



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

**INFLUÊNCIA DOS ACONTECIMENTOS NEGATIVOS,
DA DESESPERANÇA E DA AUTO-ESTIMA NA IDEACÃO
SUICIDA DOS ADOLESCENTES**

Joana Filipa da Cruz Freire

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor José Pestana da Cruz

Faro

2012



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

**INFLUÊNCIA DOS ACONTECIMENTOS NEGATIVOS,
DA DESESPERANÇA E DA AUTO-ESTIMA NA IDEAÇÃO
SUICIDA DOS ADOLESCENTES**

Joana Filipa da Cruz Freire

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor José Pestana da Cruz

Faro

2012

Agradecimentos

Confesso que, apesar de ser a primeira página, foi a última a ser escrita devido aos inúmeros agradecimentos que julgo essenciais serem feitos, assim sendo, espero não me esquecer de ninguém.

Em primeiro lugar, os meus mais sinceros agradecimentos são dirigidos à minha família – à minha mãe, aos meus avós, tias... - que tanto me encorajaram e me deram forças, não só durante este ano de grande esforço e dedicação, mas também em todos os outros momentos.

Como não poderia deixar de ser, quero também agradecer ao meu namorado (que tão devotamente ouviu todas as inseguranças e devaneios, sempre com uma palavra de conforto) e a todas as minhas amigas que estiveram sempre fielmente presentes nos momentos bons e menos bons.

À Professora Marta Brás por toda a dedicação, amizade, paciência e sabedoria que se propôs tão prontamente a partilhar, sem ela nada disto seria possível.

Ao Professor Doutor José Pestana da Cruz, que mais que um orientador, tem sido um grande amigo. Por todas as palavras sábias, experiências de histórias vividas e até, por todas as chamadas de atenção, igualmente sensatas, um muito obrigada.

Em suma, aos que estiveram sempre presentes neste momento de grande felicidade e ansiedade, e a todos aqueles que mesmo não o dizendo por palavras, o mostraram por gestos de carinho, admiração e companheirismo, talvez porque como disse um grande senhor “o essencial é invisível aos olhos”, um sincero e sentido Obrigada.

Resumo

O estudo do suicídio tem vindo a suscitar o interesse da comunidade científica, não só pela sua controversa etiologia, mas principalmente porque se trata de um fenómeno com repercussões a vários níveis, que tende a abranger faixas etárias cada vez mais jovens.

Mediante uma extensa revisão da literatura sobre os principais conceitos e modelos teóricos acerca da conduta suicida, e dos inúmeros factores de vulnerabilidade a ela associados, a presente investigação delimitou-se à análise da influência desempenhada pelos acontecimentos de vida Negativos, experienciados precocemente, a desesperança e a auto-estima, nos níveis de ideação suicida de uma amostra de adolescentes.

Como objectivo geral pretendeu-se, então perceber a influência, isolada e conjunta, de cada uma das variáveis na ideação suicida e verificar se, por um lado, os acontecimentos de vida negativos e a desesperança representam factores de vulnerabilidade para a ideação suicida e, por outro lado, se a auto-estima desempenha um papel protector face à mesma.

Para tal foi recolhida uma amostra de 257 adolescentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, sendo a média etária de 16,81. Tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: Questionários de Ideação Suicida (QIS), Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N), Escala de Desesperança (ESCALA H) e Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES).

Os principais resultados obtidos permitem sugerir que o abuso psicológico e as situações de separação e perda experienciados em estádios precoces, bem como a presença de sentimentos de desesperança representam importantes factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de ideação suicida em jovens.

Por outro lado, a variável auto-estima pode desempenhar um factor de protecção face à ideação suicida nos adolescentes em estudo.

Quando analisadas conjuntamente, as variáveis em estudo explicaram 43,6% da variância dos níveis de ideação suicida, o que reflecte um impacto considerável no seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Ideação Suicida, Acontecimentos de Vida Negativos, Desesperança, Auto-Estima e Adolescentes.

Abstract

Key-words: Suicidal Ideation, Negative Life Events, Hopelessness, Self-Esteem and Adolescents.

Índice

Introdução	13
Capítulo I – Condutas Suicidas	17
1.1. Definição de Conceitos: Ideação Suicida, Para-Suicídio, Tentativa de Suicídio e Suicídio	17
1.2. Epidemiologia	22
1.3. Modelos da Conduta Suicida	24
Capítulo II – Acontecimentos de Vida Negativos	31
2.1. Definição de Acontecimentos de Vida Negativos	31
2.2. Prevalência dos Acontecimentos de Vida Negativos na Infância e Adolescência	33
2.3. O papel dos Acontecimentos de Vida Negativos nas Condutas Suicidas	36
2.3.1. Separações e Perdas	38
2.3.2. Negligência	41
2.3.3. Abusos Físicos, Sexuais e Psicológicos	43
2.3.4. Ambiente Familiar Disfuncional	48
Capítulo III – Desesperança	52
3.1. Definição de Desesperança	52
3.2. O papel da Desesperança nas Condutas Suicidas	53
Capítulo IV – Auto-Estima	57
4.1. Definição de Auto-Estima	57
4.2. O papel da Auto-Estima nas Condutas Suicidas	60
Capítulo V – Objectivos e Questões de Investigação	63
5.1. Objectivos	63
5.2. Questões de Investigação	63
Capítulo VI – Metodologia	64
6.1. Desenho da Investigação	64

6.2. Amostra.....	64
6.2.1. Caracterização geral da Amostra.....	64
6.3. Instrumentos.....	66
6.3.1. Questionário de Dados Pessoais.....	66
6.3.2. Questionário de Ideação Suicida (QIS).....	67
6.3.3. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N).....	68
6.3.4. Escala de Desesperança (ESCALA H).....	69
6.3.5. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES).....	70
6.4. Procedimentos.....	71
6.4.1. Procedimento de Recolha de Dados.....	71
6.4.2. Procedimento de Tratamento de Dados.....	71
Capítulo VII – Apresentação e Análise dos Resultados.....	72
7.1. Introdução ao capítulo.....	72
7.2. Resultados no Questionário de Ideação Suicida – QIS.....	72
7.2.1 Estatísticas Descritivas do QIS na Amostra.....	72
7.2.2. Resultados do QIS em função de variáveis sócio-demográficas.....	73
7.2.3. Resultados do QIS em função das variáveis da história pessoal.....	76
7.3. Resultados no Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos – IAV_N.....	82
7.3.1. Estatísticas Descritivas do IAV_N na Amostra.....	82
7.4. Resultados na Escala de Desesperança (ESCALA H).....	83
7.4.1. Estatísticas Descritivas da ESCALA H na Amostra.....	83
7.5. Resultados na Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES).....	83
7.5.1. Estatísticas Descritivas da RSES na Amostra.....	83
7.6. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida.....	84
7.7. Relação entre a Desesperança e a Ideação Suicida.....	88
7.8. Relação entre a Auto-Estima e a Ideação Suicida.....	89
7.9. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Desesperança.....	91

7.10. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Auto-Estima	92
7.11. Relação entre a Desesperança e a Auto-Estima.....	93
7.12. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos, a Desesperança, a Auto-Estima e a Ideação Suicida	94
Capítulo VIII – Discussão dos Resultados.....	96
Conclusões gerais.....	107
Referências Bibliográficas	112

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas Descritivas do Questionário de Ideação Suicida (QIS) (n=257)

Tabela 2. Médias, Desvios-Padrão do QIS e Teste *t* de Student em Função do Sexo

Tabela 3. Médias, Desvios-Padrão do QIS e Teste *t* de Student em Função da Co-Habitação (Pais ou Outras Pessoas)

Tabela 4. Correlação R de Pearson entre o Consumo de Álcool e os Resultados do QIS

Tabela 5. Correlação R de Pearson entre a Satisfação com o Ambiente Familiar e os Resultados do QIS

Tabela 6. Correlação R de Pearson entre a Satisfação com o Grupo de Amigos e os Resultados do QIS

Tabela 7. Médias, Desvios-Padrão do QIS e Teste *t* de Student em Função da História de Tentativa de Suicídio em Amigos ou Pessoas Próximas

Tabela 8. Estatísticas Descritivas dos Factores e do Índice Global do IAV_N (n=257)

Tabela 9. Estatísticas Descritivas da Escala H (n=257)

Tabela 10. Estatísticas Descritivas da RSES (n=257)

Tabela 11. Correlações entre os AVN (Factores) e a Ideação Suicida

Tabela 12. Regressão entre os AVN (Factores) e a Ideação Suicida Global (Método *Stepwise*)

Tabela 13. Regressão entre os AVN (Factores) e os Pensamentos Suicidas (Método *Enter*)

Tabela 14. Regressão entre os AVN (Factores) e a Instrumentalização do Suicídio (Método *Enter*)

Tabela 15. Regressão entre os AVN (Factores) e a Intenção Suicida (Método *Enter*)

Tabela 16. Correlações entre a Desesperança e a Ideação Suicida

Tabela 17. Regressão entre a Desesperança e a Ideação Suicida Global (Método *Enter*)

Tabela 18. Correlações entre a Auto-Estima e a Ideação Suicida

Tabela 19. Regressão entre a Auto-Estima e Ideação Suicida Global (Método *Enter*)

Tabela 20. Correlações entre os AVN (Factores) e a Desesperança

Tabela 21. Regressão entre os AVN (Factores) e a Desesperança (Método *Enter*)

Tabela 22. Correlações entre os AVN (Factores) e a Auto-Estima

Tabela 23. Regressão entre os AVN (Factores) e a Auto-Estima (Método *Enter*)

Tabela 24. Regressão entre os AVN (Factores) e a Auto-Estima (Método *Stepwise*)

Tabela 25. Correlação entre a Desesperança e a Auto-Estima

Tabela 26. Regressão entre os Desesperança e a Auto-Estima (Método *Enter*)

Tabela 27. Regressão entre os AVN, a Desesperança, a Auto-Estima e a Ideação Suicida Global (Método *Enter*)

Tabela 28. Regressão entre os AVN (Factores), a Desesperança, a Auto-Estima e a Ideação Suicida Global (Método *Enter*)

Índice de Anexos

Anexo A. Questionário de Dados Pessoais

Anexo B. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Anexo C. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)

Anexo D. Escala da Desesperança (ESCALA H)

Anexo E. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES)

Anexo F. Consentimento Informado

Introdução

O estudo do suicídio reveste-se de uma grande importância, sendo que se trata de um problema de saúde pública com cada vez mais impacto nos dias de hoje e que, tendencialmente, engloba faixas etárias cada vez mais jovens.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) por ano, cerca de 1.1 milhões de pessoas morrem por suicídio no mundo, representando estes valores aproximadamente 1.5% do total de óbitos ocorridos e tornando o suicídio na 10ª causa de morte em todo o mundo.

A mesma fonte revela ainda que o suicídio se encontra entre as três principais causas de morte na faixa etária dos 15 aos 44 anos e a segunda principal causa de morte na faixa etária dos 10-24 anos. Estes dados não incluem as tentativas de suicídio, as quais se estimam que sejam cerca de 20 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado.

Tendo em conta a dimensão da problemática, a OMS (2010) revela ainda que, mais especificamente, em Portugal, apenas no ano de 2009, foi registada uma taxa de 9.6 suicídios por cada 100 mil habitantes, sendo que ocorreram 49 suicídios na faixa etária dos 15 aos 24 anos, representando esta problemática a terceira causa de morte entre os jovens portugueses (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

No âmbito dos comportamentos suicidas existem várias tipologias, tendo em conta a sua intencionalidade e desfecho. Deste modo poder-se-á dizer que a conduta suicida se traduz num fenómeno complexo, que pode integrar diferentes componentes: ideação suicida, para-suicídio, tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Assim sendo, de acordo com Brás e Cruz (2009) a ideação suicida representa como que “um marco primário na identificação do risco de futuras condutas suicidas e

pode ser operacionalizada de forma hierárquica, desde pensamentos gerais sobre a morte até planificações mais concretas sobre como terminar com a vida” (p.271).

Vários estudos (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; Beck, Brown, Steer, Dahlsgaard, & Grisham, 1999; Castle, Duberstein, Meldrum, Conner, & Conwell, 2004; Suominen, Isometsä, Ostamo, & Lönnqvist, 2004) estimam que grande parte dos indivíduos que realizaram suicídio consumado mostravam ter altos níveis prévios de ideação suicida.

Mediante uma exaustiva revisão da literatura sobre a temática, foram possíveis de identificar inúmeros factores que podem desempenhar um papel de risco no desenvolvimento da ideação suicida. Primeiramente, no que concerne aos factores de ordem sócio-demográfica, os mais comumente associados à ideação suicida são: o **sexo** (Joiner, Pfaff, & Acres, 2002; Prieto & Tavares, 2005; Saraiva, 1999/2006/2010; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005) onde, apesar do sexo feminino apresentar uma maior propensão a tentar o suicídio, é o sexo masculino que revela uma maior taxa de suicídio consumado; **baixos níveis de rendimento escolar** (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011; Beautrais, 2003; Saraiva, 2010); a **co-habitação** (Werlang, et al., 2005), sendo que indivíduos que moram com apenas um dos progenitores revelam regularmente níveis de ideação suicida mais elevados; **crenças culturais/religiosas** (Sandin, Chorot, Santed, Valiente, & Joiner, 1998; Santos, Freitas, & Saraiva, 2006); e **abuso de substâncias** – álcool, tabaco e drogas (Borowsky, Ireland, & Resnick, 2001; Castle, et al., 2004; Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Eaton, Foti, Brener, Crosby, Flores, & Kann, 2011; OMS, 2000; Saraiva, 2010); satisfação com o **ambiente familiar** (Garber, Little, Hilsman, & Weaver, 1998) e com o **grupo de pares** (OMS, 2000; OMS, 2006; Rigby & Slee, 1999).

Dos factores psicológicos, que mais têm revelado fortes correlações com elevados níveis de ideação suicida, salientam-se: a **depressão** (Barraclough, Bunch, Nelson, & Sainsbury, 1974; Borges & Werlang, 2006; Laufer, 2000; Steer, Kumar, & Beck, 1993; Werlang, et al., 2005), a **desesperança** (Cruz & Carmo, 2009; Steer, et al., 1993; Wenzel & Beck, 2007); **história de psicopatologia** (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Mann, 2002; Prieto & Tavares, 2005); baixos níveis de **auto-estima** (Sharaf, Thompson, & Walsh, 2009); e **tentativas de suicídio anteriores** quer do próprio (Ehnvall, Parker, Hadzi-Pavlovic, & Malhi, 2007; Forteza, Lira, Brambila, & Villarreal, 2001; Isometsä & Lönnqvist, 1998; Joiner, Steer, Brown, Beck, Pettit, & Rudd, 2003; Prieto & Tavares, 2005; Suominen, et al., 2004), quer de outros significativos (e.g. família e grupo de pares) (Borges & Werlang, 2006; Werlang, et al., 2005).

Considerando ainda os factores de risco relacionados com as experiências de vida dos sujeitos, vários autores (Cruz, 2006; Yang & Clum, 1996) identificam os **acontecimentos de vida negativos** como um importante agente de risco para a conduta suicida, nomeadamente aqueles que foram vivenciados durante estádios precoces do desenvolvimento e que envolvam o seio familiar.

Deste modo, poder-se-á dizer que a ideação suicida permite prever comportamentos suicidas e que os factores de risco a ela associados parecem ser similares aos factores de risco relacionados com a conduta suicida. Assim sendo, é de acrescida importância conhecer os principais factores de vulnerabilidade associados á ideação suicida, principalmente nas faixas etárias de maior risco, como é o caso dos adolescentes.

Como tal, o presente estudo tem como objectivo principal perceber a influência que os acontecimentos de vida negativos, a desesperança e a auto-estima exercem nos

níveis de ideação suicida numa amostra de 257 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, quer para uma melhor e maior compreensão da temática, quer para entender quais os factores a trabalhar na sua prevenção.

Para a realização deste objectivo, o trabalho foi composto por oito capítulos que visam organizar os conteúdos teóricos e empíricos de modo coerente e sistemático. Assim, nos primeiros quatro capítulos foi elaborada uma revisão da literatura onde foram descritos os principais conceitos e estudos acerca das variáveis em estudo. Nos capítulos cinco e seis procedeu-se à delimitação dos objectivos e questões de investigação, bem como à caracterização da amostra e dos instrumentos e procedimentos utilizados quer na recolha, quer no tratamento dos dados.

Finalmente, nos capítulos sete e oito, foi realizada, respectivamente, a análise e apresentação dos resultados e fundamentada a sua discussão.

Capítulo I – Condutas Suicidas

1.1. Definição de Conceitos: Ideação Suicida, Para-Suicídio, Tentativa de Suicídio e Suicídio

O estudo do suicídio é extremamente importante se considerarmos que este se trata de um problema de saúde pública com cada vez mais impacto nos dias de hoje, que abarca faixas etárias cada vez mais jovens, e que tem repercussões aos níveis psicológicos, sociológicos, psiquiátricos e legais.

Tendo em conta a literatura sobre a temática existem várias tipologias dos comportamentos suicidas, se considerarmos a sua intencionalidade e desfecho. Assim sendo, poder-se-á afirmar que a conduta suicida reflecte um fenómeno complexo, que inclui diversas tipologias: ideação suicida, para-suicídio, tentativa de suicídio e suicídio consumado.

O conceito de ideação, proveniente do verbo idear, sinónimo de idealizar – fantasiar e projectar – (Porto Editora, 2012), dirigido ao contexto suicida, refere-se ao pensamento ou idealização suicida, a pensamentos e cognições acerca de pôr um término à própria vida (Ferreira & Castela, 1999; OMS, 2002).

Segundo Beck e colaboradores (1979), a ideação suicida reflecte-se no grau perante o qual o indivíduo deseja o suicídio, tendo ultrapassado a sua capacidade de resiliência, face a acontecimentos exteriores de carácter negativo. A ideação suicida pode manifestar-se em “ameaças suicidas” que expressem comportamentos de risco, preocupações suicidas, verbalizações do desejo de morrer ou indicações indirectas de planificação de suicídio.

Por sua vez, Peter, Roberts e Buzdugan (2008) referem que o conceito de ideação suicida representa um fenómeno complexo que inclui desde cognições acerca da morte, até planos específicos referentes ao terminar com a própria vida.

De acordo com Brás e Cruz (2009) a ideação suicida representa um marcador inicial na identificação do risco de condutas suicidas futuras, podendo organizar-se de forma hierárquica, desde pensamentos mais gerais sobre a morte, até planificações mais específicas de como terminar com a própria vida.

Vários estudos (Beck, et al., 1979; Beck, et al., 1999; Castle, et al., 2004; Suominen, et al., 2004) estimam ainda que grande parte dos indivíduos que realizaram suicídio consumado mostravam ter altos níveis prévios de ideação suicida. Assim, pressupõe-se que a severidade e duração dos pensamentos suicidas se podem correlacionar positivamente com a probabilidade de tentativa de suicídio, que, por seu lado, representa o principal factor de risco para o suicídio consumado (Beck et al., 1999; Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2001; Joiner, et al., 2003; Prinstein, Nock, Simon, Aikins, Cheah, & Spirito, 2008; Saraiva, 1999).

Deste modo, a ideação suicida representa um marcador inicial de identificação de futuras condutas de risco suicida, que podem englobar desde pensamentos globais sobre a morte, até planificações mais concretas a cerca do acto, cujo desfecho poderá ser o suicídio consumado (Brás & Cruz, 2009; Maris, 1992; Park, Cho, & Moon, 2010).

Um comportamento que pode ocorrer entre a fase de ideação suicida e o suicídio é o para-suicídio. Segundo a OMS (2004), o para-suicídio é um “acto deliberado não fatal, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outrem, causando lesões a si próprio ou ingerindo uma substância em excesso, além da dose prescrita, reconhecida, geralmente, como terapêutica, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes” (p. 5).

Assim sendo, poder-se-á relacionar a definição proposta de para-suicídio com o comportamento instrumental relacionado com o suicídio proposto por O’Carroll,

Berman, Maris, Morcicki, Tanney e Silverman (1998) cuja definição aponta para um “comportamento potencialmente auto-lesivo, para o qual existe evidência (implícita ou explícita) que: a) a pessoa não tinha intenção de se matar; e b) a pessoa pretende usar a aparente intenção de se matar com o intuito de alcançar outros fins” (p.31).

Neste sentido, o conceito de para-suicídio prende-se essencialmente com baixos níveis de intenção suicida e de letalidade subjacentes ao acto, sendo este encarado como forma de apelo social, dependendo de factores como a personalidade e a sua estruturação cognitiva e, ainda, de inúmeros agentes do meio ambiente – protectores ou de risco. É designado como um “comportamento-doença”, inerente a uma patologia da personalidade e da interacção familiar e social (Saraiva, 1999).

Assim sendo, a presença ou não da intenção de morrer com a realização do acto e, conseqüentemente o seu grau de letalidade, permite-nos distinguir para-suicídio de tentativa de suicídio, uma vez que o para-suicídio engloba uma componente apelativa, de chamada de atenção e, portanto, um menor grau de intenção de morrer e, conseqüentemente, comportamentos menos letais com uma marcada necessidade de ajuda (Sampaio, 1991).

Os casos em que há a intenção de morrer com o acto, mas o desfecho não é a morte, denominam-se de tentativa de suicídio.

Durkheim (1987/1992) define tentativa de suicídio como um acto suicida “interrompido antes que a morte daí tenha resultado” (p.10).

De acordo com Lopes, Barreira e Pires (2001) por tentativa de suicídio depreende-se “um gesto auto-destrutivo não fatal, isto é, o indivíduo não conseguiu concretizar o objectivo de pôr término à vida” (p.48).

Os mesmos autores definem ainda o conceito de tentativa de suicídio adolescente como “todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento,

executado de vontade própria, por um indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 21 anos” (p.48).

Diversos estudos (Ehnvall, et al., 2007; Forteza, et al., 2001; Joiner, et al., 2003; Prieto & Tavares, 2005; Suominen et al., 2004; Suominen, Isometsä, Suokas, Haukka, Achte, & Lönnqvist, 2004;) apontam a tentativa de suicídio como um dos principais factores de risco para o suicídio consumado.

Maris (1992) afirma, ainda, que pelo menos 15% das pessoas que realizam uma tentativa de suicídio, acabam por morrer de suicídio, sendo a probabilidade de morrer de suicídio, entre estas pessoas, 1.500 vezes superior às que nunca tentaram matar-se.

Assim sendo, embora a intencionalidade de morte e a gravidade do acto possam diferir de indivíduo para indivíduo, as tentativas de suicídio representam momentos de crise individual e são os preditores mais fortes do suicídio consumado (Santos & Sampaio, 1997).

A primeira definição de suicídio deriva de Durkheim (1897/1992), que defendendo a sua vertente primordialmente social, não rejeita a dimensão psicológica do mesmo, dizendo ser “ todo o caso de morte que resulte, directa ou indirectamente, de um acto, positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabendo esta que se ia produzir esse resultado” (p.10).

Numa vertente mais psicanalista, Menninger (1996) defende que o suicídio é o desfecho de uma patologia do Eu e das suas pulsões agressivas que não conseguindo investir nos objectos afectivos desviam a raiva para si mesmo. O autor considera ainda que o acto suicida engloba três elementos: o *desejo de matar* - ao outro introjectado -, o *desejo de ser morto* - pulsões libidinais dirigidas ao Eu - e o *desejo de morrer* - libido sem objecto.

Por outro lado, Mayo (1992) encara quatro componentes essenciais ao acto suicida: fatalidade, reflexividade, actividade-passividade e intencionalidade.

Segundo o mesmo autor, a fatalidade implica que a morte seja consequência directa da conduta suicida; a reflexividade considera que “uma morte, para ser suicídio, tem que ser desejada e provocada pela pessoa que morre” (p. 101); a actividade-passividade remete-se aos meios que o indivíduo utiliza e que de uma forma, ou outra o conduzirão à morte; e, por último, a intencionalidade refere-se ao grau de intenção de morrer.

Shneidman (1993) refere que a motivação para cometer suicídio é complexa, envolvendo, muitas vezes, uma considerável ambivalência entre a vontade de viver e o querer morrer.

Assim sendo, tendo em conta a definição de conceitos apresentada, é ainda importante referir a existência de uma nova nomenclatura para as condutas suicidas e respectivas significações, proposta por Silverman, Berman, Sanddal, O’Carrol e Joiner (2007).

Os autores propuseram um novo esquema de nomenclaturas para as condutas suicidas, baseado em conceitos chave como a ausência ou presença de intenção suicida e de danos reais, subjacentes ao acto.

Desta forma, as condutas suicidas são caracterizadas por três conceitos distintos: Ideações relacionadas com o suicídio, comunicações relacionadas com o suicídio e comportamentos relacionados com o suicídio.

As ideações relacionadas com o suicídio representam todos os pensamentos e cognições acerca da morte e de pôr término à vida.

As comunicações relacionadas com o suicídio reflectem qualquer acto interpessoal que transmita pensamentos, desejos ou intenções de pôr término à vida,

onde haja evidência (explícita ou implícita) que o acto de comunicar (verbal ou não verbalmente) não envolva comportamentos auto-infligidos danosos.

Este conceito retrata, uma ponte entre os pensamentos pessoais acerca do suicídio (cognições) e acções que envolvam auto-lesões (comportamentos), e engloba desde planos específicos de como consumir o suicídio a ameaças de suicídio. Quer os planos específicos sobre o suicídio, quer as ameaças de suicídio podem variar em três tipos distintos, tendo em conta o seu grau de intenção suicida: tipo I (ausência de intenção suicida), tipo II (presença de um nível indeterminado de intenção suicida) e tipo III (presença de um grau considerável de intenção suicida).

Por último, os comportamentos relacionados com o suicídio referem-se a actos auto-infligidos, potencialmente danosos para os quais haja evidência (explícita ou implícita) de que a) com o acto, a pessoa desejava obter outros fins que não a morte; ou que b) a pessoa apresentava um certo grau de intenção de matar-se. Destes comportamentos podem resultar a ausência de danos (tipo I), a presença de danos (tipo II) ou a morte.

Os comportamentos relacionados com o suicídio traduzem-se em actos auto-mutilatórios, morte auto-infligida não intencionalmente, morte auto-infligida com certo grau de intencionalidade, tentativa de suicídio e suicídio (Silverman et al., 2007).

1.2.Epidemiologia

Segundo dados estatísticos (OMS, 2009), nos últimos 45 anos, o número de suicídios aumentou cerca de 60% em todo o mundo. Dados recentes (OMS, 2009) revelam que, por ano, cerca de 1.1 milhões de pessoas morrem por suicídio no mundo, representando estes valores aproximadamente 1.5% do total de óbitos ocorridos, tornando o suicídio na 10ª causa de morte em todo o mundo.

Em Portugal, em 2009, registou-se uma taxa de 9.6 suicídios por cada 100 mil habitantes (OMS, 2010) representando, a nível nacional a terceira causa de morte nos jovens (INE, 2010). A OMS (2010) acrescenta que em Portugal, no ano 2009 ocorreram 49 suicídios (41 no sexo masculino e 8 no sexo feminino) só na faixa etária dos 15 aos 24 anos.

Mediante a contabilização de dados do INE (2012) no ano de 2009 ocorreram 1025 óbitos por suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente.

De acordo com os últimos dados estatísticos referentes ao número de suicídios ocorridos no Algarve, verifica-se que em 2008, foi obtida uma taxa de 18.8 suicídios por cada 100 mil habitantes (INE, 2010).

Desta forma, a OMS (2009) refere que o suicídio encontra-se entre as três principais causas de morte na faixa etária dos 15 aos 44 anos e a segunda principal causa de morte na faixa etária dos 10-24.

No entanto, é necessário termos em consideração que estes dados não incluem as tentativas de suicídio que são até 20 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado (OMS, 2009).

Assim, é ainda de referir que, segundo vários autores (Beautrais, 2003; Prieto & Tavares, 2005; Saraiva, 1999/2006; OMS, 1998) verifica-se que as tentativas de suicídio são tendencialmente mais elevadas no sexo feminino, porém o número de suicídios consumados tende a ser superior nos indivíduos de sexo masculino, devido sobretudo ao recurso a métodos mais letais.

A OMS (2009) também apresenta dados neste sentido, referindo que os homens representam uma maior taxa de suicídios consumados do que as mulheres (cerca de 4.4 vezes mais), enquanto que as mulheres apresentam 45% mais tentativas de suicídio e/ou para-suicídios que os homens.

Contudo é necessário ter em consideração que, conforme refere Sampaio (2002, p.86) “as estatísticas oficiais dão-nos apenas uma visão do problema, pois o fenómeno da ocultação do suicídio está bem descrito em Suicidologia, sendo possível que muitas situações de morte, por exemplo por sobredosagem de drogas correspondam a suicídios”, o que torna difícil perceber a real dimensão do problema, prevendo-se que seja muito maior do que relatam os dados oficiais

1.3. Modelos da Conduta Suicida

A conduta suicida é pautada por um longo processo que poderá ir da sua ideação até ao seu desfecho fatal, tratando-se de um acto individual marcado pelas características pessoais do seu autor e das circunstâncias em que ocorre. Assim sendo, para uma melhor compreensão da temática, é necessário tentarmos perceber quais e como se relacionam os factores quer psicológicos, quer sociais/culturais a ela inerentes.

Assim, e tendo em conta a sua multidimensionalidade, a conduta suicida tem sido alvo de inúmeros estudos perspectivados por diferentes áreas do conhecimento, sendo que é de acrescido interesse compreender os principais modelos teóricos propostos, subjacentes a este processo.

Dos principais modelos teóricos inerentes à conduta suicida, salientam-se os modelos sociológicos, os modelos nosológicos e os modelos psicológicos.

Os modelos sociológicos postulam o suicídio como um fenómeno inserido num contexto histórico e cultural, sendo as suas causas exteriores ao indivíduo (Durkheim, 1987/1992; Saraiva, 1999/2006).

Os modelos nosológicos consideram que o suicídio está associado a uma patologia individual, sendo portanto um sintoma de uma condição subjacente, que se pode manifestar de forma explícita ou implícita (Sampaio, 1991).

Por último, os modelos psicológicos, inicialmente integrados na corrente psicanalítica, pressupõem o suicídio como o resultado final de um conflito interno do indivíduo, atribuindo especial enfoque às perturbações depressivas e situando os conflitos intrapsíquicos no enfoque da compreensão do suicídio. Segundo este modelo, o suicídio surge então como uma perda do objecto afectivo querido ou como o resultado de uma introjecção de um objecto negativo que provocaria agressividade no sujeito e necessidade de eliminá-lo (Sampaio, 1991).

Considerando esta corrente psicanalítica, Sampaio (2002), menciona quatro tipos primordiais de comportamentos auto-destrutivos juvenis – *apelo*, *desafio*, *renascimento* e *fuga* – que emergem como uma “comunicação sobre a comunicação familiar” (p.87).

No *apelo*, reside um pedido de ajuda directo aos restantes elementos familiares, sentindo-se, o jovem, numa posição inferior e necessitando do seu apoio. No *desafio*, a conduta suicida surge essencialmente após algum tipo de confronto directo e dirige-se à pessoa com quem o adolescente está em conflito. O *renascimento* salienta o desejo do jovem de morrer para nascer de novo, confiando que através da sua conduta o sistema relacional se organize de outra forma, neste tipo de conduta auto-destrutiva, o desafio à morte e o ataque ao corpo assumem um plano principal. Por último, na *fuga*, o jovem manifesta uma atitude de desistência face à vida, sentindo a sua situação actual como insuportável (Sampaio, 2002).

Contudo, através de inúmeros estudos realizados por Beck e colaboradores (1967; citado por Cruz & Carmo 2009) tornou-se consensual, a necessidade de reformular esta teoria, relacionando o fenómeno do suicídio com uma vertente mais cognitiva.

Neste contexto, surgem então os modelos cognitivos explicativos do suicídio, que o relacionam com experiências pessoais precoces e negativas que,

consequentemente, despertam o desenvolvimento de esquemas cognitivos disfuncionais, sendo a depressão o quadro patológico que lhe deu origem (Cruz & Carmo, 2009).

Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1998), na sua *Teoria Cognitiva da Depressão*, postularam que os afectos e comportamentos de um indivíduo são amplamente determinados pelo modo como ele próprio estrutura o mundo. Sendo as suas cognições baseadas em atitudes ou pressupostos, desenvolvidos através de experiências anteriores.

Neste contexto, os mesmos autores referem que existem três conceitos chave para explicar a essência da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas mentais e as distorções cognitivas.

A tríade cognitiva seria, portanto, um esquema de processamento da informação que estabelece uma distorção da experiência subjectiva da realidade (Velting, 1999), caracterizada por uma visão negativa do próprio, da sua interacção com o meio ambiente e da sua projecção no futuro (Beck, et al., 1979/1998) que, consequentemente, irá produzir afectos e condutas disfuncionais e negativas que aumentam o quadro depressivo.

Os esquemas mentais são estruturas cognitivas, relativamente sólidas, que se organizam através de experiências anteriores (positivas ou negativas) e que permitem ao indivíduo interpretar e responder a acontecimentos actuais (Cruz & Carmo, 2009).

Assim sendo, e visto que o suicídio é um acto que não tem só um motivo ou propósito sendo caracterizado por factores multidimensionais, é possível propor que, para que haja um acto suicida, do ponto de vista psicológico, é necessário que o indivíduo seja exposto a precoces acontecimentos de vida negativos que gerem interpretações distorcidas da realidade e afectos negativos. São estes acontecimentos negativos precoces que, conjugados com acontecimentos actuais, caracterizados por altos níveis de dor psicológica em que possíveis alternativas deixam de fazer sentido,

que fazem com que o indivíduo veja como única saída para o seu mal-estar, pôr um ponto final à sua vida (Cruz & Carmo, 2009).

No *Modelo Etiológico da Conduta Suicida* de Yang e Clum (1996), o suicídio é sustentado como o produto final de um conjunto de acontecimentos de vida negativos. Os autores apontam para a estreita relação entre acontecimentos de vida negativos - história familiar de psicopatologia, maus-tratos na infância, instabilidade familiar e ambiente familiar perturbado -, experienciados precocemente, e a conduta suicida, por intermédio de distorções cognitivas. Como distorções cognitivas identificaram: défice na resolução de problemas, *locus* de controlo externo, baixa auto-estima, sentimentos de dependência e desesperança.

No *Modelo Cognitivo da Conduta Suicida* proposto por Cruz (2003, 2006), são identificados três factores psicológicos determinantes da conduta suicida: 1) factores de vulnerabilidade; 2) factores predisponentes; 3) factores precipitantes.

Os factores de vulnerabilidade são como que factores moderadores, que, sendo estáveis ao longo do tempo, influenciam a relação da pessoa com as suas vivências, entre eles são passíveis de identificar os acontecimentos traumáticos de vida e alguns traços de personalidade como o perfeccionismo, a impulsividade, a desesperança e a baixa capacidade de resolução de problemas.

Os factores predisponentes são como filtros cognitivos que medeiam os acontecimentos de vida e a conduta suicida, como sendo modos cognitivos e condutas particulares como a baixa auto-estima, o estilo atributivo disfuncional, o pensamento dicotómico, a rigidez cognitiva e a perspectiva distorcida do tempo pessoal e social.

Os factores precipitantes traduzem-se na decisão de morrer como melhor solução para os problemas, sendo caracterizados pela dor psicológica, o desespero, a

opressão dos afectos e pensamentos e pela frustração das necessidades psicológicas vitais (Cruz, & Carmo, 2009).

Por último, Wenzel e Beck (2008) no seu *Modelo Cognitivo da Conduta Suicida* preconizam que cada indivíduo é caracterizado por uma constelação de factores disposicionais, que associados a acontecimentos de vida stressantes, podem torná-lo vulnerável a esquemas cognitivos disfuncionais, relacionados com perturbações psicológicas. Por sua vez, estas perturbações, tendo em conta a sua frequência e intensidade, podem originar processos cognitivos relacionados com a ideação e conduta suicida que, conseqüentemente, podem desencadear a concretização do acto suicida.

No que respeita à população adolescente, em particular, Ayyash-Abdo (2002), na sua *Abordagem Ecológica do Suicídio na Adolescência*, refere que o adolescente, com todos os seus factores ontogénicos, está no centro de uma série de sistemas complexos: o microsistema, o exossistema e o macrossistema.

Segundo o autor, os factores ontogénicos estão relacionados com a história do indivíduo e as suas características psicológicas e médicas que, por sua vez, tendem a moldar as suas respostas perante o micro e o exossistema. Neste sentido, surgem a depressão, a desesperança e o abuso de álcool e drogas como os factores ontogénicos mais significativamente associados à conduta suicida adolescente.

O microsistema representa o sistema que mais directamente influencia a conduta suicida do adolescente e inclui aqueles com que este estabelece contacto directo, como a família, o grupo de pares e a escola. Como preditores da conduta suicida pertencentes ao microsistema estão a história familiar, as perdas vivenciadas, o ambiente familiar disfuncional, a relação com o grupo de pares e o ambiente escolar.

Por sua vez, o exossistema consiste na articulação entre o adolescente e a sua família e a sociedade mais alargada. Como principal factor de risco para a conduta

suicida no exossistema, destacam-se os média e a influência que exercem sobre o adolescente.

Finalmente, o macrosistema surge como a cultura na qual estão inseridos quer o adolescente como a sua família e comunidade, sendo que tanto as diferenças culturais como as diferenças étnicas estão significativamente associadas à conduta suicida adolescente.

Em suma, como foi possível observar através dos inúmeros autores e modelos explicativos da conduta suicida apresentados, são vários os factores associados à conduta suicida, dos quais se salientam os acontecimentos de vida negativos (e.g. Cruz, 2006; Yang & Clum, 1996), a desesperança (e.g. Cruz & Carmo, 2009; Steer, et al., 1993; Wenzel & Beck, 2008) e a auto-estima (e.g. Sharaf, et al., 2009).

Para além dos factores incluídos nos modelos apresentados, a literatura demonstra que existem muitos outros factores de risco em relação à conduta suicida.

Em primeiro lugar, no que respeita às características sócio-demográficas, as mais frequentemente apontadas como factores de risco associados às condutas suicidas, nomeadamente à ideação suicida, são: o **sexo** (Joiner, et al., 2002; Prieto & Tavares, 2005; Saraiva, 1999/2006/2010; Werlang, et al., 2005) onde, apesar do sexo feminino apresentar uma maior predisposição a adoptar condutas suicidas, é o sexo masculino que revela uma maior taxa de suicídio consumado; **baixos níveis de rendimento escolar** (Baetens, et al., 2011; Beautrais, 2003; Saraiva, 2010); a **co-habitação** (Werlang, et al., 2005), sendo que indivíduos que residem com apenas um dos progenitores ou outros revelam níveis de ideação suicida mais elevados; **crenças culturais/religiosas** (Sandin, et al., 1998; Santos, et al., 2006); e **abuso de substâncias** – álcool, tabaco e drogas (Borowsky, et al., 2001; Castle, et al., 2004; Cheng, et al.,

2000; Eaton, et al., 2011; OMS, 2000; Saraiva, 2010); satisfação com o **ambiente familiar** (Garber, et al., 1998) e com o **grupo de pares** (OMS, 2000; OMS, 2006; Rigby & Slee, 1999).

Muitas vezes associados com o ambiente familiar surgem, também como elementos de risco para o desenvolvimento de ideação suicida, os **acontecimentos de vida negativos**, experienciados durante a infância e/ou adolescência (Cruz, 2006; Yang & Clum, 1996).

Segundo a literatura, muitos factores psicológicos revelam associações significativas com a adopção de condutas suicidas, tais como a **depressão** (Barraclough, et al., 1974; Borges & Werlang, 2006; Laufer, 2000; Steer, et al., 1993; Werlang, et al., 2005), a **desesperança** (Cruz & Carmo, 2009; Steer, et al., 1993; Wenzel & Beck, 2008); **história de psicopatologia** (Gonçalves, et al., 2011; Mann, 2002; Prieto e Tavares, 2005); baixos níveis de **auto-estima** (Sharaf, et al., 2009); e **tentativas de suicídio anteriores**, quer do próprio (Ehnvall, et al., 2007; Forteza, et al., 2001; Isometsä & Lönnqvist, 1998; Joiner, et al., 2003; Prieto & Tavares, 2005; Suominen, et al., 2004), quer de outros significativos, como familiares ou amigos (Borges & Werlang, 2006; Werlang, et al., 2005).

Por outro lado, como factores protectores mais comumente apresentados na literatura salientam-se: níveis elevados de **auto-estima** (Sharaf, et al., 2009), um bom **suporte familiar** e **padrões de vinculação seguros** (Gonçalves, et al., 2011); **boas capacidades sociais** (OMS, 2000); e uma **boa relação com o grupo de pares** (OMS, 2000).

Capítulo II – Acontecimentos de Vida Negativos

2.1. Definição de Acontecimentos de Vida Negativos

O conceito de acontecimentos de vida negativos tem recebido definições muito heterogéneas e abrangentes, uma vez que corresponde a qualquer situação não normativa capaz de abalar o equilíbrio do desenvolvimento regular do sujeito.

Segundo **Vaz Serra (2007)**, os acontecimentos de vida significativos e/ou stressantes representam ocorrências concretas de intensidade suficiente para alterar as actividades normativas da maioria dos sujeitos, obrigando-o, por vezes, a modificar o seu estilo de vida, padrões de actividades e relações sociais.

De acordo com **Ramos (2004)**, os acontecimentos de vida são essencialmente caracterizados por duas componentes indissociáveis: por um lado, simbolizam fenómenos discretos, intermitentes e colaterais à vida do sujeito, e por outro lado, pressupõe mudanças e alterações no seu curso normal de vida, que irão afectar o seu equilíbrio global e exigir um processo de readaptação.

Neste sentido, como referido por **Vaz Serra (2000)** os acontecimentos de vida são considerados negativos, não por si só, mas fundamentalmente pelas predisposições pessoais, ou seja os recursos ou estratégias que o indivíduo possui para lidar com eles e pelo significado psicológico que constrói e lhes atribui, em função dos seus valores e normas.

Assim, determinado acontecimento é percebido como traumático, se for considerado de gravidade extrema, mediante a avaliação, o significado e o impacto que acarreta no indivíduo (**Vaz Serra, 2007**).

Quando os acontecimentos de vida são percebidos, pelo indivíduo, como sendo negativos, constituem uma ameaça para a sua vida, pondo em risco todas as suas actividades usuais. Desta forma, um acontecimento de vida é considerado negativo

quando origina mudanças abruptas e significativas nas actividades globais e normais do sujeito, que afectem seriamente os seus objectivos de vida (Dohrenwend, 1998; citado por Vaz Serra, 2000).

Estas mudanças, por sua vez, podem ser normativas, como o casamento, a promoção ou perda de emprego, ou não normativas, como guerras e catástrofes naturais (Ramos, 2004), sendo algumas delas propulsoras de elevados níveis de stresse.

No que respeita ao impacto dos acontecimentos de vida negativos, inúmeros autores (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998; Schilling, Aseltine Jr, & Gore, 2007; Yang & Clum, 1996) apontam para a sua especial relevância quando ocorridos na infância e na adolescência. A ocorrência de eventos traumáticos nestas fases precoces, tais como maus-tratos, abuso sexual e ambiente familiar hostil e conflituoso, pode constituir graves repercussões aos níveis psicológico e social, comprometendo a adaptação do indivíduo face ao futuro (Vaz Serra, 2000).

A exposição do indivíduo a situações adversas em idades precoces influenciam significativamente, o modo como este irá interpretar e atribuir significados às suas experiências pessoais de vida, o que poderá contribuir para a eclosão de esquemas cognitivos disfuncionais, quer no que diz respeito às interpretações que o sujeito faz acerca de si mesmo, quer na sua interacção com esses acontecimentos (Cruz & Carmo, 2009).

Desta forma, o impacto dos acontecimentos de vida negativos experienciados em idades precoces pode potenciar-se durante a vida adulta, contribuindo para o desenvolvimento de diversas perturbações do foro psiquiátrico (Pires & Moreira, 2005).

Diversos estudos (Chan, Miranda, & Surrence, 2009; Cruz, 2006; Ehnvall, et al., 2007; Felitti *et al.*, 1998; Floen & Elklit, 2007; Gonçalves, et al., 2011; Ramiro, Madrid, & Brown, 2010; Sandin, et al., 1998; Yang & Clum, 1996) mostram, ainda que os

acontecimentos de vida negativos precoces podem traduzir-se em factores de vulnerabilidade para a conduta suicida - através da mediação de esquemas cognitivos disfuncionais – inclusivamente na fase da adolescência (Fleming, Merry, Robinson, Denny, & Watson, 2007; Lessard & Moretti, 1998; Sandin, *et al.*, 1998), onde esta problemática tem mostrado incidir com especial ênfase.

2.2. Prevalência dos Acontecimentos de Vida Negativos na Infância e Adolescência

Os acontecimentos de vida negativos durante a infância e a adolescência têm sido alvo de inúmeras investigações no campo da Psicologia, devido, não só à sua prevalência, mas também ao impacto/dano que exercem sobre a vida futura do sujeito. A ocorrência de acontecimentos de vida negativos durante estes estádios precoces representa um importante factor de risco na eclosão de perturbações físicas e psicológicas em idades adultas (Alves & Maia, 2010).

Neste sentido, os maus-tratos a crianças e jovens representam um sério problema de saúde pública, com graves implicações aos níveis legais e da saúde física e psicológica (Kelley, 2011), constituindo um dos problemas centrais que, assumindo um “carácter recorrente e progressivo” e atingindo proporções e lesões de gravidade crescente (Canha, 2003b, p.16), afectam seriamente a qualidade de vida na infância e na adolescência, promovendo sequelas a vários níveis, nomeadamente no que concerne ao futuro dos sujeitos a eles expostos (Cordeiro, 2003; Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006).

Apesar desta problemática persistir ao longo do tempo, sendo cada vez mais visível e contestável, é ainda extremamente difícil estabelecer dados estatísticos fidedignos em relação à incidência dos maus-tratos na infância e adolescência, talvez porque, como refere Alberto (2010), as estatísticas são fundamentalmente direccionadas para famílias

com estatuto sócio-económico baixo, consideradas desfavorecidas e para casos de extrema gravidade, em que as sequelas físicas do maltrato impliquem tratamento hospitalar ou, até mesmo a morte das vítimas.

Assim sendo, segundo os dados fornecidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2009), estima-se que, anualmente, aproximadamente 500 milhões a 1,5 biliões de crianças e adolescentes são vítimas de violência, em todo o mundo.

Recentemente, nos Estados Unidos, de acordo com os dados fornecidos pelo U.S. Department of Health and Human Services (2010), o número de crianças submetidas a maus-tratos, como abusos e negligência ronda os 772 mil. As estimativas apontam para uma maior taxa de vitimização durante o primeiro ano de vida (21.7%), onde se denota uma maior prevalência de maus-tratos no sexo feminino (51.3%), sendo quase metade das vítimas de raça branca (45.1%).

A mesma fonte aponta ainda os principais tipos de maus-tratos a crianças, como sendo: negligência (71.1%); abuso físico (16.1%); abuso sexual (7.3%); e abuso psicológico (7.3%). Sendo a taxa global de mortalidade infantil, por maus-tratos de 2.33 óbitos por 100 mil crianças.

Em Portugal, no ano de 2009, segundo estatísticas da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens (CPCJ), foram instituídos 28401 processos, o que representa um decréscimo de 3% comparativamente ao ano de 2008, denotando-se, uma maior taxa de vitimização no sexo masculino (52.9%), do que no sexo feminino (47.1%).

As principais problemáticas reportadas pela CPCJ, em 2009 foram as seguintes: negligência (36.2%); exposição a modelos de comportamento desviante (17.4%); maus-tratos psicológicos e/ou abuso emocional (17.4%); abandono escolar (14%); maus-tratos físicos (7%); prática de facto qualificado como crime (3.5%); abandono (2.1%); abuso

sexual (1.9%); uso de estupefacientes (1%); mendicidade (0.8%); ingestão de bebidas alcoólicas (0.7%); problemas de saúde (0.6%); o exercício abusivo de autoridade (0.4%); a exploração do trabalho infantil (0.1%); a corrupção de menores (0.1%); a pornografia infantil (0.1%); e a prostituição infantil (0.0%).

O maltrato pode ocorrer em todas as camadas socioeconômicas, sendo, no entanto mais frequente nas classes de baixo nível socioeconômico e cultural, em famílias mais disfuncionais, com poucas condições habitacionais e ambientes promíscuos (Canha, 2003b).

Como foi possível verificar, a literatura aponta como principais acontecimentos de vida negativos ocorridos na infância e adolescência, os abusos e/ou negligências, uma vez que as crianças vítimas de maus-tratos tendem a ser mais vulneráveis e a deparar-se com múltiplas dificuldades, designadamente no que concerne a questões relacionadas com a saúde mental (UNICEF, 2009; Vaz Serra, 2007).

No entanto, é importante ter em consideração que vários autores (Canha, 2003a; Canha, 2003b; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Higgins & McCabe, 2001) apontam para uma tendência cumulativa dos maus-tratos, sendo frequente a associação de mais de um tipo de agressão na mesma criança/jovem, o que obviamente, acarreta acrescidas repercussões a nível do seu desenvolvimento.

A este respeito, Canha (2003b) acrescenta que o abuso sexual está muitas vezes associado ao abuso físico e ao abuso psicológico/emocional, enquanto que a negligência, o abandono e a rejeição apresentam uma correlação significativa com o abuso físico.

De acordo com Felitti, et al. (1998), indivíduos que experienciaram 4 ou mais acontecimentos de vida negativos, durante a infância, apresentam uma acrescida probabilidade de risco de alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, comportamentos

sexuais de risco, obesidade, humor depressivo e tentativas de suicídio, quando comparados com indivíduos que não experienciaram qualquer tipo de acontecimento adverso.

Assim sendo, **Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar e Nock (2008)**, num estudo realizado com 3005 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, referem que a experiência de qualquer acontecimento de vida negativo/traumático tende a aumentar 3.2 vezes mais os índices de ideação suicida dos adolescentes e 6.6 vezes mais a probabilidade de cometerem tentativas de suicídio. Os mesmos autores salientam que adolescentes que reportam 3 ou mais acontecimentos de vida negativos/traumáticos, mostram ter 13.7 vezes mais probabilidade de cometer tentativas de suicídio, do que aqueles que nunca experienciaram este tipo de acontecimentos.

2.3. O papel dos Acontecimentos de Vida Negativos nas Condutas Suicidas

Como referido anteriormente, ao terem um impacto no indivíduo relativamente estável ao longo do tempo e, portanto, ao influenciarem as suas relações e as suas experiências de vida, os acontecimentos de vida negativos precoces actuam como factores de vulnerabilidade sobre os quais se potencia e instaura a crise suicida (**Cruz, 2006; Yang & Clum, 1996**).

Bowlby (1969/1984a) foi um dos primeiros autores a admitir a extrema importância das experiências vivenciadas na infância e adolescência, no desenvolvimento posterior do indivíduo, atribuindo especial enfoque aos estilos de vinculação entre o sujeito e os seus cuidadores primários. O mesmo autor refere que a qualidade das relações precocemente estabelecidas irá influenciar a percepção que o indivíduo tem de si próprio, dos outros e a capacidade para estabelecer futuros relacionamentos.

Neste sentido, são passíveis de identificar dois tipos de vinculação, relativamente estáveis no tempo, que estabelecem como que um molde na estrutura psicológica do indivíduo e que se repercutem nas suas relações futuras: o estilo de vinculação seguro e o estilo de vinculação inseguro (Bowlby, 1969/1984a). A adopção de condutas suicidas pode advir directamente destes sentimentos de insegurança perpetuados pela família de origem ou cuidadores, particularmente na infância e adolescência (Bowlby, 1990; Lessard & Moretti, 1998; Peter, et al., 2008)

Segundo a literatura muitos são os acontecimentos de vida negativos precoces relacionados com o núcleo familiar que se assumem como principais factores de risco para o suicídio.

Desta forma, tem-se vindo a verificar que os maus-tratos infantis espelham uma problemática que merece especial consideração, não só pela sua frequência, mas principalmente pelas consequências a curto e longo prazo a ela inerentes (Canha, 2003b).

Roig e De Paul (1993; citado por Maia, Guimarães, Magalhães, Capitão, Campos, & Capela, 2006) caracterizam maus-tratos infantis como “as lesões físicas ou psicológicas não acidentais ocasionadas pelos responsáveis do desenvolvimento, que são consequência de acções físicas, emocionais ou sexuais, de acção ou omissão que ameaçam o desenvolvimento físico, psicológico e emocional considerado como normal para a criança” (p.56).

Por sua vez, a OMS (2010) refere que os maus-tratos infantis representam um problema global que acarretam sérias repercussões no futuro do indivíduo e que reportam para quaisquer situações de abuso e/ou negligência que ocorram a uma criança com idade inferior a 18 anos. A mesma fonte, salienta que este conceito inclui todos os

tipos de violência física e/ou emocional, que resultem como dano real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade da criança.

Segundo Canha (2003a), as consequências a longo prazo mais frequentemente apontadas devido a maus-tratos são: atrasos a nível do crescimento e desenvolvimento, atraso de linguagem, insucesso escolar, alterações comportamentais, comportamentos delinquentes, diminuição da auto-estima, dificuldades de relacionamento, desvalorização das expectativas de vida, e transmissão geracional do maltrato.

Assim, de todos os maus-tratos infantis abordados na literatura, os que mais se têm mostrado relevantes na eclosão de condutas suicidas parecem ser: perdas/separações precoces – definitivas ou temporárias (Afifi, Boman, Fleisher, & Sareen, 2009; Bowlby, 1973/1985; Sandin, *et al.*, 1998; Saraiva, 1999/2006); negligência (Ehnavall *et al.*, 2007; Gonçalves, *et al.*, 2011); abusos físicos e sexuais (Afifi, *et al.*, 2009; Sandin *et al.*, 1998), abusos psicológicos (Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel, & Bout, 2002) e ambiente familiar disfuncional (Afifi, *et al.*, 2009; Blaauw, *et al.*, 2002; Ehnavall, *et al.*, 2007; Felitti, *et al.*, 1998; Schilling *et al.*, 2007).

2.3.1. Separações e Perdas

A separação ou perda de uma figura significativa durante a infância e/ou adolescência representa um acontecimento inevitável, que em função de outros factores como as características da separação, as características da própria criança, dos progenitores/cuidadores e da relação que estabelecem, pode influenciar gravemente o curso desenvolvimental do indivíduo e contribuir para o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas (Marcelli, 2002).

Segundo **Bowlby (1973/1984b)**, o termo separação reflecte a inacessibilidade temporária da figura de vinculação, enquanto que a perda simboliza a inacessibilidade definitiva da mesma.

O mesmo autor refere ainda que a intensidade da resposta à perda varia significativamente em função da qualidade da relação entre a criança e o cuidador, e da duração da separação.

Assim, se a situação de separação for breve e inócua, e se houver uma adequada relação criança/cuidador, geralmente não suscita consequências adversas quer para o funcionamento em geral da criança, quer na relação estabelecida entre esta e a figura de vinculação (**Pires & Moreira, 2005**). Por outro lado, se a separação for de longa duração pode originar sérias carências emocionais com graves repercussões no desenvolvimento normativo da criança, aos níveis social, emocional e cognitivo (**Miller, Kolvin & Fells, 1985; citado por Pires & Moreira, 2005**).

Neste sentido, **Bowlby (1973/1984b)** refere que a criança que experimente este tipo de separações prolongadas tende a manifestar três estádios de reacção à separação: a) a fase do protesto, onde se verifica uma manifestação da dor e do sofrimento; b) a fase do desespero, que consiste na elaboração da posição depressiva e na vivência do luto; e c) a fase da desvinculação, onde persiste um trabalho psíquico de defesa e reconstrução.

Marcelli (1998;2005) defende ainda que para além destas manifestações directamente relacionadas com a separação prolongada, existem ainda outras consequências adversas ao nível do desenvolvimento global da criança, que tendem a agravar consoante a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra no momento da separação/perda.

Segundo o mesmo autor, a idade ou estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra, quer no início, quer no final da experiência de carência irá,

incondicionalmente, condicionar a reversibilidade do dano causado. Sendo que, geralmente, quanto mais cedo ocorrer a separação e quanto menor for a sua duração, tanto mais hipóteses existem do desenvolvimento seguir o seu curso normal.

Assim sendo, é possível verificar que as separações sejam elas temporárias, prolongadas ou definitivas (perdas), contribuem significativamente para a eclosão de inúmeras perturbações do foro mental, tanto a curto como a longo prazo (Bowlby, 1973/1984b; Marcelli, 2002).

Ao originarem estados depressivos que tendem a repercutir-se ao longo do desenvolvimento do sujeito, inúmeros autores apontam para uma significativa correlação entre os danos causados pelas separações/perdas e a emergência de condutas suicidas (Bowlby, 1973/1985; Gonçalves, et al., 2011; Werlang, et al., 2005), nomeadamente na população adolescente (Ayyash-Abdo, 2002; Marcelli, 2005).

A este respeito, Bowlby (1973/1985) refere que uma perda precoce pode originar uma maior atracção pela morte e, portanto o desejo de morrer jovem, e da mesma forma que o modelo de referência.

Num estudo realizado por Afifi, et al. (2009), com uma amostra de 5877 indivíduos, com idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos, foi possível constatar que indivíduos que experienciaram situações de separação parental, durante estádios precoces, conjuntamente com qualquer tipo de abuso infantil estão significativamente mais predispostos a tentarem o suicídio, do que aqueles que vivenciaram apenas situações de abuso infantil.

Também Wan e Leung (2009), num estudo levado a cabo com uma amostra composta por 2754 indivíduos, dos 11 aos 18 anos, verificaram que a separação parental, por si só, representa um factor de risco tanto para a ideação suicida, como para a realização de tentativas de suicídio.

Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Benjamin, Krarup e Lauritsen (1990), que ao compararem uma amostra clínica de 30 sujeitos com história de pelo menos uma tentativa de suicídio e dois grupos de controlo, um deles também clínico mas sem historial de condutas suicidas e outro não clínico, verificaram que as situações de separação ou perda parental, em estádios precoces, eram significativamente mais reportadas pelos sujeitos que já haviam tentado matar-se pelo menos uma vez.

2.3.2. Negligência

Por negligência entende-se a incapacidade contínua do adulto cuidador em dar resposta às necessidades básicas da criança, aos níveis da alimentação, higiene, afecto, saúde e vigilância, imprescindíveis ao seu crescimento, desenvolvimento e bem-estar (Canha, 2003a; Canha, 2003b; Straus & Kantor, 2005). Simboliza um tipo de maltrato passivo, silencioso e fácil de negar, caracterizando-se por comportamentos de omissão, em que os adultos falham em satisfazer as necessidades básicas da criança (Alberto, 2010; Rodrigues, 2008).

No que respeita aos níveis intencionais, a negligência pode manifestar-se de forma activa (intencional) ou passiva (não intencional). Na forma activa pressupõe-se que existe intenção de causar dano à vítima, enquanto que a forma passiva é caracterizada pela incompetência ou incapacidade dos pais/cuidadores em cumprirem a efectiva realização dos cuidados básicos da criança (Canha, 2003a; Direcção Geral de Saúde, 2008).

A negligência pode assumir diversas formas, podendo afectar o domínio físico, psicológico/emocional, educativo e escolar, e assumir a forma de abandono temporário e permanente (DGS, 2008; Rodrigues, 2008).

A negligência física caracteriza-se pela recusa dos pais/cuidadores em satisfazer os cuidados básicos de saúde da criança (eg. ausência de cuidados médicos, de alimentação e higiene). A negligência psicológica traduz-se pela falha em dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais da criança (eg. falta de suporte emocional, afectivo e atenção, exposição crónica a situações de violência doméstica, recusa de tratamento psicológico quando recomendado). Por último, a negligência educacional espelha a recusa dos pais em atender às necessidades educativas da criança (eg. não mandar a criança à escola, não fornecer o material necessário à aprendizagem mesmo quando existe uma situação económica que o permita (Rodrigues, 2008)).

A negligência é um tipo de maltrato muito frequente (Straus & Kantor, 2005), assente em gestos não realizados e em comportamentos de indiferença para com a criança, que pressupõe sérias consequências para a mesma, como acidentes graves – que podem originar lesões cerebrais com sequelas neurológicas irreversíveis -, atrasos do crescimento e do desenvolvimento, alterações comportamentais e até mesmo risco de morte (Canha, 2003a; Canha, 2003b).

Assim sendo, e visto que a negligência representa uma forma de maltrato, que sem deixar marcas físicas, causa inúmeras sequelas ao longo da vida do sujeito, muitos são os autores que defendem a sua importância no despoletar de psicopatologias várias e de condutas suicidas (Egeland, 2009; Ehnvall, *et al.*, 2008; Gonçalves, *et al.*, 2011; Zoroglu, Tuzun, Sar, Tutkun, Savas, Ozturk, Alyanak, & Kora, 2003).

Ramiro e colaboradores (2010) num estudo realizado com 1068 indivíduos, constataram que 43,6% da amostra reportou ter experienciado situações de negligência psicológica e 22,5% de negligência física, durante a infância. Este facto demonstrou estar grandemente relacionado com a adopção de comportamentos de risco na

adolescência e na idade adulta, nomeadamente o uso e abuso de álcool e drogas ilícitas e uma maior probabilidade de começar a fumar cedo.

Por sua vez, **Spinhoven, Elzinga, Hovens, Roelofs, Zitman, Oppen e Penninx, (2010)**, numa investigação com 2288 indivíduos com historial de perturbações afectivas, reportam que experiências de negligência emocional estão especificamente associadas à eclosão de episódios depressivos major e fobia social.

Também **Igarashi, Hasui, Uji, Shono, Nagata e Kitamura (2010)**, através de um estudo com uma amostra de 243 estudantes universitários, referem a negligência como um importante factor de predisposição para o desenvolvimento de perturbações de personalidade borderline e de elevados níveis de depressão.

Outro estudo levado a cabo por **Ehnvall e colaboradores (2007)** com 343 sujeitos, relatou que, especialmente no sexo feminino, experiências de negligência durante a infância estavam significativamente correlacionadas com a adopção de condutas suicidas, sendo que foi reportada a realização de pelo menos uma tentativa de suicídio.

2.3.3. Abusos Físicos, Sexuais e Psicológicos

O abuso infantil trata-se de uma problemática complexa, que se reveste de inúmeras formas e que tem sido alvo de vários estudos no campo da Psicologia, devido não só à sua crescente visibilidade, mas principalmente às consequências físicas e psicológicas, a curto e a longo termo que causa nas vítimas.

Apesar dos inúmeros estudos dirigidos a este fenómeno, é ainda evidente a enorme controvérsia que se gera em definir um perfil exacto da criança abusada e do abusador, bem como dos efeitos que gera a curto e a longo prazo na saúde mental das vítimas, sendo que a sua frequência e o seu impacto podem variar de indivíduo para indivíduo **(Brás, 2008)**. No entanto, é consensual que a criança ou adolescente que seja exposto a

situações abusivas tem uma acrescida probabilidade de desenvolver problemas a vários níveis, quando comparado com a restante população (Sprinthall & Collins, 1999).

Neste sentido, o abuso infantil e/ou adolescente representa qualquer acto ou omissão que cause danos, lesões ou transtornos reais ao desenvolvimento normal do indivíduo, e que pressupõe a existência de uma relação de poder desigual e assimétrico entre o adulto abusador e a criança abusada (UNICEF, 2006).

Para que se possa entender e avaliar a severidade das consequências derivadas dos abusos é necessário ter em consideração factores, como o tipo de abuso e a sua intensidade, a idade da vítima no momento do abuso, a relação que esta estabelece com o abusador, e o uso ou não de violência (Brás, 2008).

Os abusos podem classificar-se em diversos tipos – físico, psicológico/emocional e sexual – e revestir-se de uma maior ou menor visibilidade social.

O *abuso físico* representa a totalidade de agressões físicas dirigidas à criança pelos pais ou cuidadores, que possa pôr em risco a sua vida ou o seu desenvolvimento social, físico e psicológico (Azevedo & Maia, 2006).

Os abusos físicos podem manifestar-se através de castigos físicos e espancamentos ou, por outro lado, expressar outras formas de agressão como privar as crianças de liberdade, isolando-as, ou obrigá-las a realizar trabalhos de cariz excessivo e perigoso para a sua idade (Peixoto, 2007). Representam portanto a forma de agressão de maior preocupação e visibilidade social, sendo que os danos provocados podem ir desde lesões mínimas até sequelas de extrema gravidade, que podem levar à morte.

O *abuso psicológico* caracteriza-se por um padrão de comportamento parental centrado na indiferença e hostilidade que pode repercutir-se em graves desordens comportamentais (Rodrigues, 2008), e que segundo Canha (2003b) “resulta da

incapacidade em proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo” (p.22).

Representa um tipo de maltrato que, apesar de ser bastante frequente, é extremamente difícil de definir e determinar (Canha, 2003a), uma vez que apresenta um carácter subtil, onde se denota a falta de materialidade dos actos (Rodrigues, 2008). Destina-se, essencialmente “à tentativa de anular ou responsabilizar expressivamente a importância ou aptidão de uma criança”. (Peixoto, 2007, p.38).

São exemplos de abuso psicológicos a ausência de afecto, a hostilização verbal, a depreciação, as ameaças e humilhações recorrentes, e situações de violência no seio familiar.

Finalmente, o *abuso sexual* corresponde ao “envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte” (Canha, 2003a, p.34).

De acordo com Machado (2003), a definição de abuso sexual reside numa “situação de abuso do diferencial de poder existente entre um adulto e um menor que, devido à sua imaturidade, é incapaz de se auto-determinar (p.42).

Por sua vez, para Alberto (2010), o abuso sexual consiste numa experiência sexual, contrariada ou não, que se pode manifestar de forma passiva (eg. exibição de pornografia) e/ou activa (eg. relação sexual).

Azevedo e Maia (2006) referem que em mais de 80% dos casos os abusadores são conhecidos pela criança, e cerca de 70% são membros do seu seio familiar, o que, consequentemente, se reflecte em graves alterações aos níveis comportamental, emocional e psicológico da criança e/ou adolescente.

Vários autores (Canha, 2003a; Canha, 2003b; Felitti, et al., 1998; Finkelhor, et al., 2007; Higgins & McCabe, 2001; Zoroglu, et al., 2003) admitem que apesar de todos os

tipos de abuso poderem ser praticados de forma isolada, geralmente encontram-se associados a outras formas de abuso, em simultâneo, o que poderá reflectir-se num sério factor de risco à saúde mental da vítima, manifestando-se através de inúmeras perturbações e na adopção de condutas suicidas.

Num estudo realizado por Felitti e colaboradores (1998), com uma amostra de 9508 indivíduos, verificou-se que 65% a 93% dos indivíduos que reportaram ter experienciado um tipo de abuso, tinham sofrido, simultaneamente outros tipos de abusos. Paralelamente, sujeitos que tinham sido expostos a 4 ou mais situações de maus-tratos, nomeadamente de abuso físico, psicológico e sexual, apresentavam 4 a 12 vezes mais propensão para desenvolverem condutas aditivas como o abuso de álcool e drogas, depressão e tentativas de suicídio.

Outro estudo realizado por Gibb, Chelminski e Zimmerman (2007), com 857 sujeitos, concluiu que a experiência conjunta dos três tipos de abuso – físico, psicológico e sexual – está fortemente relacionada à difusão da perturbação de stresse pós-traumático – que por sua vez representa um acrescido factor de risco para a ideação suicida (Floen & Elklit, 2007; Waldrop, Hanson, Resnick, Kilpatrick, Naugle & Saunders, 2007), enquanto que o abuso psicológico, especificamente, está relacionado com episódios depressivos major e fobia social, também eles relacionados com o desenvolvimento de condutas suicidas.

Igarashi e colaboradores (2010) referem que existe correlação bastante significativa entre os tipos de abuso psicológico e sexual e a eclosão de perturbações de personalidade borderline e depressão.

Cruz (2000), ao realizar um estudo com uma amostra de 60 casos de tentativas de suicídio atendidos no Serviço de Urgência do Hospital de Faro, constatou 75.3% dos sujeitos detinha antecedentes de abuso físico, psicológico ou sexual na infância.

Similarmente, num outro estudo levado a cabo por **Ursoniu, Putnoky, Vlaicu e Vladescu (2009)**, com uma amostra de 2908 adolescentes a frequentar o ensino secundário, verificou-se um efeito bastante significativo entre abuso sexual (78,8%), abuso físico (85,8%) e psicológico (68,8%), perpetrado por um dos progenitores, e a ocorrência de tentativas de suicídio.

Respectivamente ao abuso psicológico, muitos autores (**Calder, McVean, & Yang, 2010; Cruz, 2000, 2003, 2006; Hart, Bingelli, & Brassard, 1998; Langhinrichsen-Rohling, Monson, Meyer, Caster, & Sanders, 1998**) apontam para a sua estreita relação com elevados níveis de ideação suicida e, conseqüentemente, da adopção de condutas suicidas.

No que concerne aos abusos físicos e sexuais, a literatura parece indicar resultados semelhantes, sendo que são vários os estudos (**Chen, Murad, Paras, Colbenson, Sattler, Goranson, Elamin, Seime, Shinozaki, Prokop, & Zirakzadeh, 2010; Cruz, 2006; Floen & Elklit, 2007; Yang & Clum, 1996**) que concluíram a sua estreita relação com a difusão de condutas suicidas.

No decorrer de uma vasta investigação com 83731 adolescentes, **Eisenberg, Ackard e Resnick (2007)** constataram uma estreita relação entre a vivência de abuso sexual e a ocorrência de tentativas de suicídio e ideação suicida.

Por sua vez, **Zoroglu e colaboradores(2003)**, ao realizarem um estudo com 862 estudantes de ensino secundário, verificaram que os indivíduos que haviam tentado o suicídio, reportavam, mais frequentemente, experiências de abusos físico, psicológico e sexual.

Em suma, qualquer tipo de abuso, seja ele de natureza física, psicológica/emocional e sexual, traz conseqüências a curto, médio e longo prazo no desenvolvimento físico,

mental e social do sujeito (Cordeiro, 2003) podendo isto repercutir-se em elevados níveis de ideação suicida e posterior realização de actos suicidas.

2.3.4. Ambiente Familiar Disfuncional

O ambiente familiar em que o indivíduo cresce desempenha um papel fundamental para o seu adequado desenvolvimento físico e psicológico, servindo de modelo de referência futuro. As crianças que vivem num ambiente familiar regido por sentimentos de afectividade, segurança e estabilidade, tendencialmente tornam-se mais seguras, confiantes e com uma maior capacidade de adaptação às diversas situações (Brás, 2008). Contrariamente, quando o ambiente familiar não reúne as características indispensáveis para o crescimento adaptativo da criança, não recebendo esta o carinho, apoio e protecção de que necessita, existe uma acrescida probabilidade de que quando adulta seja incapaz de sentir e transmitir segurança (Bowlby, 1973/1984b).

Apesar de a família ter um papel decisivo na construção histórica da realidade e da representação moderna do conceito de infância, sabe-se que, na realidade, actualmente é dentro de casa, num cenário familiar, que os maus-tratos são mais frequentes e perigosos (Almeida, André, & Almeida, 1999).

Neste sentido, Penfold (2005; citado por Martins, 2009) refere que a criança pode ser exposta à violência de forma directa, quando o abuso recai directamente sobre si, ou indirecta quando esta é testemunha e observadora de actos violentos.

Assim sendo, a exposição a actos de violência no seio do agregado familiar, pode constituir um factor de risco para a vitimização indirecta da criança (Machado, Gonçalves, & Vila-Lobos, 2003), uma vez que, como aponta Sani (2003; 2006) crianças que experienciam situações de abuso físico ou sexual por parte dos pais referem, muitas vezes, a mãe como sendo igualmente vítima de maus-tratos pelo mesmo agressor.

O facto de a criança testemunhar frequentemente conflitos familiares, sejam eles de natureza física ou verbal, especialmente entre os progenitores, representa um factor de risco no seu desenvolvimento, no sentido em que prejudica gravemente o seu bem-estar emocional (Sani, 2003).

Tal como refere Sani (2003), a violência interparental “é frequentemente recorrente e crónica e tende a ocorrer sobretudo em casa, um espaço normalmente reconhecido pela criança como um local de segurança e protecção”, não obstante tanto a vítima directa como o ofensor “são pessoas com as quais a criança tende a identificar-se e a querer como figuras de suporte” (p.100), o que, conseqüentemente irá impor um maior impacto na testemunha.

O impacto deste testemunho, articulado a factores como a proximidade, familiaridade e relacionamento com o perpetrador do maltrato e a vítima, tem a si associados problemas comportamentais e emocionais idênticos aos apresentados por crianças vítimas de abuso directo pelos progenitores (Martins, 2009). A este nível Sani (2003), salienta que “a violência a que as crianças assistem pode alterar as suas trajectórias desenvolvimentais ao longo do tempo” (p.99).

Não obstante a criança que testemunha este tipo de violência acaba, muitas vezes, por ser ela própria alvo de violência, experienciando situações como por exemplo, ver a própria mãe ser ameaçada quando está consigo ao colo, ser tida como refém para forçar a mãe a voltar para casa, ser abusada fisicamente para atingir a vítima, ou ser usada como espia e interrogada acerca das actividades da mãe (Sani, 2006).

Estas experiências, apesar de não deixarem marcas físicas visíveis, acarretam sérios problemas nas crianças e adolescentes, aos níveis emocional, cognitivo e comportamental, favorecendo o desenvolvimento de problemas relacionados com a

saúde mental em geral e especificamente a adopção de condutas suicidas (Alberto, 2010; Saraiva, 1999; Yang & Clum, 1996).

Neste sentido, num estudo realizado por Martins (1990), com sujeitos que haviam tentado suicidar-se, verificou-se que 51,9% apontaram a família como a causa da tentativa de suicídio.

Garber e colaboradores (1998), ao realizarem um estudo longitudinal de um ano, com uma amostra de 240 pré-adolescentes e respectivas mães, verificaram que um bom ambiente familiar pode constituir um factor de protecção face à ideação suicida que merece especial atenção. Por outro lado, os mesmos autores evidenciaram que ambientes familiares hostis e disfuncionais incrementam a probabilidade do desenvolvimento de ideação suicida entre os jovens.

Por seu turno, Ursoniu e colaboradores (2009), num estudo com 2908 adolescentes, apontam o presenciar de abusos físicos e/ou verbais no seio familiar como um dos factores mais fortemente associados à realização de tentativas de suicídio.

Outro dos factores apontado na literatura como acontecimento de vida negativo relacionado com o ambiente familiar e que reflecte um risco acrescido de morbilidade mental na criança e no adolescente é o divórcio ou separação dos progenitores/cuidadores (Marcelli, 2005).

A separação parental leva a que a criança/adolescente viva mudanças constantes nas experiências de vida diárias, no funcionamento familiar e nas relações interpessoais entre os seus membros (Moura & Matos, 2008), o que implica que haja um contínuo processo de adaptação que, caso não seja adequadamente realizado, pode originar comportamentos inadaptados (Brás, 2008).

A separação ou divórcio parental não deve ser tido como um acontecimento único e isolado, com determinada duração, mas sim como uma sucessão de experiências que levam a constantes mudanças em todo o sistema familiar (Moura & Matos, 2008).

Assim sendo, Marcelli (2005) refere que o desentendimento ou conflito parental representa um factor de morbilidade acentuadamente superior ao divórcio, sendo que mais do que o divórcio em si, a natureza do desentendimento/conflito e a posição da criança em relação ao mesmo, constituem um importante factor de risco no que concerne à eventual evolução de psicopatologias.

Outro dos factores de risco para a saúde mental e para a adopção de condutas suicidas descrito na literatura prende-se ao alcoolismo parental, que constitui um agente de instabilidade e deterioração familiar (Marcelli, 1998/2005; Saraiva, 1999).

Yang & Clum (1996), no seu modelo explicativo do suicídio, referem que tanto os conflitos e separações no seio familiar como o alcoolismo parental representam um sério factor de risco para a eclosão de condutas suicidas tanto em crianças como em adultos.

A investigação ao nível do papel fulcral que desempenham os acontecimentos de vida negativos, experienciados precocemente, no desenvolvimento de condutas suicidas refere ainda, que estes desempenham pois um papel moderador, sendo que é de acrescida importância perceber quais os factores mediadores de ordem cognitiva entre estas duas variáveis. Assim sendo, o presente estudo focar-se-á no papel específico da desesperança e da auto-estima neste processo da conduta suicida.

Capítulo III – Desesperança

3.1. Definição de Desesperança

A desesperança representa um conjunto de esquemas cognitivos que reflectem um estado de pessimismo generalizado em relação ao futuro e que correspondem à componente do estado cognitivo depressivo que mais predispõe o sujeito a adoptar condutas suicidas (O'Connor & Sheehy, 2001).

Beck e colaboradores (1979/1998) referem que o estado de humor depressivo engloba uma *tríade cognitiva* que se caracteriza, essencialmente, por três factores: a) a visão negativa que o sujeito tem acerca de si mesmo; b) a tendência em interpretar as suas experiências negativamente; e c) a visão negativa em relação ao futuro.

Os mesmos autores acrescentam, que a pessoa deprimida vê-se a si, ao mundo e ao futuro de uma forma negativa, estando esta visão associada a esquemas cognitivos disfuncionais a cerca de experiências de cerne negativo vivenciadas precocemente.

Velting (1999) caracteriza esta tríade cognitiva como um esquema de processamento da informação, subjacente a indivíduos deprimidos, que estabelece uma distorção da experiência subjectiva da realidade. O mesmo autor postula, ainda que o conceito proposto de desesperança corresponde, portanto, à componente relacionada com a visão negativa acerca do futuro, da tríade cognitiva de Beck, caracterizado por um estado cognitivo e emocional regido por expectativas negativas.

Segundo Glanz, Haas e Sweeney (1995), a desesperança representa a componente da depressão que está directamente associada a uma variedade de crenças assentes na eficácia pessoal e na responsabilização do papel atribuído à sorte *versus* esforço no alcançar dos objectivos de vida.

Assim sendo, indivíduos deprimidos vêem-se como ineficazes, aptos a internalizar sentimentos de culpa em relação aos problemas, quer pessoais, quer sociais, e a

desinvestirem no seu futuro. O resultado destas crenças é a redução da procura e realização dos objectivos pessoais o que, por sua vez actua como factor perpetuador das dimensões atitudinais e emocionais da desesperança (Glanz, et al., 1995).

Vários autores (Beck, et al., 1979; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990/2006; Cruz, 2006; Cruz & Carmo, 2009; Grewal & Porter, 2007; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, & Morris, 2007; Nordentoft, Jeppensen, Abel, Kassow, Petersen, Thorup, Krarup, Hemmingsen, & Jørgensen, 2002; Wenzel & Beck, 2008) referem que, a desesperança, ao projectar sentimentos negativos sobre o futuro, representa, pois, mais que a depressão, um importante predictor da conduta suicida.

3.2. O papel da Desesperança nas Condutas Suicidas

A desesperança tem sido apresentada com um factor de risco significativo, não apenas para a generalidade dos transtornos mentais mas, mais especificamente, na eclosão de depressões e condutas suicidas (Beck, et al., 1985; Glanz, et al., 1995).

Neste sentido e sendo que, níveis estáveis de desesperança, que tendem a persistir ao longo do tempo, representam fortes preditores de comportamentos suicidas, Wenzel e Beck (2008) estabelecem uma diferenciação do constructo de desesperança enquanto estado e enquanto traço de personalidade.

Os autores referem que por um lado, a desesperança enquanto estado reporta para os níveis de desesperança activados num determinado momento (e.g., durante uma crise suicida); por outro lado, enquanto traço de personalidade, a desesperança, reflecte o grau de estabilidade das expectativas negativas em relação ao futuro, de determinado indivíduo, agravando pois a probabilidade deste adoptar condutas suicidas.

Segundo Cruz (2003) e Cruz e Carmo (2009) a desesperança, ao estar relacionada com as vivências pessoais, pode ser ainda tida como uma variável moderadora ou mediadora da conduta suicida, na presença de estados depressivos.

Assim, enquanto variável moderadora, a desesperança, considerada como pessimismo, deve ser ponderada como um traço de personalidade, estável, que afecta negativamente a percepção pessoal das vivências e que, conseqüentemente aumenta a probabilidade da adopção de comportamentos suicidas. Por outro lado, quando considerada como variável mediadora, a desesperança, entendida como desespero, deve ser considerada como consequência de acontecimentos de vida negativos que, devido à sua natureza e frequência, geram um estado actual que manifesta efeitos directos e a curto termo na conduta suicida (Cruz & Carmo, 2009).

Vários autores (Beck, et al., 1979/1998; Chang, Sanna, Hirsch, & Jeglic, 2010; Cruz, 2003; Cruz & Carmo, 2009; Yang & Clum, 1996;) afirmam que a exposição a acontecimentos de vida negativos precoces, que tendem a gerar interpretações distorcidas da realidade e afectos negativos, e a conjugar-se com acontecimentos actuais similares ou de impacto idêntico, conduzem a altos níveis de dor psicológica e sentimentos de marcada desesperança que, eventualmente, podem culminar em actos suicidas.

Neste sentido, Langhinrichsen-Rohling e colaboradores (1998) ao efectuarem um estudo com 351 estudantes, identificaram uma associação estável e significativa entre elevados níveis de desesperança e acontecimentos precoces negativos relacionados com o seio familiar, mais especificamente situações de abusos perpetuados pela figura materna.

Visto que, segundo a literatura, mais que a depressão, a desesperança tem sido apontada como um dos principais factores intervenientes na conduta suicida, Beck e colaboradores (1990/2006) preconizam que maiores níveis de desesperança aumentam, até onze vezes mais, a hipótese de suicídio consumado.

A este respeito, **Beck e colaboradores (1985)** num estudo efectuado com uma amostra de 207 pacientes hospitalizados com ideação suicida, constataram que a Escala de Desesperança representa um preditor, a longo prazo, bastante significativo de eventuais suicídios consumados.

Num estudo prospectivo realizado por **Beck e colaboradores (1990/2006)** foram aplicadas a Escala de Depressão de Beck e a Escala de Desesperança a 1958 pacientes ambulatoriais, seguidos durante 17 anos consecutivos. No decorrer do estudo, 31 pacientes morreram, dos quais 54,8% cometeram suicídio. Os resultados indicaram que os indivíduos que se haviam suicidado obtiveram resultados significativamente superiores nas escalas mencionadas, do que os que morreram por outras causas, ou dos que continuavam vivos. Assim, os mesmos autores puderam concluir que “a desesperança, como dimensão psicológica mensurável, representa um índice evolutivo do potencial suicida” (p.295).

Também **Cruz (2006)** ao realizar uma investigação com uma amostra de 60 casos consecutivos de tentativas de suicídio graves ou muito graves que deram entrada no Serviço de Urgência do Hospital de Faro, obteve, após uma primeira avaliação, valores significativamente elevados nas escalas e subescalas referentes à depressão, desesperança e ansiedade.

Chabrol e Choquet (2009), numa investigação com 1547 adolescentes, verificaram que a desesperança, enquanto factor mediador entre sintomas depressivos e o desejo de morrer, representava um importante factor de risco da ideação suicida na adolescência.

Num outro estudo levado a cabo por **Borges e Werlang (2006)**, com 526 adolescentes, dos 15 aos 19 anos, constatou-se que 36% da amostra apresentava ideação suicida, sendo que, destes, 36% revelaram sintomas de depressão e 28,6% de desesperança.

Apesar das múltiplas definições e estudos controversos acerca do papel e impacto da desesperança no indivíduo e na conduta suicida, o certo é que ela não representa apenas um

simple constructo psicológico, sendo que existem claras evidências da existência de sentimentos de desesperança e de uma dor psicológica insuportável, em cerca de 90% dos bilhetes suicidas (O'Connor & Sheehy, 2001).

Capítulo IV – Auto-Estima

4.1. Definição de Auto-Estima

A auto-estima e os aspectos relacionados, representam um dos principais enfoques da ciência contemporânea, devido ao facto desta manifestar uma acrescida e determinante influência no comportamento psicológico do indivíduo (Barros & Lima, 2002).

No entanto, de acordo com Barros e Lima (2002), a definição deste conceito torna-se um pouco controversa, no sentido em que a distinção entre auto-estima e auto-conceito surge como algo difuso, que tem vindo a suscitar algumas discórdias conceptuais e empíricas. Neste sentido, os mesmos autores referem que tendencialmente, o auto-conceito reflecte os aspectos descritivos do Eu, enquanto que a auto-estima diz respeito às suas dimensões avaliativas.

Segundo Vaz Serra, Gonçalves e Firmino (1986), o auto-conceito provém “das avaliações reflectidas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências sócio-culturais” (p.103). Por outras palavras, o auto-conceito é um fenómeno “íntimo e pessoal” (Vaz Serra, 1986b, p.67) que se traduz na percepção que o indivíduo tem acerca de si próprio.

Assim, como resultado destas percepções, o indivíduo pode julgar-se competente numa determinada área e incompetente noutra.

É pois neste sentido que surge o conceito de auto-estima como o processo avaliativo das capacidades e desempenhos pessoais que engloba o auto-conceito dos indivíduos (Vaz Serra, 1986a).

O conceito de auto-estima representa a avaliação que o sujeito estabelece acerca de si mesmo, onde adopta uma componente predominantemente afectiva, implícita

numa atitude de aprovação e/ou repulsa de si, determinada num auto-julgamento em relação à competência e valor (Avanci, Assis, Santos, & Oliveira, 2007).

De acordo com Gouveia (2003), a auto-estima consiste “no processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas qualidades e desempenhos” (p.13), sendo através desta que o sujeito efectua julgamentos sobre si próprio, atribuindo sentimentos positivos ou negativos à sua própria identidade.

Vaz Serra (1986a) refere que a auto-estima é um processo avaliativo que sofre alterações ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, tendo em conta os julgamentos que cada um faz de si próprio, em distintos domínios da vida (pessoal, familiar, biológico e social), assumindo níveis mais altos e/ou mais baixos consoante a avaliação efectuada.

James (1989; citado por Barros & Lima, 2002) refere ainda que uma maior aceitação pelos pais durante os estádios precoces, a clara consciencialização dos limites definidos e a realização da acção dentro destes limites, são condições necessárias para que o indivíduo desenvolva uma auto-estima elevada.

Para Coopersmith (1967; citado por Gouveia, 2003), a avaliação que o indivíduo efectua em relação às suas realizações, capacidades e atributos, tem por referência os seus valores e padrões pessoais. Para este autor, a auto-estima é então composta por quatro componentes distintas: 1) pela capacidade que o sujeito dispõe para influenciar e controlar os outros; 2) pela aceitação, atenção e afeição que percebe dos outros significativos; 3) pelos princípios morais e éticos pelos quais se rege; e 4) por altos níveis de competência e sucesso, ou seja, pela tentativa de reunir e procurar objectivos específicos e de os realizar, atingindo elevados níveis de excelência.

Assim sendo, quando o indivíduo é capaz de formalizar os seus objectivos e de ter êxito na sua realização, adquire um bom sentido de competência e,

consequentemente, melhora a sua auto-estima (Vaz Serra & Pocinho, 2001). Uma auto-estima elevada reflecte-se assim, numa maior valorização pessoal, com uma maior satisfação para com os aspectos positivos dirigidos ao Eu, ou seja, com as características e atributos que o indivíduo mais auto-valoriza (Barros & Lima, 2002).

Por outro lado, quando os objectivos idealizados estão real ou subjectivamente aquém dos êxitos, a auto-estima susceptibiliza-se e o sujeito tende a auto-depreciar-se (Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Um indivíduo com baixa auto-estima tendencialmente mostra-se incapaz de lidar com situações mais adversas, reage mal às críticas, manifesta baixa tolerância à rejeição, adopta uma atitude passiva face à vida e sente-se inferior aos outros. Estes indivíduos tendem a atribuir os êxitos a factores externos e o fracasso a factores internos (Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Uma baixa auto-estima gera repercussões negativas no quotidiano do sujeito, nos diversos domínios da sua realização, sendo responsável pela maioria dos problemas actuais relacionados com comportamentos desviantes (Gouveia, 2003) e com o desenvolvimento de inúmeros transtornos psicopatológicos (Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Desta forma, inúmeros estudos referem que baixos níveis de auto-estima simbolizam um importante preditor de condutas suicidas, nomeadamente na população adolescente (Bhar, Holloway, Brown, & Beck, 2008; Grøholt, Ekeberg, Wichstrøm, & Haldorsen, 2005; Kuhlberg, Peña, & Zayas, 2010; Martin, Richardson, Bergen, Roeger, & Allison, 2005; Sharaf, et al., 2009; Wilburn & Smith, 2005; Wild, Flisher, Bhana, & Lombard, 2004).

4.2. O papel da Auto-Estima nas Condutas Suicidas

A auto-estima é um conceito que traduz a avaliação que o sujeito efectua acerca de si próprio, das suas capacidades e qualidades, e que tende a sofrer alterações ao longo da maturação do indivíduo (Vaz Serra, 1986a). Deste modo, o ambiente familiar e as pessoas significativas assumem, desde muito cedo, um papel fulcral na percepção que o indivíduo tem a seu respeito e que julga que os outros têm.

Percepções de fracasso podem levar o indivíduo a desenvolver uma baixa auto-estima que, por sua vez, está na base da maioria dos problemas actuais relacionados com aspectos psicopatológicos (Gouveia, 2003; Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Segundo a literatura, o conceito de auto-estima tem sido apontado como um factor de acrescido relevo nas condutas suicidas, em especial na população adolescente, sendo que vários autores preconizam que baixos níveis de auto-estima podem levar à eclosão de condutas suicidas, enquanto que, por outro lado, elevados níveis de auto-estima podem, consequentemente representar um factor protector face às mesmas (Sharaf, *et al.*, 2009).

Num estudo longitudinal realizado por McGee, Williams e Nada-Raja (2001), com uma amostra composta por 732 adolescentes, sendo 379 do sexo masculino e 353 do sexo feminino, verificou-se que baixos níveis de auto-estima e sentimentos de desesperança, em idades precoces, manifestavam-se, consequentemente na eclosão de pensamentos auto-destrutivos, que, por sua vez mostraram ser os principais factores de risco para a ideação suicida em idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos. Assim sendo, os resultados deste estudo revelam que uma baixa auto-estima, durante estádios precoces, pode vulnerabilizar o indivíduo a adoptar condutas suicidas no futuro.

Por sua vez, Kuhlberg, *et al.*, (2010) num estudo levado a cabo com 226 adolescentes latinas, das quais 50% tinham historial de tentativas de suicídio, com o

objectivo de perceber qual a relação entre conflitos pais/filhos e condutas suicidas, verificaram que esta era mediada por baixos índices de auto-estima.

Wilburn e Smith (2005) ao realizarem uma investigação com 88 estudantes universitários, constataram através da análise de regressões múltiplas que tanto o stress, como a auto-estima estavam significativamente relacionados com a ideação suicida. Perante os resultados obtidos, os mesmos autores referem que uma baixa auto-estima e acontecimentos de vida stressantes representam preditores significativos de elevados níveis de ideação suicida.

Por seu turno, **Martin, et al., (2005)** realizaram um estudo com uma amostra composta por 2603, 2485 e 2246 adolescentes, com 13, 14 e 15 anos respectivamente, com o intuito de verificar o papel que a percepção das competências académicas, a auto-estima e o locus de controlo desempenhavam na adopção de condutas suicidas. Os resultados obtidos revelaram que cada uma das três variáveis representavam, por si, só factores de risco acrescido para a adopção de comportamentos suicidas.

Num outro estudo **GrØholt, et al., (2005)** ao analisarem uma amostra de 65 adolescentes hospitalizados após tentativa de suicídio e 390 adolescentes não suicidas, constataram que os indivíduos com historial suicida tinham níveis de auto-estima mais baixos que os indivíduos não suicidas em todos os domínios, nomeadamente aos níveis da aparência física, das relações com os amigos mais próximos e relações amorosas, das competências sociais, académicas e atléticas.

Em suma, e tendo em conta o vasto corpo teórico que confirma a importância da auto-estima nas condutas suicidas, o presente estudo tem como finalidade perceber o papel que a auto-estima desempenha face à ideação suicida da amostra estudada. Assim sendo, pretende-se analisar se baixos níveis de auto-estima podem repercutir-se no

desenvolvimento de ideação suicida, ou se por outro lado, altos níveis de auto-estima podem representar um factor de protecção face à mesma.

Em síntese, através da apresentação dos conceitos e principais modelos teóricos subjacentes às variáveis do presente estudo – ideação suicida, acontecimentos de vida negativos, desesperança e auto-estima – foi possível verificar que, segundo uma extensa revisão da literatura, muitos são os estudos que nos revelam uma estreita associação entre as mesmas. Neste sentido, surge então a necessidade de definir objectivos e colocar questões de investigação que nos conduzam na análise a realizar de modo a verificar se, efectivamente, as variáveis estudadas revelam associações significativas entre si.

Capítulo V – Objectivos e Questões de Investigação

5.1. Objectivos

O presente estudo tem como objectivo geral perceber a influência, isolada e conjunta, que os acontecimentos de vida negativos, a desesperança e a auto-estima, desempenham nos níveis de ideação suicida da amostra.

Como objectivos específicos pretende-se verificar se os acontecimentos de vida negativos se relacionam de forma positiva com a ideação suicida e com a desesperança e se, por sua vez, esta, por si só, se relaciona de forma positiva com a ideação suicida. Pretende-se, ainda aferir se maiores níveis de auto-estima se relacionam de forma negativa com a ideação suicida.

5.2. Questões de Investigação

Mediante a realização da revisão teórica e da definição dos objectivos, gerais e específicos, de investigação foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Os adolescentes que experienciaram mais acontecimentos de vida negativos têm níveis mais elevados de ideação suicida?
 - Os adolescentes que experienciaram mais acontecimentos de vida negativos têm níveis mais elevados de sentimentos de desesperança?
 - Os adolescentes com maiores índices de sentimentos de desesperança têm níveis mais elevados de ideação suicida?
 - Os adolescentes com níveis mais elevados de auto-estima têm níveis mais baixos de ideação suicida?
 - Os adolescentes com níveis mais elevados de auto-estima têm níveis mais baixos de sentimentos de desesperança?
-

Capítulo VI – Metodologia

Primeiramente, o presente capítulo será composto pela apresentação do desenho de investigação e pela caracterização geral da amostra em estudo. Posteriormente serão apresentados os instrumentos utilizados na avaliação da amostra e, ainda os procedimentos efectuados na recolha e tratamento dos dados.

6.1. Desenho da Investigação

De uma forma geral, a presente investigação iniciou-se através de uma exaustiva revisão da literatura, na qual foram definidas e caracterizadas as variáveis em estudo, bem como a relação empírica entre elas.

Seguidamente, procedeu-se à definição dos objectivos de e questões de investigação, à caracterização geral da amostra em estudo e dos instrumentos e procedimentos para a obtenção e tratamento dos dados.

Finalmente, de modo a cumprir os objectivos propostos e a responder às questões de investigação delineadas, foi realizado um estudo transversal correlacional do tipo quantitativo, de modo a analisar as relações entre as diferentes variáveis.

6.2. Amostra

6.2.1. Caracterização geral da Amostra

A amostra estudada foi composta por 257 adolescentes que se encontravam a frequentar o ensino secundário, sendo 110 sujeitos do sexo masculino (42.8%) e 147 do sexo feminino (57.2%), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, com uma média de idades de 16.81 e uma moda de 17.

Dos participantes, 196 (76.3%) afirmaram residir com ambos os pais e os restantes 61 com apenas um dos pais ou outros; 178 (69.3%) declararam não possuir

qualquer tipo de escalão de acção social; e 128 (49.8%) referiram ter um rendimento escolar médio suficiente.

A maioria dos sujeitos revelou estar muito satisfeito com o seu ambiente familiar (45.5%) e com o seu grupo de amigos (45.9%).

Relativamente à frequência de participação em actividades religiosas, 47,9% revelaram nunca participar nas mesmas.

No que respeita às suas práticas, 86,0% afirmaram nunca ter consumido drogas, nem tabaco (64,2%) e 42,4% confirmaram consumir álcool raramente.

Quando lhes foi inquirido sobre se já haviam tido algum problema psicológico, 11 (4.3%) responderam que sim e 246 (95.7%) que não, dos indivíduos que responderam positivamente, 3 eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino. No entanto, relativamente à pergunta “já recebeste ajuda psicológica por te sentires de tal forma desesperado que desejassem não estar vivo(a)?” 24 (9.3%) reponderam que sim e 233 (90.7%) que não, dos que responderam afirmativamente, 9 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino.

Quanto à questão “já te sentiste desesperado ao ponto de pensares que não fazias sentido continuares a viver?”, 75 (29.2%) dos respondentes afirmaram que sim, dos quais 19 do sexo masculino e 56 do sexo feminino, e 182 (70.8%) que não.

No que respeita à adopção de condutas de risco, na pergunta “já cometeste actos auto-mutilatórios intencionalmente?” 24 (9.3%) responderam que sim, 7 do sexo masculino e 17 do sexo feminino, e 233 (90.7%) responderam que não. À pergunta “já te envolveste em situações que sabias serem perigosas ao ponto de pôr a tua vida em risco?”, 49 (19.1%) responderam que sim, 30 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, e 208 (80.9%) responderam que não.

No que concerne a condutas suicidas, na pergunta “já cometeste algum acto com o objectivo de pões fim à tua vida?”, 11 (4.3%) responderam sim, dos quais 3 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino, e 246 (95.7%) responderam que não. Por sua vez, na questão “houve casos de tentativas de suicídio na tua família?”, 44 (17.1%) responderam afirmativamente, 18 do sexo masculino e 26 do sexo feminino, e 213 (82.9%) responderam negativamente; por último sobre a pergunta “houve casos de tentativas de suicídio em amigos ou pessoas próximas?”, 73 (28.4%) disseram que sim, 19 do sexo masculino e 54 do sexo feminino, e 54 (36.7%) disseram que não.

Trata-se duma amostra de conveniência, não estratificada e não probabilística, devido às dificuldades de recrutamento e ao tempo limitado disponível para a realização desta investigação.

6.3. Instrumentos

6.3.1. Questionário de Dados Pessoais

O questionário de dados pessoais foi composto por 21 e pretendeu recolher informação de índole social e demográfica, bem como da história dos indivíduos, de modo a caracterizar a amostra em estudo (ANEXO A).

Primeiramente procurou-se recolher informação sócio-demográfica acerca da idade, do sexo, da co-habitação, da presença, ou não de escalão de acção social, do rendimento escolar médio, da frequência de participação em actividades religiosas e da frequência de consumos de álcool, tabaco e drogas.

Seguidamente pretendeu-se perceber o nível de satisfação dos indivíduos relativamente ao ambiente familiar e ao grupo de amigos. Por último, foram colocadas questões sobre a história de psicopatologia e de condutas suicidas, do próprio, de familiares e amigos.

6.3.2. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O Questionário de Ideação Suicida (ANEXO B) foi elaborado por Reynolds (1988) e adaptado à população portuguesa por Ferreira e Castela (1999). Este questionário tem como principal objecto avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e jovens adultos, podendo ser aplicado em grupo ou individualmente. A duração da sua aplicação tem em média dez minutos, mas não existe um limite temporal determinado.

É constituído por trinta itens, tendo cada um deles sete opções de resposta (escala que oscila entre 0 “nunca tive este pensamento” e 6 “quase todos os dias”). A pontuação é obtida através do somatório do valor de todos os itens e pode variar entre os 0 e os 180 pontos, sendo que uma maior pontuação indica uma maior frequência de cognições suicidas.

Este questionário permite avaliar de forma global os níveis de ideação suicida, bem como três dimensões distintas deste fenómeno.

Assim sendo, a dimensão/factor 1 designa-se por *Pensamentos Suicidas* e inclui os seguintes itens: 1, 6, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, e 30. Neste factor é possível obter pontuações entre 0 e 84 pontos.

O factor 2 é denominado de *Instrumentalização do Suicídio* e engloba os itens: 10, 11, 14, 15, 24, 25, 26 e 29. As suas pontuações podem oscilar entre 0 e 48 pontos.

Por último, o factor 3 intitulado de *Intenção Suicida*, reflecte os desejos e planos mais objectivos relativamente ao acto suicida, e integra os itens: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 e 18. Este último factor pode contemplar pontuações compreendidas entre 0 e 48 valores.

Estudos efectuados sobre a fidelidade do instrumento obtiveram resultados bastante consideráveis em relação à sua consistência interna, revelando um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.96 (Ferreira & Castela, 1999).

6.3.3. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (ANEXO C), desenvolvido por Brás e Cruz (2008), tem como finalidade identificar e avaliar a frequência, o impacto e a severidade das experiências de carácter negativo vividas pelos respondentes.

Quanto aos procedimentos de aplicação, os sujeitos devem encontrar-se num ambiente tranquilo e que confira o máximo de privacidade possível. É pedido aos mesmos que respondam a todos os itens de forma sincera e que indiquem a frequência (numa escala entre 0 “nunca ocorreu” e 4 “ocorreu muitíssimas vezes”) e o impacto (numa escala compreendida entre 1 “nenhum impacto” e 5 “impacto extremamente negativo”). A duração da aplicação do instrumento é em média oito minutos.

A sua cotação pode ser efectuada em três modalidades distintas, tendo em conta os objectivos que se pretendem definir com a aplicação do instrumento. Assim sendo, as três modalidades de cotação são: a) avaliação independente da frequência e do impacto dos AVN; b) avaliação discriminada dos AVN por factores (ambiente familiar adverso, $\alpha=0,84$; abuso psicológico, $\alpha=0,80$; separações e perdas, $\alpha=0,71$; e abuso físico e sexual, $\alpha=0,67$); e c) avaliação global da presença e severidade dos AVN por índices.

Na primeira modalidade de cotação, o instrumento permite avaliar isoladamente a frequência e o impacto dos acontecimentos de vida negativos, o que possibilita a obtenção de dados mais precisos acerca da exposição dos indivíduos a determinados acontecimentos de vida de carácter negativo e perceber a severidade global dos mesmos (Brás & Cruz, 2008).

A segunda possibilidade de cotação do IAV_N requer a criação de 4 factores estatísticos diferentes: Ambiente Familiar Adverso (itens 4, 5, 13, 16, 18, 19, 20, 23 e

25); Abuso Psicológico (itens 10, 11, 12, 14 e 15); Separações e Perdas (itens 1, 2, 3, 17, 21 e 22); e Abuso Físico e Sexual (6, 7, 8 e 9).

Cada um destes factores é obtido através do somatório dos itens correspondentes sendo, posteriormente, realizada a média aritmética dos respectivos itens (Brás & Cruz, 2008).

Finalmente, de modo a obtermos uma perspectiva da dimensão global da experiência de acontecimentos de vida negativos, a terceira modalidade de cotação pode realizar-se tendo em conta a avaliação de 3 índices distintos: Índice Global de AVN; Índice de Presença de AVN; e Índice de Severidade de AVN (Brás & Cruz, 2008).

6.3.4. Escala de Desesperança (ESCALA H)

A Escala de Desesperança (ANEXO D) foi desenvolvida por Beck, Weissman, Lester e Trexler (1974) e aferida para a população portuguesa por Cruz (2000).

É uma escala de auto-resposta, composta por 20 afirmações do tipo verdadeiro/falso, em que os sujeitos são solicitados a tomar uma posição de concordância ou discordância em cada uma delas, de modo a que seja possível avaliar o grau de pessimismo e desespero em relação ao futuro.

A pontuação facultada a cada uma das alíneas varia entre 0 e 1, sendo o resultado final atribuído através da soma de todos os itens e possível de oscilar entre os 0 e os 20. Do total dos itens, dez são cotados como verdadeiros e dez como falsos. Estes resultados podem ainda, ser agrupados em níveis de intensidade que cada resultado bruto figura: 0-3 mínimo, 9-14 moderado e 15-20 severa.

Mediante um estudo realizado por Beck, *et al.* (1974) com o objectivo de determinar a consistência interna da escala, numa amostra de 294 pacientes hospitalizados por tentativa de suicídio, verificou-se um *alfa* de Cronbach de 0.93, sendo que as intercorrelações entre os itens da escala oscilaram entre 0.38 e 0.76.

Os mesmos autores apontam para o facto de que valores iguais ou superiores a nove devem ser tidos em consideração, uma vez que, apontam para uma elevada probabilidade de futura conduta suicida.

6.3.5. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES)

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (ANEXO E) foi desenvolvida por Morris Rosenberg (1965) e, posteriormente, validada para a população portuguesa por Santos e Maia (1999, 2003), tendo como principal objectivo avaliar a auto-estima global, de uma forma breve e acessível.

A RSES foi originalmente construída com o objectivo de ser aplicada em populações adolescentes, contudo tem sido igualmente empregue a populações não adolescentes, como jovens-adultos, adultos e adultos idosos.

A escala é constituída por 10 itens, dos quais 5 são de orientação positiva (*e.g.*, *globalmente, estou satisfeito comigo próprio*) e 5 de orientação negativa (*e.g.*, *sinto que tenho pouco de que me orgulhar*), cotados numa escala de *Likert* com 4 opções de resposta (4= concordo fortemente, 3= concordo, 2= discordo e 1= discordo fortemente).

A cotação de alguns itens de orientação negativa é efectuada invertidamente, de modo a que resultados mais elevados reflectam níveis mais altos de auto-estima. A pontuação da escala pode variar entre os 10 e os 40 valores.

Numa investigação sobre a fidelidade da escala, constituída por três estudos, Santos e Maia (2003) obtiveram resultados bastante satisfatórios, tendo a consistência interna (*alpha* de *Cronbach*) variado entre 0,86 e 0,92. No que respeita à estabilidade temporal da mesma, ao ser avaliada com o coeficiente de correlação entre duas aplicações, com um intervalo temporal de duas semanas, o resultado foi de 0,90.

6.4. Procedimentos

6.4.1. Procedimento de Recolha de Dados

Esta metodologia implicou, primeiramente, a autorização do Ministério da Educação, dos Directores dos Estabelecimentos de Ensino, dos Directores de Turma e, posteriormente, dos encarregados de educação e dos próprios alunos participantes.

A aplicação dos instrumentos foi efectuada em Escolas Secundárias de Portimão, Silves, Loulé e Vila Real de St. António.

Foi solicitado aos alunos um consentimento informado para participarem na investigação, onde foi salientado o carácter voluntário da participação e assegurado o anonimato dos resultados, bem como o objectivo e propósito do estudo (ANEXO F).

A aplicação dos instrumentos foi realizada em contexto de sala de aula, onde foi requisitado aos participantes que permanecessem em silêncio e que respondessem o mais sinceramente possível. Este processo teve uma duração média de 45 minutos, em que o investigador esteve presente de forma a esclarecer e dar resposta a eventuais dúvidas acerca do preenchimento dos questionários.

6.4.2. Procedimento de Tratamento de Dados

Após a recolha dos questionários, os dados foram analisados através do programa SPSS 19 - *Statistical Package for the Social Sciences* – no sentido de se analisar as correlações entre as variáveis em estudo e responder às questões de investigação.

Capítulo VII – Apresentação e Análise dos Resultados

7.1. Introdução ao capítulo

Ao longo do tempo a literatura tem vindo a enfatizar o impacto que os acontecimentos de vida negativos, especialmente ocorridos durante a infância, a desesperança e a auto-estima exercem na saúde mental e, mais especificamente, no desenvolvimento de ideação suicida, nomeadamente na população adolescente.

Assim sendo, o presente capítulo tem como finalidade perceber qual o contributo específico de cada uma destas variáveis na ideação suicida. Para tal, procedeu-se à análise de cada temática de forma independente, relacionando-as com as variáveis do questionário de dados pessoais e, posteriormente à exploração das relações entre todas elas.

7.2. Resultados no Questionário de Ideação Suicida – QIS

7.2.1 Estatísticas Descritivas do QIS na Amostra

A seguinte Tabela (Tabela 1) expõe as estatísticas descritivas, mais precisamente a média, o desvio-padrão e a amplitude dos resultados obtidos na variável Ideação Suicida global e nas suas respectivas dimensões: Pensamentos Suicidas (factor 1), Instrumentalização do Suicídio (factor 2) e Intenção Suicida (factor 3).

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas do Questionário de Ideação Suicida (QIS) (n=257)

QIS Global e respectivas Dimensões	M	DP	Amplitude
Ideação Suicida Global	13,20	18,09	0-130
Pensamentos Suicidas – F1	7,25	9,63	0-57
Instrumentalização do Suicídio – F2	3,75	6,45	0-48
Intenção Suicida – F3	2,19	3,19	0-25

Como se pode verificar na Tabela 1, no que respeita à Ideação Suicida global os resultados obtidos oscilaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 130 pontos, registando-se assim um valor médio de 13,20 (DP=18,09). Esta pontuação situa-se abaixo da média dos resultados obtidos pelos autores da adaptação portuguesa do Questionário de Ideação Suicida (M=21,32; DP=23,88) (Ferreira & Castela, 1999).

No entanto, é importante referir que os resultados aqui obtidos podem estar subdimensionados pelo facto de a aplicação do questionário ter sido realizada em contexto de sala de aula, o que implica a proximidade inevitável dos colegas e do(a) professor(a) e o receio que vissem as suas respostas, o que pode ter condicionado a sinceridade e veracidade das mesmas, no sentido de assinalarem níveis inferiores aos reais.

Respectivamente às dimensões do QIS, verificou-se uma média mais elevada nos Pensamentos Suicidas (M=7,25; DP=9,63), seguidos da Instrumentalização do Suicídio (M=3,75; DP=6,45) e, finalmente, da Intenção Suicida (M=2,19; DP=3,19).

7.2.2. Resultados do QIS em função de variáveis sócio-demográficas

Neste subcapítulo procedeu-se a uma exploração dos resultados do QIS em função das variáveis sócio-demográficas da amostra, designadamente do sexo, rendimento escolar médio, co-habitação e participação em actividades religiosas.

Assim foram utilizados testes estatísticos paramétricos, nomeadamente o teste *t* de Student e testes estatísticos não paramétricos como o teste Kruskal-Wallis, o coeficiente de correlação *r* de Pearson e o coeficiente de correlação Ró de Spearman, tendo em consideração as variáveis, as diferenças médias ou relações que se procuravam analisar.

Tabela 2 – Médias, Desvios-Padrão do QIS e Teste *t* de Student em Função do Sexo

QIS Global e respectivas Dimensões	Masculino (n=110)		Feminino (n=147)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Ideação Suicida global	9,25	10,32	16,16	21,77	-3,38	0,001
Pensamentos Suicidas – F1	4,88	5,99	9,02	11,33	-3,78	0,000
Instrumentalização do Suicídio – F2	2,55	3,83	4,66	7,75	-2,87	0,004
Intenção Suicida – F3	1,82	2,21	2,48	3,75	-1,76	0,080

Nota: *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$.

Os resultados da Tabela 2 evidenciam que as médias obtidas no QIS são superiores no **sexo** feminino, em relação ao sexo masculino, na totalidade das dimensões do questionário. Devido à utilização do teste *t* de Student para amostras independentes, foi ainda possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre a média dos dois sexos na Ideação Suicida global ($t=-3,38$; g.l.=255,220; $p=0,001$) e nos factores Pensamentos Suicidas ($t=-3,78$; g.l.=255,232; $p=0,000$) e Instrumentalização do Suicídio ($t=-2,87$; g.l.=255,225; $p=0,004$).

Os níveis de Ideação Suicida foram igualmente explorados segundo o **rendimento escolar médio** dos respondentes, classificado numa das seguintes opções: Insuficiente, Suficiente, Bom ou Muito Bom.

Os resultados sugerem que o rendimento escolar médio dos sujeitos não se encontra estatisticamente relacionado com os níveis de ideação suicida, sendo somente de destacar uma correlação marginalmente significativa com a dimensão Intenção Suicida ($r=0,12$; $p=0,061$).

Seguidamente procurou-se perceber se a **co-habitação** poderia estar de alguma forma relacionada com os níveis de Ideação Suicida, ou seja, se o facto dos adolescentes co-habitarem com os pais ou com outras pessoas poderia representar um factor de protecção para a Ideação Suicida.

Tabela 3 – Médias, Desvios-Padrão do QIS e Teste *t* de Student em Função da Co-Habitação (Pais ou Outras Pessoas)

QIS Global e respectivas Dimensões	Pais (n=196)		Outros (n=61)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Ideação Suicida global	11,86	17,42	17,49	19,66	-2,14	0,034*
Pensamentos Suicidas – F1	6,42	8,94	9,90	11,24	-2,21	0,030*
Instrumentalização do Suicídio – F2	3,31	6,16	5,18	7,16	-1,99	0,048*
Intenção Suicida – F3	2,13	3,26	2,41	2,98	-0,60	0,547

Nota: * $p \leq 0.05$

A comparação das médias obtidas no QIS em função de viver com os **pais ou com outras pessoas** (Tabela 3) revela que as médias no QIS dos sujeitos que vivem com os pais são mais baixas, sendo de salientar diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida global ($t=-2,14$; g.l.=255,91; $p=0,034$) e nos factores Pensamentos Suicidas ($t=-2,21$; g.l.=255,85; $p=0,030$), e Instrumentalização do Suicídio ($t=-1,99$; g.l.=255,89; $p=0,048$). Logo pressupõe-se que a presença de famílias monoparentais ou situações em que o adolescente viva com outros conhecidos ou institucionalizado representa um factor de risco para a Ideação Suicida.

Pretendeu-se ainda perceber se a religião e a frequência das **práticas religiosas** dos sujeitos tinham influência nos níveis de Ideação Suicida. Desta forma foi aplicado o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis para comparar os resultados médios obtidos, contudo não foram encontradas diferenças significativas nos resultados dos QIS em função das práticas religiosas.

Através do Coeficiente de Correlação *r* de Pearson foi, ainda possível verificar que não existem associações significativas entre a frequência das práticas religiosas e os níveis de Ideação Suicida globais ($r=0,04$; $p=0,574$) e respectivas dimensões: Pensamentos Suicidas ($r=0,04$; $p=0,519$); Instrumentalização do Suicídio ($r=0,03$; $p=0,599$); e Intenção Suicida ($r=0,01$; $p=0,856$).

7.2.3. Resultados do QIS em função das variáveis da história pessoal

Os níveis de Ideação Suicida obtidos através do QIS foram igualmente analisados em função dos consumos de álcool, tabaco e drogas dos respondentes, da satisfação com o ambiente familiar e com o grupo de amigos, com história a de perturbações psicológicas e sentimentos de desesperança, e de condutas suicidas.

Primeiramente procedeu-se à análise dos resultados do QIS em função dos consumos de álcool tabaco e drogas dos respondentes.

Tabela 4 – Correlação r de Pearson entre o Consumo de Álcool e os Resultados do QIS

QIS Global e respectivas Dimensões	Consumo de Álcool	
	r	p
Ideação Suicida Global	0,15	0,019*
Pensamentos Suicidas	0,15	0,019*
Instrumentalização do Suicídio	0,14	0,028*
Intenção Suicida	0,11	0,075

Nota: * $p \leq 0,05$

Assim, como é possível observar na Tabela 4, foi encontrada uma associação significativa e positiva entre o **consumo de álcool** e a Ideação Suicida global ($r=0,15$; $p=0,019$), os Pensamentos Suicidas ($r=0,15$; $p=0,019$) e a Instrumentalização do Suicídio ($r=0,14$; $p=0,028$).

No que respeita ao **consumo de tabaco** foram apenas encontradas associações marginalmente significativas e positivas entre esta variável e a Ideação Suicida global ($r=0,12$; $p=0,056$) e a Instrumentalização do Suicídio ($r=0,12$; $p=0,051$).

Por último, relativamente ao **consumo de drogas**, não foram encontradas quaisquer associações significativas nos resultados do QIS. Estes resultados poderão prender-se ao facto de apenas 2 respondentes terem afirmado utilizar drogas frequentemente e 5 muito frequentemente.

Para analisar a possível relação entre a satisfação com o ambiente familiar e com o grupo de amigos e os níveis de Ideação Suicida, foi utilizado o coeficiente de correlação paramétrico r de Pearson.

Tabela 5 – Correlação r de Pearson entre a Satisfação com o Ambiente Familiar e os Resultados do QIS

QIS Global e respectivas Dimensões	Satisfação com o Ambiente Familiar	
	r	p
Ideação Suicida Global	-0,27	0,000***
Pensamentos Suicidas	-0,29	0,000***
Instrumentalização do Suicídio	-0,19	0,002**
Intenção Suicida	-0,27	0,000***

Nota: ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Assim sendo, entre a **satisfação com o ambiente familiar** e os níveis de Ideação Suicida dos respondentes, foram encontradas associações significativas negativas tanto na Ideação Suicida global ($r=-0,27$; $p=0,000$), como nas dimensões Pensamentos Suicidas ($r=-0,29$; $p=0,000$), Instrumentalização do Suicídio ($r=-0,19$; $p=0,002$) e Intenção Suicida ($r=-0,27$; $p=0,000$) (Tabela 5).

As correlações significativas negativas encontradas poderão significar que quanto menor for a satisfação com o ambiente familiar, maiores serão os níveis de Ideação Suicida e, contrariamente, quanto maior for a satisfação com o ambiente familiar, menores serão os níveis de Ideação Suicida.

Tabela 6 – Correlação r de Pearson entre a Satisfação com o Grupo de Amigos e os Resultados do QIS

QIS Global e respectivas Dimensões	Satisfação com o Grupo de Amigos	
	r	p
Ideação Suicida Global	-0,23	0,000***
Pensamentos Suicidas	-0,22	0,000***
Instrumentalização do Suicídio	-0,19	0,002**
Intenção Suicida	-0,24	0,000***

Nota: ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

No que concerne à relação entre a **satisfação com o grupo de amigos** e os níveis de Ideação Suicida foram igualmente encontradas associações significativas negativas (Tabela 6) quer no que respeita à Ideação Suicida global ($r=-0,23;p=0,000$), quer nas suas restantes dimensões: Pensamentos Suicidas ($r=-0,22; p=0,000$); Instrumentalização do Suicídio ($r=-0,19; p=0,002$); e Intenção Suicida ($r=-0,24;p=0,000$). Neste sentido, através das correlações negativas obtidas, é possível retirar as mesmas conclusões: quanto menor for a satisfação com o grupo de amigos, maiores serão os níveis de Ideação Suicida; por outro lado, quanto maior for a satisfação com o grupo de amigos, menores serão os níveis de Ideação Suicida.

Posteriormente procurou-se estudar eventuais relações entre a história de problemas psicológicos, sentimentos de desesperança e condutas suicidas do próprio, da família e amigos próximos e os níveis de Ideação Suicida. Assim, recorreu-se ao teste não-paramétrico Mann-Whitney para comparar as médias no QIS em função da experiência de tais problemáticas.

Relativamente à **história de problemas psicológicos**, através dos resultados obtidos no teste não-paramétrico Mann-Whitney, foram observadas diferenças significativas nos níveis de Ideação Suicida entre os sujeitos que reportaram historial de perturbações psicológicas e aqueles que, contrariamente, não sofreram tais problemas. Os sujeitos com historial de perturbações psicológicas, quando comparados com os outros, apresentaram níveis significativamente superiores de Ideação Suicida global ($U=771,00; p=0,016$), de Pensamentos Suicidas ($U=802,50; p=0,022$) e, particularmente, de Intenção Suicida ($U=728,50; p=0,008$).

Quanto ao historial de sentimentos de desesperança ao ponto de considerar que não fazia sentido continuarem a viver, foi utilizado o coeficiente de correlação r de Pearson de modo a avaliar a relação entre a ocorrência destes sentimentos e os níveis de Ideação Suicida.

Tabela 7 – Correlação r de Pearson entre a História de Sentimentos de Desesperança e os Resultados do QIS

QIS Global e respectivas Dimensões	Sentimentos de Desesperança	
	r	p
Ideação Suicida Global	-0,53	0,000***
Pensamentos Suicidas	-0,54	0,000***
Instrumentalização do Suicídio	-0,44	0,000***
Intenção Suicida	-0,47	0,000***

Nota: ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Os resultados sugerem uma associação moderada significativa negativa entre a história de sentimentos de desesperança e os resultados do QIS, tanto na Ideação Suicida global ($r=0,53$; $p=0,000$), como nas dimensões Pensamentos Suicidas ($r=0,54$; $p=0,000$), Instrumentalização do Suicídio ($r=0,44$; $p=0,000$) e Intenção Suicida ($r=0,47$; $p=0,000$).

A relação negativa obtida pode ser explicada pelo facto da variável **história de sentimentos de desesperança** ser dicotómica e inserida no SPSS como 1=sim e 2=não. Assim sendo estes dados sugerem que quanto mais sentimentos de desesperança existirem, maiores serão os níveis de ideação suicida.

Os níveis de Ideação Suicida foram igualmente comparados em função da **história de tentativas de suicídio do próprio**. Para tal foi utilizado o teste não-paramétrico Mann-Whitney de forma a averiguar a existência de possíveis diferenças significativas nos níveis de Ideação Suicida em função de história de tentativa de suicídio.

Assim sendo, os resultados indicam que existem diferenças significativas nos níveis de Ideação Suicida entre os sujeitos que já cometeram actos com o objectivo de pôr fim à própria vida e aqueles que nunca cometeram tais actos. Os respondentes com história de tentativa de suicídio, comparativamente aos outros, revelam níveis significativamente superiores de Ideação Suicida global ($U=289,00$; $p=0,000$), de Pensamentos Suicidas ($U=290,50$; $p=0,000$), de Instrumentalização do Suicídio ($U=560,50$; $p=0,001$) e de Intenção Suicida ($U=317,50$; $p=0,000$).

Para investigar a ocorrência de **tentativas de suicídio na família** nos níveis de Ideação Suicida da amostra, foi efectuado um teste t de Student. Contudo, apesar da média de Ideação Suicida ser mais elevada nos sujeitos com história de suicídio na família, comparativamente aos que não experienciaram tais casos, os resultados sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos, nos níveis de Ideação Suicida, quer globais ($t=1,37$; g.l.=255; $p=0,172$), quer por dimensões: Pensamentos Suicidas ($t=1,29$; g.l.=255; $p=0,197$); Instrumentalização do Suicídio ($t=1,31$; g.l.=255; $p=0,193$); e Intenção Suicida ($t=1,22$; g.l.=255; $p=0,225$).

Foi ainda elaborada uma correlação R de Pearson, no sentido de averiguar a possível existência de relações entre o número de casos de tentativas de suicídio na família e os níveis de Ideação Suicida, no entanto, também não foram encontradas associações significativas entre as variáveis: Ideação Suicida Global ($r=-0,09$; $p=0,172$); Pensamentos Suicidas ($r=-0,08$; $p=0,197$); Instrumentalização do Suicídio ($r=-0,08$; $p=0,193$); e Intenção Suicida ($r=-0,08$; $p=0,225$).

Por último, foi elaborada uma análise com a finalidade de avaliar o possível efeito de experiências de **tentativas de suicídio em amigos ou pessoas próximas** nos

níveis de Ideação Suicida da amostra. Para tal, foi utilizado um teste *t* de Student onde foi possível constatar diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com história de tentativa de suicídio em amigos ou pessoas próximas, e os sujeitos que não vivenciaram tais ocorrências.

Tabela 8 – Médias, Desvios-Padrão do QIS e Teste *t* de Student em Função da História de Tentativa de Suicídio em Amigos ou Pessoas Próximas

QIS Global e respectivas Dimensões	Sim (n=73)		Não (n=184)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Ideação Suicida global	18,42	19,59	11,13	17,08	2,96	0,003* *
Pensamentos Suicidas – F1	9,98	9,94	6,16	9,31	2,91	0,004* *
Instrumentalização do Suicídio – F2	5,48	7,42	3,07	5,90	2,74	0,007* *
Intenção Suicida – F3	2,96	3,66	1,89	2,94	2,44	0,015*

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0,01$

Os dados obtidos (Tabela 8) indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que os sujeitos com história de tentativa de suicídio em amigos ou pessoas próximas, em comparação com os outros, apresentam níveis significativamente superiores de Ideação Suicida global ($t=2,96$; g.l.=255; $p=0,003$), de Pensamentos Suicidas ($t=2,91$; g.l.=255; $p=0,004$), de Instrumentalização do Suicídio ($t=2,74$; g.l.=255; $p=0,007$) e Intenção Suicida ($t=2,44$; g.l.=255; $p=0,015$).

Através da realização da correlação *r* de Pearson foi ainda possível verificar a existência de associações significativas negativas entre a presença de história de tentativa de suicídio em amigos e pessoas próximas e os níveis de Ideação Suicida, tanto na Ideação Suicida global ($r=-0,18$; $p=0,003$), como nas dimensões Pensamentos Suicidas ($r=-0,18$; $p=0,004$), Instrumentalização do Suicídio ($r=-0,17$; $p=0,007$) e Intenção Suicida ($r=-0,15$; $p=0,015$).

A associação negativa obtida pode ser explicada pelo facto da variável “história de tentativa de suicídio em amigos ou pessoas próximas” ser dicotómica e inserida no SPSS como 1=sim e 2=não. Assim sendo estes dados sugerem que quanto mais tentativas de suicídio em amigos ou pessoas próximas forem experienciadas, maiores serão os níveis de ideação suicida.

7.3. Resultados no Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos – IAV_N

7.3.1. Estatísticas Descritivas do IAV_N na Amostra

Neste sub-capítulo foram estudadas as características descritivas do IAV_N, mais precisamente a sua média, desvio-padrão e amplitude, quer do índice geral, quer dos factores que o constituem: Ambiente Familiar Adverso, Abuso Psicológico, Separações e Perdas e Abuso Físico e Sexual (Tabela 9).

Tabela 9 – Estatísticas Descritivas dos Factores e do Índice Global do IAV_N (n=257)

IAV_N – Factores e Índice Global	M	DP	Amplitude
Ambiente Familiar Adverso – F1	1,26	1,50	0-8,67
Abuso Psicológico – F2	2,15	2,81	0-19
Separações e Perdas – F3	1,33	1,93	0-16
Abuso Físico e Sexual – F4	0,58	1,21	0-9,50
IGA	1,38	1,45	0-8,96

Tal como é possível verificar na Tabela 9, o factor Abuso Psicológico é aquele que apresenta uma média mais elevada (M=2,15; DP=2,81), sendo também o que regista uma maior amplitude (19 valores, sendo 20 valores a pontuação máxima).

7.4. Resultados na Escala de Desesperança (ESCALA H)

7.4.1. Estatísticas Descritivas da ESCALA H na Amostra

As estatísticas descritivas da Escala H – média, desvio-padrão e amplitude – foram estudadas em função da pontuação total obtida (Tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas Descritivas da Escala H (n=257)

	M	DP	Amplitude
Escala H total	2,21	1,59	0-8

Tal como podemos observar na Tabela 10, tendo em consideração a pontuação total da Escala H o valor máximo encontrado foi de 8 valores (sendo a pontuação máxima de 20 valores).

A obtenção destes resultados era expectável, uma vez que a ESCALA H tem sido mais frequentemente utilizada em amostras clínicas e que a presente amostra se trata de uma população não-clínica de adolescentes.

7.5. Resultados na Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES)

7.5.1. Estatísticas Descritivas da RSES na Amostra

As estatísticas descritivas da RSES – média, desvio-padrão e amplitude – foram, igualmente, estudadas em função da pontuação total obtida (Tabela 11).

Tabela 11 – Estatísticas Descritivas da RSES (n=257)

	M	DP	Amplitude
Auto-Estima Total	30,35	5,26	15-40

Os resultados obtidos mostram que a pontuação mínima obtida é de 15 valores, enquanto que a máxima foi de 40 valores, sendo que a pontuação total da escala pode

variar entre os 10 e os 40 valores. Estes valores reflectem que a amostra apresenta níveis elevados de auto-estima.

7.6. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida

De modo a analisar a existência de possíveis relações entre as variáveis Acontecimentos de Vida Negativos (AVN) experienciados durante a infância e os níveis de Ideação Suicida durante a adolescência, foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) e o Questionário de Ideação Suicida (QIS). Assim sendo, foi primeiramente analisado o coeficiente de correlação r de Pearson.

Tabela 12 - Correlações entre os AVN e a Ideação Suicida

	Ideação Suicida Global	Pensamentos Suicidas – F1	Instrumentalização do Suicídio – F2	Intenção Suicida – F3
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,37**	0,38**	0,30**	0,33**
Abuso Psicológico - F2	0,53**	0,49**	0,50**	0,49**
Separações e Perdas – F3	0,35**	0,37**	0,27**	0,30**
Abuso Físico e Sexual – F4	0,21**	0,21**	0,17**	0,21**
IGA	0,52**	0,52**	0,45**	0,48**

Nota: ** $p \leq 0,01$

Através dos resultados obtidos na Tabela 12 foi possível constatar a existência de correlações positivas significativas entre os AVN experienciados durante a infância e os níveis de ideação suicida globais e as suas dimensões (Tabela 12). Estes resultados sugerem que os AVN, vivenciados em estádios precoces do desenvolvimento, podem representar factores de vulnerabilidade para a eclosão de ideação suicida na adolescência.

Uma vez que as variáveis em estudo mostraram estar associadas entre si, foi importante a utilização de métodos de regressão de forma a poder avaliar o contributo específico de cada uma delas na explicação dos níveis de ideação suicida.

Inicialmente, foi efectuada uma avaliação para verificar o contributo dos diferentes tipos de AVN na Ideação Suicida global e posteriormente o contributo dos mesmos nas distintas dimensões da Ideação Suicida.

Através do método de regressão *enter* foi possível verificar que o conjunto dos AVN explica 29,1% da variância dos níveis de Ideação Suicida na adolescência, tendo-se verificado que apenas os Abusos Psicológicos têm um contributo significativo ($\beta=0,45$; $p=0,000$).

Foi posteriormente utilizado o método *stepwise*, que possibilita identificar empiricamente um modelo de regressão mais parcimonioso.

Tabela 13 – Regressão entre os AVN e a Ideação Suicida Global (Método *Stepwise*)

	B	R²	F(2,254)	p
Const= 0,17				
Abuso Psicológico – F2	0,47***	29%	51,81	0,000
Separações e Perdas – F3	0,13*			

Nota: * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Os resultados obtidos sugerem um modelo de regressão com apenas dois preditores significativos: Abuso Psicológico e Separações e Perdas.

O modelo obtido através do método *stepwise*, apresentado na Tabela 13, revela que o Abuso Psicológico ($\beta=0,47$; $p=0,000$) e as Separações e Perdas ($\beta=0,13$; $p=0,027$), em conjunto, explicam 29% dos níveis de Ideação Suicida globais.

O QIS fornece uma pontuação global dos níveis de Ideação Suicida assim como a subdivisão desta variável em três dimensões distintas: Pensamentos Suicidas,

Instrumentalização do Suicídio e Intenção Suicida. Desta forma, e respeitando a diferenciação dos tipos de Ideação Suicida, procurou-se entender de que modo estes se relacionam com os diferentes AVN.

Tabela 14 – Regressão entre os AVN e os Pensamentos Suicidas (Método *Enter*)

	B	R²	F(4,252)	p
<i>Const</i> =2,86				
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,72			
Abuso Psicológico – F2	0,39***	27,1%	23,45	0,000
Separações e Perdas – F3	0,15*			
Abuso Físico e Sexual – F4	-0,10			

Nota: * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Com base nos dados obtidos pelo método *enter* (Tabela 14), pode verificar-se que o conjunto dos AVN precoces explica 27,1% da variância dos Pensamentos Suicidas, sendo de especial relevo o contributo significativo do Abuso Psicológico ($\beta=0,39$; $p=0,000$) e das Separações e Perdas ($\beta=0,15$; $p=0,026$).

Através da utilização do método *stepwise* foram obtidos resultados similares, sendo identificado um modelo com duas variáveis: Abuso Psicológico ($\beta=0,41$; $p=0,000$) e Separações e Perdas ($\beta=0,30$; $p=0,003$). As variáveis identificadas explicam, no seu conjunto, 26,8% dos níveis de variância dos Pensamentos Suicidas ($F=46,61$; $d.f.=2,254$; $p=0,000$).

Seguidamente foi analisada a contribuição dos AVN na explicação da variância da Instrumentalização do Suicídio (Tabela 15).

Tabela 15 – Regressão entre os AVN e a Instrumentalização do Suicídio (Método Enter)

	B	R ²	F(4,252)	p
<i>Const</i> =1,20				
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,01			
Abuso Psicológico – F2	0,48***	25,0%	20,97	0,000
Separações e Perdas – F3	0,06			
Abuso Físico e Sexual – F4	-0,03			

Nota: * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

No seu conjunto os AVN, experienciados precocemente, explicam 25% da variância da Instrumentalização do Suicídio, sendo de destacar o contributo significativo e positivo do Abuso Psicológico ($\beta=0,48$; $p=0,000$).

Similarmente, através do método *stepwise*, os resultados indicam um modelo constituído unicamente pelo Abuso Psicológico ($\beta=0,50$; $p=0,000$) que explica 24,6% da variância da Instrumentalização do Suicídio ($F=83,29$; $d.f.=1,255$; $p=0,000$).

Por último, foi examinada a contribuição dos AVN na explicação da variância da Intenção Suicida (Tabela 16).

Tabela 16 – Regressão entre os AVN e a Intenção Suicida (Método Enter)

	B	R ²	F(4,252)	p
<i>Const</i> =0,86				
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,04			
Abuso Psicológico – F2	0,43***	24,7%	20,64	0,000
Separações e Perdas – F3	0,07			
Abuso Físico e Sexual – F4	0,12			

Nota: * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Os resultados sugerem que os AVN precoces explicam 24,7% da variância dos níveis de Intenção Suicida, sendo de realçar o contributo significativo e positivo do Abuso Psicológico ($\beta=0,43$; $p=0,000$).

Os dados obtidos através do método *stepwise* sugerem, igualmente, um modelo constituído unicamente pelo Abuso Psicológico ($\beta=0,49$; $p=0,000$) que explica 23,9% da variância da Intenção Suicida ($F=80,05$; $d.f=1,255$; $p=0,000$).

7.7. Relação entre a Desesperança e a Ideação Suicida

Para examinar a existência de eventuais relações entre a Desesperança (medida pela Escala H) e a Ideação Suicida na adolescência, foi inicialmente analisado o coeficiente de correlação r de *Pearson*.

Tabela 17 – Correlações entre a Desesperança e a Ideação Suicida

	Ideação Suicida Global	Pensamentos Suicidas – F1	Instrumentalização do Suicídio – F2	Intenção Suicida – F3
Escala H total	0,33**	0,33**	0,28**	0,28**

Nota: ** $p \leq 0,01$

Os resultados encontrados demonstram correlações positivas e significativas entre o índice de Desesperança total e os níveis de ideação suicida totais e respectivas dimensões (Tabela 17). Estes dados sugerem que a Desesperança pode ser tida com um factor de vulnerabilidade para a eclosão de ideação suicida na adolescência.

Seguidamente, de forma a avaliar o contributo específico da Desesperança nas diferentes dimensões da Ideação Suicida, procedeu-se à utilização de métodos de regressão. Assim foi avaliado o contributo da Desesperança na Ideação Suicida global, bem como nas diferentes dimensões que a caracterizam.

Tabela 18 – Regressão entre a Desesperança e a Ideação Suicida Global (Método *Enter*)

	B	R^2	$F(1,255)$	p
<i>Const</i> =0,17				
Escala H Total	0,33***	10,6%	30,11	0,000

Nota: *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Como se pode verificar na Tabela 18, os resultados sugerem que a Desesperança explica 10,6% da variância dos níveis de Ideação Suicida Global, tendo um contributo significativo e positivo sobre os mesmos ($\beta=0,33$; $p=0,000$).

No que respeita aos níveis de Pensamentos Suicidas, os dados obtidos indicam que a Desesperança explica 10,8% da variância dos mesmos, sendo de realçar o seu contributo positivo e significativo ($\beta=0,33$; $p=0,000$).

Relativamente à regressão efectuada, pelo método *enter*, entre a Desesperança e a Instrumentalização do Suicídio, os resultados revelam que a Desesperança explica 7,9% da variância dos níveis da Instrumentalização do Suicídio, demonstrando um contributo significativo e positivo sobre os mesmos ($\beta=0,28$; $p=0,000$).

Finalmente os resultados obtidos pela regressão entre a Desesperança e a Intenção Suicida sugerem que a Desesperança explica 7,9% da variância dos níveis de Intenção Suicida, salientando-se um contributo significativo e positivo sobre os mesmos ($\beta=0,28$; $p=0,000$).

7.8. Relação entre a Auto-Estima e a Ideação Suicida

Para averiguar a eventual existência de relações entre a Auto-Estima (avaliada pela Escala de Auto-Estima de Rosenberg) e a Ideação Suicida (medida pelo QIS) na adolescência, foi inicialmente analisado o coeficiente de correlação r de *Pearson*.

Tabela 19 – Correlações entre a Auto-Estima e a Ideação Suicida

	Ideação Suicida Global	Pensamentos Suicidas – F1	Instrumentalização do Suicídio – F2	Intenção Suicida – F3
Auto-Estima Total	-0,55**	-0,55**	-0,54**	-0,38**

Nota: ** $p \leq 0,01$

Mediante os resultados obtidos na Tabela 19, foram evidenciadas correlações negativas significativas entre a Auto-Estima e os níveis de Ideação Suicida globais e suas dimensões. Assim, poder-se-á dizer que quanto menores forem os níveis de Auto-Estima, maiores serão os índices de Ideação Suicida, o que leva a crer que esta variável poderá agir como factor protector, face à ideação suicida, quando se verificam níveis mais elevados de Auto-Estima.

Para avaliar o contributo específico da Auto-Estima na Ideação Suicida global, bem como nas suas distintas dimensões recorreu-se, mais uma vez, à utilização de métodos de regressão.

Tabela 20 – Regressão entre a Auto-Estima e Ideação Suicida Global (Método Enter)

	B	R²	F(1,255)	p
<i>Const</i> =2,37				
Auto-Estima total	-0,55***	30,7%	112,99	0,000

Nota: *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Os dados obtidos sugerem que a Auto-Estima explica 30,7% da variância dos níveis de Ideação Suicida Global, tendo um contributo negativo e significativo sobre os mesmos ($\beta = -0,55$; $p = 0,000$).

No que respeita à regressão efectuada com o método *enter* entre a Auto-Estima e os Pensamentos Suicidas, pode constatar-se que a Auto-Estima explica 30,7% da variância dos Pensamentos Suicidas, sendo de destacar o seu contributo negativo e significativo sobre os mesmos ($\beta = -0,55$; $p = 0,000$).

Por sua vez, em relação à Instrumentalização do Suicídio, foi possível constatar-se que a Auto-Estima explica 29% da variância dos mesmos tendo, mais uma vez, um contributo negativo e significativo sobre a variável ($\beta = -0,54$; $p = 0,000$).

Finalmente, constatou-se que a Auto-Estima explica 14,6% da Intenção Suicida, mostrando ter um contributo negativo significativo ($\beta = -0,38$; $p = 0,000$).

7.9. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Desesperança

De forma a averiguar a eventual existência de relações entre os AVN precoces e os níveis de Desesperança da amostra, procedeu-se à análise do coeficiente de correlação r de *Pearson*.

Tabela 21 – Correlações entre os AVN e a Desesperança

	Escala H total
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,17**
Abuso Psicológico – F2	0,23**
Separações e Perdas – F3	0,12**
Abuso Físico e Sexual – F4	0,15**
IGA	0,22**

Nota: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Os resultados revelam a existência de correlações significativas e positivas entre os AVN experienciados durante estádios precoces e os níveis de Desesperança totais. Assim sendo, poder-se-á dizer que os AVN experienciados durante a infância representam um acrescido factor de risco na eclosão de estados de Desesperança.

De forma a analisar o contributo específico dos AVN nos índices globais de Desesperança prosseguiu-se à análise dos resultados através de métodos de regressão.

Tabela 22 - Regressão entre os AVN e a Desesperança (Método *Enter*)

	β	R^2	$F(4,252)$	p
<i>Const</i> =1,89				
Ambiente Familiar Adverso – F1	0,06 0,17*	5,6%	3,76	0,027
Abuso Psicológico – F2				
Separações e Perdas – F3	-0,01			
Abuso Físico e Sexual – F4	0,06			

Nota: * $p \leq 0,05$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

O modelo de regressão retratado na Tabela 22 mostra que os AVN, experienciados durante a infância, explicam 5,6% da variância dos níveis de

Desesperança na adolescência, salientando-se o contributo positivo e significativo do Abuso Psicológico ($\beta=0,17$; $p=0,027$).

7.10. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Auto-Estima

Primeiramente, para avaliar a existência de possíveis relações entre os AVN precoces e a Auto-Estima, durante a adolescência, começou-se por analisar o coeficiente de correlação r de *Pearson*.

Tabela 23 – Correlações entre os AVN e a Auto-Estima

	Auto-Estima total
Ambiente Familiar Adverso – F1	-0,35**
Abuso Psicológico – F2	-0,44**
Separações e Perdas – F3	-0,22**
Abuso Físico e Sexual – F4	-0,23**
IGA	-0,42**

Nota: ** $p \leq 0,01$

Através dos resultados obtidos na Tabela 23 podem-se verificar correlações negativas significativas entre os diferentes AVN e os níveis de Auto-Estima globais.

Assim, poder-se-á dizer que quanto mais AVN, durante a infância, forem experienciados, menores tendem a ser os níveis de Auto-Estima globais, na adolescência.

Deste modo para analisar o contributo específico dos AVN nos índices globais de Auto-Estima, prosseguiu-se à análise dos resultados através de métodos de regressão.

Tabela 24 - Regressão entre os AVN e a Auto-Estima (Método *Enter*)

	β	R^2	$F(4,252)$	P
<i>Const</i> =32,41				
Ambiente Familiar Adverso – F1	-0,15*			
Abuso Psicológico – F2	-0,35***	20,9%%	16,63	0,000
Separações e Perdas – F3	0,04			
Abuso Físico e Sexual – F4	-0,05			

Nota: * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Os resultados mostram que os AVN precoces explicam 20,9% da variância dos níveis globais de Auto-Estima, durante a adolescência, realçando-se um contributo significativo e negativo das situações de Abuso Psicológico ($\beta = -0,35$; $p = 0,000$) e do Ambiente Familiar Adverso ($\beta = -0,15$; $p = 0,049$).

Tabela 25 – Regressão entre os AVN e a Auto-Estima (Método *Stepwise*)

	β	R^2	$F(2,254)$	P
<i>Const</i> =32,41				
Ambiente Familiar Adverso – F1	-0,14*			
Abuso Psicológico – F2	-0,36***	19,2%	32,93	0,000

Nota: * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

O modelo concedido através do método *stepwise*, apresentado na tabela 21, indica que as situações de Ambiente Familiar Adverso ($\beta = -0,14$; $p = 0,038$) e de Abuso Psicológico ($\beta = -0,36$; $p = 0,000$), em conjunto, explicam 19,2% dos níveis de Auto-Estima globais.

7.11. Relação entre a Desesperança e a Auto-Estima

Tabela 26 – Correlação entre a Desesperança e a Auto-Estima

	Auto-Estima total
Escala H total	-0,31**

Nota: ** $p \leq 0,01$

Mediante a análise de coeficiente de correlação de r de *Pearson*, foi possível verificar uma associação significativa e negativa entre as variáveis Desesperança e Auto-Estima. Assim poder-se-á dizer que por um lado, quanto mais elevados forem os índices de Desesperança, menores serão os níveis de Auto-Estima globais e, por outro lado quanto maiores forem os níveis de Auto-Estima globais, menores serão os índices de Desesperança na população adolescente amostrada.

Desta forma, a Auto-Estima poderá espelhar tanto um factor de vulnerabilidade, como um factor protector em relação a sentimentos de Desesperança.

7.12. Relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos, a Desesperança, a Auto-Estima e a Ideação Suicida

Anteriormente foi elaborada uma análise de modo a perceber qual o papel específico que cada uma das variáveis em estudo desempenhava nos níveis de Ideação Suicida da população amostrada. Nesta fase, surgiu então a necessidade de realizar uma nova análise no sentido de verificar a importância que exercem os AVN, a Desesperança e a Auto-Estima, conjuntamente, na explicação da variância dos níveis de Ideação Suicida globais.

Tabela 27 – Regressão entre os AVN, a Desesperança, a Auto-Estima e a Ideação Suicida Global (Método *Enter*)

	β	R^2	$F(3,253)$	p
<i>Const=1,43</i>				
AVN (Índice Geral de AVN)	0,33***			0,000
Desesperança	0,14**	42,1%	61,45	0,007
Auto-Estima	-0,37***			0,000

Nota: ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Assim sendo, através dos resultados da tabela 28, foi possível verificar que em conjunto os AVN ($\beta=0,33$; $p=0,000$), a Desesperança ($\beta=0,14$; $p=0,007$) e a Auto-Estima ($\beta=-0,37$; $p=0,000$) explicam 42,1% dos níveis de Ideação Suicida, sendo de realçar o contributo significativo de todas as variáveis.

Seguidamente, de forma a obtermos resultados mais minuciosos, foi elaborada uma nova análise que pretendeu verificar qual o papel dos diferentes factores constituintes dos AVN, conjuntamente com a Desesperança e a Auto-Estima na explicação da variância dos níveis de Ideação Suicida.

Tabela 28 – Regressão entre os AVN (Factores), a Desesperança, a Auto-Estima e a Ideação Suicida Global (Método Enter)

	β	R^2	$F(6,250)$	p
<i>Const=1,43</i>				
Ambiente Familiar Adverso – F1	-0,02			
Abusos Psicológicos - F2	0,30***			0,000
Separações e Perdas – F3	0,13*	43,6%	32,15	0,031
Abuso Físico e Sexual – F4	-0,04			
Desesperança	0,14**			0,007
Auto-Estima	-0,37***			0,000

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Os β correspondem aos Betas estandardizados

Deste modo, os resultados obtidos sugerem que, no seu conjunto, as quatro dimensões dos AVN, com a Desesperança e a Auto-Estima, explicam 43,6% da variância dos níveis de Ideação Suicida da amostra, realçando-se o contributo positivo e significativo das situações de Abuso Psicológico ($\beta=0,30$; $p=0,000$), das Separações e Perdas ($\beta=0,13$; $p=0,031$) e da Desesperança ($\beta=0,14$; $p=0,007$), e ainda o contributo significativo e negativo da Auto-Estima ($\beta=-0,37$; $p=0,000$).

Capítulo VIII – Discussão dos Resultados

A presente investigação teve como principal objectivo identificar e perceber a influência que os acontecimentos de vida negativos, a desesperança e a auto-estima exercem nos níveis de ideação suicida, numa amostra de 257 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos.

Assim, a discussão dos resultados centrar-se-á numa reflexão acerca dos dados auferidos através dos questionários utilizados, incidindo primordialmente nas relações correlacionais e inferenciais encontradas entre as variáveis em estudo.

Primeiramente no que respeita aos resultados obtidos através dos dados sócio-demográficos, verificou-se que as médias obtidas no QIS são superiores no sexo feminino, em relação ao sexo masculino, na totalidade das dimensões deste questionário – Ideação Suicida Global, Pensamentos Suicidas, Instrumentalização do Suicídio e Intenção Suicida – o que vai de encontro a alguns autores que referem que o sexo feminino tem uma maior propensão para desenvolver ideação suicida e para cometer tentativas de suicídio (Joiner, et al., 2002; Prieto & Tavares, 2005; Werlang, et al., 2005), embora o número de suicídios consumados seja superior no sexo masculino (OMS, 2009).

Constatou-se que os sujeitos que vivem com ambos os pais apresentam níveis de ideação suicida inferiores em todas as escalas do QIS, comparativamente aos que vivem com outros. Estes resultados corroboram os dados obtidos por Werlang e colaboradores (2005) que referem que indivíduos que residem com apenas um dos progenitores revelam níveis de ideação suicida mais elevados.

Estes resultados permitem-nos formular eventuais hipóteses explicativas: a) indivíduos que residem com ambos os pais poderão ter um maior apoio e estabilidade familiar e, portanto menores níveis de ideação suicida?; b) indivíduos que vivem com

ambos os pais poderão não ter experienciado determinados acontecimentos de vida negativos, como divórcio ou morte dos progenitores, mudanças de residência e de escola/grupo de amigos e, conseqüentemente, revelam menores níveis de ideação suicida?.

No que concerne à associação entre o consumo de substâncias, muitos autores (Borowsky, et al., 2001; Castle, et al., 2004; Cheng, et al., 2000; Eaton, et al., 2011; OMS, 2000; Saraiva, 2010) enfatizam o risco destas variáveis no desenvolvimento de ideação suicida. Nomeadamente, Borowsky e colaboradores (2001) numa investigação 13110 adolescentes obtiveram valores bastante significativos entre o consumo de álcool e drogas leves e condutas suicidas.

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram parcialmente estes dados, sendo que apenas o consumo de álcool mostrou estar significativamente correlacionado a níveis mais elevados de ideação suicida. No entanto, é necessário termos em consideração que apenas 7 respondentes afirmaram consumir drogas, o que pode enviesar parcialmente os dados.

A variável “satisfação com o ambiente familiar” revelou uma forte correlação negativa com todas as dimensões do QIS, o que nos permite supor que, por um lado, quanto menor for a satisfação com o ambiente familiar maiores serão os níveis de ideação suicida e, por outro lado, quanto maior for a satisfação com o ambiente familiar menores serão os níveis de ideação suicida. Assim sendo, tal como referem Garber e colaboradores (1998), o ambiente familiar no qual o adolescente está inserido pode representar, igualmente, um factor de risco, ou um factor de protecção face à ideação suicida.

Estes resultados apontam no mesmo sentido dos anteriormente obtidos acerca da co-habitação, onde se verificou que os indivíduos que residem com ambos os pais

apresentam menores níveis de ideação suicida. Assim sendo, podemos afirmar que a família e o ambiente familiar no qual o indivíduo cresce desempenham um papel fundamental para o seu desenvolvimento quer físico, quer psicológico, podendo actuar como um factor de protecção face à ideação suicida.

Os mesmos resultados foram obtidos na variável “satisfação com o grupo de amigos”. Estes dados estão em concordância com os obtidos por **Rigby e Slee (1999)** que, no decorrer de uma investigação com duas amostras de 1103 e 845 adolescentes, concluíram que o suporte social por parte do grupo de pares estava significativamente correlacionado com a ideação suicida, sendo que baixos níveis de ideação suicida mostraram estar associados a maiores níveis de suporte do grupo de pares.

No que respeita à “história de problemas psicológicos”, verificou-se que os sujeitos com historial de perturbações psicológicas, quando comparados com os outros, apresentaram níveis significativamente superiores de ideação suicida global, de pensamentos suicidas e, em particular de intenção suicida. A intenção suicida, por sua vez, representa a dimensão do QIS que melhor prediz uma futura conduta suicida, o que revela a acrescida importância da influência desempenhada pela presença de psicopatologia na adopção de eventuais condutas suicidas ou, até mesmo, no suicídio consumado.

A este respeito, **Mann (2002)** acrescenta que em mais de 90% dos casos de suicídio consumado verificou-se a existência de perturbações psiquiátricas, especialmente relacionadas com perturbações do humor.

Finalmente através da informação obtida no Questionário de Dados Pessoais foi possível verificar as associações entre a presença de história de tentativa de suicídio do próprio, de familiares e amigos ou pessoas próximas e a ideação suicida da amostra.

Assim sendo, e em conformidade com os resultados de vários autores (Ehnvall, et al., 2007; Forteza, et al., 2001; Isometsä & Lönnqvist, 1998; Joiner, et al., 2003; Prieto & Tavares, 2005; Suominen, et al., 2004) conclui-se que os sujeitos com história de tentativa de suicídio no próprio, comparativamente aos que nunca cometeram tais actos, revelaram níveis significativamente superiores em todas as dimensões do QIS, o que demonstra uma forte correlação entre ideação suicida presente e tentativa de suicídio no passado.

A tentativa de suicídio representa um dos principais factores de risco para o suicídio consumado (Ehnvall et al., 2007; Joiner et al., 2003; Prieto & Tavares, 2005; Suominen et al., 2004), sendo que como refere Maris (1992), pelo menos 15% das pessoas que realizam uma tentativa de suicídio acabam por morrer de suicídio, sendo a probabilidade de morrer de suicídio, entre estas pessoas 1500 vezes superior às que nunca tentaram matar-se.

Relativamente à presença de “história de tentativa de suicídio no seio familiar”, Mann (2002) afirma que este factor representa um risco acrescido para a adopção de condutas suicidas, sendo que existe uma maior probabilidade de transmissão de crenças culturais e doenças psiquiátricas que podem estar na génese da disposição individual para a ideação suicida. Contrariamente ao pressuposto, os resultados obtidos na presente investigação sugerem que, apesar da média de ideação suicida ser mais elevada nos sujeitos com história de tentativa de suicídio na família, comparativamente aos que não experienciaram tais situações, não existem diferenças estatisticamente significativas nos índices de ideação suicida entre os dois grupos.

No entanto, verificou-se que os indivíduos que reportaram a presença de história de tentativa de suicídio em amigos ou pessoas próximas, quando comparados com os

outros, apresentaram níveis significativamente superiores em todas as dimensões do QIS.

O facto dos níveis de ideação suicida serem superiores nos indivíduos que experienciaram tentativa de suicídio em amigos e pessoas próximas, relativamente aos que experienciaram tentativas de suicídio no seio familiar, poderá dever-se ao facto da amostra ser composta por adolescentes, sendo que, como refere **Laufer (2000)** na adolescência o indivíduo identifica-se mais com os pares e tende a procurar mais aprovação e reforços no grupo de pares, do que no seu seio familiar.

Outra explicação poderá prender-se ao fenómeno “suicídio por contágio e/ou imitação”, utilizado para definir a ocorrência de um número excessivo de suicídios ocorridos num curto período de tempo, em proximidades geográficas. Como referem **Werlang e colaboradores (2005, p.206)** “um suicídio facilita a ocorrência de outro, pois a imitação do processo serve como modelo para sucessivos suicídios”.

Desta forma, este efeito de contágio pode ocorrer através do contacto directo com a vítima (e.g. relação de amizade com a mesma), ou por influência dos meios de comunicação de massa (**Werlang, et al., 2005**), sendo a sua probabilidade de ocorrência mais elevada quando o indivíduo se identifica com a pessoa que consumou o suicídio.

Seguidamente, no que respeita aos dados auferidos através do Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos, foi possível verificar que o tipo de acontecimento de vida negativo mais frequente na amostra em estudo foi o abuso psicológico, registando uma média mais elevada em relação às outras dimensões do Inventário – Ambiente Familiar Disfuncional, Separações e Perdas, e Abuso Físico e Sexual. Este resultado reveste-se de acrescida importância se considerarmos que, tal como referem **McLewin e Muller (2006)**, o abuso psicológico tem sido considerado como o maior preditor de futuras perturbações psicológicas e, como também é conhecido, estas por

sua vez relacionam-se com o desenvolvimento de ideação suicida e com a probabilidade de suicídio consumado.

No que respeita à influência dos acontecimentos de vida negativos nos níveis de ideação suicida da amostra, foram evidenciadas correlações positivas e significativas, o que nos permite sugerir que os acontecimentos de vida negativos, vivenciados na infância e adolescência, podem representar factores de vulnerabilidade para a ideação suicida dos adolescentes.

Mediante uma análise mais pormenorizada verificou-se que, de todas as dimensões do IAV_N, as que mais contribuem para o desenvolvimento de ideação suicida na amostra são o abuso psicológico e as separações e perdas explicando, em conjunto, 29% dos níveis de ideação suicida globais. No entanto, é de referir que respectivamente às dimensões do QIS, o abuso psicológico é a variável que mostra ter um maior impacto nos pensamentos suicidas, na instrumentalização do suicídio e na intenção suicida que, por sua vez, é a dimensão que melhor prediz eventuais condutas suicidas.

Estes resultados corroboram os obtidos por Afifi e colaboradores (2009) que constataram que a separação parental, durante estádios precoces, associada à vivência de qualquer situação de abuso infantil, aumenta significativamente a probabilidade de ocorrência de tentativas de suicídio.

Muitos autores (Calder, et al., 2010; Cruz, 2000, 2003, 2006; Hart, et al., 1998; Langhinrichsen-Rohling et al., 1998) também apontam para uma estreita associação entre o abuso psicológico e elevados níveis de ideação suicida, e conseqüentemente, a adopção de condutas suicidas.

Relativamente à relação dos acontecimentos de vida negativos nas restantes variáveis em estudo – desesperança e auto-estima – foram, igualmente obtidas correlações significativas.

Assim sendo, no que concerne à desesperança, verificou-se que os acontecimentos de vida negativos, experienciados precocemente, representam um acrescido factor de risco na eclosão de estados de desesperança, sendo de salientar o contributo positivo e significativo do abuso psicológico que explica 5,6% da variância dos níveis de desesperança da amostra.

Estes dados são corroborados por vários autores (Beck et al., 1979/1998; Chang et al., 2010; Cruz, 2003; Cruz & Carmo, 2009; Yang & Clum, 1996) que afirmam que a exposição a acontecimentos de vida negativos precoces, que tendem a gerar interpretações distorcidas da realidade e afectos negativos, e a conjugar-se com acontecimentos actuais similares ou de impacto idêntico, conduzem a altos níveis de dor psicológica e sentimentos de marcada desesperança que, eventualmente podem culminar em actos suicidas.

Langhinrichsen-Rohling et al., (1998) constataram ainda, ao efectuarem um estudo com 351 estudantes universitários, a existência de uma associação estável e significativa entre os níveis de desesperança e acontecimentos precoces negativos, sobretudo relacionados com o seio familiar e mais especificamente abusos perpetrados pela figura materna.

No que diz respeito à auto-estima, foram obtidas correlações significativas negativas entre esta e os acontecimentos de vida negativos, o que poderá dizer que quanto mais acontecimentos de vida negativos forem vivenciados durante a infância, menores serão os níveis de auto-estima da presente amostra. Através de uma análise mais pormenorizada, apurou-se que de todas as dimensões do IAV_N, o ambiente

familiar adverso e o abuso psicológico são as variáveis que melhor explicam a variância dos níveis de auto-estima.

Estes resultados devem ser tidos em conta com especial atenção sendo que **Kuhlberg et al., (2010)** ao realizarem um estudo com 226 adolescentes, com o objectivo de averiguarem qual a relação entre os conflitos pai/filhos e as condutas suicidas, verificaram que esta era mediada por baixos níveis de auto-estima.

Posteriormente foi elaborada uma análise de modo a examinarmos a relação existente entre a desesperança e a ideação suicida. Os dados auferidos indicam que a desesperança pode ser tida como outro factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de ideação suicida, tendo-se constatado associações positivas e significativas em todas as dimensões do QIS.

Através do recurso a técnicas de regressão foi ainda possível verificar que a desesperança explica 10,6% da variância dos níveis de ideação suicida globais, 10,8% dos níveis dos pensamentos suicidas, 7,9% dos níveis da instrumentalização do suicídio e 7,9% dos níveis de intenção suicida.

Os resultados evidenciados parecem estar em concordância com os resultados do estudo de **Beck et al., (1990/2006)** que, através de uma amostra de 1958 sujeitos, seguidos durante 17 anos consecutivos, concluíram que “a desesperança, como dimensão psicológica mensurável, representa um índice evolutivo do potencial suicida” (p.295).

A este nível, **O'Connor e Sheehy (2001)** acrescentam que a desesperança não representa apenas um simples constructo psicológico, sendo que existem claras evidências da existência de sentimentos de desesperança e de uma dor psicológica insuportável, em cerca de 90% dos bilhetes suicidas.

No que se refere à relação entre a desesperança e a auto-estima, foi possível verificar a existência de uma correlação significativa e negativa entre as variáveis. Assim sendo, podemos afirmar que quanto maiores forem os níveis de auto-estima globais, menores serão os índices de desesperança da amostra em estudo.

Desta forma, é possível sugerir que a presença de alta auto-estima poderá representar um factor de protecção em relação a sentimentos de desesperança.

Respectivamente ao impacto que estas duas variáveis mostram ter no desenvolvimento de ideação suicida, McGee et al., (2001) ao efectuarem um estudo longitudinal com uma amostra de 732 adolescentes, verificaram que baixos níveis de auto-estima e altos índices de sentimentos de desesperança, manifestavam-se consequentemente na eclosão de pensamentos auto-destrutivos que, por sua vez, mostraram ser os principais factores de risco para a ideação suicida em jovens.

Deste modo, os mesmos autores puderam concluir que uma baixa auto-estima, durante estádios precoces, poderá vulnerabilizar o adolescente a adoptar comportamentos suicidas futuros.

Neste sentido, foi realizada uma análise de forma a apurarmos a relação directa existente entre a auto-estima e a ideação suicida. Assim, foram evidenciadas correlações significativas e negativas entre a auto-estima e todas as dimensões constituintes do QIS, o que nos leva a sugerir que, por um lado, quanto menores forem os índices de auto-estima, maiores serão os níveis de ideação suicida e, por outro lado quanto maiores forem os índices de auto-estima, maiores serão os níveis de ideação suicida.

Desta feita, poder-se-á afirmar que a auto-estima assume um duplo carácter face à ideação suicida, podendo reflectir-se tanto num factor de risco (quando inexistente ou em baixos níveis), como de protecção face à mesma (quando presente e em altos níveis) (Sharaf et al., 2009).

Finalmente, após termos verificado a influência específica que cada uma das variáveis em estudo desempenhava, por si só, no desenvolvimento de ideação suicida, surgiu a necessidade de realizarmos uma nova análise no sentido de verificar a importância que exercem os acontecimentos de vida negativos, a desesperança e a auto-estima, conjuntamente, na explicação da variância dos níveis de ideação suicida da amostra em estudo.

Assim podemos sugerir, através dos dados obtidos por técnicas de regressão, que o conjunto das variáveis em estudo explica 42,1% dos níveis de ideação suicida, sendo de realçar o contributo significativo de todas.

Por último, foi realizada uma nova técnica de regressão de modo a obtermos, novamente, o contributo de todas as variáveis na ideação suicida discriminando, desta vez, todas as dimensões que compõem o IAV_N. Neste sentido, verificamos que, no seu conjunto, as 4 dimensões dos AVN – ambiente familiar adverso, abuso psicológico, separações e perdas, e abuso físico e sexual -, a desesperança e a auto-estima explicam 43,6% da variância dos níveis de ideação suicida, denotando-se o contributo positivo e significativo do abuso psicológico, das separações e perdas e da desesperança, e ainda o contributo significativo e negativo da auto-estima.

Os resultados obtidos vão de encontro a alguns modelos explicativos da conduta suicida (Cruz, 2003; Yang & Clum, 1996) que integram as variáveis aqui estudadas e que revelam o seu potencial de risco, quer no desenvolvimento de ideação suicida, quer na adopção de condutas suicidas.

Em suma, e se considerarmos que a ideação suicida representa como que um marco inicial de uma eventual conduta suicida, e tendo em consideração que o suicídio representa um fenómeno multidimensional e multifactorial, os resultados obtidos sugerem que as variáveis em estudo têm um impacto considerável no seu

desenvolvimento. Sendo de salientar que a percentagem de explicação da variância dos níveis de ideação suicida obtida (43,6%) é bastante significativa, tendo em consideração que traduz a influência de apenas três variáveis.

Contudo, é importante não esquecermos que muitos outros factores podem estar relacionados com o desenvolvimento de ideação suicida e que, por isso, merecem ser incluídos em futuros estudos neste âmbito.

Conclusões gerais

Muitos são os estudos perspectivados em torno da ideação suicida e das condutas suicidas, de modo a que seja possível entender a sua etiologia e obter conclusões consensuais acerca de medidas de prevenção eficazes a implementar quer no indivíduo em crise, quer junto dos que o rodeiam.

A diversidade de factores de risco apontados, associada a esta temática é imensa e como tal, após uma extensa revisão da literatura, a presente investigação delimitou-se à análise da influência desempenhada pelos acontecimentos de vida negativos, a desesperança e a auto-estima, no desenvolvimento de ideação suicida numa amostra de adolescentes.

Assim sendo, este capítulo visa apresentar as principais conclusões obtidas, bem como as potencialidades e limitações do presente estudo.

No que se refere à procura de marcadores de vulnerabilidade nas características sócio-demográficas da presente amostra, foi possível sugerir que ser do *sexo feminino e residir com apenas um dos progenitores ou outros*, podem constituir factores de risco para o desenvolvimento de ideação suicida.

Através dos resultados obtidos acerca da história individual, foram ainda encontrados outros factores significativos de vulnerabilidade para a ideação suicida, nomeadamente o *consumo de álcool, a insatisfação com o ambiente familiar e com o grupo de pares, história de psicopatologia e tentativa de suicídio*, quer do próprio, quer de amigos ou outros significativos.

Por outro lado, foi-nos também possível sugerir alguns factores de protecção face à ideação suicida, como sendo: o *residir com ambos os pais*, o que poderá representar um maior suporte e estabilidade familiar, e consequentemente uma maior *satisfação com o ambiente familiar e com o grupo de pares*.

Os resultados obtidos permitiram-nos ainda verificar a existência de correlações positivas e significativas entre os acontecimentos de vida negativos, experienciados precocemente e os níveis de ideação suicida da amostra em estudo, o que nos leva a concluir que quanto mais acontecimentos de vida negativos o indivíduo experienciar, maior será a probabilidade deste desenvolver níveis mais elevados de ideação suicida.

Seguidamente, mediante a utilização de técnicas de regressão foi possível observar que de todas as dimensões do IAV_N – ambiente familiar adverso, abuso psicológico, separações e perdas, e abuso físico e sexual -, as que melhor predizem o desenvolvimento de ideação suicida na amostra são o abuso psicológico e as separações e perdas que, em conjunto, explicam 29% da variância dos níveis de ideação suicida globais. Contudo, é de realçar que respectivamente às dimensões do QIS, o abuso psicológico representa a variável com maior impacto nos pensamentos suicidas, na instrumentalização do suicídio e na intenção suicida que, por sua vez, é a dimensão que melhor prediz eventuais comportamentos suicidas.

Assim sendo, e de uma forma geral, estes dados permitem-nos indicar o abuso psicológico como o acontecimento de vida negativo com maior influência no desenvolvimento de ideação suicida nos adolescentes estudados. Estes resultados são apoiados por vários autores (Calder, et al., 2010; Cruz, 2000, 2003, 2006; Hart, et al., 1998; Langhinrichsen-Rohling et al., 1998) que apontam para a existência de uma estreita relação entre as situações vivenciadas de abuso psicológico e elevados níveis de ideação suicida e, conseqüentemente a adopção de futuras condutas suicidas.

Estes dados vêm reforçar a ideia de que a experiência de acontecimentos de vida negativos durante estádios precoces do desenvolvimento desempenha um papel fundamental ao nível da saúde mental do sujeito ao longo da vida (Schilling et al., 2007).

Desta feita, os acontecimentos de vida negativos mostraram igualmente estar associados às outras variáveis em estudo – desesperança e auto-estima.

Por sua vez, tanto a variável desesperança como a auto-estima revelaram associações significativas com os níveis de ideação suicida da amostra, o que corrobora os dados obtidos num estudo efectivado por McGee et al., (2001) que revelaram que estas duas variáveis podem manifestar-se na eclosão de pensamentos auto-destrutivos que, por sua vez, mostraram ser os principais factores de vulnerabilidade para a ideação suicida em jovens.

Finalmente, após a realização de uma nova análise com o intuito de verificar a influência conjunta dos acontecimentos de vida negativos e das 4 dimensões que o compõe o IAV_N (ambiente familiar adverso, abuso psicológico, separações e perdas, e abuso físico e sexual), da desesperança e da auto-estima no desenvolvimento de ideação suicida, foi-nos possível sugerir que estas variáveis, no seu conjunto, explicam 43,6% da variância dos níveis de ideação suicida da amostra. Sendo de salientar o contributo positivo e significativo do abuso psicológico, das separações e perdas, e da desesperança, e ainda o contributo significativo e negativo da auto-estima.

Deste modo, o modelo aqui proposto, através dos dados obtidos, permite-nos sugerir que o abuso psicológico e as situações de separação e perda experienciados durante a infância e adolescência, bem como a presença de sentimentos de desesperança representam importantes factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de ideação suicida em jovens.

Por outro lado, pudemos verificar, através da associação significativa e negativa obtida entre a auto-estima e a ideação suicida, que a variável auto-estima pode desempenhar tanto um factor de vulnerabilidade, quanto menores forem os seus índices,

como um factor de protecção, quanto maiores forem os seus índices, para a ideação suicida nos adolescentes em estudo.

Neste sentido a principal potencialidade do presente estudo reside nos resultados obtidos através das técnicas de regressão, que sugerem que o conjunto das variáveis em estudo explica 43,6% da variância dos níveis de ideação suicida da amostra. Este valor revela-se bastante significativo, se tivermos em consideração que explica a influência de três variáveis apenas, o que denota a acrescida importância dos acontecimentos de vida negativos, da desesperança e da auto-estima no desenvolvimento de ideação suicida em jovens.

Contudo e como não poderia deixar de ser, a presente investigação apresenta também algumas limitações. Assim sendo a primeira limitação prende-se ao facto dos questionários sobre temas pessoais terem sido aplicados em contexto de sala de aula, o que implica a proximidade inevitável dos colegas e professor(a) e o eventual receio, do respondente, de que vissem as suas respostas, o poderá ter influenciado a sinceridade e veracidade das mesmas, no sentido de assinalarem níveis inferiores aos reais.

Outra possível limitação do estudo reside na aplicação da ESCALA H como meio de avaliação dos níveis de desesperança, pelo facto da escala referida ser mais comumente utilizada em populações clínicas e a presente amostra se tratar de uma população não-clínica de adolescentes, o que poderá ter subdimensionado os resultados obtidos acerca desta variável.

Por último, consideramos que o número da amostra, apesar de significativo e de ter sido recolhido em diferentes escolas e localidades, poderia ter sido maior e, portanto, mais representativo da população adolescente algarvia.

Em suma, apesar do presente estudo ter permitido sugerir um modelo explicativo da ideação suicida, constituído por três variáveis e com resultados significativos, não

podemos esquecer que, como referido anteriormente, muitos são os factores de vulnerabilidade para a ideação suicida apontados na literatura que poderão predizer os outros 56,4% que ficaram por explicar e que, por isso, merecem ser incluídos em estudos futuros.

Desta forma seria importante a realização de estudos que contemplassem uma amostra maior e que incluíssem outros eventuais factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de ideação suicida nos jovens, nomeadamente a depressão que, segundo vários autores (Barraclough et al., 1974; Borges & Werlang, 2006; Laufer, 2000; Steer, et al., 1993; Werlang, et al., 2005) constitui um dos maiores preditores de ideação suicida na população adolescente. Seriam igualmente pertinentes estudos que se focassem em factores de protecção da ideação suicida, de modo a serem implementados meios de prevenção eficazes, nomeadamente através da formação e sensibilização para a importância da temática nas escolas.

Este estudo permite no entanto identificar alguns factores de vulnerabilidade e de protecção que poderão ser incluídos em futuras acções de rastreio e de prevenção do suicídio, no sentido de os diminuir ou promover, respectivamente.

Referências Bibliográficas

- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, *33*, 139-147
- Alberto, M.M.I. (2010). *Maltrato e Trauma na Infância* (2ª edição). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Almeida, A.N., André, I.M., & Almeida, H.N. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. *Análise Social*, *34*(150), 91-121.
- Alves, J., & Maia, A. (2010). Experiências Adversas Durante a Infância e Comportamentos de Risco para a Saúde em Mulheres Reclusas. *Psicologia Saúde & Doenças*, *11*(1), 151-171.
- Avanci, J.Q., Assis, S.G., Santos, N.C., & Oliveira, R.V.C. (2007). Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(3), 397-405.
- Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent Suicide: An Ecological Approach. *Psychology in the Schools*, *39*(4), 459-475.
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006). *Maus-Tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Orghena, P. (2011). Non-Suicidal and Suicidal Self-Injurious Behavior among Flemish Adolescents: A Web-Survey. *Archives of Suicide Research*, *15*, 56-67.
- Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. *British Journal of Psychiatry*, *1*(25), 355-373.
- Barros, N.M., & Lima, C.A. (2002). *Auto-Estima e Actividade Física: Contributo de um Programa de Actividade Física na Auto-Estima em Adultos Idosos do Concelho de Coimbra*. Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em
-

Ciências do Deporto e Educação Física para a Terceira Idade. Porto:
Universidade do Porto.

- Beautrais, A.L. (2003). Suicide and Serious Attempts in Youth: A Multiple-Group Comparison Study. *Am J Psychiatry*, *160*, 1093-1099.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1990/2006). Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatients. *Focus*, *4*(2), 291-296.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K., & Grisham, J. R. (1999). Suicide Ideation at Its Worst Point: A Predictor of Eventual Suicide in Psychiatric Outpatients. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, *29*(1), 1-9.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343-352.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979/1998). *Terapia cognitiva de la depression*. Espanha: Editorial Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 559-563.
- Benjamin, S., Krarup, G., & Lauritsen, R. (1990). Personality, parental rearing behavior and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *82*(5), 389-397.
- Bhar, S., Holloway, M.G., Brown, G., & Beck, A.T. (2008). Self-Esteem and Suicide Ideation in Psychiatric Outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(5), 511-516.
-

- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W., & Bout, R. (2002). Traumatic Life Events and Suicide Risk Among Jail Inmates: The Influence of Types of Events, Time Period and Significant Others. *Journal of Traumatic Stress, 15*(1), 9-16.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Molnar, B.E., & Nock, M.K. (2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(6), 654-666.
- Borges, V.R., & Werlang, B.S. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescents de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 345-351.
- Borowsky, I.W., Ireland, M., & Resnick, M.D. (2001). Adolescent Suicide Attempts: Risk and Protectors. *Pediatrics, 107*(3), 485-493.
- Bowlby, J. (1969/1984a). *Apego e perda*. Apego. Vol.1. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1973/1984b). *Apego e perda*. Separação – Angústia e Raiva. Vol.2. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1973/1985). *Apego e perda*. Tristeza e Depressão. Vol.3. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo*. Vol.1. São Paulo: Martins Fontes.
- Brás, M. (2008). *Acontecimentos de Vida Negativos, Padrões de Vinculação e Ideação Suicida*. Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia. Faro: Universidade do Algarve.
- Brás, M. & Cruz, J. P. (2008). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) – Construção e validação numa população adulta. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho.(Eds.),
-

Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Brás, M., & Cruz, J.P. (2009). Acontecimentos de Vida Negativos, Padrões de Vinculação e Ideação Suicida. In S.N. Jesus (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Experiências e Intervenções*. Faro: Universidade do Algarve.
- Calder, J., McVean, A., & Yang, W. (2010). History of Abuse and Current Suicidal Ideation: Results from a Population Based Survey. *Springer Science*, 25, 205-214.
- Canha, J. (2003a). *Criança Maltratada*. Coimbra: Quarteto.
- Canha, J. (2003b). *A criança vítima de violência. Violência e Vítimas de Crimes*. Vol.2- Crianças (pp.13-36). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castle, K., Duberstein, P.R., Meldrum, S., Conner, K.R., & Conwell, Y. (2004). Risk Factors for Suicide in Blacks and Whites: An Analysis of Data From the 1993 National Mortality Followback Survey. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 452-458.
- Chabrol, H., & Choquet, M. (2009). Relationship between depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation among 1547 high school students. *Encephale-Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique*, 35(5), 443-447.
- Chan, S., Miranda, R., & Surrence, K. (2009). Subtypes of Rumination in the Relationship Between Negative Life Events and Suicidal Ideation. *Archives of Suicide Research*, 13, 123-135.
- Chang, E.C., Sanna, L.J., Hirsch, J.K., & Jeglic, E.L. (2010). Loneliness and Negative Life Events as Predictors of Hopelessness and Suicidal Behaviors in
-

Hispanics: Evidence for a Diathesis-Stress Model. *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1242-1253.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (7), 618-629.

Cheng, A.T., Cheng, T.H., Chen, C.C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk for suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.

Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2009). Relatório Anual de Avaliação da Actividade das CPCJ no ano de 2009. Retirado em 26 de Novembro de 2010 da Web site: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3143&m=PDF.

Cordeiro, M. (2003). Maus Tratos a Crianças e Adolescentes. Chegou o momento de dizer «basta!». *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 151-160.

Cruz, J.P. (2000). *Terapia Cognitiva de los Intentos de Suicidio: Cambiando Historias de Muerte por Historias de Vida*. Tese de Doutoramento. Fac. Psicologia de Sevilha.

Cruz, J. P. (2003). Modelo Cognitivo da Conduta Suicida. *Studia*, 3(5), 193-231.

Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires, J. Veloso, & C. Pires. *Stress pós-traumático: modelos, abordagens & práticas* (pp. 47-71). Leiria: Editorial Presença.

- Cruz, J.P. & Carmo, C. (2009). Modelos cognitivos da depressão e do suicídio. In C. Nunes & S. Jesus (eds). *Temas Actuais em Psicologia*, (pp. 173-221). Gambelas. Universidade do Algarve.
- Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal Ideation and Help – Negation: Not Just Hopelessness or Prior Help. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 901-914.
- Dicionário da Língua Portuguesa. (2012). Porto: Porto Editora.
- Direcção Geral de Saúde. (2008). *Maus-tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde – documento técnico*. Lisboa: DGS.
- Durkheim, E. (1897/1992). *O Suicídio. Estudo Suiciológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Eaton, D.K., Foti, N.D., Crosby, A.E., Flores, G., & Kann, L. (2011). Associations Between Risk Behaviors and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: Do Racial/Ethnic Variations in Associations Account for Increased Risk of Suicidal Behaviors Among Hispanic/Latina 9th – to 12th – Grade Female Students? *Archives of Suicide Research*, 15, 113-126.
- Egeland, B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33, 22-26.
- Ehnavall, A., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., & Malhi, G. (2007). Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females – but not for males. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 50-56.
- Eisenberg, M.E., Ackard, D.M., & Resnick, M.D. (2007). Protective Factors and Suicide Risk in Adolescents with a History of Sexual Abuse. *The Journal of Pediatrics*, 151, 482-487.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards,
-

- V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*, 245-258.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 7-26.
- Fleming, T.M., Merry, S.N., Robinson, E.M., Denny, S.J., & Watson, P.D. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*, 213-221.
- Floen, S. K., & Elklit, A. (2007). Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry*, *6*(12), 1-8.
- Forteza, C.G., Lira, L.R., Brambila, L.B., & Villarreal, C.R. (2001). El Abuso Sexual y el Intento Suicida Asociados con el Malestar Depresivo y la Ideación Suicida de los Adolescentes. *Salud Mental*, *24*(6), 16-25.
- Garber, J., Little, S., Hilsman, R., & Weaver, K.R. (1998). Familism Predictors of Suicidal Symptoms in Young Adolescents. *Journal of Adolescence*, *21*(4), 445-457.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmernan, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, *24*, 256-263.
-

- Glanz, L.M., Haas, G.L., & Sweeney, J.A. (1995). Assessment of Hopelessness in Suicidal Patients. *Clinical Psychology Review, 15*(1), 49-64.
- Gonçalves, A.M., Freitas, P.P., & Sequeira, C.A. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium, 40*, 149-159.
- Gouveia, L.M.L. (2003). A Auto-Estima em Alunos com Dificuldades de Aprendizagem. Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Ciências do Desporto na área especializada de Actividade Física Adaptada. Porto: Universidade do Porto.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e Validação de Conteúdo da Versão em Português do *Childhood Trauma Questionnaire*. *Revista de Saúde Pública, 40*(2).
- Grewal, P.K., & Porter, J.E. (2007). Hope Theory: A Framework for Understanding Suicidal Action. *Death Studies, 31*, 131-154.
- Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L. & Haldorsen, T. (2005). Suicidal and Nonsuicidal Adolescents: Different Factors Contribute to Self-Esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(5), 525-535.
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., & Brassard, M. R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal Emotional Abuse, 1*, 27-58.
- Higgins, D.J., & McCabe, M.P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 547-578.
- Hirsch, J.K., Wolford, K., LaLonde, S.M., Brunk, L., & Morris, A.P. (2007). Dispositional Optimism as a Moderator of the Relationship Between Negative Life Events and Suicide Ideation and Attempts. *Cogn Ther Res, 31*, 533-546.
-

- Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research, 180*, 120–125.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2010). *Anuário Estatístico de Portugal – 2008*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2012). *Boletim Mensal de Estatística 2012*. Lisboa: INE.
- Isometsä, E.T., & Lönnqvist, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry, 173*, 531-535.
- Joiner, T.E., Pfaff, J.J., & Acres, J.G. (2002). Characteristics of suicidal adolescents and young adults presenting to primary care with non-suicidal (indeed non-psychological) complaints. *European Journal of Public Health, 12*(3), 177-179.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Brown, G., Beck, A.T., Pettit, J.W., & Rudd, M.D. (2003). Worst-Point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behavior Research and Therapy, 41*, 1469-1480.
- Kelley, S. J. (2011). Theories and Research on Child Maltreatment. In Humphreys, J., & Campbell, C. (2011). *Family Violence and Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company, 90-115.
- Kuhlberg, J.A., Penã, J.B., & Zayas, L.H. (2010). Familism, Parent-Adolescent Conflict, Self-Esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts Among Adolescent Latinas. *Child Psychiatry Hum Dev, 41*, 425-440.
-

- Langhinrichsen-Rohling, J., Monson, C.M., Meyer, K.A., Caster, J., & Sanders, A. (1998). The associations among family-of-origin violence and young adults' current depressed, hopeless, suicidal, and life-threatening behavior. *Journal of Family Violence, 13*(3), 243-261.
- Laufer, M (2000). Compreender o Suicídio: Tem um Significado Especial na Adolescência?. *Revista Psicológica 7*, 69-79.
- Lessard, J. C. & Moretti, M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence, 21*, 383-395.
- Lopes, P., Barreira, D.P., & Pires, A.M. (2001). Tentativa de Suicídio na Adolescência: Avaliação do Efeito de Género na Depressão e Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*(1), 47-57.
- Machado, C. (2003). Abuso sexual de crianças. In C. Machado & R.A. Gonçalves (Eds). *Violência e Vítimas de Crimes. Vol. 2 – Crianças* (pp.39-93). Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, C., Gonçalves, M., & Vila-Lobos, A.J. (2003). Crianças expostas a múltiplas situações de violência. In C. Machado & R.A. Gonçalves (Eds). *Violência e Vítimas de Crimes. Vol. 2 – Crianças* (pp.133-168). Coimbra: Quarteto Editora.
- Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses. *VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- Mann, J.J. (2002). A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Annals of Internal Medicine, 136*(4), 302-311.
-

- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maris, R.W. (1992). The Relationship of Nonfatal Suicide Attempts to Completed Suicides. In R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger & R. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (pp.362-380). New York. Guilford Press.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360, 319-326.
- Martin, G., Richardson, A.S., Bergen, H.A., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28, 75-87.
- Martins, F. M. (1990). *A Tentativa de Suicídio Adolescente: Da clínica às ciências sociais e humanas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Martins, D.R. (2009). *O impacto da violência familiar na saúde de crianças e jovens adolescentes*. Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Justiça. Minho: Universidade do Minho.
- Mayo, D.J. (1992). What Is Being Predicted? Definition of “Suicide”. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and predicting of suicide* (pp.88-101). New York: The Guilford Press.
- McLewin, L. A. & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 171–191.
-

- Menninger, K. (1996). Psychoanalytic Aspects of Suicide. In J. Maltzberger & M. Goldblatt (Eds.), *Essential Papers on Suicide* (pp.20-35). United States of America: New York University.
- McGee, R., Williams, S. & Nada-Raja, S. (2001). Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4). 281-291.
- Moura, O. & Matos, P.M. (2008). Vinculação aos pais, divorcio e conflito interparental em adolescentes. *Psicologia*, 1 (22), 127- 152.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kasso, P., Petersen, L., Thorup, A., Krarup, G., Hemmingsen, R., & Jørgensen, P. (2001). OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation, and hopelessness among patients with first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 181(43), 98-106.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R., Morcicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1998). Beyond the Tower of Babel – A nomenclature for suicidology. *Suicide Prevention: The Global Context*, 23-29.
- O'Connor, R.C., & Sheehy, N.P. (2001). Suicidal Behavior. *The Psychologist*, 14(1), 20-24.
- OMS. (1998). The World Health Report 1998: Life in the 21st Century – A vision for all. –Consultado em 13 de Novembro de 2011 na Web site: http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf.
- OMS. (2000). Prevenir o Suicídio: um guia para professores e demais pessoal escolar. Departamento de Saúde Mental: Genebra.
- OMS. (2000). Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental: Genebra.
-

- OMS. (2002). World report on violence and health. Consultado em 13 de Novembro de 2011 na Web site: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf.
- OMS. (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Consultado em 13 de Novembro de 2012 na Web site http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74692/E83583.pdf.
- OMS. (2006). Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias: Genebra.
- OMS. (2009). Suicide Prevention. The problem. Consultado em 9 de Novembro de 2010 na Web site: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.
- OMS. (2010). 2009 Suicide Prevention Report. Consultado em 30 de Março de 2011 na Web site: http://www.idph.state.il.us/about/chronic/Suicide_Prevention_Rept_2009.pdf.
- OMS. (2010). Child Maltreatment. Consultado em 11 de Abril de 2012 na Web site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>.
- Park, S., Cho, S., & Moon, S. (2010). Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 389-397.
- Peter, T., Roberts, L.W., & Buzdugan, R. (2008). Suicidal Ideation among Canadian Youth: A Multivariate Analysis. *Archives of Suicide Research*, 12, 263-275.
-

- Peixoto, A.R. (2007). *Maus-tratos na Infância – uma perspectiva do bairro da colina*.
Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Administração e
Planificação da Educação. Porto: Universidade Portucalense.
- Pires, C., & Moreira, P. (2005). Acontecimentos de vida e psicopatologia. In P.
Moreira, & A. Melo (Eds). *Saúde mental: do tratamento à prevenção* (pp.75-
120). Porto: Porto Editora.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de Risco para o Suicídio e Tentativa de
Suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. Bras.
Psiquiatr*, 54(2), 146-154.
- Prinstein, M. J., Simon, V., Cheah, C. S. L., Nock, M. K., Aikins, J. W., & Spirito, A.
(2008). Longitudinal Trajectories and Predictors of Adolescent Suicidal
Ideation and Attempts Following Inpatient Hospitalization. *Journal of
Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92-103.
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences
(ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country
setting. *Child Abuse & Neglect*, 34, 842 – 855.
- Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stress na
adulterz. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde*. Braga:
Universidade do Minho.
- Rigby, K., & Slee, P. (1999). Suicidal Ideation among Adolescent School Children,
Involvement in Bully – Victim Problems, and Perceived Social Support.
Suicide and Life-Threatening Behavior, 29(2), 119-130.
- Rodrigues, S.C. (2008). *Impacto da vitimização infantil: avaliação do ajustamento
global em crianças maltratadas*. Dissertação para a Obtenção do Grau de
Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: Universidade do Porto.
-

- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). Intervenção Familiar em Adolescentes Suicidas. *Psychologica*, 31, 85-92.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M, A., Valiente, R, M., & Joiner, T, E. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21, 415-426.
- Sani, A. I. (2003). Crianças Expostas à violência interparental. In C. Machado, & R. A. Gonçalves (Eds). *Violência e vítimas de crimes*. Vol.2 – Crianças (pp.95-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sani, A. I. (2006). Vitimização indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, 41(180), 849-864.
- Santos, N. C. & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos de Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18(3), 187-194.
- Santos, P.J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da *Rosenberg Self-Esteem Scale* com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In Ana Paula Soares, Salvador Araújo & Susana Caires (Organizadores), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (Vol.VI) (pp.101-113). Braga: APPORT.
- Santos, P.J., & Maia, J. (2003). Análise Factorial Confirmatória de uma Versão Portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, Z., Freitas, F., & Saraiva, C, B. (2006). Estratégias Globais de Prevenção do Suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (coord.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp.435-445). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
-

- Saraiva, C. B. (1999). *Para-Suicídio – Contributo para uma Compreensão Clínica dos Comportamentos Suicidários Recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C, B. (2006). *Estudos Sobre o Para-Suicídio: O que leva os Jovens a Espreitar a Morte*. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C.B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young: a longitudinal survey. *BioMed Central Public Health*, 7 (30), 1-10.
- Sharaf, A.Y., Thompson, E.A., & Walsh, E. (2009). Protective Effects of Self-Esteem and Family Support on Suicide Risk Behaviors among At-Risk Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160-168.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache. A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. New Jersey: Jason Arason.
- Silverman, M.M., Berman, A.L. Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E., Jr. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors – Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Spinhoven, P., Elzinga, B.M., Hovens, J., Roelofs, K., Zitman, F.G., Oppen, P., & Penninx, B. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103-112.
- Sprinthall, N.A., & Collins, W.A. (1999). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (pp. 295-356).
-

- Steer, R.A., Kumar, G., & Beck, A.T. (1993). Self-Reported Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 1096-1099.
- Straus, A.M., & Kantor, K.G. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect, 29*, 19-29.
- Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnquist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12- year follow-up study. *BMC Psychiatry, 4*(11), 1-7.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnquist, J. (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt: a 37-year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry, 161*, 562-563.
- UNICEF (2009). Situação Mundial da Criança, Edição Especial. Consultado em 25 de Novembro de 2010 da Web site: http://www.unicef.pt/18/sowc_20anoscdc.pdf.
- Ursoniu, S., Putnoky, S., Vlaicu, B., & Vladescu, C. (2009). Predictors of suicidal behavior in a high school student population: a cross-sectional study. *Wien Klin Wochenschr, 121*, 564-573.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2010). Child Maltreatment 2008. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Consultado em 23 de Novembro 2010 na Web site: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm08/cm08.pdf>.
- Vaz Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 7*(2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (1986b). O "Inventário de Auto-Conceito". *Psiquiatria Clínica, 7*(2), 67-84.
-

- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª. Ed.). Coimbra: Revista e Aumentada.
- Vaz Serra, A., Gonçalves, S., & Firmino, H. (1986). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 103-108.
- Vaz Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- Velting, D.M. (1999). Personality and negative expectancies: Trait structure of the Beck Hopelessness Scale. *Personality and Individual Differences*, 26, 913-921.
- Waldrop, A.E., Hanson, R.F., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Naugle, A.E., & Saunders, B.E. (2007). Risk Factors for Suicidal Behavior among a National Sample of Adolescents: Implications for Prevention. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 869-879.
- Wan, G.M., & Leung, P.W. (2009). Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: A model building. *Journal of Adolescence*, 33(5), 575-582
- Wenzel, A., & Beck, A.T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.
- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). Factores de Risco ou Protecção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 259-266.
- Wilburn, V.R., & Smith, D.E. (2005). Stress, Self-Esteem, and Suicidal Ideation in Late Adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45.
- Wild, L.G., Flisher, A.J., Bhana, A. & Lombard, C. (2004). Substance Abuse, Suicidality, and Self-Esteem in South African Adolescents. *J. Drug Education*, 34(1), 1-17.
-

Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of Early Negative Life Experiences on Cognitive Functioning and Risk for Suicide: A Review. *Clinical Psychology Review, 16*(3), 177-195.

Zoroglu, S.S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H.A., Ozturk, M., Alyanak, B., & Kora, M.E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*, 119-126.

ANEXOS

ANEXO A. Questionário de Dados Pessoais

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

Preenche ou assinala com uma cruz [X] a opção que corresponde à tua realidade.

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:**

a. Masculino: _____

b. Feminino: _____

3. **Com quem vives a maior parte do tempo?**

a. Ambos os pais: _____

b. Pai ou mãe: _____

c. Outros familiares: _____

d. Outros: _____

4. **Qual o escalão de Acção Social Escolar em que estás incluído?**

a. Escalão A: _____

b. Escalão B: _____

c. Sem escalão: _____

5. **Qual o teu rendimento escolar médio este ano lectivo?**

a. Insuficiente (inferior a 10 valores): _____

b. Suficiente (10 a 13 valores): _____

c. Bom (14 a 16 valores): _____

d. Muito Bom (igual ou superior a 17 valores): _____

Indica com que frequência:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
6. Participas em práticas religiosas.					
7. Consumes álcool.					
8. Consumes Tabaco.					
9. Consumes drogas.					

Indica em que medida estás satisfeito ou insatisfeito com o teu:

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
10. Ambiente familiar					
11. Grupo de Amigos					

12. **Já tiveste algum problema psicológico diagnosticado?**

- a. Sim _____ Qual: _____
b. Não _____

13. **Já te sentiste desesperado(a) ao ponto de considerares que não fazia sentido continuares a viver?**

- a. Sim _____
b. Não _____

14. **Já cometestes algum acto com o objectivo de pões fim à tua vida?**

- a. Sim _____ Quantas vezes? _____ b. Não _____

15. **Houve casos de tentativas de suicídio ou suicídio em amigos ou pessoas próximas?**

- a. Sim _____
b. Não _____
-

ANEXO B. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QUESTIONÁRIO DE IDEAÇÃO SUICIDA – QIS

[Reynolds (1988) – Adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999)]

Na lista em baixo há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve no mês passado. Utilize a seguinte escala e faça um círculo no número que melhor descreve o seu pensamento. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas.

0 = nunca tive este pensamento
1 = pensei nisto mas não no último mês
2 = cerca de uma vez por mês
3 = duas vezes por mês
4 = cerca de uma vez por semana
5 = duas vezes por semana
6 = quase todos os dias

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Pensei suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
3. Pensei na maneira como me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
4. Pensei quando me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pensei em pessoas a morrerem.	0	1	2	3	4	5	6
6. Pensei na morte.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensei em escrever um testamento.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se eu me suicidasse.	0	1	2	3	4	5	6
12. Desejei estar morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
16. Desejei ter coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
17. Desejei nunca ter nascido.	0	1	2	3	4	5	6
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0	1	2	3	4	5	6
20. Pensei em matar-me mas não o faria.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pensei em ter um acidente grave.	0	1	2	3	4	5	6
22. Pensei que a vida não valia a pena.	0	1	2	3	4	5	6
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0	1	2	3	4	5	6
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0	1	2	3	4	5	6
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0	1	2	3	4	5	6
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.	0	1	2	3	4	5	6
30. Desejei ter o direito de me matar.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO C. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)

ANEXO D. Escala da Desesperança (ESCALA H)

ESCALA H

(Beck & Steer, 1988; tradução de Cruz, 2000)

Por favor, lê as informações que se seguem. À frente de cada afirmação assinala com uma **X** na coluna correspondente, se ela é **verdadeira** ou **falsa** para ti.

	Verdadeiro	Falso
1. Espero o futuro com esperança e entusiasmo.		
2. Mais vale deixar andar, já que não posso melhorar a minha vida.		
3. Quando tudo vai mal, ajuda-me pensar que isso não será para sempre.		
4. Não consigo imaginar o que será a minha vida daqui a dez anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar o que mais desejo fazer.		
6. Espero, no futuro, ser bem sucedido(a) no que mais conta para mim.		
7. O meu futuro parece-me sombrio.		
8. Espero conseguir da vida mais do que a maioria das pessoas.		
9. Não me sinto arrependido(a), nem espero vir a estar no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me adequadamente para o futuro.		
11. Espero do futuro mais desprazer do que prazer.		
12. Não espero vir a conseguir o que mais desejo.		
13. Quando penso no futuro espero ser mais feliz do que sou agora.		
14. A minha vida não me corre como desejo.		
15. Tenho fé no futuro.		
16. Nunca consigo o que desejo, por isso é ridículo esperar seja o que for do futuro.		
17. É pouco provável que venha a obter satisfação real no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Espero mais bons do que maus momentos no futuro.		
20. Não vale a pena esforçar-me por conseguir qualquer coisa que desejo, porque provavelmente não a vou conseguir.		

ANEXO E. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES)

ANEXO F: Consentimento Informado
