1 Distribuição das respostas aos itens da EAER

Na Tabela 2 apresentamos a distribuição das respostas aos itens da EAER, na primeira e na segunda administração (passadas quatro semanas).

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Tabela 2
Distribuição das respostas aos itens da EAER.

1ª administração						
EAER <i>n</i> = 226	Nunca <i>n</i> (%)	Raramente <i>n</i> (%)	Algumas vezes <i>n</i> (%)	Frequentemente <i>n</i> (%)	Sempre <i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DP</i>)
Item 1	-	-	24 (10,6)	109 (48,2)	93 (41,2)	4,31 (0,66)
Item 2	3 (1,3)	9 (4,0)	41 (18,1)	94 (41,6)	79 (35,0)	4,05 (0,90)
Item 3	5 (2,2)	12 (5,3)	52 (23,0)	93 (41,2)	64 (28,3)	3,88 (0,96)
Item 4	-	2 (0,9)	9 (4,0)	40 (17,7)	175 (77,4)	4,72 (0,58)
Item 5	1 (0,4)	3 (1,3)	33 (14,6)	111 (49,1)	78 (34,5)	4,16 (0,75)
Item 6	-	1 (0,4)	12 (5,3)	60 (26,5)	153 (67,7)	4,62 (0,61)
Item 7	1 (0,4)	2 (0,9)	23 (10,2)	98 (43,4)	102 (45,1)	4,32 (0,73)
Item 8	-	4 (1,8)	20 (8,8)	70 (31,0)	132 (58,4)	4,46 (0,73)
Item 9	3 (1,3)	8 (3,5)	71 (31,4)	84 (37,2)	60 (26,5)	3,84 (0,91)
Item 10	5 (2,2)	21 (9,3)	57 (25,2)	92 (40,7)	51 (22,6)	3,72 (0,99)
Item 11	-	5 (2,2)	40 (17,7)	98 (43,4)	83 (36,7)	4,15 (0,78)
Item 12	3 (1,3)	4 (1,8)	37 (16,4)	96 (42,5)	86 (38,1)	4,14 (0,85)
Item 13	2 (0,9)	10 (4,4)	43 (19,0)	105 (46,5)	66 (29,2)	3,99 (0,86)
Item 14	3 (1,3)	7 (3,1)	20 (8,8)	73 (32,3)	123 (54,4)	4,35 (0,87)
2ª administração (reteste)						
EAER <i>n</i> = 30	Nunca <i>n</i> (%)	Raramente <i>n</i> (%)	Algumas vezes <i>n</i> (%)	Frequentemente <i>n</i> (%)	Sempre <i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DP</i>)
Item 1	-	-	2 (6,7)	8 (26,7)	20 (66,7)	4,60 (0,62)
Item 2	-	-	5 (16,7)	11 (36,7)	14 (46,7)	4,30 (0,75)
Item 3	-	1 (3,3)	6 (20,0)	12 (40,0)	11 (36,7)	4,10 (0,85)
Item 4	-	-	1 (3,3)	9 (30,0)	20 (66,7)	4,63 (0,56)
Item 5	-	-	3 (10,0)	17 (56,7)	10 (33,3)	4,23 (0,63)
Item 6	-	-	4 (13,3)	6 (20,0)	20 (66,7)	4,53 (0,73)
Item 7	-	-	2 (6,7)	14 (46,7)	14 (46,7)	4,40 (0,62)
Item 8	-	-	1 (3,3)	9 (30,0)	20 (66,7)	4,63 (0,56)
Item 9	-	1 (3,3)	7 (23,3)	13 (43,3)	9 (30,0)	4,00 (0,83)
Item 10	-	1 (3,3)	8 (26,7)	11 (36,7)	10 (33,3)	4,00 (0,87)
Item 11	-	-	5 (16,7)	8 (26,7)	17 (56,7)	4,40 (0,77)
Item 12	-	-	7 (23,3)	11 (36,7)	12 (40,0)	4,17 (0,79)
Item 13	-	1 (3,3)	3 (10,0)	15 (50,0)	11 (36,7)	4,20 (0,76)
Item 14	-	-	1 (3,3)	10 (33,3)	19 (63,3)	4,60 (0,56)

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; % = percentagem.

3.2 Fidelidade

Poder discriminativo/validade interna dos itens

O poder discriminativo/validade interna dos itens (grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global) (Almeida e Freire, 2008) foi calculado através das correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item) e através dos coeficientes alfa de Cronbach (α) excluindo cada um a um dos itens. Estes resultados são apresentados na Tabela 3. Esta mostra que todos os itens foram considerados “bons” itens (correlações $> 0,30$ com o total, quando este não inclui o item) (Kline, 2000), variando entre 0,385 e 0,659. Igualmente, tendo o alfa de Cronbach encontrado sido de 0,857, nenhum item, quando excluído, mostrou aumentar este valor. Assim, optou-se por manter todos os itens nas análises posteriores de consistência interna e análise fatorial.

Tabela 3

Validade interna dos itens: correlação item-total corrigido e alfa excluindo o item.

	Correlação item-total corrigido	Alfa (excluindo o item)
Item 1	0,527	0,847
Item 2	0,440	0,852
Item 3	0,367	0,857
Item 4	0,439	0,851
Item 5	0,614	0,841
Item 6	0,517	0,848
Item 7	0,488	0,848
Item 8	0,385	0,854
Item 9	0,449	0,851
Item 10	0,613	0,840
Item 11	0,659	0,839
Item 12	0,553	0,844
Item 13	0,572	0,843
Item 14	0,531	0,846

3.3. Consistência interna e análise fatorial

Os 14 itens da EAER foram sujeitos a uma análise de componentes principais (ACP), mas antes de realizar a análise, avaliámos a adequabilidade dos dados. A matriz de correlações revelou a presença de muitos coeficientes $\geq 0,30$. O valor do teste Kaiser-

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Meyer-Oklín foi de 0,860 excedendo o valor recomendado de 0,60 (Kaiser, 1970, 1974, cit. in Pallant, 2007) e o teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954, cit. in Pallant, 2007) atingiu a significância estatística. A ACP revelou a presença de três componentes com *eigenvalues* > 1, explicando 36,28%, 10,0% e 8,14% da variância, respetivamente. A inspeção do gráfico de sedimentação de Catell (1966, cit. in Pallant, 2007) (Gráfico 1) revelou um “corte” depois do terceiro componente, pelo que decidimos manter três fatores com as seguintes designações: F1/*Suporte externo*: itens 1, 2, 3, 4 e 5; F2/*Forças pessoais internas*: itens 6, 7, 8 e 12 e F3/*Estratégias de coping*: itens 9, 10, 11, 13 e 14.

Gráfico 1

Teste de sedimentação de Catell



Calculámos os alfas de Cronbach dos três fatores e somámos os itens de cada fator relativos à primeira administração e ao reteste. Na Tabela 4 apresentamos os alfas de Cronbach/ α e as médias e desvios-padrão de cada um dos fatores e da EAER total. Segundo DeVellis (1991), o α da EAER total foi muito bom e do F1/*Suporte externo* foi aceitável. Os α dos outros dois fatores foram bons. Os níveis de resiliência nos fatores, na presente amostra, atendendo aos intervalos teóricos, situaram-se próximo dos valores máximos de resiliência que podiam ser obtidos. Segundo os valores referidos por Jardim e Pereira (2006), o valor médio encontrado (58,69) revela que os adolescentes da nossa amostra apresentam um valor elevado de resiliência.

Tabela 4
Alfas de Cronbach, médias, desvios-padrão e intervalos dos fatores da EAER.

	Alfa de Cronbach	<i>M (DP)</i> Intervalo 1 ^a adm.	<i>M (DP)</i> Intervalo Reteste	Intervalo teórico
Suporte externo	0,689	21,11 (2,61) 11-25	21,87 (2,52) 17-25	5-25
Forças pessoais internas	0,713	17,54 (2,15) 7-20	17,73 (1,78) 14-20	4-20
Estratégias de coping	0,787	20,05 (3,25) 10-25	21,20 (2,67) 14-25	5-25
EAER total	0,857	58,69 (6,67) 34-70	60,80 (5,71) 48-69	14-70

Notas: M = Média; DP = Desvio-padrão; EAER = Escala de Avaliação do EU Resiliente; 1^a adm. = 1^a administração.

3.4. Estabilidade teste-reteste

Através de correlações de Pearson, testámos associações entre os fatores (consigo próprios) e a pontuação total da EAER na 1^a administração e reteste (Tabela 5). Todos os fatores da EAER na 1^a administração correlacionaram-se positivamente entre si (F1 com F2 - magnitude moderada, F1 com F3 e F2 com F3 - magnitude elevada). O F1 na 1^a administração correlacionou-se positivamente com magnitude grande com o próprio (F1) no reteste, não se correlacionou com o F2 no reteste mas correlacionou-se positivamente com o F3 no reteste (magnitude moderada). O F2 na 1^a administração correlacionou-se positivamente e com magnitude grande com o próprio (F2) no reteste, não se correlacionou com o F1 no reteste mas correlacionou-se positivamente com o F3 no reteste (magnitude moderada). O F3 na 1^a administração não se correlacionou com o F1 no reteste, mas correlacionou-se com o F2 no reteste (magnitude moderada) e com o F3 no reteste (magnitude elevada). A pontuação total na EAER na 1^a administração mostrou correlacionar-se com todos os fatores (na 1^a administração e reteste), com magnitudes elevadas e com a pontuação total da EAER no reteste, com magnitude elevada, demonstrando-se a estabilidade teste-reteste da EAER. A pontuação total da EAER no reteste também mostrou correlacionar-se com todas os fatores da EAER (na 1^a administração e reteste), com magnitudes elevadas.

Tabela 5
Correlações entre as dimensões da EAER na 1ª administração e no reteste.

	F2	F3	F1	F2	F3	EAER	EAER
	1ª adm.	1ª adm.	reteste	reteste	reteste	total	total
						1ª adm.	reteste
F1. 1ª adm.	0,482**	0,573**	0,560**	NS	0,439**	0,825**	0,503**
F2. 1ª adm.	-	0,534**	NS	0,771**	0,422**	0,771**	0,582**
F3. 1ª adm.	-	-	NS	0,406*	0,518**	0,883**	0,516**
F1 reteste	-	-	-	0,492**	0,466**	0,570**	0,812**
F2 reteste	-	-	-	-	0,566**	0,553**	0,789**
F3 reteste	-	-	-	-	-	0,632**	0,847**
EAER total 1ª adm.							0,720**

Notas: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; EAER = Escala de Avaliação do EU Resiliente; F1 = Fator 1/Suporte externo; F2 = Fator 2/Forças pessoais internas; F3 = Fator 3/Estratégias de *coping*; 1ª adm. = 1ª administração.

3.5. Validade convergente e divergente

Antes de testar a validade convergente e divergente da EAER, apresentamos as médias, desvios-padrão e intervalos das dimensões e pontuação total de autoconceito, autodano e ideação suicida (Tabela 6). Acrescentamos que a maioria dos jovens apresentou ideação suicida moderada (50,4%), apesar de 11,1% apresentar ideação suicida elevada/muito elevada (Tabela 7). A maioria não apresentou *autodano* ($n = 166$; 73,5%). Os que o referiram ($n = 60$; 26,5%) revelaram um nível de *autodano* na categoria mais baixa (1-6 valores).

Tabela 6
Médias, desvios-padrão e intervalos das dimensões e pontuações totais de autoconceito, autodano e ideação suicida.

	M (DP)	Intervalo	Intervalo teórico
AC (Aspeto comportamental)	9,03 (1,87)	2,00-11,00	0,00-13,00
AC (Ansiedade)	4,62 (2,00)	0,00-8,00	0,00-8,00
AC (Estatuto intelectual)	8,84 (2,67)	3,00-13,00	0,00-13,00
AC (Popularidade)	7,65 (1,98)	1,00-10,00	0,00-10,00
AC (Aparência física)	5,62 (2,12)	0,00-8,00	0,00-8,00
AC (Satisfação/felicidade)	7,19 (1,28)	1,00-8,00	0,00-8,00
Autoconceito (total)	44,61 (8,84)	16,00-60,00	0,00-60,00
Autodano	0,91 (1,73)	0,00-13,00	0,00-42,00
Ideação suicida	1,48 (1,72)	0,00-9,00	0,00-9,00

Notas: M = Média; DP = Desvio-padrão; AC = Autoconceito.

Tabela 7
Categorias de ideação suicida.

	<i>n</i>	%
Ideação suicida		
Inexistente	87	38,5
Moderada	114	50,4
Elevada	19	8,4
Muito elevada	6	2,7
Total	226	100

Notas: n = número de sujeitos da amostra; % = percentagem.

Para testar, então, a validade convergente e divergente da EAER, correlacionámos a sua pontuação total e dimensões (na 1ª administração) com a pontuação total e dimensões de autoconceito e com a pontuação total de autodano e ideação suicida (Tabelas 8 e 9). Verificou-se que o F1/*Suporte externo* da EAER associou-se positivamente a todas as dimensões e à pontuação total de autoconceito (magnitude pequena com a dimensão *ansiedade*; magnitude moderada com todas as outras dimensões do autoconceito e sua pontuação total). O F2/*Forças pessoais internas* da EAER apenas se correlacionou de forma significativa e positiva com as dimensões *aspeto comportamental* e *estatuto intelectual* e sua pontuação total (magnitudes moderadas). O fator F3/*Estratégias de coping* da EAER correlacionou-se de forma significativa e positiva com todas as dimensões do autoconceito e com a sua pontuação total (magnitude pequena com o *aspeto comportamental*; magnitude moderada com a *ansiedade*, *estatuto intelectual*, *popularidade*, *aparência física* e *satisfação/felicidade*; magnitude elevada com a pontuação total de autoconceito). Estes dados comprovam a validade convergente da escala EAER e a correlação de magnitude elevada entre a pontuação total de resiliência (EAER) e de autoconceito ($r = 0,542$) não deixa dúvidas quanto à presença desta mesma validade. A pontuação total de resiliência (EAER) também se correlacionou de forma positiva e com magnitude pequena com a dimensão *ansiedade* da escala de autoconceito, com magnitude moderada com as dimensões *aspeto comportamental*, *popularidade*, *aparência física* e *satisfação/felicidade* e com magnitude grande com a dimensão *estatuto intelectual*.

Tabela 8

Correlações entre as dimensões e pontuação total da EAER com as dimensões do autoconceito e sua pontuação total (1ª administração).

<i>n</i> = 226	AC F1	AC F2	AC F3	AC F4	AC F5	AC F6	AC total
EAER F1	0,326**	0,139*	0,498**	0,345**	0,352**	0,318**	0,483**
EAER F2	0,375**	NS	0,287**	NS	NS	NS	0,253**
EAER F3	0,251**	0,331**	0,487**	0,359**	0,481**	0,475**	0,563**
EAER total	0,370**	0,252**	0,524**	0,336**	0,399**	0,376**	0,544**

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; EAER = Escala de Avaliação do EU Resiliente; AC = Autoconceito; F1 = Fator 1/Aspetto comportamental; F2/Ansiedade = Fator 2; F3 = Fator 3/Estatuto intelectual; F4 = Fator 4/Popularidade; F5 = Fator 5/Aparência física; F6 = Fator 6/Satisfação/felicidade; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo.

Todos os fatores correlacionaram-se negativamente com a pontuação total de autodano e de ideação suicida: entre *suporte externo* e autodano (magnitude pequena); entre o mesmo fator e ideação suicida (magnitude moderada); entre as *forças pessoais internas* e autodano (magnitude moderada); entre este fator e ideação suicida (magnitude pequena); entre as *estratégias de coping* e autodano (magnitude pequena); entre esse fator e a ideação suicida (magnitude moderada). Essa mesma validade confirmou-se, também, porque a pontuação total de resiliência (EAER) correlacionou-se negativamente e com magnitude moderada com as pontuações totais de autodano e ideação suicida (Tabela 9).

Tabela 9

Correlações entre fatores e pontuação total da EAER com as pontuações totais de autodano e de ideação suicida (1ª administração).

<i>n</i> = 226	Autodano	Ideação suicida
EAER F1	-0,294**	-0,372**
EAER F2	-0,323**	-0,168*
EAER F3	-0,241**	-0,444**
EAER total	-0,336**	-0,415**

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; EAER = Escala de Avaliação do EU Resiliente; F1 = Fator 1; F2 = Fator 2; F3 = Fator 3; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Validade de construto

Através da correlação de Pearson, testámos a associação entre pontuação total de resiliência e idade, o que se verificou ($r = - 0,234; p \leq 0,001$). Adolescentes mais “novos” apresentaram níveis maiores de resiliência. Um teste t de Student mostrou não existirem diferenças no nível de resiliência por sexo e em função da existência ou não de boas relações com o grupo de pares. Verificaram-se diferenças nos níveis de resiliência por tipos de ambiente familiar e “níveis” de interesse escolar (Tabela 10). Quanto ao ambiente familiar, colapsámos as categorias “mau” e “razoável”, dada a baixa frequência na categoria “mau”. Encontraram-se diferenças entre os três grupos (mau+razoável; bom; muito bom), $F(2,223) = 30,525, p \leq 0,001$. Os jovens que consideravam o ambiente familiar mau+razoável (1) distinguiram-se (com níveis menores de resiliência) dos que o consideravam bom (2) e muito bom (3); os que consideravam o ambiente familiar bom (2) distinguiram-se (com níveis menores de resiliência) dos que o consideravam muito bom (3); os que consideravam o ambiente familiar muito bom (3) distinguiram-se dos que o consideravam mau+razoável (1) e bom (2) apresentando níveis superiores de resiliência. Quanto ao interesse escolar, os jovens com nenhum interesse escolar (1) distinguiram-se (com menor resiliência) dos com interesse escolar suficiente (3) e com muito interesse escolar (4); os com pouco interesse escolar (2) distinguiram-se (com menor resiliência) dos com suficiente interesse escolar (3) e muito interesse escolar (4); os com muito interesse escolar (4) distinguiram-se (com maior resiliência) dos com nenhum (1) ou pouco interesse escolar.

Tabela 10

Níveis de resiliência por tipo de ambiente familiar e níveis de interesse escolar.

		Ambiente familiar			F	p	Post-hoc (Tukey)	
		Mau+Razoável (1) M (DP)	Bom (2) M (DP)	Muito Bom (3) M (DP)				
EAER total		52,28 (8,22)	57,43 (5,85)	61,89 (5,29)	30,525	≤0,001	1<2,3**; 2>1**; 2<3**; 3>1,2**;	
		Interesse escolar				F	p	Post-hoc (Tukey)
		Nenhum (1) M (DP)	Pouco (2) M (DP)	Suficiente (3) M (DP)	Muito (4) M (DP)			
EAER total		51,33 (9,93)	54,53 (7,77)	59,52 (5,53)	60,16 (6,81)	9,272	≤0,001	1<3*,4**; 2<3,4**; 4>1*,2**

Notas: EAER = Escala de Avaliação do EU Resiliente; F = Análise de variância (teste ANOVA); p = nível de significância; M = média; DP = desvio-padrão; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo a adaptação e validação preliminar da Escala de Avaliação do EU Resiliente (Jardim e Pereira, 2006) para a população adolescente, analisando indicadores de fidelidade, validade e explorando a sua estrutura fatorial.

A amostra do estudo ficou constituída por 226 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sendo a maioria do sexo masculino ($n = 139$; 61,5%). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2014) revelam que, em Portugal, no grupo etário dos 10 aos 19 anos, 51,2% dos adolescentes são do sexo masculino e 48,8% são do sexo feminino. Podemos, portanto, afirmar que a nossa amostra aproxima-se da realidade nacional (existem mais adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino).

Os autores da EAER original não analisaram as suas características psicométricas. A autora encontrou dois trabalhos que recorreram à EAER mas nenhum deles apresentou as propriedades psicométricas do instrumento. Estes factos condicionam uma discussão eventualmente mais rica e consistente dos nossos dados preliminares relativos à fidelidade, validade e estrutura fatorial da EAER, mas passaremos agora a discuti-los.

No nosso estudo, a EAER apresentou uma boa fidelidade/consistência interna (alfa de Cronbach de 0,857). O estudo dos itens revelou que todos os itens apresentaram uma boa correlação item-total (correlacionando-se acima de 0,30 com o total, quando este não incluiu o item). Estas correlações refletem o poder discriminativo do item, ou seja, o grau em que o item se diferencia no mesmo sentido da escala global. Valores mais elevados de poder discriminativo dos itens associam-se a coeficientes mais elevados de fidelidade da escala, uma vez que vão no sentido da sua homogeneidade ou consistência (Almeida e Freire, 2008). Estes resultados sugerem que a EAER é fidedigna a medir o constructo que pretende avaliar.

O estudo da dimensionalidade da EAER revelou 3 fatores: *suporte externo* (itens 1, 2, 3, 4 e 5) ($\alpha = 0,689$), *forças pessoais internas* (itens 6, 7, 8 e 12) ($\alpha = 0,713$) e *estratégias de coping* (itens 9, 10, 11, 13 e 14) ($\alpha = 0,787$), que explicaram 36,28%, 10,0% e 8,14% da variância, respetivamente. Na versão original da escala, os autores organizaram os itens em quatro fatores: *suporte externo* (itens 1, 2, 3 e 4), *forças pessoais internas* (itens 5, 6 e 7), *disposição para a ação* (itens 8 e 9) e *habilidades sociais* (10, 11, 12, 13 e 14) mas não exploraram a estrutura fatorial da escala, pelo que não verificaram a sua hipótese teórica de organização dos itens. Não existe, então, comprovação empírica dos fatores da escala original.

A estabilidade temporal da EAER foi avaliada, no presente estudo, com quatro semanas de intervalo ($n = 30$). De uma foram geral (sem discutirmos as correlações entre os vários

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

fatores entre si e com a pontuação total, que também comprovam a estabilidade temporal do instrumento), a pontuação total da EAER na 1ª administração correlacionou-se com a pontuação total da EAER no reteste de forma estatisticamente significativa e com magnitude elevada ($r = 0,720$), o que reflete uma boa estabilidade temporal deste instrumento.

Foi encontrada uma correlação negativa e de magnitude moderada entre as dimensões e a pontuação total da EAER e a pontuação total do autodano ($r = 0,336$) e da ideação suicida ($r = 0,415$), confirmando, assim, a validade divergente da EAER. Encontrou-se, ainda, uma correlação positiva e de magnitude elevada ($r = 0,542$) entre as dimensões e a pontuação total da EAER e as dimensões e a pontuação total do autoconceito, confirmando, assim, a validade convergente da EAER.

Para testar a validade de construto, fomos explorar as associações da EAER com diferentes variáveis sociodemográficas. No que diz respeito ao sexo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no nível de resiliência por sexo, o que vai ao encontro dos estudos existentes (Lemos, 2007). Quanto à idade, verificou-se que os adolescentes mais novos apresentam níveis mais elevados de resiliência, o que vai ao encontro do estudo realizado por Lemos (2007), que concluiu que os jovens mais novos apresentam níveis de resiliência mais elevados quando comparados com os jovens mais velhos. Esta autora explica que os adolescentes mais novos possivelmente apresentam relações mais próximas emocionalmente com adultos significativos, nos vários contextos onde estão inseridos (neste caso, na escola, na família e na comunidade).

Relativamente à perceção do ambiente familiar, verificámos que os adolescentes que percecionam o seu ambiente familiar como “mau+razoável” apresentam níveis mais baixos de resiliência quando comparados com os adolescentes que caracterizaram o seu ambiente familiar como “bom” e “muito bom”. Por sua vez, os adolescentes que percecionam o seu ambiente familiar como “muito bom” apresentam níveis superiores de resiliência quando comparados com os adolescentes que percecionam o seu ambiente familiar como “bom” e “mau+razoável”. Estes dados são congruentes com a literatura encontrada (Lemos, 2007; Murphey, Barry e Vaughn, 2013; Silva, 2009; Zolkoski e Bullock, 2012), onde é referida a importância de um bom ambiente familiar na capacidade de resiliência dos adolescentes. Especificamente, o estudo de Silva (2009) mostrou que uma perceção positiva dos jovens face ao apoio familiar aumenta a sua capacidade de resiliência. Em relação aos níveis de interesse escolar, constatámos que os adolescentes do grupo com “nenhum” interesse escolar apresentam níveis mais baixos de resiliência quando comparados com os restantes grupos (“pouco”, “suficiente” e “muito” interesse escolar) e os adolescentes do grupo com “muito”

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

interesse escolar apresentam níveis mais elevados de resiliência quando comparados com os restantes grupos. Estes resultados vão ao encontro da literatura encontrada (Simões, 2007; Zolkoski e Bullock, 2012), onde é referida a importância do interesse escolar na capacidade de resiliência. É possível que o interesse escolar aumente a motivação para obter um bom desempenho escolar e atingir o sucesso académico, resultado num sentimento de autoeficácia e num autoconceito positivo. Além disso, o interesse pela escola pode influenciar positivamente a qualidade das relações estabelecidas com os pares, professores e outros adultos de referência. Todos estes fatores promovem a capacidade de resiliência. Quanto à existência de boas relações com o grupo de pares, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na associação desta variável com a EAER. Vários autores (Matos e Jesus, 2011; Murphey, Barry e Vaughn, 2013; Simões, 2007) apontam para a importância desta variável na resiliência dos jovens. Dos 226 adolescentes, apenas 2 identificaram uma má relação com o grupo de pares, pelo que este número reduzido pode ter condicionado os resultados.

Jardim e Pereira (2006) definiram 3 níveis de resiliência possíveis de atingir na EAER: baixo (entre 14 e 33 valores), médio (entre 34 e 52 valores) e elevado (entre 53 e 70 valores) e, na nossa amostra, verificaram-se níveis elevados de resiliência, um resultado muito positivo, atendendo ao valor protetor da resiliência defendido por vários autores (Simões, 2007; Oliveira, 2010).

Relativamente à ideação suicida, 139 adolescentes (61,5%) da nossa amostra apresentam ideação suicida. Este resultado é preocupante apesar do valor encontrado até ser inferior ao referido no estudo de validação dos QIAIS-A, onde 77,8% da amostra revelou ideação suicida. Outras investigações estudaram a ideação suicida em adolescentes e chegaram a resultados aparentemente discrepantes, mas que importa discutir. Num estudo realizado por Azevedo e Matos (2014), em Portugal, foi encontrada uma prevalência de 10,7% de ideação suicida em adolescentes. Esta disparidade de resultados pode ser explicada, por exemplo, pelos diferentes tamanhos amostrais e por terem sido usados diferentes instrumentos para medir a ideação suicida. Isto é, tendo em conta a análise realizada por estas autoras em 2014, é provável que os 10,7% de ideação suicida encontrada digam respeito a uma ideação suicida elevada (com potencial risco de suicídio). Uma vez que, no nosso estudo, a ideação suicida total corresponde a vários “graus” de ideação suicida (moderada, elevada e muito elevada) os resultados não podem ser totalmente comparáveis. Se nos focarmos apenas na percentagem de casos no nosso estudo com ideação suicida elevada e muito elevada (11,1%), então, o nosso valor já se aproxima mais do estudo de Azevedo e Matos (2014). Num estudo realizado

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

por Nock et al. (2013), foi encontrada uma prevalência de 12,1% de ideação suicida em adolescentes norte-americanos. Mais uma vez, a diferença nos valores pode dever-se às diferenças no tipo de estudo, tipo e tamanhos amostrais, instrumentos utilizados e diferenças culturais.

Em relação ao autodano, 26,5% ($n = 60$) da nossa amostra apresenta comportamentos deste tipo. Estes resultados diferem um pouco dos resultados encontrados no estudo de validação do QIAIS-A, onde a percentagem encontrada para estes comportamentos foi de 47,1%. No nosso estudo, todos os adolescentes que apresentam autodano enquadram-se na categoria mais baixa deste comportamento (1 a 6 valores). No estudo de validação do QIAIS-A, apesar de a maioria dos adolescentes (76,9%) revelarem um autodano nesta categoria, uma significativa percentagem (23,1%) apresenta comportamentos de autodano nas restantes categorias (consideradas mais graves). Tendo em conta que, no nosso estudo, o α encontrado na dimensão do autodano foi de 0,64, podemos considerar a possibilidade de os jovens da nossa amostra não terem respondido muito “bem” a esta dimensão, o que pode ter influenciado os resultados encontrados. Vários estudos internacionais também estudaram o autodano na população adolescente, sendo que as prevalências encontradas diferem consideravelmente entre si: 46,5% no estudo de Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker e Kelley (2007), 20% no estudo de Buresová, Bartosová e Cernák (2015), 8% no estudo de Barrocas, Hankin, Young e Abela (2012) e 17,2% no estudo de Zetterqvist (2014). Estas diferenças nos valores podem dever-se às diferenças no tipo de estudo, categorias atribuídas ao autodano, tipo e tamanho amostrais, instrumentos utilizados e diferenças culturais entre países.

No que diz respeito ao segundo objetivo do nosso estudo, verificaram-se correlações negativas entre a resiliência e os comportamentos de autodano e a ideação suicida, ou seja, quanto maior o nível de resiliência menor o nível de autodano e ideação suicida. Estes resultados são congruentes com os resultados encontrados em outros estudos similares (McMahon, 2012; Wyman, 2014). No estudo de McMahon (2012) é referido que a resiliência está associada a maior autoestima e maior capacidade de enfrentamento das situações e resolução de problemas, o que por sua vez faz diminuir os pensamentos e comportamentos de automutilação em adolescentes. Apesar de, no nosso estudo, não podermos afirmar qualquer tipo de causalidade e mesmo de papel protetor da resiliência em relação a estes comportamentos de risco, num estudo futuro de natureza longitudinal, seria muito interessante confirmar o valor preditivo protetor da resiliência.

Algumas limitações podem ser apontadas a este estudo. Uma delas é o facto de a EAER original nunca ter sido submetida a um processo de validação e, por isso, não serem possíveis

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

comparações entre estudos e resultados. Além do mais, a EAER original foi criada para a avaliação de crianças, adolescentes e adultos, não estando aferida para uma faixa etária propriamente definida, o que pode levar ao seu uso de forma incorreta.

A utilidade, aceitabilidade e propriedades psicométricas deste instrumento devem ser verificadas noutras faixas etárias (crianças e adultos), noutros tipos de amostras (amostras clínicas, por exemplo, uma vez que a presente amostra é da população geral) e em amostras maiores e mais diversificadas (do ponto de vista geográfico).

5. CONCLUSÃO

No seu conjunto, o estudo desta versão preliminarmente adaptada e validada da EAER revelou que o instrumento adaptado para uso junto da população adolescente possui boas características psicométricas, podendo ser usado com segurança na avaliação da resiliência em adolescentes. A autora afirma a importância deste instrumento no nosso país, visto que em Portugal não existe nenhum instrumento que possibilite a avaliação da resiliência numa gama tão ampla de idades. Com este estudo alargámos o leque de instrumentos válidos para a medição da resiliência em adolescentes e contribuímos para o avanço da investigação na área da adolescência em Portugal. Os instrumentos de autorresposta são um método que avalia formas de pensar, sentir e agir dos indivíduos com facilidade, de forma fidedigna e válida, pelo que se espera que a EAER possa ser um bom instrumento de rastreio da população portuguesa, enriquecendo, assim, o campo da avaliação psicológica na adolescência.

Sendo este um instrumento útil no estudo da resiliência, a sua utilização torna-se fundamental, no sentido em que permite medir e compreender os fatores envolvidos na promoção da resiliência em adolescentes, favorecendo, também, a compreensão dos recursos disponíveis para a adaptação positiva a acontecimentos negativos.

Por fim, este estudo permitiu estabelecer caminhos orientadores para estudos futuros.

6. BIBLIOGRAFIA

Almeida, L. S. e Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4^a ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A. e Bruzese, M. E. (2012). The cooccurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(11), 1-7. doi:10.1186/1753-2000-6-11

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Azevedo, A. e Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(1), 180-191. doi:10.15309/14psd150115

Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F. e Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45. doi:10.1542/peds.2011-2094

Boyd, D. e Bee, H. (2011). *A criança em crescimento*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Buresová, I., Bartosová, K. e Cernák, M. (2015). Connection between parenting styles and self-harm in adolescence. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 171, 1106-1113. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.272

Cohen, J. (1992). A power prime. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. Obtido em <http://drsmorey.org/bibtex/upload/Cohen:1992.pdf>

DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.

Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017*. Ministério da Saúde. Acedido em 14, maio, 2015, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Portugal: Saúde mental em números – 2013*. Ministério da Saúde. Acedido em 14, maio, 2015, em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros2013.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde mental em números – 2014*. Ministério da Saúde. Acedido em 14, maio, 2015, em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros2014.aspx>

Felgueiras, M. C., Festas, C. e Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da ResilienceScale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80. Obtido em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10934/1/CSaude_3-1%285%29.pdf

Gonçalves, A., Freitas, P. e Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159. Obtido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/11.pdf>

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Guerreiro, D. F. e Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-213. doi:10.1016/j.rpsp.2013.05.001

Guerreiro, D. F., Figueira, M. L., Cruz, D. e Sampaio, D. (2014). Coping strategies in adolescents who self-harm: A community sample study. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(1), 31-37. doi:10.1027/0227-5910/a000289

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente*. Acedido em 27, junho, 2015, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0

Jardim, J., e Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA Editores.

Jardim, J. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: Estudo para a promoção do sucesso académico*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Portugal.

Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations of behavioral research* (3rd ed.). New York: Holt, Rinehard and Winston.

Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London and New York: Routledge.

Klineberg, E., Kelly, M. J., Stansfeld, S. A. e Bhui, K. S. (2013). How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BioMed Central Public Health*, 13(572), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-572

Lemos, I. M. (2007). *Família, psicopatologia e resiliência na adolescência: Do risco psicossocial ao percurso delinvente*. Tese de doutoramento, Universidade do Algarve, Portugal.

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. e Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192. doi:10.1017/S003329170700027X

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton K., Lewis, G., Macleod, J., ... Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: Population based birth cohort study. *British Medical Journal*, 349, 1-13. doi:10.1136/bmj.g5954

Matos, F. A. e Jesus, S. N. (2011). Relações entre pares, resiliência e bem-estar dos alunos na escola. *Revista AMAzônica*, 4(7), 61-76. Obtido em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3912386>

McMahon, E. M. (2012). *Vulnerability or resilience? Psycho-social factors associated with deliberate self-harm among adolescents*. Tese de doutoramento, University College Cork, Irlanda.

Murphey, D., Barry, M. e Vaughn, B. (2013). Positive mental health: Resilience. *Adolescent Health Highlight*, 3, 1-6. Obtido em http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_11_01_AHH_Resilience.pdf

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. e Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *JAMA Psychiatry*, 70(3), 1-24. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55

Nunes, C. (2012). *Autodano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)*. Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores, Portugal.

Oliveira, A. (2010). *Resiliência para principiantes*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pallant, J. (2007). *SPSS: Survival manual* (3rd ed.). New York: Open University Press.

Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.^a ed.). Porto: Legis Editora.

Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: Avaliação e intervenção em crise. *PsiLogos*, 9(1), 11-23. Obtido em http://www.psilogos.com/Revista/Vol9N12/Indice11_ficheiros/Pereira_p11-23.pdf

Resende, C., Santos, E., Santos, P. e Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes: Mito ou realidade? *Nascer e Crescer*, 22(3), 145-150. Obtido em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1552/1/v22n3a03.pdf>

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

Santosh, P. J. (2012, outubro). *Suicide in children and adolescents*. Poster presented at the 25th European College of Neuropsychopharmacology, Viena, Áustria. Obtido em http://www.ecnp.eu/~media/Files/congress/Press/2012/On_site/Press%20release%20Suicide%20Risk%20in%20children%20and%20adolescents%20ECNP%202012.pdf

Silva, H. (2009). *Resiliência nos jovens: relações familiares e autoconceito de desempenho*. Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve, Portugal.

Simões, M. C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, N. A., e Collins, W. A. (2011). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Swanson, J., Valiente, C., Lemery-Chalfant, K., e O'Brien, T. C. (2011). Predicting early adolescents: Academic achievement, social competence, and physical health from parenting, ego resilience, and engagement coping. *The Journal of Early Adolescence*, 31(4), 548-576. doi:10.1177/0272431610366249

Taliaferro, L. A. e Borowsky, I. W. (2014). Adolescence: Existing evidence and risk and protective factors. Em M. H. M. van Dulmen, R. M. Bossarte e M. H. Swahn (Eds.). *Developmental and public health perspectives on suicide prevention: An integrated approach* (pp. 20-36). Nova Iorque: SciKnow Publications.

Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Psicologia da Educação*, 5(1), 39-48. Obtido em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4672/1/nova%20vers%C3%A3o%20da%20escala%20de%20autoconceito%20Piers-Harris%20Children%E2%80%99s%20Self-Concept%20Scale.pdf>

Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... Hoven, C. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BioMed Central Public Health*, 10(192), 1-14. doi:10.1186/1471-2458-10-192

Wolfe, K. L., Foxwell, A. e Kennard, B. (2014). Identifying and treating risk factors for suicidal behaviors in youth. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(3), 11-14. Obtido em http://www.baojournal.com/IJBCT/IJBCT-9_3/A04.pdf

Adaptação e validação da EAER para adolescentes portugueses

World Health Organization (2014a). *Adolescent health*. Acedido em 26, junho, 2015, em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

World Health Organization (2014b). *Preventing suicide: A global imperative*. Acedido em 14, maio, 2015, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

Wyman, P. A. (2014). Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(32), 251-256. Obtido em <http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/Developmental%20Approach%20to%20Prevent.pdf>

Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology*, 17, 251-257. doi: 10.1016/j.conb.2007.03.009

Zetterqvist, M. (2014). *Non-suicidal self-injury in swedish adolescents: Prevalence, characteristics, functions and associations with childhood adversities*. Linköping University Medical Dissertations. Department of Clinical and Experimental Medicine. Linköping University, Sweden.

Zetterqvist, M., Lundh, L. e Svedin, C. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(23), 1-14. doi:10.1186/1753-2000-8-23

Zolkoski, S. M. e Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295-2303. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.08.009