

Patrícia de Jesus Abrantes

**Ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-
institucionalizados: um estudo comparativo**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019/2020

Patrícia de Jesus Abrantes (nº54277)

**Ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-
institucionalizados: um estudo comparativo**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sobre a orientação de: Profª Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019/2020

Ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados: um estudo comparativo

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Patrícia de Jesus Abrantes

Copyright @ 2020, por Patrícia de Jesus Abrantes

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido critério ao autor e editor respetivos.

A todos os que tornaram possível

alcançar este sonho,

“Põe quanto és no mínimo que fazes:

Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive”

Ricardo Reis (heterónimo de Fernando Pessoa), in “Odes”

Agradecimentos

Finda tão importante jornada do meu percurso académico, resta-me expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que permitiram a realização deste sonho.

À Prof^a. Doutora Marta Brás, as palavras serão sempre insuficientes para lhe agradecer o apoio, dedicação, preocupação e orientação em todos os momentos. Particularmente em circunstâncias tão atípicas, foi incansável do início ao fim. Agradeço-lhe pela disponibilidade e paciência para ouvir as minhas dúvidas e para continuamente auxiliar-me a fazer face aos obstáculos que se foram colocando ao longo deste trajeto. Ficar-lhe-ei eternamente grata por *tudo*- de outro modo, esta dissertação não teria sido realizada.

A todas as Instituições que, em período tão peculiar e exigente, por entre um esforço hercúleo em zelar pela saúde de todos, tão generosamente se prontificaram a participar. Igualmente, a todos os adolescentes que participaram e fizeram este estudo acontecer. O vosso contributo foi crucial e, por isso, agradeço tão profundamente.

À minha família académica, a Rita, a Alexandra, a Luana e a Marta, por me perdoarem as ausências e, embora à distância, me embrulharem continuamente em apoio e carinho. A ti, Rita, culpo-te pela sorte em deixar-me ficar pelo Algarve: não estaria aqui se não me tivesses acolhido no teu ninho de amor; és, e sempre serás, parte essencial da minha vida. A vocês, Alexandra, Luana e Marta, obrigada por serem um dos frutos aleatórios mais bonitos deste meu percurso, e por serem tão importantes na minha vida.

A ti, Isabella, por tudo aquilo que nos une: obrigada pela amizade, pelas gargalhadas, pelas confissões, apoio, paciência, boleias, jantares e, sobretudo, pelos abraços. A ti, Sónia, nunca serei capaz de te agradecer o suficiente por tudo o que foste para mim durante os últimos dois anos, pela força e motivação, pela palavra certa no momento certo, e pelos nossos abraços. A ti, Mariana, pela ternura desde o primeiro dia em que pisei o solo algarvio: a par de todo o apoio e paciência, agradeço-te por me fazeres sentir em casa, longe dela, e tudo o que significas para mim; como já te disse, és um exemplo inspirador de garra e determinação, e é com muito orgulho que vou acompanhando as tuas conquistas.

À minha família, em particular aos meus avós, pais e irmã. As palavras são exíguas para expressar o meu profundo agradecimento: afinal, tudo o que sou hoje e tudo o que conquisto, é a vocês que o devo. Às minhas estrelinhas, Avô (1947-2003) e Avó (1942-2020), por

continuamente encherem o meu caminho de luz e proteção. A ti, Apolo (1982-2020), por todos os ensinamentos, valsas, poemas de Fernando Pessoa e por todo o carinho.

Por fim, mas nunca menos importante, a ti, Gligore, as palavras nunca poderão agradecer-te o amor, a paciência, o carinho e o apoio incondicional, embora o oceano que agora nos separa. Obrigada por me teres feito acreditar em mim, por acreditares em mim e por me incentivares a voar. Obrigada por me amparares as quedas e por me guiares na escuridão. É impossível explicar aquilo que nem a distância apaga ou esmorece. Agradeço-te, tão profundamente, por *tudo*. Um especial agradecimento à família Bojan e à D^a Helena, pela mão estendida e pela porta aberta quando mais precisei, e por todo o carinho e afeto.

*“O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esp’rança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte-
Os beijos merecidos da Verdade”
Fernando Pessoa, in “Horizonte”*

Resumo

O suicídio é reconhecido como um sério problema de saúde pública nos adolescentes. Os modelos explicativos identificam certos fatores de risco para a ideação suicida, como os Acontecimentos de Vida Negativos, que a podem influenciar de forma direta ou indireta, pelo efeito que exercem noutras características psicológicas. Adolescentes institucionalizados vivenciam mais acontecimentos de vida negativos e parecem apresentar um risco acrescido de ideação suicida.

O presente estudo tem como objetivos comparar os fatores de risco e de proteção entre os grupos de adolescentes institucionalizados e da população normativa e analisar o papel mediador das variáveis psicológicas na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida. Para tal, foi recolhida uma amostra de 105 adolescentes entre os 12 e os 19 anos, dividida em dois grupos: o grupo institucionalizado ($n= 46$) e o grupo normativo ($n=59$).

Os resultados mostram que, quando comparados, o Grupo Institucionalizado revela níveis superiores de comportamentos suicidas e de acontecimentos de vida negativos, e que o Grupo Normativo apresenta maior satisfação com o suporte social. No Grupo Institucionalizado, a relação entre os acontecimentos negativos e a ideação suicida é parcialmente mediada pela autoestima e totalmente mediada pela sintomatologia depressiva. No Grupo Normativo, essa relação é parcialmente mediada pela satisfação com o suporte social.

Concluiu-se que, por vivenciarem mais acontecimentos de vida negativos, os adolescentes institucionalizados poderão ter um risco acrescido de ideação suicida, o qual poderá ser potenciado pela sintomatologia depressiva. Para o Grupo Normativo, o risco de ideação suicida poderá ser inferior, salientando-se o papel protetor da satisfação com o suporte social. São discutidas as implicações práticas dos resultados no grupo institucionalizado.

Palavras-chave: adolescentes institucionalizados; ideação suicida; fatores de risco; fatores protetores.

Abstract

Suicide is recognized as a serious issue of public health among adolescents. The theoretical models identify risk factors for suicidal ideation, as Negative Life Events, which may influence directly or indirectly, by the effect they have on other psychological characteristics. Institutionalized adolescents experience more negative life events, so they appear to be in an increased risk for suicidal ideation.

The present study aims to compare risk and protection factors between the groups of institutionalized adolescents and adolescents in normative population, and analyze the mediating role of psychological variables in the relationship between negative life events and suicidal ideation. Thus, the sample was formed with 105 adolescents between 12 and 19 years. The sample was divided into two different groups: Institutionalized Group ($n=46$) and Normative Group ($n= 59$).

The results show that, when compared, the Institutionalized Group obtained higher levels of suicidal behaviors and negative life events, and that the Normative Group obtained higher levels of satisfaction with social support. Regarding the models of mediation, it was possible to verify that the relationship between negative life events and suicidal ideation is significantly mediated, in the Institutionalized Group by self-esteem and depressive symptoms, and in the Normative Group, by satisfaction with social support.

Therefore, as a conclusion of the study, for having more suicidal behaviors and experience more negative life events, the institutionalized adolescents may have an increased risk for suicidal ideation, improved by depressive symptoms. It was also possible to verify that, for the Normative Group, the risk of suicidal ideation may be lower due to the protective role of satisfaction with social support. The practical implications of the results in the institutionalized group are discussed.

Keywords: institutionalized adolescents; suicidal ideation; risk factors; protective factors.

Índice

Introdução	1
Parte I- Enquadramento Conceptual	3
Capítulo 1. Acolhimento Institucional	3
1.1. A institucionalização em Portugal	3
1.2. Saúde mental no processo de institucionalização	4
Capítulo 2. O Suicídio	7
2.1. Dados epidemiológicos.....	7
2.2. Processo suicidário: principais terminologias e conceitos	9
2.3. Modelos explicativos do comportamento suicida	10
2.3.1. Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978)..	10
2.3.2. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996).....	11
2.3.3. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008).....	12
Capítulo 3. Ideação Suicida em Adolescentes Institucionalizados	13
3.1. Fatores de risco e de proteção.....	13
Parte II- Estudo Empírico	17
Capítulo 4. Objetivos.....	17
4.1. Objetivos gerais	17
4.2. Objetivos específicos	17
Capítulo 5. Metodologia.....	18
5.1. Tipo de estudo	18
5.2. Amostra	18
5.3. Instrumentos de recolha de dados.....	19
5.3.1. Questionário Sociodemográfico (QS)	19
5.3.2. Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)	19
5.3.3. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A).....	20
5.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	21

5.3.5.	Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)	22
5.3.6.	Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)	22
5.3.7.	Questionário de Ideação Suicida (QIS)	23
5.3.8.	Escala de Desesperança de Beck (BHS)	24
5.3.9.	Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI).....	24
5.4.	Procedimentos	25
5.4.1.	Procedimentos de recolha de dados	25
5.4.2.	Procedimentos de análise de dados	26
Capítulo 6.	Resultados.....	27
6.1.	Análise da história clínica e de comportamentos suicidários	27
6.2.	Análise dos Acontecimentos de Vida Negativos e das variáveis psicológicas, no grupo institucionalizado e no grupo normativo	32
6.3.	Análise da associação dos fatores de risco e fatores protetores com a Ideação Suicida, no grupo institucionalizado e no grupo normativo	35
6.4.	Análise da relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida	37
Capítulo 7.	Discussão.....	40
Conclusões		49
Referências Bibliográficas		51
Anexos		61

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Análise descritiva e comparativa da história clínica e história de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio, em função dos dois grupos (GN e GI).</i>	28
Tabela 2. <i>Análise das diferenças na Ideação Suicida, em função da história clínica e de comportamento suicidas, no GI e GN</i>	30
Tabela 3. <i>Médias, desvios-padrão, d de Cohen e teste t de Student das variáveis em estudo na amostra global e em função dos dois grupos (GN e GI)</i>	32
Tabela 4. <i>Correlação entre IAVN, BHS, RFL-A, AE, ESSS e o QIS, nos dois grupos ...</i>	35
Tabela 5. <i>Efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida na amostra global, no GI e no GN: análise do papel mediador da Desesperança, das Razões para Viver, da Autoestima, da Satisfação com o Suporte Social e da Sintomatologia Depressiva como Fatores de Risco e de Proteção</i>	39

Índice de Anexos

Anexo A. Questionário Sociodemográfico (QS)	62
Anexo B. Exemplo de pedido de autorização de recolha de dados	67
Anexo C. Consentimento informado para os adolescentes.....	69

Introdução

O suicídio consiste num fenómeno complexo e multideterminado que, devido a atos realizados pelo próprio indivíduo com o intuito de morrer, culmina na sua morte (DGS, 2013).

Reconhecido como um sério problema de saúde pública (World Health Organization, 2014), constitui, entre os adolescentes, a segunda principal causa de morte na faixa etária dos 15 aos 19 anos (DGS, 2013). Identificados como um dos grupos de risco no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS, DGS, 2013), os adolescentes encontram-se em risco superior na presença de fatores de risco (i.e., individuais, socioculturais, situacionais). Devido a circunstâncias geradoras de stresse, crianças e adolescentes institucionalizados são particularmente vulneráveis (Monteiro, 2012).

Este grupo, particularmente o que se encontra sob a medida de colocação ‘acolhimento residencial’ (i.e., casas de acolhimento) (ISS, 2017), apresenta taxas mais elevadas de problemas de saúde mental, comparativamente à generalidade (Chavez-Hernandez et al., 2018; Pecora et al., 2009; Szmajda & Gmitrowicz, 2018; Tarren-Sweeney, 2018). Os diagnósticos de saúde mental são um importante fator de risco, verificando-se a ideação suicida como um dos mais frequentes nestes adolescentes (H. D. Anderson, 2011).

Adolescentes em acolhimento institucional encontram-se em elevado risco de experienciar diferentes fenómenos do continuum do processo suicidário (He, Fulginiti, & Finno-Velasquez, 2015; Katz et al., 2011) e, embora a problemática seja atualmente reconhecida, os estudos que existem são poucos e estão sujeitos a limitações metodológicas. Uma vez que nem sempre incluem uma população comparativa, sugere-se que os seus resultados sejam analisados com particular atenção (Evans et al., 2017). Por se tratar de um grupo de elevado risco, e dadas as lacunas também evidenciadas em Portugal, a presente investigação propõe-se, num estudo comparativo, a compreender se existirão diferenças na ideação suicida entre adolescentes da população em geral e adolescentes institucionalizados.

Face ao exposto, este estudo está organizado em duas partes e por capítulos. A primeira parte refere-se ao enquadramento conceptual, no qual se explora o processo de institucionalização e o processo suicidário: o primeiro capítulo refere-se ao processo de institucionalização português e à caracterização da saúde mental dos adolescentes acolhidos; o segundo capítulo explora os dados epidemiológicos, terminologias e modelos explicativos; o terceiro capítulo refere-se à exploração dos fatores de risco e de proteção subjacentes ao comportamento suicidário. Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico: no capítulo

quatro estabelecem-se os objetivos gerais e específicos do estudo; o quinto capítulo diz respeito à metodologia utilizada, incluindo o design do estudo, a amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados na recolha e análise de dados; segue-se o capítulo seis com a apresentação de resultados e, por fim, o capítulo sete com a discussão dos mesmos. Por fim, apresentam-se as principais conclusões do presente estudo.

Parte I- Enquadramento Conceptual

A primeira parte deste estudo pretende enquadrar teoricamente o processo de institucionalização e o processo suicidário, com base na análise da literatura subordinada aos mesmos.

O primeiro capítulo refere-se ao acolhimento institucional, explorando os dados estatísticos recentes e caracterizando, em termos da saúde mental, os adolescentes em acolhimento.

No segundo capítulo, pretende-se explorar o suicídio considerando os mais recentes dados estatísticos acerca da sua prevalência, as suas terminologias e modelos explicativos do desenvolvimento do comportamento suicida.

O terceiro capítulo diz respeito às variáveis de risco e de proteção associados à conduta suicida, em adolescentes institucionalizados.

Capítulo 1. Acolhimento Institucional

1.1. A institucionalização em Portugal

Cerca de 8 milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo vivem em instituições de acolhimento (United Nations Children's Emergency Fund, 2006). Em Portugal, de acordo com o último Relatório CASA- Caracterização Anual da Situação do Acolhimento (adiante designado por CASA), do Instituto da Segurança Social e datado de 2019, 7032 crianças e adolescentes encontravam-se à guarda do Estado em novembro de 2018 (ISS, 2019).

A decisão dos Tribunais ou Comissões de Proteção de Crianças e Jovens de afastar temporariamente as crianças e adolescentes da sua família de origem e comunidade, bem como a sua consequente entrada no sistema de acolhimento familiar ou residencial, tem origem em situações de perigo que poderão, em cada caso, encontrarem-se acumuladas (ISS, 2019). Segundo o Relatório CASA, 71,6% (11824) das crianças e adolescentes foram vítimas de negligência, 12,3% (2026) de ausência temporária de suporte familiar, comportamentos desviantes, entre outros, 9,6% (1593) de situações de maus-tratos psicológicos, 5,2% (621) de maus-tratos físicos e 2,6 % (433) de abusos sexuais (ISS, 2019).

A situação jurídica de acolhimento regularizada abrange 6936 (98,6%) crianças e adolescentes (ISS, 2019), sendo a medida “acolhimento residencial” a mais aplicada, assumindo um peso de 89% (ISS, 2019). A resposta mais prevalente refere-se às Casas de

Acolhimento Generalista (6118; 87%), que incluem os Lares de Infância e Juventude (LIJ) e os Centros de Acolhimento Temporário (CAT) (ISS, 2019). Os LIJ preveem o acolhimento de adolescentes com mais de 12 anos de idade em situação de perigo, com uma duração superior a seis meses (ISS, 2019). Os CAT preveem o acolhimento urgente e temporário de crianças e adolescentes em perigo, por um período que não deverá ultrapassar os seis meses (ISS, 2019).

Em 2018, 4211 crianças e adolescentes em perigo integravam os LIJ e 1864 os CAT (ISS, 2019). A maioria deste grupo é do sexo masculino (53%) e situa-se na faixa etária compreendida entre os 15 e os 17 anos (36%) (ISS, 2019). Relativamente à escolaridade, 5574 (91%) frequenta respostas educativas e formativas, 163 (3%) exerce atividade profissional, procura emprego, ou faz Serviço Militar e 381 (6%) não integra respostas educativas e formativas por diversos motivos (e.g., sem idade para frequência escolar, motivos de saúde, integrado em respostas específicas na área da deficiência) (ISS, 2019).

Crianças e adolescentes acolhidos nas casas de acolhimento generalistas apresentam um tempo médio de acolhimento de 3,8 anos (ISS, 2019). Especificamente, dos 12 aos 14 anos, 46% encontram-se há um ano ou menos e 54% há dois ou mais anos; dos 15 aos 17 anos, 44% encontram-se há um ano ou menos e 56% há dois anos ou mais; dos 18 aos 20 anos, 11% encontram-se há um ano ou menos e 89% há dois ou mais anos (ISS, 2019).

1.2. Saúde mental no processo de institucionalização

Como explorado anteriormente, o acolhimento tem origem numa vasta gama de situações de perigo que têm impacto no bem-estar e desenvolvimento integral da criança ou adolescente (Deutsch et al., 2015).

Tem-se investigado a saúde mental no âmbito desta população e parece que, em particular o grupo que se encontra sob a medida de colocação ‘acolhimento residencial’ (i.e., casas de acolhimento) (ISS, 2017), esta apresenta taxas mais elevadas de problemas de saúde mental, comparativamente à generalidade (Águila-Otero et al., 2020; Chavez-Hernandez et al., 2018; Pecora et al., 2009; Tarren-Sweeney, 2018; Tordön et al., 2019; Winokur et al., 2015).

Erol, Simsek e Münir (2010) numa amostra de 350 adolescentes institucionalizados, comparativamente a uma amostra de 2206 adolescentes não-institucionalizados, averiguaram que os primeiros apresentavam significativamente mais problemas emocionais, sociais e de comportamento, do que os segundos.

Em território português, Silva, Lemos e Nunes (2013), numa amostra total de 80 adolescentes, verificaram a presença de mais problemas psicopatológicos internalizantes nos adolescentes institucionalizados, comparativamente aos seus pares não-institucionalizados.

Os diagnósticos de saúde mental são um importante fator de risco. A literatura que versa esta problemática tem mostrado que adolescentes em acolhimento residencial também se encontra em risco superior de desenvolver perturbações psicológicas (Szmajda & Gmitrowicz, 2018), largamente pela exposição anterior a maus-tratos, privação emocional e vinculações suspensas (Rutter, 2000). As perturbações mais prevalentes são depressão major, perturbações psicóticas, mania, abuso de álcool e abuso de substâncias (C. C. Katz et al., 2020).

Sabe-se que a maioria dos adolescentes que tentam ou completaram suicídio, experienciam sintomatologia psicológica (C. C. Katz et al., 2020). A depressão é um preditor da tentativa de suicídio (H. D. Anderson, 2011; Goldston et al., 2006; Neves & Santos, 2016) e tem sido frequentemente identificada nestes adolescentes (Libby et al., 2007; Orton, Riggs, & Libby, 2009). Num estudo comparativo, Chavez-Hernandez e colaboradores (2018) concluíram que o grupo institucionalizado mostrou três vezes mais sintomas de depressão severa (19%). Dell’Aglío e Hutz (2004), com uma amostra de 105 crianças e adolescentes institucionalizados e 110 não-institucionalizados, verificaram que o primeiro grupo apresentava níveis superiores de sintomatologia depressiva, em comparação com o grupo não-institucionalizado. Num outro estudo, Whatier e Dell’Aglío (2007) com 130 crianças e adolescentes institucionalizados e 127 pares não-institucionalizados, averiguaram que o primeiro grupo apresentava mais sintomas depressivos e mais eventos indutores de stresse nas suas histórias de vidas.

Na Índia, um estudo levado a cabo por Vinnakota e Kaur (2018), com 150 adolescentes institucionalizados mostrou que a prevalência de depressão era de 12,7%, sendo que 19,3% era leve, 10,7% era moderada, 1,3% era moderadamente severa e, por fim, 0,7% era severa. Um estudo nos Estados Unidos da América, com uma amostra de 815 adolescentes institucionalizados, averiguou que 42,7% dos adolescentes tinham pelo menos um problema de saúde mental, 9% reportaram depressão, 13,9% reportaram ideação suicida, 23% reportaram abuso de substâncias, 13,5% reportaram ansiedade e 18,6% reportaram perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Amy Heneghan et al., 2013).

Em Portugal, Monteiro (2012) também concluiu que o grupo de adolescentes institucionalizados apresentavam níveis superiores de sintomatologia depressiva, comparativamente ao grupo não-institucionalizado.

De acordo com o relatório CASA, das 7032 crianças e adolescentes que viviam em instituições de acolhimento, 4554 (65%) integravam grupos de grande vulnerabilidade (ISS, 2019). Problemas de comportamento, problemas cognitivos, quadros de sintomatologia psicótica e dependências são identificados como expressões sintomatológicas de problemas de saúde mental verificadas em 3781 crianças e adolescentes, portanto, em mais de metade (53%) da população em acolhimento, como efeitos dos seus percursos de, por exemplo, maus-tratos e negligência (ISS, 2019).

No âmbito do acolhimento residencial generalista, os problemas comportamentais são os mais prevalentes, mas também se salientam os comportamentos aditivos (i.e., consumo de estupefacientes) que, neste grupo, estão presentes em 331 adolescentes, maioritariamente na faixa etária dos 15 aos 17 anos (253), antecedida pela faixa etária dos 12 aos 14 anos (39) e dos 18 aos 20 anos (38) (ISS, 2019). Sabe-se que a prevalência de comportamentos de risco (e.g., uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco) são superiores na população adolescente em acolhimento (A. Heneghan et al., 2015) e que o uso de substâncias está relacionado com uma prevalência superior de ideação suicida e tentativa de suicídio (Evans et al., 2017).

Estes dados sugerem que duas das perturbações mais prevalentes nesta população (i.e., perturbações depressivas e perturbações do uso de substâncias) (ISS, 2019) correspondem às perturbações que parecem colocar os adolescentes em risco mais elevado de condutas suicidas (C. C. Katz et al., 2020).

O Relatório CASA (2019) procura compreender a evolução no tipo de acompanhamento prestado a nível de saúde mental: destaca um aumento de 5% nos acompanhamentos psicológicos regulares, de 3% no volume de adolescentes a efetuar medicação pedopsiquiátrica ou psiquiátrica e de 2% nos acompanhamentos pedopsiquiátricos ou psiquiátricos regulares (ISS, 2019). Especificamente, neste grupo, 1976 (32%) beneficiam de acompanhamento psicológico regular e 419 (7%) beneficiam de acompanhamento psicológico irregular (ISS, 2019). Ainda, 1357 (22%) estavam a fazer medicação pedopsiquiátrica/psiquiátrica, 1280 (21%) tinham acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico regular e 363 (6%) irregular (ISS, 2019).

A premissa basal da institucionalização é a proteção e promoção do desenvolvimento e bem-estar da criança ou adolescente (Delgado et al., 2018; Teixeira et al., 2018). O Instituto de Segurança Social (2019) no último relatório CASA, aponta para a importância e necessidade de o meio residencial cumprir uma função terapêutica na satisfação das necessidades ao nível da expressão emocional, capacidade de vinculação, relacionamento interpessoal, autoestima, desenvolvimento integral (e.g., escolar, desportivo, social, interesses). Portanto, face ao exposto, importa compreender esta população em termos da sua saúde mental, com a intencionalidade de intervir eficazmente e, acima disso, prevenir.

Capítulo 2. O Suicídio

2.1. Dados epidemiológicos

O suicídio em adolescentes é um sério problema de saúde pública, constituindo-se a segunda principal causa de morte na faixa etária dos 15 aos 19 anos (DGS, 2013; Evans et al., 2017; World Health Organization, 2014). Identificados como um dos grupos de risco no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS, DGS, 2013), os adolescentes encontram-se em risco superior na presença de fatores de risco (i.e., individuais, socioculturais, situacionais). Devido a circunstâncias geradoras de stresse que poderão desenvolver ou instigar outros fatores para o risco de suicídio (e.g., desesperança, irritabilidade, inutilidade) (A. R. Anderson et al., 2016; Bonet et al., 2020a), crianças e adolescentes institucionalizados são também particularmente vulneráveis (Monteiro, 2012).

Adolescentes em acolhimento institucional encontram-se em elevado risco de experienciar diferentes fenómenos do continuum do processo suicidário (He, Fulginiti, & Finno-Velasquez, 2015; Katz et al., 2011), nomeadamente ideação suicida e tentativas de suicídio (Bonet et al., 2020a). Anderson (2011) averiguou a ideação suicida como um preditor frequente da tentativa de suicídio nestes jovens.

Alguns estudos mostram que as taxas de ideação suicida e as taxas de tentativas de suicídio parecem ser particularmente mais elevadas para os adolescentes no sistema de acolhimento (C. C. Katz et al., 2020; L. Y. Katz et al., 2011).

Evans e colaboradores (2017), numa revisão sistemática, verificaram que crianças e adolescentes institucionalizados têm uma probabilidade três vezes superior de cometer tentativas de suicídio do que indivíduos que não se encontram nesse sistema. Estes autores concluíram que, para crianças e adolescentes institucionalizados, a prevalência de ideação

suicida era de 24.7%, tentativas de suicídio era de 3.6% e suicídio era entre 0% e 0.27%, baseado em 5 amostras independentes de 9321 indivíduos.

Um estudo na Coreia do Sul mostrou que o risco de suicídio em crianças e adolescentes em acolhimento residencial é significativamente superior do que para os pares que não estão em acolhimento residencial (Kim et al., 2019). Além disso, averiguaram também que esse risco tem aumentado durante os últimos 12 anos e que esse aumento é mais proeminente em adolescentes mais velhos (Kim et al., 2019).

Em Espanha, Bonet e colaboradores (2020b) verificaram que 42,6% dos adolescentes em acolhimento residencial tinham níveis de risco para o suicídio superiores que estavam relacionados com dificuldades emocionais. Águila-Otero e colegas (2020), num estudo com 353 adolescentes institucionalizados, verificaram que a taxa de condutas suicidas era de 29,7%, e que esta era superior no sexo feminino (47,5%) comparativamente ao sexo masculino (20,6%). Especificamente, os autores apuraram uma taxa de ideação suicida total de 10,5% - também esta superior no sexo feminino (16,7%) comparativamente ao masculino (7,3%) - e uma taxa de tentativas de suicídio total de 22,1%, verificando-se uma tendência semelhante entre o sexo feminino (36,7%) e o sexo masculino (14,6%) (Águila-Otero et al., 2020).

Em Portugal, Monteiro (2012) tentou averiguar a presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida numa amostra total de 240 adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados, tendo concluído que os adolescentes institucionalizados apresentavam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas, comparativamente ao grupo de adolescentes não-institucionalizados. Num outro estudo comparativo entre um grupo de 345 adolescentes portugueses e 384 adolescentes espanhóis em acolhimento residencial, concluiu-se que 13.3% dos adolescentes portugueses haviam tentado o suicídio, sendo que a taxa de tentativas era três vezes superior comparativamente ao grupo espanhol (4.8%) (Tavares-Rodrigues et al., 2019).

A morte por suicídio pode prevenir-se, com a adolescência a representar uma importante oportunidade de prevenção, resultando em muitos mais anos de vida potencialmente salvos (Cha et al., 2018). Ao compreender melhor o como e por que o risco de suicídio surge nos adolescentes em acolhimento, podemos oferecer oportunidades para intervir nessa trajetória mais cedo na vida (Cha et al., 2018).

2.2.Processo suicidário: principais terminologias e conceitos

Segundo Saraiva e colegas (2014), para a elaboração adequada de um plano de prevenção de determinado problema é necessário, primeiramente, compreendê-lo, portanto, definindo-o e delimitando-o.

Ao longo do tempo tem-se feito um esforço para definir o suicídio. Por exemplo, Émile Durkheim (1977) conceptualizou-o como a morte que resultava de forma direta ou indireta de um ato positivo ou negativo, cometido pelo próprio indivíduo, que conhecia o resultado dessa conduta. Para Edwin Shneidman (1993), considerado o pai da suicidologia, o suicídio é um ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como a forma de resolver um problema. Por forma a uniformizar a terminologia utilizada, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017 (DGS, 2013), apresenta uma proposta de delimitação dos conceitos, que iremos seguir ao longo deste estudo.

O processo suicidário varia da ideação suicida, à morte por suicídio (DGS, 2013; Lewinsohn et al., 1996).

Por ideação suicida, entende-se os pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, manifestados na forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que este ocorra impreterivelmente (DGS, 2013). Esta varia da ideação passiva (e.g., querer estar morto) para a ideação ativa (e.g., querer matar-se a si próprio ou pensar num método específico para o fazer) (Cha et al., 2018). Para Saraiva e colaboradores (2014), a ideação suicida situa-se num plano intermédio do espectro contínuo de gravidade, precedida pelos pensamentos recorrentes acerca da morte e sucedida pelo planeamento do suicídio.

Os comportamentos suicidários são difíceis de definir e delimitar. De novo, o PNPS tenta ultrapassar esta questão, designando os comportamentos autolesivos aqueles sem intencionalidade suicida, mas atos autolesivos intencionais (e.g., cortar-se, saltar de um local relativamente elevado, ingerir fármacos em doses superiores às posologias reconhecidas, ingerir drogas ilícitas ou substâncias psicoativas, ou ingerir substâncias ou objetos não ingeríveis como a lixívia e lâminas) (DGS, 2013).

Os atos suicidas incluem as tentativas de suicídio (ato conduzido pelo indivíduo e que visa a sua morte, mas que resulta frustrado) e o suicídio consumado, portanto, a morte provocada por uma ação levada a cabo pelo indivíduo com o intuito de pôr fim à vida, incluindo

a intencionalidade de natureza psicopatológica (e.g., obedecer a vozes de comando, aquando da esquizofrenia delirante e alucinada (DGS, 2013).

Os comportamentos autolesivos e os atos suicidas revestem-se de múltiplos significados e intencionalidades, ao comunicarem as dificuldades, sofrimento e desespero do adolescente: pode ser um pedido de ajuda para se ultrapassar uma vivência que não se consegue sozinho, pode ser uma forma de obter uma reação dos demais, entre outros (Saraiva et al., 2014).

2.3. Modelos explicativos do comportamento suicida

Para compreender o desenvolvimento dos comportamentos e pensamentos suicidas deve ter-se em conta a sua associação com fatores ambientais, psicológicos e biológicos (Cha et al., 2018; Liu et al., 2019), uma vez que o suicídio é um fenómeno multideterminado. Contudo, segundo Shneidman (1993), os fatores psicológicos têm um papel fundamental. A abordagem psicológica inclui vários modelos conceptuais no âmbito da suicidologia, que explanam fatores de risco e de proteção.

2.3.1. Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978)

O Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio foi desenvolvido por Rush e Beck (1978), com o intuito de compreender a relação entre os sinais e sintomas da depressão (e.g, culpa, dificuldades na concentração, falta de energia), bem como fornecer uma base para a Terapia Cognitiva.

Este modelo postula três conceitos principais na explicação do substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva (i.e., a visão idiossincrática negativa do próprio, do mundo e do futuro, associada à desesperança), os esquemas mentais (i.e., estruturas estáveis formadas com base em experiências pessoais prévias) e as distorções cognitivas (i.e., distorções mentais, como a magnificação, minimização, personalização, abstração seletiva, generalização excessiva) (Rush & Beck, 1978).

O primeiro conceito da Teoria Cognitiva da Depressão e do Suicídio, a tríade cognitiva, compõe-se de três padrões que levam o indivíduo a avaliar-se de forma idiossincrática (Rush & Beck, 1978). O primeiro componente induz o indivíduo a ver-se como inadequado, sem valor e incompetente; este tende a atribuir as suas experiências negativas aos seus defeitos, assumindo-se, por isso, como indesejado e inútil; por fim, o sujeito acredita que não possui os atributos necessários para obter satisfação e felicidade (Rush & Beck, 1978). O segundo componente refere-se à tendência do indivíduo deprimido para interpretar o mundo como extremamente exigente,

colocando-lhe obstáculos insuperáveis (Rush & Beck, 1978). O terceiro e último componente conduz o indivíduo a antecipar que, perante uma dada tarefa, irá falhar e que todos os seus obstáculos, dificuldades e sofrimento permanecerão por tempo indefinido (Rush & Beck, 1978).

Os esquemas mentais são o segundo conceito postulado pelos autores para explicar o porquê de os indivíduos deprimidos tenderem a atitudes dolorosas apesar da evidencia de diversos aspetos positivos da sua vida (Rush & Beck, 1978). Referem-se aos padrões cognitivos estáveis desenvolvidos pelo sujeito, a partir da avaliação e interpretação de um certo estímulo, e que determinam a forma como este responde às situações (Rush & Beck, 1978).

Nos indivíduos com perturbação depressiva, as suas conceptualizações de situações específicas são distorcidas pela focalização nos aspetos negativos, por forma a enquadrarem-se nos esquemas (Rush & Beck, 1978). À medida que estes esquemas idiossincráticos se tornam mais ativos, o sujeito perde o controlo sobre os seus processos de pensamento e é incapaz de invocar outros esquemas mais adequados (Rush & Beck, 1978).

Estes esquemas hipervalentes conduzem a distorções da realidade e, conseqüentemente, a que se formem distorções cognitivas -o terceiro conceito do modelo- que exacerbam as crenças negativas dos indivíduos (Rush & Beck, 1978).

De acordo com os autores, indivíduos com perturbação depressiva, dominados pelos esquemas cognitivos negativos, poderão utilizar os comportamentos suicidas como estratégia para lidar com os problemas “irresolúveis” (Rush & Beck, 1978).

2.3.2. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996)

O Modelo Etiológico da Conduta Suicida foi desenvolvido por Yang e Clum (1996), para explicarem a etiologia do comportamento suicida de uma perspetiva cognitiva e desenvolvimental.

Segundo o modelo, existe uma relação entre os acontecimentos de vida negativos e a conduta suicida, sendo que são os fatores cognitivos quem medeia essa relação (Yang & Clum, 1996).

Por acontecimentos de vida negativos, os autores entendem os eventos prévios aos 18 anos de idade e que são suscetíveis de terem impacto negativo na vida do sujeito (Yang & Clum, 1996). Incluem a ocorrência de maus-tratos infantis, a instabilidade

familiar, o desenvolvimento de relações negativas com os pares, um ambiente familiar empobrecido e historial psicopatológico familiar (Yang & Clum, 1996).

Yang e Clum (1996) identificam os fatores cognitivos como aqueles que dizem respeito à desesperança, autoestima, dependencia, ao *locus* de controlo e à capacidade do sujeito para resolver situações problemáticas.

Estes autores conceptualizam o suicídio como o resultado final de um conjunto de acontecimentos de vida negativos experienciados pelo indivíduo na fase inicial do seu desenvolvimento e dos défices cognitivos subsequentes (e.g., dependência das redes sociais, desesperança, baixa autoestima, baixa capacidade de resolução de problemas, *locus* de controlo externo) (Yang & Clum, 1996).

Num processo cumulativo, os sujeitos que experienciaram tipos distintos de acontecimentos negativos, revelam mais défices cognitivos; e, sujeitos com tipos distintos de défices cognitivos, revelam uma probabilidade maior de desenvolver condutas suicidas (Yang & Clum, 1996). Os autores defendem, portanto, que quanto mais diversificada a exposição do indivíduo a acontecimentos negativos, maior será a probabilidade de desenvolver condutas suicidas (Yang & Clum, 1996).

2.3.3. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008)

O Modelo Cognitivo do Suicídio foi desenvolvido por Wenzel e Beck (2008), com a intencionalidade de se compreender os mecanismos subjacentes às cognições, emoções e comportamentos observados quando o sujeito enceta um ato suicida.

Tendo por base a existência de três construtos, o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008), enuncia que os fatores de vulnerabilidade disposicional, os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e os processos cognitivos associados aos atos suicidas, são os componentes subjacentes ao comportamento suicida.

Os fatores de vulnerabilidade disposicional compreendem traços estáveis com um risco não-específico para o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica (i.e., sintomas ou diagnósticos de perturbações psiquiátricas) e, por conseguinte, para o desenvolvimento do comportamento suicida (Wenzel & Beck, 2008). Incluem a impulsividade, a personalidade, a incapacidade de resolução de problemas, os estilos cognitivos mal-adaptativos e memória sobregeneralizada (Wenzel & Beck, 2008).

Quanto aos processos cognitivos associados às perturbações psiquiátricas, os autores reconhecem os conteúdos cognitivos mal-adaptativos (i.e., o que o sujeito

pensa) e vieses no processamento de informação (i.e., como é que o sujeito pensa) que conduzem a uma integração distorcida das experiências pessoais (Wenzel & Beck, 2008).

Os autores consideram os processos cognitivos associados aos atos suicidas, os conteúdos cognitivos maladaptativos e processos de informação que são ativados quando o sujeito experiencia uma crise (Wenzel & Beck, 2008). Centram-se na desesperança como um esquema mental suicida que, quando ativado por certos stressores ambientais, promove o seu surgimento (Wenzel & Beck, 2008).

Capítulo 3. Ideação Suicida em Adolescentes Institucionalizados

3.1. Fatores de risco e de proteção

A partir da análise dos modelos explicativos do comportamento suicida, depreendem-se variáveis de risco e proteção para a ideação suicida.

Além de serem úteis na estimativa do grau de risco de desenvolvimento desse tipo de condutas (DGS, 2013), como refere Saraiva e colegas (2014), a compreensão destes fatores permite delinear e adequar as intervenções no sentido de diminuir o sofrimento do adolescente e fornecer-lhe a ajuda necessária que lhe permita inverter o movimento para a perturbação mental ou para a morte.

Muitos programas de prevenção (e.g., York, Lamis, Pope, & Egede, 2013) do suicídio apontam para a necessidade de mitigar os fatores de risco, promover os fatores protetores e conhecer aqueles que poderão estar em risco (Bonet et al., 2020a).

As variáveis facilitadoras da ideação suicida evidenciadas podem ser, também, fatores de risco para os adolescentes institucionalizados. Katz e colaboradores (2020) apontam como justificação provável para as taxas elevadas de ideação suicida e de tentativas de suicídio nesta população, o facto destes adolescentes tenderem a situar-se no centro de uma constelação de fatores de risco empiricamente suportados (C. C. Katz et al., 2020). Uma vez que pouco se conhece acerca dos fatores de risco para a ideação suicida nos adolescentes em situação de acolhimento (H. D. Anderson, 2011), a melhor orientação possível advém dos estudos na população adolescente em geral (He et al., 2015).

Crianças e adolescentes institucionalizados têm por princípio uma história negativa que os levou ao acolhimento (e.g., abandono, negligência, maus-tratos físicos e psicológicos, exposição à violência, consumo de substâncias) (Gaspar et al., 2017). Por acontecimentos de

vida negativos (AVN, Bakhiyi et al., 2017), entende-se os eventos que danificam, alteram, ameaçam ou desafiam as capacidades físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos (Compas, 1987). A sua vivência é tida na literatura como fator modelador da ideação suicida, aumentando o seu risco e também o de tentativa de suicídio (Bakhiyi et al., 2017). Adolescentes que tenham experienciado maus-tratos, experiências de abuso físico e sexual são conhecidos por estarem em risco acrescido para o comportamento suicida (C. C. Katz et al., 2020), sendo estas experiências preditores da ideação suicida e tentativas de suicídio futuras em adolescentes (Cha et al., 2018).

Adolescentes a viver em instituições revelam maiores níveis de desesperança (Öztürk & Ekinci, 2018). Esta pode ser definida como um sistema de esquemas cognitivos cujo denominador comum são as expectativas negativas acerca do futuro. Portanto, um indivíduo pessimista ou desesperançoso, espera ou acredita que nada irá correr bem, nada do que faz irá ser bem sucedido, que os seus objetivos são inalcançáveis, e que os seus piores problemas nunca serão resolvidos, pelo que o suicídio se torna a única alternativa para estas dificuldades (Minkoff et al., 1973).

De acordo com o *Suicide Prevention Resource Center e Rodgers* (2011), fatores protetores são aqueles que poderão mitigar comportamentos e pensamentos suicidas. Destacam-se as razões para viver (Gutierrez et al., 2010), a autoestima (Yoder & Hoyt, 2005) e a satisfação com o suporte social (Esposito et al., 2004).

A autoestima, um padrão organizado de pensamentos, emoções e comportamentos dos indivíduos sobre os próprios, quando saudável, torna o indivíduo mais flexível perante situações difíceis e, portanto, capaz de desenvolver soluções eficazes (Öztürk & Ekinci, 2018). Resulta da qualidade do funcionamento familiar, na medida em que um bom funcionamento da família promove o desenvolvimento de sentimentos de competência e valor (i.e., autoestima positiva) (Couceiro, 2013). Portanto, um ambiente emocionalmente inadequado, a falta de relações familiares e inexistência de figuras de vinculação significativas, afetam negativamente a autoestima dos adolescentes (Peixoto, 2004). Adolescentes institucionalizados apresentam uma baixa autoestima (Tarren-Sweeney, 2018), o que poderá conduzir a resultados negativos como menor devoção à vida, falta de confiança, abordagens ansiosas ao ambiente social e risco de fracasso no futuro (Öztürk & Ekinci, 2018). Um estudo com 404 adolescentes em acolhimento, mostrou que a autoestima poderá ser um poderoso mediador entre o abuso emocional e a sintomatologia depressiva em adolescentes institucionalizados (Yoon et al.,

2019). Assim, considerando a depressão como um forte preditor da ideação suicida, os autores sugerem que intervenções que promovam a autoestima poderá reduzir a sintomatologia depressiva (Yoon et al., 2019). Num estudo comparativo em Portugal, Couceiro (2013) confirmou que os adolescentes não-institucionalizados apresentavam níveis superiores de autoestima, comparativamente aos adolescentes institucionalizados.

As razões para viver podem conceptualizar-se como aspetos únicos da satisfação e/ou prazer da vida do indivíduo, ou fontes específicas de significado ou propósito na vida e, portanto, podem servir de indicador crítico de saúde psicológica e bem-estar (Heisel et al., 2016). Indivíduos com historial de comportamentos suicidas valorizam as razões para viver num grau menor do que aqueles sem história suicida (Bruns & Letcher, 2018) e apresentam menos razões para viver (Linehan et al., 1983). Reflete o seu efeito protetor, pelo facto de estarem associadas negativamente com a ideação suicida (Gutierrez et al., 2010). Delgado e colaboradores (2019), num estudo com uma amostra de 422 crianças com idades entre os 11 e os 15 anos, concluíram que o grupo em acolhimento residencial apresentava níveis inferiores de bem-estar subjetivo, comparativamente ao grupo em acolhimento familiar e ao grupo não institucionalizado e, portanto, menor satisfação com a vida.

O suporte social, quer seja real ou percebido, diminui os níveis de stresse do indivíduo, aumenta a sua capacidade de lidar com situações stressantes (Johnson et al., 2010) e encontra-se negativamente associado aos níveis de ideação suicida (Esposito et al., 2004). Um estudo com 852 adolescentes em risco psicossocial entre os 13 e os 27 anos, salientou que a autoestima, as boas relações pessoais, a presença de apoio emocional e social recebidos, operam como fatores de proteção na estruturação de recursos individuais e sociais para ultrapassar adversidades (Amparo et al., 2009). O desenvolvimento de apoio social consistente poderá ser mais desafiante para os adolescentes em acolhimento, particularmente quando estes experienciam níveis elevados de instabilidade residencial (James et al., 2004). Um estudo revelou que estes indivíduos referem sentir que os seus sistemas de suporte social poderão ser limitados ou ténues em comparação com os pares não-institucionalizados (Samuels, 2008). Os adolescentes em casas de acolhimento residenciais estão privados de uma retaguarda familiar que lhes forneça este tipo de apoio. Sentimentos de preocupação, solidão e medo são mais prováveis em adolescentes com falta de suporte social (Öztürk & Ekinci, 2018).

Depreende-se que os adolescentes em acolhimento residencial, pela exposição a inúmeros problemas psicossociais complexos, são mais vulneráveis do que os seus pares não-

institucionalizados (Raviv et al., 2010). Na análise da probabilidade de desenvolvimento de condutas suicidas, pelo facto de poderem acumular mais fatores de risco e menos fatores protetores do que os adolescentes não-institucionalizados, os primeiros poderão apresentar níveis superiores de ideação suicida. Importa, deste modo, averiguar diferenças na vulnerabilidade para a ideação suicida, explorando os fatores psicológicos de risco e proteção nesta população.

Parte II- Estudo Empírico

Nesta segunda parte pretende-se apresentar o contributo empírico da presente dissertação: os objetivos, a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos e, por fim, as principais conclusões.

Capítulo 4. Objetivos

Face ao exposto na primeira parte do presente estudo, colocam-se as seguintes questões de investigação: quais as diferenças na ideação suicida, história clínica e história de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio entre adolescentes institucionalizados e adolescentes da população normativa? Quais serão os fatores psicológicos de risco e de proteção para a ideação suicida em adolescentes institucionalizados? Existirão diferenças nos fatores de risco e proteção entre os grupos de adolescentes institucionalizados e adolescentes não-institucionalizados? No grupo institucionalizado e normativo, será a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida mediada pelas variáveis psicológicas?

4.1. Objetivos gerais

O presente estudo tem como objetivos gerais: a) caracterizar a ideação suicida em adolescentes e comparar as diferenças na história clínica e nos fatores de risco e de proteção entre os grupos de adolescentes institucionalizados (GI) e adolescentes da população normativa (GN); b) compreender os fatores psicológicos de risco e de proteção para a ideação suicida em adolescentes institucionalizados e c) analisar o efeito mediador das variáveis psicológicas na ideação suicida, aquando da existência de acontecimentos de vida negativos, nos dois grupos.

4.2. Objetivos específicos

São objetivos específicos os de: a) caracterizar e comparar a história clínica, a história de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio e os níveis de ideação suicida, no grupo institucionalizado e no grupo normativo; b) analisar diferenças na ideação suicida em função da história clínica, de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio; c) comparar os acontecimentos de vida negativos, a desesperança, as razões para viver, a autoestima e a satisfação com o suporte social, entre o GI e o GN; d) avaliar a relação entre os fatores de risco e de proteção e a ideação suicida, nos dois grupos e) averiguar se a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida é direta ou mediada pelas variáveis psicológicas, nos dois grupos.

Capítulo 5. Metodologia

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de tipo descritivo-correlacional, transversal e comparativo.

5.2. Amostra

No presente estudo, a amostra foi composta por um total de 105 adolescentes ($N= 105$), com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos: o grupo institucionalizado (GI; $n= 46$), e o grupo normativo (GN; $n=59$). Os participantes do grupo institucionalizado (adolescentes institucionalizados) pertencem a Centros de Acolhimento Temporário (CAT) e Lares de Infância e Juventude (LIJ), da zona Norte, Centro e Sul, do país. Os participantes do grupo normativo (adolescentes não-institucionalizados), são estudantes em escolas públicas da região do Algarve.

Os participantes do GI têm uma média de idades de 15.78 ($DP= 1.79$), sendo que 25 são do sexo feminino (54.3%) e 21 são do sexo masculino (45.7%). O seu rendimento escolar médio é considerado Suficiente ($M= 2.33$; $DP= .67$) e, relativamente à coabitação anterior à atual institucionalização, 25 dos participantes viviam com um dos progenitores (54.3%), 10 participantes viviam com outros familiares (21.7%), 7 viviam com ambos os pais (15.2%) e 4 encontravam-se institucionalizados numa outra instituição (8.7%). Em média, os adolescentes encontram-se institucionalizados há 2.83 anos ($DP= 2.49$) sendo que, em termos dos motivos, 16 participantes encontram-se institucionalizados por negligência (28.6%), 12 participantes por condições de vida adversas (21.4%), 8 participantes por abandono (14.3%), 6 participantes por maus-tratos (10.7%), 5 participantes por abusos (8.9%) e 9 dos participantes por outros motivos (16.1%). Dos 15 participantes com irmãos institucionalizados (32.6%), 11 participantes têm apenas um irmão institucionalizado (73.3%), 4 participantes têm dois ou mais irmãos institucionalizados (26.7%) - destes, 8 participantes têm o irmão institucionalizado na mesma instituição (88.9%). Quanto à adaptação à instituição, 42 dos participantes consideram estar adaptados à instituição atualmente (91.3%). Dos 24 participantes que referem receber visitas dos pais e/ou outros familiares (52.2%), 10 participantes recebem-nas muito frequentemente (21.7%), 8 dos participantes recebem-nas algumas vezes (17.4%) e 7 dos participantes recebem-nas raramente (15.2%).

Os participantes do GN têm uma média de idades de 16.93 ($DP= 1.45$), sendo que 30 são do sexo feminino (50.8%) e 29 do sexo masculino (49.2%). O seu rendimento escolar médio é considerado Suficiente ($M= 2.47$; $DP= .63$) e, quanto à coabitação, 36 participantes vivem com ambos os pais (61%), 21 com um dos progenitores (35.6%) e 1 com outros familiares (1.7%) e outro com outros (1.7%).

5.3.Instrumentos de recolha de dados

5.3.1. Questionário Sociodemográfico (QS)

Utilizámos um questionário para recolha de informações sobre: a) dados de identificação (sexo, idade, escolaridade); b) informação familiar (constituição do agregado familiar); c) informação escolar/académica (absentismo escolar, número de reprovações, motivação face à escola); d) estilo de vida (práticas religiosas, consumo de substâncias); e) história de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio.

No caso do grupo de adolescentes institucionalizados, foram incluídas questões relativas a informações sobre a institucionalização (situação familiar anterior à institucionalização, motivo da institucionalização, adaptação à institucionalização, número de irmãos institucionalizados, número de irmãos na mesma instituição).

5.3.2. Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II, *Beck Depression Inventory II*), originalmente desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), foi revisto e melhorado numa segunda versão, o BDI-II, e tem como objetivo detetar e avaliar sintomatologia depressiva (i.e., sintomas cognitivos, motivacionais, físicos e afetivos da depressão). Nesta investigação, utilizámos a versão portuguesa de Campos e Gonçalves (2011).

Trata-se de um instrumento de autorresposta de 21 itens que avaliam: tristeza; pessimismo; sentimentos de fracasso; sentimentos de culpa; insatisfação; baixa autoestima; autocrítica; percepção de estar a ser punido; pensamentos ou desejos suicidas; choro; irritabilidade; isolamento social; indecisão; autoestima; perda de apetite; perda de peso; dificuldades de concentração; perturbações no sono; fadiga; preocupações somáticas; e perda da libido. Possuem quatro opções de resposta, que correspondem a diferentes graus de intensidade do sintoma específico a avaliar.

Os resultados do BDI-II permitem obter a pontuação total (nível de intensidade global de depressão) que pode variar entre os 0 e 63 valores, através do somatório dos itens (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Em amostras psiquiátricas e não-psiquiátricas, e na população adolescente (Campos, 2010, 2015; Campos & Gonçalves, 2011) registou boas qualidades psicométricas, a saber: coeficiente de alfa de .87 e coeficiente de correlação entre teste e reteste superior a .60 (Beck et al., 1988).

A versão portuguesa possui boas qualidades psicométricas, com um coeficiente alfa de Cronbach para os 21 itens de .90, sendo que nenhuma correlação total entre itens foi inferior a .30 (Campos & Gonçalves, 2011). Revela uma boa consistência interna, uma estrutura fatorial semelhante à de Beck e colaboradores (1996), e uma validade convergente satisfatória.

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach do BDI-II, o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .95$).

5.3.3. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A)

O Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A, *Reasons for Living Inventory for Adolescents*) foi desenvolvido em 1998 por Osman e colaboradores (Osman, Downs, et al., 1998), com o objetivo de avaliar as razões para viver, fatores considerados protetores contra os atos suicidas. Em Portugal, esta medida foi validada por Brás, Carmo e Jesus (2018), utilizada neste estudo.

Trata-se de um instrumento de autorresposta constituído por 32 itens, cada um classificado numa escala tipo *Likert* com seis pontos, variando entre 1 (*Nada importante*) a 6 (*Extremamente importante*).

Conta com cinco subescalas: 1) Otimismo sobre o futuro (OF), que avalia as expectativas sobre acontecimentos futuros; 2) Medo do suicídio (MS), que avalia as atitudes, receios, medos e crenças que protegem os adolescentes dos atos suicidas; 3) Aliança familiar (AF), que avalia os fatores familiares, atenuantes do risco de atos suicidas; 4) Aceitação e suporte pelos pares (ASP), que avalia a crença de que os pares e os amigos representam recursos cruciais para o desejo de viver; e 5) Autoaceitação (AA), que avalia a autoimagem percebida que serve de protetora dos atos suicidas.

Os resultados do RFL-A permitem obter uma pontuação total e pontuação para cada subescala. A pontuação total obtém-se através da média de todos os 32 itens. Já a pontuação de cada subescala, é obtida pela média dos respetivos itens. Classificações

mais elevadas do grau de importância dos itens, significa uma maior valorização das razões para viver, quer dizer, pontuações mais elevadas sugere razões fortes para não se suicidarem (Osman, Downs, et al., 1998).

Registou no estudo original coeficientes de alfa de Cronbach superiores a .90, indicando valores adequados de consistência interna, tanto para a escala total, como para as subescalas (Osman, Downs, et al., 1998).

Também a versão portuguesa revela valores adequados de consistência interna, tanto para o RFL-A total, como para as subescalas, revelando coeficientes alfa de Cronbach superiores a .87 (M. S. V. Brás et al., 2018). As propriedades psicométricas, em termos de validade (quer convergente, discriminante ou concorrente) são também satisfatórias.

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach do RFL-A, o instrumento apresenta uma boa consistência interna, tanto a nível global ($\alpha = .96$), como nas suas subescalas: Otimismo sobre o futuro ($\alpha = .93$); Medo do suicídio ($\alpha = .94$); Aliança familiar ($\alpha = .95$); Aceitação e suporte pelos pares ($\alpha = .95$); e Autoaceitação ($\alpha = .95$).

5.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) para avaliar a satisfação com o suporte social percebido, em adolescentes.

Trata-se de um instrumento de autorresposta, composto por 15 itens, aos quais o participante terá de assinalar o seu grau de concordância numa escala de tipo *Likert* com cinco valores, desde A (*Concordo totalmente*) a E (*Discordo totalmente*).

Possui quatro subescalas: a) Satisfação com amigos (SA); b) Satisfação com a intimidade (SI); c) Satisfação com a família (SF); e d) Satisfação com as atividades sociais (SAS), que explicam 63.1% da variância.

Os resultados da ESSS permitem obter a pontuação total da escala, que varia entre 0 e 75 valores, e se obtém, após a inversão dos itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, através do somatório dos valores atribuídos aos itens.

Apresenta boa consistência interna, quer na escala total (com um coeficiente alfa de Cronbach de .85), como nas subescalas (com coeficientes alfa de Cronbach superiores a .64) (Ribeiro, 1999).

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach da ESSS, o instrumento apresenta uma boa consistência interna, tanto a nível global ($\alpha = .80$), como em três das suas subescalas: Satisfação com amigos ($\alpha = .74$); Satisfação com a família ($\alpha = .85$); e d) Satisfação com as atividades sociais ($\alpha = .69$). Na subescala Satisfação com a intimidade ($\alpha = .51$), o instrumento revelou uma fraca consistência interna.

5.3.5. Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EA, *Rosenberg Self-Esteem Scale*), originalmente desenvolvida por Rosenberg em 1965, tem como principal objetivo avaliar a autoestima global em adolescentes. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Santos e Maia (2003), versão utilizada nesta investigação.

Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por dez itens, dos quais cinco são de orientação positiva, e cinco de orientação negativa, avaliados numa escala de tipo *Likert*, com quatro pontos, variando de 1 (*Discordo fortemente*) a 4 (*Concordo fortemente*) (Santos & Maia, 2003).

Os resultados da EA permitem obter a pontuação total da escala, que varia entre 10 e 40 valores, após a inversão dos itens de orientação negativa, por forma a que pontuações mais elevadas correspondam a níveis mais elevados de autoestima.

Na versão original, obteve boa consistência interna (alfa de Cronbach variou entre .77 e .88), boa estabilidade temporal (o coeficiente de correlação entre teste e reteste variou entre .82 e .85), e boa validade (tanto de critério como de construto) (Rosenberg, 1965).

Na versão portuguesa, e relativamente à fiabilidade da escala, foram obtidos resultados bastante satisfatórios, tendo o coeficiente alfa de Cronbach variado entre .86 e .92. O mesmo se verificou relativamente à estabilidade temporal (com um coeficiente de .90), tendo sido também suportada a validade da escala (Santos & Maia, 2003).

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach da EA, o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .85$).

5.3.6. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos foi desenvolvido por Brás e Cruz (2008), com o objetivo de identificar e avaliar a frequência, o impacto e a severidade das experiências negativas vivenciadas.

Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por 25 itens relativos a diferentes tipos de acontecimentos negativos. A sua frequência é avaliada numa escala

valorada de 0 (*Nunca*) a 4 (*Muitíssimas vezes*), o seu impacto avaliado numa escala de 1 (*Nenhum*) a 5 (*Extremamente negativo*), e a severidade obtida através destes dois indicadores (Brás & Cruz, 2008).

Conta com 4 fatores identificados na estrutura interna da escala, portanto, quatro subescalas, a saber: a) Ambiente familiar adverso (AFA), b) Abuso psicológico (AP), c) Separações/Perdas (SP) e, por fim, d) Abuso físico e sexual (AFS) (Brás & Cruz, 2008).

Os resultados do IAVN permitem obter uma pontuação total e subescalas. A pontuação total varia entre 0 e 20, e obtém-se a partir da média do produto da frequência pelo impacto.

Revela uma consistência interna (tanto na escala total, como nas subescalas, com valores de alfa de Cronbach superiores a .67), fiabilidade e validade bastante satisfatórios) (Brás & Cruz, 2008).

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach do IAVN, o instrumento apresenta uma boa consistência interna, tanto a nível global ($\alpha = .94$), como nas subescalas: Ambiente familiar adverso ($\alpha = .87$); Abuso psicológico ($\alpha = .92$); Separações/Perdas ($\alpha = .81$); e Abuso físico e sexual ($\alpha = .80$).

5.3.7. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O Questionário de Ideação Suicida (*The Suicidal Ideation Questionnaire*), foi desenvolvido por Reynolds em 1988 (Reynolds, 1991) com o objetivo de avaliar a ideação suicida em adolescentes, em termos da sua gravidade, sem considerar outros fatores de risco (e.g., demográficos, psicossociais, clínicos). A versão utilizada neste estudo é a adaptada à população portuguesa por Ferreira e Castela (1999).

Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por 30 itens, avaliados numa escala de 7 valores, a saber: de 0 (*Nunca tive este pensamento*) a 6 (*Quase todos os dias*).

Tanto na versão portuguesa, como na versão original, são identificados três fatores na estrutura interna do instrumento, portanto, três subescalas. Embora estes não coincidam, os identificados na versão portuguesa explicaram 55.7% da variância total (Ferreira & Castela, 1999).

Os resultados do QIS permitem obter a pontuação total, que varia entre 0 e 180, e que se obtém através do somatório do valor de todos os itens. Pontuações mais

elevadas correspondem a frequências maiores de pensamentos suicidas (Ferreira & Castela, 1999).

A versão portuguesa revela uma consistência interna ($\alpha=.96$), fiabilidade (.76) e validade bastante satisfatórios (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach do QIS, o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha= .97$).

5.3.8. Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A Escala de Desesperança de Beck (*The Beck Hopelessness Scale*), originalmente criada por Beck e colaboradores em (1974), tem como objetivo avaliar sintomas de desesperança relativos a eventos futuros. Cruz (2002) construiu a versão adaptada à população portuguesa, a utilizada neste estudo.

Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por 20 itens, 11 relativos à desesperança e 9 relativos à esperança, cujo formato de resposta é dicotómico (*Verdadeiro/Falso*).

Conta, no estudo original, com três fatores identificados na estrutura interna da escala, portanto, três subescalas: a) sentimentos sobre o futuro; b) falta de motivação; e c) expectativas futuras, que em conjunto explicaram 53.5% da variância (Beck et al., 1974).

Os resultados da BHS permitem obter a pontuação total da escala, que varia entre 0 e 20 valores e é obtida, após a inversão dos itens adequados, através do somatório de todos os itens. Pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de desesperança. Note-se que o valor 9 corresponde ao ponto de corte para risco de suicídio.

Também no estudo original registou resultados bastante satisfatórios ao nível da fiabilidade (boa consistência interna, com um coeficiente de alfa de .93) e validade (Beck et al., 1974).

A versão portuguesa revela propriedades psicométricas satisfatórias, ao nível da validade e fiabilidade e boa consistência interna ($\alpha=.90$) (Cruz, 2000).

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach da BHS, o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha= .77$).

5.3.9. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI)

O Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (*The Positive and Negative Suicide Ideation*), originalmente criado por Osman e colaboradores (1998), tem como

objetivo avaliar duas dimensões da ideação suicida – a positiva e a negativa- através da frequência de pensamentos negativos específicos (e.g., insucesso a alcançar algo importante) ou pensamentos positivos específicos (e.g., entusiasmo em ser-se bem sucedido na escola, ou trabalho) que estão associados ao comportamento suicida (Osman et al., 2003). Neste estudo utilizou-se a versão em processo de adaptação à população portuguesa.

Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por 14 itens, aos quais o participante terá de assinalar o seu grau de frequência numa escala de tipo *Likert* com cinco valores, a saber: 1 (*Nunca*); 2 (*Raramente*); 3 (*Às vezes*); 4 (*Frequentemente*); e 5 (*Muito frequentemente*).

Conta, no estudo original, com dois fatores identificados na estrutura interna da escala, portanto, as duas subescalas: a) Ideação Negativa (PANSI-NSI); e b) Ideação Positiva (PANSI-PI), que em conjunto explicaram 51.8% da variância; a primeira subescala é composta por oito itens e, a segunda, por seis itens.

Os resultados da PANSI permitem obter a pontuação total de cada subescala, calculada a partir da média das respostas dos itens (Osman, Gutierrez, et al., 1998). A pontuação total da PANSI-NSI e da PANSI-PI varia de 8 a 40, e 6 a 30, respetivamente. Pontuações mais elevadas na PANSI-NSI e mais baixas na PANSI-PI sugerem risco de comportamento suicida superior.

Também no estudo original registou resultados bastante satisfatórios ao nível da fiabilidade (boa consistência interna, com um coeficiente de alfa de .91 e .80 para, respetivamente, PANSI-NSI e PANSI-PI) e validade (Osman, Gutierrez, et al., 1998).

A versão portuguesa revela propriedades psicométricas satisfatórias, ao nível da validade e fiabilidade e boa consistência interna em cada uma das subescalas: Ideação Negativa ($\alpha=.95$); e Ideação Positiva ($\alpha=.83$).

No presente estudo, de acordo com a análise do alfa de Cronbach do PANSI, o instrumento apresenta uma boa consistência interna, tanto a nível global ($\alpha= .81$), como nas subescalas: Ideação Negativa ($\alpha= .95$); e Ideação Positiva ($\alpha= .87$).

5.4. Procedimentos

5.4.1. Procedimentos de recolha de dados

Para a recolha da amostra de adolescentes da população normativa, procedeu-se ao pedido de autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), do Ministério da Educação, de acordo com o Despacho nº15847/2007,

publicado em Diário da República 2^a. Série, nº140, de 23 de junho de 2007 e, posteriormente, junto dos estabelecimentos de ensino secundário do Algarve. A recolha de dados decorreu em contexto de sala de aula, com a autorização dos encarregados de educação e o consentimento informado dos adolescentes.

Para recolha de dados referentes aos adolescentes institucionalizados, solicitámos uma reunião com o/a diretor/a da instituição, junto a vários Centros de Acolhimento Temporário e Lares de Infância e Juventude da região Norte, Centro e Sul, por contacto telefónico e via e-mail, por forma a apresentar a presente investigação e entregar o pedido de autorização escrito.

Dada a pandemia do COVID-19 e as consequentes demandas, a recolha de dados foi feita a partir da versão digital dos questionários. Assim, foram dadas indicações sobre os procedimentos de aplicação e, autonomamente, cada instituição geriu a recolha de dados de acordo com as suas rotinas e horários. Pretendeu-se que esta última fosse sempre apoiada pelo investigador que, por força das circunstâncias supramencionadas não pode estar sob a forma presencial, tendo sido fornecidos os seus contactos para o efeito.

5.4.2. Procedimentos de análise de dados

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado através do programa de análise de dados estatísticos IBM-*Statistical Package for the Social Sciences Statistics 25* (SPSS), para Windows. Recorreu-se à página online de Kristopher J. Preacher para o cálculo do teste de Sobel (<http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>) e à página online de Lee A. Becker, para calcular o *d* de Cohen (<https://lbecker.uccs.edu/>).

Incluiu a análise de estatísticas descritivas num primeiro momento, nomeadamente médias e desvios-padrão, seguida da divisão da amostra global em dois grupos- o Grupo Institucionalizado e o Grupo Normativo- de acordo com a condição habitacional dos adolescentes.

A análise das diferenças significativas entre os valores médios de cada um dos grupos, e para cada uma das variáveis, foi feita utilizando o teste *t* de Student para duas amostras independentes. Além da significância das diferenças, avaliou-se a magnitude do efeito pelo cálculo do *d* de Cohen- considerou-se fraca quando o valor era inferior a .2, média quando o valor estava compreendido entre .2 e .5, e forte quando se encontrava entre .5 e .8 (Cohen, 1969).

Para o estudo comparativo, em cada um dos grupos, relativamente à história clínica e história de comportamentos suicidas, recorreu-se ao Teste de Independência do Qui-Quadrado, que permite determinar a associação entre as variáveis nominais em estudo. Quanto à análise das diferenças na ideação suicida em função do historial clínica e de condutas suicidas, recorreu-se ao Teste Não-Paramétrico para amostras independentes- Teste de Mann-Whitney.

Na avaliação da relação entre os fatores psicológicos de risco e de proteção e a ideação suicida, para cada um dos grupos, recorreu-se à análise da correlação de *Pearson*. Como parâmetros interpretativos, considerou-se que $r \leq .02$ indica uma correlação negligenciável, $r \leq .04$ indica uma correlação fraca, $r \leq .06$ indica uma correlação moderada, $r \leq .08$ indica uma correlação forte e, por fim, que $r \leq 1$ indica uma correlação muito forte (Marôco, 2011).

Recorreu-se, também, à regressão linear, e consideraram-se os procedimentos definidos no modelo de Baron e Kenny (1986), para testar as relações de mediação das variáveis psicológicas, na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida. Recorreu-se ainda ao teste de Sobel, no sentido de testar a significância do efeito indireto, na amostra global, na amostra institucionalizada e na amostra normativa.

Note-se que, para cada uma das análises supramencionadas, considerou-se que os resultados são significativos quando o valor de p é inferior a .05 (Pereira & Patrício, 2016).

Capítulo 6. Resultados

6.1. Análise da história clínica e de comportamentos suicidários

Por forma a caracterizar e analisar as diferenças em termos da história clínica e da história de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio, tanto do próprio como da família, realizou-se uma análise descritiva e comparativa dos participantes (tabela 1), em cada um dos grupos: o grupo institucionalizado (GI) e o grupo normativo (GN).

Tabela 1

Análise descritiva e comparativa da história clínica e história de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio, em função dos dois grupos (GN e GI).

	Amostra global (N=105)		GI (n=46)		GN (n=59)		χ^2	p
	N(%)		n(%)		n(%)			
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
DIAGN	10(9.5%)	95(90.5%)	7(15.2%)	39(84.8%)	3(5.1%)	56(94.9%)	3.08	.079
D	41(39.0%)	64(61.0%)	20(43.5%)	26(56.5%)	21(35.6%)	38(64.4%)	.675	.411
AP	10(9.5%)	95(90.5%)	5(10.9%)	41(89.1%)	5(8.5%)	54(91.5%)	.51	.474
AP-P	22(21.0%)	83(79%)	11(23.9%)	35(76.1%)	11(18.6%)	48(81.4%)	.502	.778
CA-P	26(24.8%)	79(75.2%)	20(43.5%)	26(56.5%)	6(10.2%)	53(89.8%)	15.39	.000***
TS-P	12(11.4%)	93(88.6%)	10(21.7%)	36(78.3%)	2(3.4%)	57(96.6%)	8.60	.003**
TS-F	20(19.0%)	85(81.0%)	14(30.4%)	32(69.6%)	6(10.2%)	53(89.8%)	6.88	.009**
TS-A	37(35.2%)	68(64.8%)	19(41.3%)	27(58.7%)	18(30.5%)	41(69.5%)	1.32	.251

Nota: χ^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; GI= Grupo Institucionalizado; GN= Grupo Normativo; DIAGN= Historial de diagnóstico de problemas de saúde mental do próprio; D= Historial de sentimentos de desespero do próprio; AP= Historial de ajuda psicológica do próprio; AP-P= Historial de pedidos de ajuda psicológica para o próprio; CA-P= Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS-P= Historial de tentativas de suicídio do próprio; TS-F= Historial de tentativas de suicídio na família; TS-A= Historial de tentativas de suicídio de amigos.

p<.01; *p<.001.

Pela análise dos resultados globais obtidos, verificou-se que, no GI, dos 46 participantes, 7 participantes haviam tido um diagnóstico de saúde mental (15.2%). Já no GN, dos 59 participantes, verificou-se uma percentagem inferior de psicopatologia diagnosticada (5.1%). Aquando do estudo comparativo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Foi possível averiguar que, no GI, 20 dos participantes já haviam experienciado sentimentos de desespero (43.5%), percentagem superior à verificada no GN (35.6%), motivo pelo qual 5 adolescentes institucionalizados (10.9%) e 5 adolescentes da população normativa (8.5%) já haviam recebido ajuda psicológica. Relativamente ao pedido de ajuda psicológica por sentimentos depressivos e/ou ideias sobre terminar com a própria vida, no GI, 11 participantes já haviam pedido essa ajuda (23.9%). Por outro lado, no GN, constatou-se uma percentagem menor de pedidos de ajuda psicológica, tendo 11 adolescentes efetuado esse pedido (18.6%). Note-se que, do ponto de vista estatístico, estas diferenças não se mostraram significativas.

No que respeita à história de comportamentos suicidas do próprio, verificou-se que, no GI, 20 dos adolescentes já realizaram atos autolesivos intencionalmente (43.5%) e 10 participantes já haviam cometido atos suicidas com a intenção de pôr fim à vida (21.7%). No GN, verificou-se uma percentagem inferior de comportamentos suicidas, com 6 adolescentes a terem realizado atos autolesivos intencionalmente (10.2%) e 2 participantes a afirmarem terem cometido tentativas de suicídio (3.4%). A comparação de comportamentos suicidários realizados pelo próprio, permitiu evidenciar diferenças estatisticamente significativas, apresentando o grupo institucionalizado níveis superiores de comportamentos autolesivos ($\chi^2_{(1)} = 15.30, p = .000$) e de tentativas de suicídio ($\chi^2_{(1)} = 8.60, p = .003$).

Relativamente à história de comportamento suicida na família e amigos, observou-se que, no GI, 14 participantes já tinham tido casos de tentativas de suicídio ou de suicídio consumado na família (30.4%) e 19 dos adolescentes em amigos ou pessoas próximas (41.3%). No GN, apenas 6 participantes tinham familiares que realizaram tentativas de suicídio ou casos de suicídio consumado (10.2%) e 18 em amigos ou pessoas próximas (30.5%). Quando comparados, apenas se constataram diferenças estatisticamente significativas relativamente às tentativas de suicídio realizadas por familiares, verificando-se que o grupo institucionalizado obteve uma percentagem mais elevada ($\chi^2_{(1)} = 6.88, p = .009$).

As dimensões da ideação suicida (positiva e negativa, com base do PANSI) e os níveis de sintomatologia depressiva foram ainda analisados no grupo institucionalizado.

Quanto às dimensões da ideação suicida, os adolescentes institucionalizados apresentam um valor médio baixo para a dimensão negativa ($M = 13.59; DP = 8.450$), considerando a amplitude de respostas possíveis da PANSI-NSI (8-40 pontos). Aquando da análise o valor médio para a dimensão positiva da PANSI (PANSI-PI), observou-se que os adolescentes em acolhimento pontuaram moderadamente ($M = 18.28; DP = 6.665$), tendo em conta a amplitude de respostas possível (6-30 pontos). Não obstante, atendendo ao ponto de corte recomendado (Osman et al., 2003), 30.43% ($n = 14$) dos adolescentes pontuaram acima de 1.63 para a dimensão negativa, e 50% ($n = 23$) dos adolescentes pontuaram abaixo de 3.33 para a dimensão positiva. Estes resultados indicam, embora um risco moderado de comportamentos suicidas, a necessidade de avaliação adicional do risco para a ideação suicida.

Aquando da análise da sintomatologia depressiva no GI, percebeu-se que, embora 26 dos participantes não revelem sintomas depressivos (56.6%) os outros 20 apresentam algum nível de sintomatologia depressiva, nomeadamente 10 adolescentes apresentam sintomas

ligeiros a moderados (21.7%), 7 manifestam depressão moderada a grave (15.2%) e 3 dos adolescentes mostram níveis de depressão severa (6.6%).

De seguida, pretendeu-se analisar as diferenças na ideação suicida em cada um dos grupos de adolescentes, em função da história clínica e da história de comportamentos suicidas, no sentido de compreender a influência das presentes variáveis nos níveis de ideação suicida. A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos aquando dessa análise.

Tabela 2

Análise das diferenças na Ideação Suicida, em função da história clínica e de comportamento suicidas, no GI e GN

Variáveis	Grupo	$M_{dn}(DP)$		U	p
		Sim	Não		
DIAGN	GI	26.00(56.231)	2.00(19.716)	40.50	.002**
	GN	16.00 (11.000)	9.00(15.353)	67.50	.569
D	GI	20.00(42.927)	.00(3.757)	32.00	.000***
	GN	22.00(14.091)	5.00(12.719)	118.00	.000***
AP	GI	116.00(56.376)	2.00(16.833)	7.00	.001***
	GN	35.00(9.832)	8.00(14.368)	20.00	.007**
AP-P	GI	12.00(52.222)	19.00(32.500)	52.00	.833
	GN	22.00(19.226)	22.00(14.818)	68.00	.451
CA-P	GI	19.00(44.204)	.00(6.229)	75.00	.000***
	GN	25.94(19.695)	8.00(13.879)	72.00	.029*
TS-P	GI	21.50(56.052)	1.00(9.917)	59.50	.001***
	GN	28.00(2.828)	8.50(15.141)	18.50	.106
TS-F	GI	17.00(42.155)	2.00(27.765)	156.50	.096
	GN	13.00(15.719)	9.00(15.114)	124.50	.386
TS-A	GI	8.00(40.740)	.00(25.464)	166.00	.037*
	GN	18.94(18.379)	6.50(12.347)	217.00	.012*

Nota. U= U de Mann-Whitney; GI= Grupo Institucionalizado; GN= Grupo Normativo; M_{dn} = Mediana; DP= Desvio-padrão; GI= Grupo Institucionalizado; GN= Grupo Normativo; DIAGN= Historial de diagnóstico de problemas de saúde mental do próprio; D= Historial de sentimentos de desespero do próprio; AP= Historial de ajuda psicológica do próprio; AP-P= Historial de pedidos de ajuda psicológica para o próprio; CA-P= Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS-P= Historial de tentativas de suicídio do próprio; TS-F= Historial de tentativas de suicídio na família; TS-A= Historial de tentativas de suicídio de amigos.

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

Observou-se uma diferença significativa na Ideação Suicida entre os adolescentes com diagnóstico anterior de doença mental, no GI ($U= 40.50$; $p= .002$). Pela análise do valor da

mediana ($M_{dn} = 26.00$), percebeu-se que os níveis de ideação suicida são superiores para os que estão diagnosticados com um problema de saúde mental.

Identificou-se uma diferença significativa na Ideação Suicida entre quem já viveu e quem não viveu situações de Desespero, tanto para o GI ($U = 32.00$; $p = .000$), como para o GN ($U = 118.00$; $p = .000$). Os resultados obtidos indicam que os níveis de ideação suicida são superiores nos sujeitos que experienciam sentimentos de desespero, em ambos os grupos ($M_{dn;GI} = 20.000$; $M_{dn;GN} = 22.00$).

Relativamente à ajuda psicológica, observou-se uma diferença significativa na Ideação Suicida, tanto no GI ($U = 7.00$; $p = .001$), como no GN ($U = 20.00$; $p = .007$). Quanto ao GI, apurou-se que os níveis de ideação suicida são superiores nos adolescentes que recebem ajuda psicológica profissional ($M_{dn} = 116.00$), comparativamente àqueles que não a recebem ($M_{dn} = 2.00$). Para o GN, verificou-se uma tendência semelhante, com os adolescentes que recebem ajuda profissional a mostrarem níveis superiores de ideação suicida ($M_{dn} = 35.00$), face aos seus pares que não têm acompanhamento profissional ($M_{dn} = 8.00$).

A respeito do historial de comportamentos autolesivos, averiguou-se uma diferença significativa na Ideação Suicida, em ambos os grupos. No GI ($U = 75.00$; $p = .000$), percebeu-se que a ideação suicida era superior para os adolescentes com história de comportamentos autolesivos intencionais ($M_{dn} = 19.00$). Os dados do GN ($U = 72.00$; $p = .029$), sugerem também que os níveis de ideação suicida serão superiores nos adolescentes em acolhimento que já realizaram comportamentos autolesivos ($M_{dn} = 25.94$), comparativamente aos pares que nunca realizaram essas condutas ($M_{dn} = 8.00$).

No que se refere às tentativas de suicídio do próprio, constatou-se uma diferença significativa na Ideação Suicida apenas no GI ($U = 59.50$; $p = .001$). Os resultados mostram que os níveis de ideação suicida são maiores para os adolescentes em acolhimento que realizaram tentativas de suicídio ($M_{dn} = 21.50$).

Analisando os atos suicidas em familiares, não se verificaram diferenças significativas na Ideação Suicida em nenhum dos grupos. Não obstante, aquando da análise de tentativas de suicídio em amigos ou pessoas próximas, os resultados permitiram concluir diferenças no GI ($U = 116.00$; $p = .037$) e no GN ($U = 217.00$; $p = .012$). Os dados sugerem que a ideação suicida é superior nos indivíduos com casos de tentativas de suicídio em amigos, tanto no GI ($M_{dn} = 8.00$), como no GN ($M_{dn} = 18.94$).

6.2. Análise dos Acontecimentos de Vida Negativos e das variáveis psicológicas, no grupo institucionalizado e no grupo normativo

No sentido de se averiguar se existem diferenças entre os adolescentes do grupo institucionalizado e do grupo normativo, foram explorados os valores obtidos na Ideação Suicida, na vivência de Acontecimentos de Vida Negativos, na Desesperança, nas Razões para viver, na Autoestima e, por fim, na Satisfação com o Suporte Social.

A tabela seguinte (Tabela 3) expõe os resultados da comparação de médias, desvios-padrão, *d* de Cohen e teste *t* de Student, das variáveis supramencionadas, em função do grupo de risco.

Tabela 3

Médias, desvios-padrão, d de Cohen e teste t de Student das variáveis em estudo na amostra global e em função dos dois grupos (GN e GI)

	Amostra global (N=105)		GI (n=46)		GN (n=59)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIS- Total	18.87	24.513	17.30	33.100	14.74	14.983	.10	.49	.628
IAVN- Total	2.92	3.233	4.26	4.018	1.87	1.918	.76	3.71	.000***
AFA (IAVN)	2.99	3.515	4.59	4.339	1.75	1.991	.84	4.11	.000***
AP (IAVN)	3.30	4.633	4.15	5.754	2.64	3.435	.32	1.57	.121
SP (IAVN)	3.35	4.007	5.09	4.852	1.98	2.493	.81	3.96	.000***
AFS (IAVN)	1.67	3.112	2.77	4.140	.82	1.542	-1.11	3.03	.004**
IAVN- Frequência	.84	.801	1.17	.858	.59	.474	.84	4.09	.000***
IAVN- Impacto	1.84	.725	2.12	.979	1.62	.546	.63	3.07	.003**
BHS- Total	5.08	3.872	5.39	3.821	4.84	3.927	.14	.72	.473
SAF (BHS)	.71	1.026	.63	1.218	.78	.852	-.14	-.74	.462
PM (BHS)	1.92	1.657	2.43	1.809	1.53	1.419	.55	2.89	.005**
EF (BHS)	1.63	1.162	1.78	1.209	1.50	1.118	.24	1.23	.222

	Amostra global		GI		GN		<i>d</i> de		
	(N=105)		(n=46)		(n=59)		Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
RFL-A- Total	4.38	.989	4.25	1.274	4.49	.686	-.24	-1.16	.249
OF (RFL-A)	4.70	1.059	4.70	1.443	4.70	.631	.00	.01	.993
MS (RFL-A)	3.54	1.611	3.62	1.827	3.47	1.433	.10	.48	.633
AF (RFL-A)	4.43	1.361	4.15	1.581	4.66	1.126	-.47	-1.85	.068
ASP (RFL-A)	4.58	1.232	4.27	1.437	4.81	.996	-.44	-2.17	.033*
AA (RFL-A)	4.64	1.292	4.43	1.571	4.80	1.009	-.28	-1.41	.164
AE- Total	27.50	6.867	28.43	6.238	26.78	7.289	.24	1.23	.221
ESSS-Total	50.56	10.145	48.35	10.393	52.29	9.686	-.39	-2.00	.048*
SA (ESSS)	17.73	4.301	17.48	4.884	17.93	3.818	-.10	-.52	.604
INT (ESSS)	13.22	3.535	12.83	3.395	13.52	3.641	-.20	-1.00	.317
SF (ESSS)	10.29	3.671	9.72	4.251	10.74	3.111	-.28	-1.38	.173
AS (ESSS)	9.43	3.228	8.33	3.597	10.29	2.633	-.62	-3.11	.003**

Nota: GI= Grupo Institucionalizado; GN= Grupo Normativo; *M*= Média; *DP*= Desvio-padrão; *t*= Teste t de Student para amostras independentes; QIS- Total= Valor total do Questionário de Ideação Suicida; IAVN- Total= Valor total do Inventário de Acontecimentos Negativos; AFA= Ambiente familiar aversivo do IAVN; AP= Abuso psicológico do IAVN; SP= Separações e Perdas do IAVN; AFS= Abuso físico e sexual do IAVN; IAVN-Frequência= Valor da avaliação independente da frequência do IAVN; IAVN-Impacto= Valor da avaliação independente do impacto do IAVN; BHS- Total= Valor total da Escala de Desesperança de Beck; SAF= Sentimentos acerca do futuro da BHS; PM= Perda de motivação da BHS; EF= Expectativas de futuro da BHS; RFL-A- Total= Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; OF= Otimismo futuro do RFL-A; MS= Medo do Suicídio do RFL-A; AF= Aliança familiar do RFL-A; ASP= Aceitação e suporte pelos pares do RFL-A; AA= Autoaceitação do RFL-A; AE= Valor total da Escala de Autoestima de Rosenberg; ESSS- Total= Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA= Satisfação com os amigos da ESSS; INT= Satisfação com a intimidade da ESSS; SF= Satisfação com a família da ESSS; AS= Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

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

Pela análise dos níveis de ideação suicida (QIS), a amostra global apresenta um valor médio baixo (*M*= 18.87; *DP*= 24.513), considerando a amplitude de respostas possíveis do QIS (0-180 pontos). Aquando da análise das médias dos grupos, observou-se que, embora o GI apresente uma média superior (*M*= 17.30; *DP*= 33.100) ao GN (*M*= 14.74; *DP*= 14.983), não existem diferenças significativas nos níveis de ideação suicida entre os dois grupos.

Segue-se a análise dos resultados obtidos da análise aos fatores de risco: os acontecimentos de vida negativos e a desesperança.

No que respeita ao estudo da vivência de acontecimentos de vida negativos (IAVN), observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos, sendo o GI o que apresenta resultados mais elevados ($t_{(60,913)} = 3.71, p = .000$), indicando o *d* de Cohen uma magnitude de efeito forte (*d*=.76). Considerando as subescalas que constituem o instrumento, constataram-se diferenças significativas de magnitude forte na subescala Ambiente Familiar Adverso

($t_{(59.728)} = 4.11, p = .000, d$ de Cohen = .84), Separações e Perdas ($t_{(63.354)} = 3.96, p = .000, d$ de Cohen = .81) e Abuso Físico e Sexual ($t_{(54.769)} = 3.03, p = .004, d$ de Cohen = -1.11), sendo os resultados mais elevados no GI. Ainda, observaram-se diferenças significativas de magnitude forte e média entre o GI e o GN, no que respeita, respetivamente, à Frequência ($t_{(66.075)} = 4.09, p = .000, d$ de Cohen = .84) e ao Impacto ($t_{(66.416)} = 3.07, p = .003, d$ de Cohen = .63): verificou-se que a vivência de Acontecimentos de Vida Negativos é mais frequente ($M = 1.17; DP = .858$), e com maior impacto ($M = 2.12; DP = .979$) no GI, comparativamente ao GN.

Analisando os níveis de desesperança (BHS), apurou-se que não existem diferenças significativas entre o GI e o GN. Dentro das subescalas, observou-se que existem diferenças significativas de magnitude média na subescala Perda de Motivação ($t_{(103)} = 2.89, p = .005, d$ de Cohen = .55), cujos resultados são mais elevados no GI ($M = 2.43; DP = 1.809$).

De seguida, exploram-se as diferenças entre os grupos em função dos fatores protetores para a ideação suicida, quer dizer, as razões para viver, autoestima e satisfação com o suporte social.

A análise das Razões para viver (RFL-A) aponta para a ausência de diferenças significativas entre os dois grupos. Dentro das subescalas do instrumento, apenas se verificaram-se diferenças estatisticamente significativas e de magnitude média de sentido negativo na Aceitação e Suporte pelos Pares ($t_{(76.660)} = -2.17, p = .033, d$ de Cohen = -.44), sendo os resultados mais elevados no GN ($M = 4.81; DP = .996$).

A comparação dos níveis médios de autoestima (AE) nos dois grupos, permitiu evidenciar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o GI e o GN.

De acordo com a avaliação da Satisfação com o Suporte Social (ESSS), constatou-se que existe uma diferença de magnitude média estatisticamente significativa entre os dois grupos, apresentando o GN resultados superiores ($t_{(103)} = -2.00, p = .048, d$ de Cohen = -.39). Nas subescalas, apuraram-se diferenças significativas na Satisfação com as Atividades Sociais ($t_{(79.669)} = -3.11, p = .003$). A análise do d de Cohen, indica magnitudes de efeito médio e sentido negativo nessa mesma subescala (d de Cohen = -.62).

Face ao exposto, e de uma forma geral, os resultados obtidos indicam que o GI apresenta níveis superiores de vivência de acontecimentos de vida negativos, tanto em termos da sua frequência, como do seu impacto, e que o GN revela maior satisfação com o suporte social.

6.3. Análise da associação dos fatores de risco e fatores protetores com a Ideação Suicida, no grupo institucionalizado e no grupo normativo

Realizou-se, de seguida, a análise da associação entre as variáveis Acontecimentos de Vida Negativos, Desesperança, Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social, com a Ideação suicida, pelo coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 4).

Tabela 4

Correlação entre IAVN, BHS, RFL-A, AE, ESSS e o QIS, nos dois grupos

	QIS-Total	
	GI (n=46)	GN (n=59)
IAVN- Total	.52***	.66***
IAVN- Frequência	.52***	.67***
IAVN- Impacto	.47**	.60***
BHS- Total	.55***	.25
RFL-A- Total	.06	-.38**
AE- Total	-.65***	-.39**
ESSS-Total	-.31*	-.62***

Nota: GI= Grupo Institucionalizado; GN= Grupo Normativo; QIS- Total= Valor total do Questionário de Ideação Suicida; IAVN- Total= Valor total do Inventário de Acontecimentos Negativos; IAVN-Frequência= Valor da avaliação independente da frequência do IAVN; IAVN-Impacto= Valor da avaliação independente do impacto do IAVN; BHS- Total= Valor total da Escala de Desesperança de Beck; RFL-A- Total= Valor total do Inventário de Razões para Viver para Adolescentes; AE= Valor total da Escala de Autoestima de Rosenberg; ESSS- Total= Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social. *p <.05; **p<.01; ***p<.001

Primeiramente, analisaram-se as correlações entre as presentes variáveis (incluindo as escalas e as subescalas dos instrumentos) e a Ideação Suicida, no grupo institucionalizado.

Relativamente aos Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) e a Ideação Suicida (QIS), verificou-se uma associação significativa, positiva e moderada ($r=.52$; $p=.000$) ao nível da escala total. Quanto às subescalas, obteve-se uma correlação significativa, positiva mas fraca, na subescala Ambiente Familiar Adverso ($r=.33$; $p=.024$), uma correlação significativa, positiva e forte nas subescalas Abuso Psicológico ($r=.69$; $p=.000$), e Abuso Físico e Sexual ($r=.61$; $p=.000$). Apurou-se uma correlação significativa, positiva e moderada com a Ideação Suicida, tanto na Frequência ($r=.52$; $p=.000$), como quanto ao Impacto ($r=.47$; $p=.000$). Estes resultados indicam que, quanto maior a vivência e quanto maior o impacto de Acontecimentos

de Vida Negativos, maior a tendência do adolescente para pensamentos acerca de condutas suicidas.

A respeito da Desesperança (BHS), verificou-se uma associação significativa, positiva e moderada com a Ideação Suicida ($r=.55$; $p=.000$), na escala global. Quanto às subescalas do instrumento, verificaram-se associações significativas, positivas e moderadas com a Ideação Suicida, nomeadamente: Sentimentos Acerca do Futuro ($r=.49$; $p=.001$), Perda de Motivação ($r=.43$; $p=.003$) e Expectativas de Futuro ($r=.46$; $p=.001$). Tais resultados sugerem que, quanto maiores os níveis de desesperança experienciados pelo adolescente institucionalizado, maior será a sua propensão para a ideação suicida.

Observou-se a ausência de uma correlação significativa entre as Razões para Viver (RFL-A) e a Ideação Suicida, na escala total. Não obstante, constatou-se uma associação significativa, negativa e fraca em duas das suas subescalas, a saber: Otimismo Futuro ($r=-.31$; $p=.04$) e Autoaceitação ($r=-.33$; $p=.025$). Tal sugere que, quanto maiores as expectativas acerca do futuro, e quanto mais positiva a percepção da sua autoimagem dos adolescentes em acolhimento, menor a sua tendência para a ideação suicida.

Percebeu-se que a Autoestima (AE), está significativa, negativa e fortemente associada com a Ideação Suicida ($r=-.65$; $p=.000$), o que indica que quanto maior o nível de autoestima, menor será a tendência para pensamentos suicidas.

No que se refere à Satisfação com o Suporte Social (ESSS), apurou-se uma correlação significativa, negativa e fraca entre a escala total e a Ideação Suicida ($r=-.31$; $p=.04$). Quanto às subescalas, apenas a subescala Satisfação com a Intimidade se correlacionou significativa, negativa e moderadamente com a Ideação Suicida ($r=-.41$; $p=.005$). Os resultados obtidos apontam para que, face a uma maior satisfação com o suporte social, menor será a tendência do indivíduo para pensamentos subordinados ao suicídio.

Por fim, exploram-se as associações entre os fatores de risco e de proteção e a Ideação Suicida, no grupo normativo.

No que se refere aos Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) e a Ideação Suicida (QIS), verificou-se uma associação significativa, positiva e forte ($r=.66$; $p=.000$) ao nível da escala total. Quanto às subescalas, obteve-se uma correlação significativa, positiva e forte nas subescalas Ambiente Familiar Adverso ($r=.56$; $p=.000$) e Separações e Perdas ($r=.59$; $p=.000$), e correlações significativas, positivas e moderadas nas subescalas Abuso Psicológico ($r=.53$;

$p=.000$), e Abuso Físico e Sexual ($r=.37$; $p=.004$). Apurou-se uma correlação significativa, positiva e forte com a Ideação Suicida, tanto na Frequência ($r=.67$; $p=.000$), como quanto ao Impacto ($r=.60$; $p=.000$). Estes resultados indicam que, quanto maior a vivência e quanto maior o impacto de Acontecimentos de Vida Negativos, maior a tendência do adolescente para pensamentos acerca de condutas suicidas.

Quanto à Desesperança (BHS), não se verificou uma associação significativa, tanto na escala global, como em duas das suas subescalas. Apenas se aferiu uma associação significativa, positiva e moderada com a Ideação Suicida, na subescala Expectativas de Futuro ($r=.54$; $p=.000$).

Averiguou-se a existência de uma correlação significativa, negativa e moderada entre as Razões para Viver (RFL-A) e a Ideação Suicida, na escala total ($r=-.38$; $p=.003$). Contudo, relativamente às subescalas, apenas se verificou uma associação significativa, negativa e fraca na subescala Aliança Familiar ($r=-.30$; $p=.023$) e uma associação significativa, negativa e moderada na subescala Autoaceitação ($r=-.54$; $p=.000$). Tal sugere que, quanto maior a aliança familiar, e quanto mais positiva a percepção da sua autoimagem dos adolescentes em acolhimento, menor a sua tendência para a ideação suicida.

Percebeu-se que a Autoestima (AE), está significativa, negativa e moderadamente associada com a Ideação Suicida ($r=-.39$ $p=.002$), o que indica que quanto maior o nível de autoestima, menor será a probabilidade de o adolescente desenvolver pensamentos suicidas.

Relativamente à Satisfação com o Suporte Social (ESSS), os dados mostraram uma correlação significativa, negativa e moderada entre a escala total e a Ideação Suicida ($r=-.62$; $p=.000$). Quanto às subescalas, estas associaram-se de forma significativa, negativa e moderada com a Ideação Suicida, a saber: Satisfação com Amigos ($r=-.43$ $p=.001$), Satisfação com a Intimidade ($r=-.55$; $p=.000$), Satisfação com a Família ($r=-.45$; $p=.000$) e Satisfação com as Atividades Sociais ($r=-.42$; $p=.001$). Os resultados obtidos apontam para que, face a uma maior satisfação com o suporte social, menor será a tendência do adolescente para pensamentos subordinados ao suicídio.

6.4. Análise da relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida

Com o objetivo de compreender o efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos (AVN) na Ideação Suicida, procurou-se analisar se existe um efeito mediador dos fatores de risco e de

proteção, apresentados pelos adolescentes do GI e do GN. Para tal, considerou-se como variável dependente a Ideação Suicida, como variável preditora os Acontecimentos de Vida Negativos e, por fim, a Desesperança, as Razões para Viver, a Autoestima e a Satisfação com o Suporte Social e, no caso do grupo institucionalizado, também a Sintomatologia Depressiva, como variáveis mediadoras.

Foi também necessário considerar-se as quatro condições definidas nos procedimentos, sugeridas por Baron e Kenny (1986): primeiramente, verificou-se a existência de um efeito significativo dos Acontecimentos de Vida Negativos sobre a Ideação Suicida no GI ($\beta = .52, p = .000$) e no GN ($\beta = .66, p = .000$) validando-se esta condição; de seguida, averiguou-se a existência de um efeito significativo dos Acontecimentos de Vida Negativos sobre as variáveis mediadoras, nomeadamente Autoestima [no GI ($\beta = -.37, p = .012$), e no GN ($\beta = -.34, p = .008$)] e Satisfação com o Suporte Social [no GI ($\beta = -.50, p = .000$) e no GN ($\beta = -.51, p = .000$)]; especificamente, no GI, verificou-se um efeito significativo dos Acontecimentos de Vida Negativos com sobre a Sintomatologia Depressiva, ($\beta = .55, p = .000$); no GN, o mesmo efeito significativo foi observado na Desesperança ($\beta = .33, p = .012$)- assim, confirmou-se esta condição; por fim a) no GI, as variáveis mediadoras que afetam significativamente essa relação referem-se à Desesperança ($\beta = .45, p = .000$), à Autoestima ($\beta = -.53, p = .000$) e à Sintomatologia Depressiva ($\beta = -.50, p = .000$) b) já no GN, as variáveis que têm um efeito significativo correspondem às Razões para Viver ($\beta = -.26, p = .008$) e Satisfação com o Suporte Social ($\beta = .62, p = .000$).

Estando verificadas as condições iniciais, importou testar a existência de mediação. Para tal, recorreu-se ao teste de *Sobel*, para demonstrar a significância do efeito indireto. No GI, este teste conduziu a um resultado significativo na Autoestima (teste de *Sobel*= 2.284, *DP*= .706, $p = .022$). Para o GN, a Satisfação com o Suporte Social devolveu um efeito mediador significativo pela análise do teste de *Sobel* (teste de *Sobel*= 2.814, *DP*= .536, $p = .005$).

Os resultados referentes aos modelos de mediação encontram-se expostos na Tabela 5.

Tabela 5

Efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida na amostra global, no GI e no GN: análise do papel mediador da Desesperança, das Razões para Viver, da Autoestima, da Satisfação com o Suporte Social e da Sintomatologia Depressiva como Fatores de Risco e de Proteção

	Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto	Observações
	AVN→IS (BHS)	.52***	.41***	.11	Não existe mediação
	AVN→IS (RFL-A)	.52***	.50***	.03	Não existe mediação
GI (n= 46)	AVN→IS (AE)	.52***	.33**	-.19*	Mediação parcial (37.47%)
	AVN→IS (ESSS)	.52***	.50**	-.03	Não existe mediação
	AVN→IS (BDI-II)	.52***	.18	.34***	Mediação total
	AVN→IS (BHS)	.66***	.65***	.01	Não existe mediação
	AVN→IS (RFL-A)	.66***	.61***	.05**	Não existe mediação
GN (n=59)	AVN→IS (AE)	.66***	.60***	.06	Não existe mediação
	AVN→IS (ESSS)	.66***	.47***	.19**	Mediação parcial (29.24%)

Nota. A significância do efeito indireto foi obtida pelo teste de *Sobel*. IS= Ideação Suicida; AVN= Acontecimentos de Vida Negativos; BHS= Desesperança; RFL-A= Razões para Viver; AE= Autoestima; ESSS= Satisfação com o Suporte Social; BDI-II= Sintomatologia Depressiva.

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

No GI, verificou-se um efeito de mediação parcial (37.47%), significativo e negativo ($\beta = -.37, p = .012$) da Autoestima na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida. Tais resultados indicam que a autoestima poderá ter um papel protetor face à ideação suicida, na vivência de acontecimentos de vida negativos.

Quando analisado o efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida, a Sintomatologia Depressiva assume uma mediação total, uma vez que o efeito direto entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida deixou de ser significativo ($\beta = .18, p = .145$) na presença da variável mediadora.

As análises realizadas no GN, permitiram mostrar que existe mediação parcial (29.24%) significativa da Satisfação com o Suporte Social na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida. Os Acontecimentos de Vida Negativos apresentam uma relação negativa com a Satisfação com o Suporte Social ($\beta = -.51, p = .000$), podendo significar que, quanto maior a experiência de acontecimentos de vida negativos, menor o nível de satisfação com o suporte social, aumentando indiretamente a ideação suicida. Quer dizer, a satisfação com o suporte social poderá funcionar como fator de proteção para a ideação suicida, não obstante a mediação de natureza parcial.

O exposto, pela análise dos modelos de mediação, indica que a Desesperança, a Autoestima, a Sintomatologia Depressiva e a Satisfação com o Suporte Social, desempenham um efeito mediador significativo na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida, nas duas amostras. Os dados apurados mostram que a relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida não é mediada pelas Razões para Viver de forma significativa, o que sugere que os Acontecimentos de Vida Negativos estão direta e fortemente ligados à existência de Ideação Suicida e, assim, são um forte preditor. Relativamente à Desesperança, à Autoestima e à Satisfação com o Suporte Social, nos casos em que se confirma o seu efeito mediador, este mostra-se parcial, o que indica que se preserva uma relação direta entre o fator de risco e a Ideação Suicida, operando a Desesperança como fator de risco e a Autoestima e a Satisfação com o Suporte Social como fatores de proteção. Quanto à Sintomatologia Depressiva no GI, apurou-se que medeia total, positiva e significativamente a relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida, indicando que níveis superiores de sintomatologia depressiva irão aumentar o risco de suicídio do adolescente, acentuando o efeito dos acontecimentos de vida negativos nos níveis de ideação suicida apresentados. Desta forma, a existência de acontecimentos de vida negativos e de sintomatologia depressiva conduz à ideação suicida.

Capítulo 7. Discussão

O presente estudo teve como objetivo a caracterização da ideação suicida dos adolescentes, por forma a identificar e comparar o risco de comportamentos suicidas. De acordo com a condição de coabitação dos adolescentes, dividiu-se a amostra global em dois grupos- o Grupo Institucionalizado e o Grupo Normativo- para efeitos comparativos, pelo facto de a literatura científica sugerir que adolescentes institucionalizados apresentam uma

acentuada vulnerabilidade para o desenvolvimento de comportamentos e pensamentos suicidas (He et al., 2015).

Considerou-se a ideação suicida como variável dependente do presente estudo - um dos fatores de risco mais proeminente para o suicídio consumado- sendo amplamente reconhecido que quanto maiores os níveis de ideação suicida, maior a propensão do adolescente para atos suicidas que provoquem a sua morte (Saraiva et al., 2014). Tem-se observado que os adolescentes em acolhimento se encontram particularmente vulneráveis à ideação suicida (Bonet et al., 2020a), tendo sido verificadas taxas de ideação suicida e comportamentos suicidários superiores neste grupo de risco, comparativamente aos pares não-institucionalizados (C. C. Katz et al., 2020). No presente estudo, o grupo institucionalizado apresentou resultados mais elevados de ideação suicida, embora não se tenham verificado diferenças significativas entre os dois grupos.

Adolescentes em acolhimento institucional são identificados como um grupo de elevado risco para os diferentes fenómenos do processo suicidário (He et al., 2015). Não obstante, pela análise descritiva dos dados, percebeu-se que a pontuação das dimensões positiva e negativa da ideação suicida sugerem um risco moderado para o desenvolvimento de comportamentos suicidas. Embora estes resultados refutem evidências científicas anteriores (e.g., Katz et al., 2011) de um risco acrescido para pensamentos e comportamentos suicidas, estes podem entender-se se se considerar os pressupostos do acolhimento residencial: os adolescentes em CAT e LIJ estarão, por princípio, em ambiente protegido, na medida em que o meio residencial visa oferecer proteção e promover o bem-estar da criança e/ou adolescente (Teixeira et al., 2018); através dos seus recursos, nomeadamente de acompanhamento especializado (ISS, 2019), depreende-se que, à partida, serão realizadas ações preventivas e interventivas que poderão mitigar ou atenuar o risco suicidário.

Reconhece-se a sintomatologia depressiva como um forte preditor dos atos suicidas, sendo que a maioria dos casos de suicídio consumado e/ou de tentativas de suicídio se referem a adolescentes com diagnóstico de depressão (C. C. Katz et al., 2020; Neves & Santos, 2016). As análises descritivas permitiram apurar que cerca de metade do grupo institucionalizado apresenta sintomas depressivos, cuja severidade varia entre sintomas ligeiros a severos. Estes resultados corroboram os obtidos em estudos anteriores, nos quais se identifica uma prevalência significativa de sintomatologia depressiva em adolescentes institucionalizados (Amy Heneghan et al., 2013; Vinnakota & Kaur, 2018).

Foi também realizado um estudo comparativo em relação à história clínica e à história de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, entre os dois grupos.

Estudos anteriores comprovam que os adolescentes no sistema de acolhimento, têm uma probabilidade três vezes superior de desenvolverem condutas suicidas (Evans et al., 2017). Através dos resultados obtidos na presente investigação comparativa, apurou-se que, tanto os comportamentos autolesivos como as tentativas de suicídio realizadas pelo próprio, são significativamente superiores no grupo institucionalizado, em comparação com o grupo normativo. Estes dados vão ao encontro das conclusões de C.C. Katz e colaboradores (2020), uma vez que os autores concluíram uma prevalência de tentativas suicidas e comportamentos autolesivos superior nos adolescentes em acolhimento, comparativamente aos pares da população geral.

O presente estudo tinha como objetivo, além das análises acima referidas, explorar as diferenças na ideação suicida em função da história clínica e da história de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, em cada um dos grupos, a fim de compreender a influência destas variáveis nos níveis de ideação suicida apresentados pelos adolescentes.

Os resultados apurados permitiram concluir que os níveis de ideação suicida eram superiores para os adolescentes institucionalizados e da população normativa com problemas de saúde mental identificados, existindo uma diferença significativa nesse grupo com a Ideação Suicida. Tal sugere que a presença de um diagnóstico de saúde mental é um fator de risco, aumentando a propensão para o desenvolvimento de condutas suicidas no adolescente. De acordo com os dados da Direção-Geral da Saúde (2013), cerca de 90% dos suicídios consumados haviam sido realizados por adolescentes com diagnósticos de psicopatologia. O Instituto de Segurança Social (2019) adianta que, embora 53% da população em acolhimento apresente psicopatologia diagnosticada, 65% integrava grupos de grande vulnerabilidade.

Yang e Clum (1996) propuseram o Modelo Etiológico da Conduta Suicida, no qual explicam o suicídio como resultado de um processo cumulativo de acontecimentos de vida negativos e dos défices cognitivos subsequentes, nomeadamente a desesperança, o que aumenta a probabilidade do indivíduo desenvolver condutas suicidas. Em concordância, no presente estudo, verificou-se uma diferença significativa entre a desesperança e a ideação suicida em ambos os grupos, sendo que os níveis de ideação suicida eram superiores nos adolescentes que experienciam sentimentos de desespero. Indica, desta forma, que a desesperança é um fator de risco para a ideação suicida.

O acompanhamento especializado a nível de saúde mental tem sido considerado uma componente importante na prevenção de comportamentos suicidas (DGS, 2013). No caso dos adolescentes institucionalizados, tem-se observado um aumento no acompanhamento prestado (ISS, 2019). Destes adolescentes, 66% beneficiam de ajuda psicológica, dos quais 53% regularmente e 13% de forma irregular (ISS, 2019). Em cada um dos grupos, verificou-se que os adolescentes que beneficiam de ajuda psicológica profissional, apresentam níveis superiores de ideação suicida, comparativamente aos pares que não têm esse acompanhamento. Embora possam parecer contraditórios, estes resultados podem justificar-se pelo motivo da procura de ajuda: ambos os grupos de adolescentes recorreram a apoio psicológico por sentimentos de desespero e sintomas depressivos. Depreende-se, assim, que os indivíduos que recebem essa ajuda possam ser os mesmos que revelam níveis superiores de ideação suicida.

Evidências científicas têm identificado continuamente a existência de uma associação entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida, revelando que um historial anterior aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver tentativas de suicídio e ideação suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013). Em ambos os grupos, concluiu-se uma diferença significativa, sugerindo que os níveis de ideação suicida são mais elevados para os adolescentes que já realizaram esses comportamentos. Os dados obtidos indicam, deste modo, que os comportamentos autolesivos são um importante fator de risco para a ideação suicida.

As tentativas de suicídio são um forte preditor da ideação suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013). Neste estudo, observou-se que os níveis de ideação suicida são superiores para os adolescentes em acolhimento que realizaram atos suicidas. Em conformidade, a literatura tem vindo a afirmar que as taxas de ideação suicida e de tentativas suicidas, são particularmente mais elevadas para os adolescentes institucionalizados (C. C. Katz et al., 2020). Embora não se tenham verificado diferenças significativas entre casos de familiares, estas averiguaram-se significativas entre casos de tentativas de amigos e a ideação suicida, em ambos os grupos. Os resultados indicam que a ideação suicida é superior nos adolescentes com casos de tentativas de suicídio em pessoas próximas, comparativamente aos pares que não têm casos em amigos. Ter um amigo que tenha tentado suicidar-se, pode aumentar a propensão de comportamentos e pensamentos suicidas (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Adicionalmente, pretendia-se, num estudo comparativo, explorar as diferenças entre os acontecimentos de vida negativos e as variáveis psicológicas. Num primeiro passo, objetivou-

se analisar as diferenças nos fatores de risco presentes nos adolescentes dos dois grupos, nomeadamente a vivência de acontecimentos de vida negativos e a desesperança.

Os adolescentes em acolhimento, por princípio, vivenciam múltiplos acontecimentos de vida negativos que motivam a sua institucionalização (Gaspar et al., 2017). Estes eventos são considerados um fator preditor da ideação suicida e de tentativas de suicídio futuras, aumentando o risco para essas condutas (Bakhiyi et al., 2017; Cha et al., 2018). De acordo com o presente estudo, os adolescentes da amostra institucionalizada obtiveram resultados mais elevados, relativamente à vivência de todos os tipos de acontecimentos de vida negativos, comparativamente aos adolescentes da amostra normativa. Estes dados vão ao encontro do evidenciado por Katz e colaboradores (2020), que afirmaram que adolescentes com experiências de maus-tratos, abusos físicos, sexuais e psicológicos e/ou de exposição à violência, estão em risco acrescido de comportamento suicida.

A desesperança, é também considerada um importante fator de risco para a ideação suicida, na medida em que, quanto maiores os seus níveis, maior a propensão do adolescente para a ideação suicida (Minkoff et al., 1973). Öztürk e Ekinci (2018), concluíram níveis superiores de desesperança em adolescentes institucionalizados. Na presente investigação, apenas se verificaram diferenças significativas ao nível da perda de motivação, tendo os adolescentes institucionalizados mostrado níveis superiores.

Estes resultados permitiram concluir que os acontecimentos de vida negativos exercem um papel de risco para a ideação suicida e que estão, a par da desesperança, mais presentes no grupo institucionalizado, comparativamente ao grupo normativo.

Foi também objetivo, num segundo momento, explorar os fatores protetores, pelo seu carácter mitigador de comportamentos e pensamentos suicidas (Suicide Prevention Resource Center. & Rodgers, 2011). Destacam-se as razões para viver, a autoestima e a satisfação com o suporte social.

As razões para viver são consideradas como fator protetor, pelo facto de estarem negativamente associadas com a ideação suicida (Gutierrez et al., 2010). De acordo com o apurado no presente estudo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na aceitação e suporte pelos pares, tendo o grupo normativo obtido resultados mais elevados. Estes resultados mostram que: por um lado, são congruentes com o averiguado por Bruns e Letcher (2018), que indicaram que indivíduos com historial de condutas suicidas, além de apresentarem menos razões para viver, valorizam-nas num menor grau, confirmando o seu papel na ideação

suicida; por outro lado, evidenciam que os adolescentes do grupo normativo revelam mais razões para viver, do que os pares institucionalizados- este resultado pode justificar-se pelo facto de os últimos revelarem uma menor satisfação com a vida, comparativamente aos primeiros, como concluído por Delgado e colaboradores (2019).

A autoestima tem sido identificada como um outro importante fator de proteção para a ideação suicida em adolescentes. Embora não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, os níveis de autoestima mostraram-se mais presentes no grupo institucionalizado, comparativamente ao grupo normativo. Estes resultados poderão refutar os estudos de Couceiro (2013), que averiguou que os adolescentes não-institucionalizados apresentavam níveis superiores de autoestima, comparativamente aos pares institucionalizados. Pode justificar-se o evidenciado com o facto de a institucionalização pressupor um acompanhamento especializado, cujo fim último é o de promover o desenvolvimento e bem-estar do indivíduo, cumprindo uma função terapêutica, também, da satisfação das suas necessidades psicológicas, nomeadamente a autoestima (Delgado et al., 2018; ISS, 2019). Depreende-se que, pelo facto de nem todos os adolescentes do grupo normativo possuírem ajuda profissional, estes possam ter níveis de autoestima menos presentes.

A satisfação com o suporte social encontra-se negativamente associada com a ideação suicida, exercendo um papel protetor (Esposito et al., 2004). A presente investigação constatou, no grupo normativo, níveis significativamente superiores de satisfação com o suporte social, em comparação com o grupo institucionalizado, mostrando-se a satisfação com as atividades sociais como possivelmente mais impactante no desenvolvimento da ideação suicida. Tal indica que, quanto mais satisfatório for o suporte social e o apoio familiar percebido, menor será a probabilidade de comportamentos suicidas. Estes dados corroboram a literatura científica, que postula que o desenvolvimento de apoio social consistente poderá estar mais comprometido para os adolescentes institucionalizados (James et al., 2004), comparativamente aos pares da população em geral (Samuels, 2008).

Concluiu-se que as razões para viver e a satisfação com o suporte social estão mais presentes no grupo normativo, e que a autoestima está mais presente no grupo institucionalizado.

No presente estudo, pretendeu-se também avaliar a relação entre os acontecimentos de vida negativos e as variáveis psicológicas de risco e proteção com a ideação suicida, em ambos os grupos.

Na amostra institucionalizada, apuraram-se associações significativas e positivas entre os acontecimentos de vida negativos e a desesperança, com a ideação suicida. Estes resultados suportam a ideia de que os acontecimentos de vida negativos e a desesperança operam como fatores de risco para a ideação suicida, neste grupo de risco (Cha et al., 2018; Minkoff et al., 1973). Ainda nesta amostra, apuraram-se associações significativas, mas negativas, entre a autoestima e a satisfação com o suporte social, com a ideação suicida. Percebeu-se que quanto mais elevados os níveis de autoestima e de satisfação com o suporte social, menor a propensão do adolescente institucionalizado para condutas e pensamentos suicidas. Tal corrobora o concluído por Öztürk e Ekinci (2018) e Esposito e colegas (2004) de que, respetivamente, a autoestima e a satisfação com o suporte social desempenham um papel protetor na ideação suicida.

Em relação ao grupo normativo, constatou-se uma associação positiva entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, indo ao encontro da ideia de que os acontecimentos de vida negativos são um importante fator de risco (Bakhiyi et al., 2017). Foram também encontradas associações significativas e negativas, nomeadamente entre as razões para viver, a autoestima e a satisfação com o suporte social que, em concordância com a literatura científica, sugerem que, na sua presença, estas variáveis atenuam a propensão para a ideação suicida, exercendo um papel protetor (Esposito et al., 2004; Gutierrez et al., 2010; Öztürk & Ekinci, 2018).

Pretendeu-se, por fim, analisar o efeito mediador das variáveis psicológicas de risco (Desesperança, Sintomatologia Depressiva) e de proteção (Razões para Viver, Autoestima e Satisfação com o Suporte Social) nos níveis de ideação suicida, aquando da existência de acontecimentos de vida negativos, na amostra institucionalizada e na amostra normativa.

A análise dos resultados obtidos permitiu apurar que existe uma associação significativa entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, tanto na amostra institucionalizada, como na amostra normativa. Quer dizer, a vivência de acontecimentos de vida negativos, por si, aumenta a vulnerabilidade do adolescente para condutas e pensamentos suicidas. Estes dados vêm confirmar as conclusões de estudos anteriores, segundo os quais a presença de acontecimentos de vida negativos é um forte preditor das tentativas de suicídio e

de comportamentos suicidas, bem como responsável por acentuar os níveis de ideação suicida (Bakhiyi et al., 2017).

Face a análise do papel mediador das variáveis de risco e proteção, entre os acontecimentos de vida negativos e os níveis de ideação suicida, averiguou-se que a relação entre os acontecimentos de vida negativos e os níveis de ideação suicida não é mediada significativamente pelas razões para viver, nas duas amostras, embora contribuam significativamente para o aumento dos níveis de ideação suicida.

Relativamente à autoestima, no grupo institucionalizado, apurou-se um papel mediador parcial significativo na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida. Estes resultados permitem concluir que a autoestima poderá desempenhar um papel protetor nos níveis de ideação suicida, na presença de acontecimentos de vida negativos. É amplamente reconhecido que níveis superiores de autoestima resultam em maior devoção à vida, sentimentos de competência e valor, e torna o adolescente flexível e capaz de desenvolver soluções eficazes para os seus problemas (Couceiro, 2013; Öztürk & Ekinci, 2018), o que cõngrua com os dados obtidos no presente estudo. É de notar que, para o grupo normativo, não se observou um efeito significativo da autoestima na ideação suicida, aquando da presença de acontecimentos de vida negativos.

A análise, no grupo institucionalizado, do efeito entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, a sintomatologia depressiva assumiu uma mediação total. Estes resultados sugerem que a sintomatologia depressiva exerce uma influência significativa nos níveis de ideação suicida, perante a vivência de acontecimentos negativos. Sabe-se que a depressão é um preditor da tentativa de suicídio (H. D. Anderson, 2011) e que, no caso dos adolescentes em acolhimento, parece colocá-los em risco acrescido de condutas suicidas (Libby et al., 2007; Neves & Santos, 2016; Orton et al., 2009). Os resultados do presente estudo corroboram também o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978), que postula que, aquando de um quadro depressivo, o indivíduo se autoperceciona como inútil e sem valor, e detém esquemas cognitivos negativos hipervalentes que o levam a interpretar o mundo de forma deturpada, levando-o a utilizar os comportamentos suicidas como estratégias para lidar com os seus problemas.

Embora não se tenham observado efeitos significativos na amostra institucionalizada, no grupo normativo foi possível averiguar a presença de uma mediação parcial significativa da satisfação com o suporte social, na relação entre os acontecimentos de vida negativos e os

níveis de ideação suicida. Estes dados indicam que, neste grupo de risco, a satisfação com o suporte social poderá constituir um fator protetor da ideação suicida.

Conclusões

O presente estudo permitiu averiguar que a ideação suicida, como marco primário das condutas suicidas, constitui um fator crucial na compreensão do risco de comportamentos suicidários em adolescentes. Igualmente, permitiu caracterizar e comparar as diferenças em função da história clínica, da história de comportamentos suicidários e entre fatores de risco e de proteção e a ideação suicida, nos grupos de adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. Foi também possível aferir o efeito mediador das variáveis psicológicas na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

Não obstante as importantes e variadas análises subordinadas ao processo suicidário em ambas as amostras de adolescentes, podem identificar-se algumas limitações no presente estudo.

Uma limitação poderá prender-se com a recolha de dados: para o grupo em acolhimento, esta foi realizada através de uma plataforma digital, o que, embora possa ter interferido sobre os dados obtidos, facilitou a acessibilidade à amostra, considerando os óbvios constrangimentos impostos pela pandemia COVID-19; ademais, outra limitação poderá ser a considerável extensão do protocolo de recolha de dados, que poderá ter motivado a diminuição dos níveis atencionais, de concentração e motivação dos participantes, influenciando sobre a qualidade das suas respostas.

Ainda a este propósito, outra limitação poderá ser o facto de a população institucionalizada se enquadrar em fases do ciclo vital distintas (as idades dos adolescentes compreendiam entre os 11 anos e os 19 anos). Através dos contactos informais com as instituições, percebeu-se que alguns dos participantes tinham dificuldades ao nível da compreensão e interpretação do protocolo de recolha de dados, o que poderá ter comprometido os dados obtidos.

Adicionalmente, o facto de existir uma discrepância a nível geográfico entre as duas amostras, poderá influir sobre a possibilidade de generalização de resultados, nomeadamente os comparativos: enquanto o grupo em acolhimento pertence a CAT e LIJ da zona Norte, Centro e Sul do país, o grupo normativo pertence a escolas públicas exclusivamente da região do Algarve, permitindo caracterizar apenas os adolescentes especificamente dessa região.

Relativamente à amostra do grupo institucionalizado, uma limitação refere-se ao facto de não terem sido controladas possíveis variáveis parasitas: em ambos os grupos, não foi

realizada uma pré-seleção dos participantes, consoante critérios relevantes como, por exemplo, psicopatologia.

O contínuo reconhecimento de que os adolescentes em acolhimento residencial se encontram em elevado risco de experienciar fenómenos do processo suicidário (He et al., 2015), e as contribuições relevantes da presente investigação sobre a identificação de diferentes fatores de risco e de proteção, e sobre a forma como estes poderão influenciar as condutas suicidas, evidencia a necessidade impreterível da continuidade de estudos que versem esta população de risco e a ideação suicida. Será de extrema importância que se considere a forma como os acontecimentos de vida negativos influenciam o risco de comportamentos suicidas, pela história negativa que, por princípio, conduz estes indivíduos à sua institucionalização.

Sugere-se que, em investigações futuras, se realizem comparações com três grupos de risco de adolescentes: um grupo da população em geral, um grupo em risco psicossocial não-institucionalizado e, por fim, um grupo institucionalizado. Será pertinente averiguar se existirão diferenças entre os três grupos, uma vez que o grupo em risco psicossocial e o grupo institucionalizado, à partida, terão uma história negativa comum que os coloca nessas circunstâncias.

Em suma, é inquestionável a importância de continuar a investigar os fatores preditores do processo suicidário, não só para o compreender, mas também numa natureza preventiva e de sinalização de casos de risco, por forma a desenvolverem-se estratégias eficazes que diminuam a prevalência de comportamentos e de mortes por suicídio consumado. Note-se, nesse sentido, a extrema importância de um acompanhamento contínuo, próximo e especializado, para os adolescentes com propensão para pensamentos e comportamentos suicidas. Especificamente, como estratégias de prevenção em meio institucional, poderiam realizar-se atividades de consciencialização acerca dos fenómenos do processo suicidário (e.g., sintomatologia, fatores de risco, sinais de alarme) e outras que promovam o desenvolvimento de estratégias de coping funcionais neste âmbito, dirigidas tanto aos técnicos, como aos adolescentes. Ademais, seria benéfica uma avaliação psicológica profunda e atenta, pela aplicação de questionários que identifiquem os adolescentes em risco para o suicídio, e a subsequente intervenção psicológica especializada e individual do adolescente em acolhimento.

Referências Bibliográficas

- Águila-Otero, A., Bravo, A., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2020). Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Children and Youth Services Review, 112*.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104923>
- Amparo, D. M. do, Galvão, A. C. T., Alves, P. B., Brasil, K. T., & Koller, S. H. (2009). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia (Natal), 13(2)*, 165–174.
<https://doi.org/10.1590/s1413-294x2008000200009>
- Anderson, A. R., Keyes, G. M., & Jobes, D. A. (2016). Understanding and treating suicidal risk in young children. *Practice Innovations, 1(1)*, 3–19.
<https://doi.org/10.1037/pri0000018>
- Anderson, H. D. (2011). Suicide Ideation, Depressive Symptoms, and Out-of-Home Placement Among Youth in the U.S. Child Welfare System. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(6)*, 790–796. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.614588>
- Bakhiyi, C. L., Jaussent, I., Beziat, S., Cohen, R., Genty, C., Kahn, J.-P., Leboyer, M., Le Vaou, P., Guillaume, S., Courtet, P., Laglaoui Bakhiyi, C., Jaussent, I., Beziat, S., Cohen, R., Genty, C., Kahn, J.-P., Leboyer, M., Le Vaou, P., Guillaume, S., ... Courtet, P. (2017). Positive and negative life events and reasons for living modulate suicidal ideation in a sample of patients with history of suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research, 88*, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.022>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Beck, Aaron T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42(6)*, 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

- Bonet, C., Palma, C., & Gimeno-Santos, M. (2020a). Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on Suicide Risk among Adolescents in Residential Care. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(1), 61–74.
- Bonet, C., Palma, C., & Gimeno-Santos, M. (2020b). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 7(1), 30–37. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.4>
- Brás, M., & Cruz, J. P. (2008). Interacções entre características de personalidade e acontecimentos de vida como fatores de vulnerabilidade em relação à conduta suicida. In I. Leal, J. L. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Edições Ispa.
- Brás, M. S. V., Carmo, I. G., & Jesus, S. N. (2018). Reasons for Living Inventory for Adolescents: Psychometric Properties Among Portuguese Adolescents. *Omega- Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0030222818819340>
- Bruns, K. L., & Letcher, A. (2018). Protective Factors as Predictors of Suicide Risk Among Graduate Students. *Journal of College Counseling*, 21(2), 111–124. <https://doi.org/10.1002/jocc.12091>
- Campos, R. C. (2010). Depressão, Traços Depressivos E Representações. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 371–382.
- Campos, R. C. (2015). Sintomatologia depressiva em estudantes universitários portugueses. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 43, 63–76.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The portuguese version of the beck depression inventory-II (BDI-II) preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258–264. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Psychiatry*, 59(4), 460–482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chavez-Hernandez, A.-M., Correa-Romero, F.-E., Acosta-Rojas, I.-B., Cardoso-Espindola,

- K.-V., Padilla-Gallegos, G. M., & Valadez-Figueroa, I. (2018). Suicidal Ideation, Depressive Symptomatology, and Self-Concept: A Comparison Between Mexican Institutionalized and Noninstitutionalized Children. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(2), 193–198. <https://doi.org/10.1111/sltb.12340>
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd edit). Lawrence Erlbaum Associates.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7(3), 275–302. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90037-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90037-7)
- Couceiro, M. I. R. C. (2013). *Bem-estar Subjetivo em Jovens Institucionalizados e não Institucionalizados: A influência do Capital Psicológico Positivo, da Autoestima e do Suporte Social*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Cruz, J. P. (2000). *Terapia cognitiva de los intentos de suicídio: Cambiando historias de muerte por historias de vida*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Delgado, P., Carvalho, J. M. S., Montserrat, C., & Llosada-Gistau, J. (2019). The Subjective Well-Being of Portuguese Children in Foster Care, Residential Care and Children Living with their Families: Challenges and Implications for a Child Care System Still Focused on Institutionalization. *Child Indicators Research*, 13(1), 67–84. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09652-4>
- Delgado, P., Carvalho, J. M. S., & Pinto, V. S. (2018). Tomada de decisão no sistema de proteção das crianças e jovens: Um estudo comparativo entre as atitudes de profissionais e de estudantes. *Análise Psicológica*, 36(3), 355–367. <https://doi.org/10.14417/ap.1432>
- Dell’Aglío, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 351–357. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722004000300008>
- Deutsch, S. A., Lynch, A., Zlotnik, S., Matone, M., Kreider, A., & Noonan, K. (2015). Mental Health, Behavioral and Developmental Issues for Youth in Foster Care. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(10), 292–297. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.08.003>
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*.
- Durkheim, E. (1977). *O Suicídio*. Editorial Presença.

- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2004). Affective, Behavioral, and Cognitive Functioning in Adolescents with Multiple Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 389–399. <https://doi.org/10.1521/suli.33.4.389.25231>
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122–129. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2017.09.020>
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123–130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gaspar, M. F. M., Gaspar, J. P. M., & Elias, A. (2017). Desafios de Autonomização com Jovens (E)Acolhidos. *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 8, 187–203.
- Goldston, D. B., Reboussin, B. A., & Daniel, S. S. (2006). Predictors of suicide attempts: State and trait components. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 842–849. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.842>
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213–222. <https://doi.org/10.1016/J.RPSP.2013.05.001>
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2010). Why Young People Do Not Kill Themselves: The Reasons for Living Inventory for Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 177–187. <https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902>
- He, A. S., Fulginiti, A., & Finno-Velasquez, M. (2015). Connectedness and suicidal ideation among adolescents involved with child welfare: A national survey. *Child Abuse and Neglect*, 42, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.016>
- Heisel, M. J., Neufeld, E., & Flett, G. L. (2016). Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 195–207. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078279>
- Heneghan, A., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Kerker, B. D.,

- Landsverk, J., & Horwitz, S. M. (2015). Health-risk Behaviors in Teens Investigated by Child Welfare Agencies. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 508–514.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Heneghan, Amy, Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Fisher, E., Landsverk, J., & Horwitz, S. M. (2013). Mental Health Problems in Teens Investigated by U.S. Child Welfare Agencies. *Journal of Adolescent Health, 52*(5), 634–640.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.269>
- ISS. (2017). CASA 2017-Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. In *Instituto da Segurança Social, I.P* (Vol. 2). http://www.seg-social.pt/documents/10152/16000247/Relatorio_CASA_2017/537a3a78-6992-4f9d-b7a7-5b71eb6c41d9
- ISS. (2019). CASA 2018: Caraterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. In *Instituto da Segurança Social, I.P*. http://www.seg-social.pt/documents/10152/16000247/Relatorio_CASA_2017/537a3a78-6992-4f9d-b7a7-5b71eb6c41d9%0Ahttp://www.seg-social.pt/documents/10152/16662972/Relatório_CASA2018/f2bd8e0a-7e57-4664-ad1e-f1cebcc6498e
- James, S., Landsverk, J., & Slymen, D. J. (2004). Placement movement in out-of-home care: Patterns and predictors. *Children and Youth Services Review, 26*(2), 185–206.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2004.01.008>
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 883–889.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.013>
- Katz, C. C., Busby, D., & McCabe, C. (2020). Suicidal behaviour in transition-aged youth with out-of-home care experience: Reviewing risk, assessment, and intervention. *Child and Family Social Work, 2011*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/cfs.12733>
- Katz, L. Y., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P. J., Chateau, D., Enns, M. W., Kozyrskyj, A. L., & Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *Canadian Medical Association Journal, 183*(17), 1977–1981. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110749>

- Kim, H., Lee, Y., & Choi, S. (2019). Increasing trend in the risk of suicide among residential care children and adolescents in South Korea. *Children and Youth Services Review, 105*, 104445. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104445>
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*(1), 25–46. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00056.x>
- Libby, A. M., Orton, H. D., Barth, R. P., Webb, M. B., Burns, B. J., Wood, P. A., & Spicer, P. (2007). Mental health and substance abuse services to parents of children involved with child welfare: A study of racial and ethnic differences for American Indian parents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*(2), 150–159. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0099-2>
- Liu, B.-P., Zhang, J., Chu, J., Qiu, H.-M., Jia, C.-X., & Hennessy, D. A. (2019). Negative life events as triggers of suicide attempt in rural China: A case-crossover study. *Psychiatry Research, 276*, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.008>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, Depression and Attempted Suicide. *Am Journal Psychiatry, 130*(4), 455–459.
- Monteiro, J. P. N. (2012). *Depressão e Ideação Suicida em Adolescentes : As Várias Faces da Institucionalização*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Neves, M. F. B. V., & Santos, J. C. (2016). Saúde mental e comportamentos da esfera suicidária dos adolescentes numa região insular portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(10), 77–84. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV15028>
- Orton, H. D., Riggs, P. D., & Libby, A. M. (2009). Prevalence and characteristics of depression and substance use in a U.S. child welfare sample. *Children and Youth Services Review, 31*(6), 649–653. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2008.12.005>
- Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R., Besett, T. M., & Linehan, M. M. (1998). The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A): Development and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology, 54*(8), 1063–1078. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199812\)54:8<1063::AID-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199812)54:8<1063::AID-)

- Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C., & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology, 59*(4), 493–512. <https://doi.org/10.1002/jclp.10154>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports, 82*, 783–793. <https://doi.org/10.2466/pr0.82.3.783-793>
- Öztürk, Ş., & Ekinçi, M. (2018). The effect of structured education on self-esteem and the suicide probability of male adolescents living in orphanages. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(4), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.011>
- Pecora, P. J., White, C. R., Jackson, L. J., & Wiggins, T. (2009). Mental health of current and former recipients of foster care: A review of recent studies in the USA. *Child and Family Social Work, 14*(2), 132–146. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00618.x>
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica, 1*, 235–244.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *SPSS Guia Prático de Utilização- Análise de Dados Para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Raviv, T., Taussig, H. N., Culhane, S. E., & Garrido, E. F. (2010). Cumulative risk exposure and mental health symptoms among maltreated youth placed in out-of-home care. *Child Abuse and Neglect, 34*(10), 742–751. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.011>
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric Characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in College Students. *Journal of Personality Assessment, 56*(2), 289–307. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica, 17*(3), 547–558. www.placebo.pt
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy, 32*(2), 201–219. <https://doi.org/10.3928/0048-5713->

19910701-09

- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 685–703.
[https://doi.org/10.1016/s0190-7409\(00\)00116-x](https://doi.org/10.1016/s0190-7409(00)00116-x)
- Samuels, G. M. (2008). *A Reason, a Season, or a Lifetime: Relational Permanence Among Young Adults with Foster Care Backgrounds*.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. In *Psicologia: teoria, investigação e prática* (Vol. 2, pp. 253–268). <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16170>
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica*. LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.
- Suicide Prevention Resource Center., & Rodgers, P. (2011). *Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide*. 1–7.
- Szmajda, R., & Gmitrowicz, A. (2018). Selected mental health problems in institutionally reared children. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(4), 354–363.
<https://doi.org/10.15557/PiPK.2018.0043>
- Tarren-Sweeney, M. (2018). The Mental Health of Adolescents Residing in Court-Ordered Foster Care: Findings from a Population Survey. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 443–451. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0763-7>
- Tavares-Rodrigues, A., González-García, C., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2019). Needs assessment of youths in residential child care in Portugal/ Evaluación de necesidades de jóvenes en acogimiento residencial en Portugal/ Evaluación de necesidades de jóvenes en acogimiento residencial en Portugal. *Revista de Psicologia Social/ International Journal of Social Psychology*, 00(00), 1–13.
<https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1576325>
- Teixeira, D. N., Silva, S. R., & Henriques, M. R. (2018). Crianças em acolhimento residencial: Conteúdo temático das suas narrativas de vida. *Análise Psicológica*, 36(1),

1–14. <https://doi.org/10.14417/ap.1245>

- Tordön, R., Svedin, C. G., Fredlund, C., Jonsson, L., Priebe, G., & Sydsjö, G. (2019). Background, experience of abuse, and mental health among adolescents in out-of-home care: a cross-sectional study of a Swedish high school national sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *73*(1), 16–23. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1527397>
- Vinnakota, A., & Kaur, R. (2018). A Study of Depression, Externalizing, and Internalizing Behaviors among Adolescents Living in Institutional Homes. *Journal of Applied and Basic Medical Research*, *8*, 89–95. <https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR>
- Wathier, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, *29*(3), 305–314. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082007000300010>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, *12*(4), 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Winokur, M. A., Holtan, A., & Batchelder, K. E. (2015). Systematic Review of Kinship Care Effects on Safety, Permanency, and Well-Being Outcomes. *Research on Social Work Practice*, *28*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1177/1049731515620843>
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide Preventing suicide. *Preventing Suicide: A Global Imperative*, 92.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life events on cognitive functioning and risk for suicide in a college sample. *Clinical Psychology Review*, *16*(3), 177–195.
- Yoder, K. A., & Hoyt, D. R. (2005). Family Economic Pressure and Adolescent Suicidal Ideation: Application of the Family Stress Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(3), 251–264. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.251>
- Yoon, M., Cho, S., & Yoon, D. (2019). Child maltreatment and depressive symptomatology among adolescents in out-of-home care: The mediating role of self-esteem. *Children and Youth Services Review*, *101*, 255–260. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.015>

York, J. A., Lamis, D. A., Pope, C. A., & Egede, L. E. (2013). Veteran-specific suicide prevention. *Psychiatric Quarterly*, 84(2), 219–238. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9241-3>

Anexos

Anexo A. Questionário Sociodemográfico (QS)

Questionário de Informação Sociodemográfica

Saúde Mental dos Adolescentes em Portugal

Este questionário é relativo a uma investigação a decorrer com adolescentes portugueses sobre saúde mental e, em particular, a ideação suicida. A tua colaboração é muito importante, na medida em que irás contribuir para o desenvolvimento de uma investigação científica. Para o efeito, basta que respondas a cada uma das questões que se seguem, assinalando a tua resposta conforme as indicações apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas, motivo pelo qual te pedimos que respondas de forma sincera. O questionário demora cerca de 30 minutos a preencher. Não deverás identificar-te. As tuas respostas são anónimas e confidenciais, e utilizadas apenas para fins deste estudo. A tua participação é também voluntária, pelo que poderás desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

I

Por favor, 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: _____

e. Instituição: _____

4. Qual o teu rendimento escolar médio neste ano letivo?

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
5. Participas em atividades religiosas.					
6. Consomes álcool.					
7. Consomes tabaco.					
8. Consomes drogas.					
9. Praticas desporto.					

10. Já tiveste algum problema psicológico diagnosticado?

a. Sim _Qual? _____

b. Não _____

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

a. Sim _____

b. Não _____

12. Já cometeste atos que sabias serem perigosos, ao ponto de pôr a tua vida em risco (ex., fazer cortes, consumir álcool até ficar inconsciente), mas sem a intenção de que fossem fatais?

a. Sim _____

b. Não _____

13. Já cometeste algum ato com o objetivo de pões fim à tua vida?

a. Sim _____

b. Não _____

14. Houve casos de tentativas de suicídio ou suicídio na tua família?

a. Sim _____

b. Não _____

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

a. Sim _____

b. Não _____

16. Já recebeste ajuda psicológica por te sentires de tal forma desesperado(a) que desejasses não estar vivo(a)?

a. Sim _____

b. Não _____

17. Já alguma vez pediste ajuda a alguém por te sentires deprimido(a) ou sem razões para continuar a viver?

- a. Sim, já pedi _____
- b. Não, apesar de já ter estado nessa situação _____
- c. Nunca pedi, porque nunca precisei _____

18. Já pediste ajuda para um(a) amigo(a) que te parecia estar deprimido(a) ou com ideias sobre terminar com a própria vida?

- a. Sim, já pedi _____
- b. Não, apesar de ter colega(s) nessa situação _____
- c. Nunca me confrontei com essa situação _____

19. Com que idade foste institucionalizado? _____

20. Por que motivo estás na instituição?

- a. Maus-tratos (ex. físicos, psicológicos) _____
- b. Abandono _____
- c. Negligência _____
- d. Abuso (ex. sexual, psicológico) _____
- e. Condições de vida adversas (ex. problemas financeiros) _____
- f. Outros _____

21. Antes de estares a viver nesta instituição, com quem vivias?

- a. Ambos os pais _____
- b. Pai ou mãe _____
- c. Outros familiares _____
- d. Outra instituição _____
- e. Outros _____

22. Tens irmãos institucionalizados?

- a. Sim _____
- b. Não _____
- c. Se sim, quantos? _____ e. Quantos se encontram na mesma instituição que tu? _____

23. Como foi a tua adaptação à instituição?

- a. Muito boa _____
- b. Boa _____
- c. Nem boa nem má _____
- d. Má _____
- e. Muito má _____

24. Achas que estás adaptado/a à instituição, atualmente?

- a. Sim _____
- b. Não _____

25. Os teus pais e/ou outros familiares visitam-te?

a. Sim _____

b. Não _____

c. Se sim, com que frequência? Raramente _____ Algumas Vezes _____ Muitas vezes _____

Anexo B. Exemplo de pedido de autorização de recolha de dados

Patrícia Abrantes

Contactos: a54277@ualg.pt

Exma. Senhor Diretor Técnico,

Eu, Patrícia de Jesus Abrantes, encontro-me atualmente a realizar uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, sob a orientação da Prof.^a Doutora Marta Brás, que visa um estudo comparativo da saúde mental de três grupos de adolescentes: (a) da população geral não sinalizados e não-institucionalizados, (b) adolescentes sinalizados como estando em risco psicossocial, mas não-institucionalizados e (c) adolescentes institucionalizados.

A saúde mental dos adolescentes é uma séria preocupação atualmente, sobretudo nos que estão em situações de risco psicossocial e institucionalizados. Crianças e adolescentes institucionalizados parecem apresentar maior prevalência de problemas de saúde mental, comparativamente à generalidade. Devido a circunstâncias geradoras de stresse, nomeadamente acontecimentos de vida negativos, estes adolescentes encontram-se em risco acrescido de múltiplas vulnerabilidades ao nível da saúde mental e inclusive de experienciar diferentes fenómenos do processo suicidário. Dada a extrema importância da temática e uma vez que existem poucos estudos em Portugal que comparem a saúde mental dos adolescentes em diferentes situações (institucionalização vs. não-institucionalização), justifica-se a necessidade de compreender esta problemática.

Para a viabilidade desta investigação é imprescindível a colaboração das instituições que acolhem adolescentes. Assim, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a que se digne a autorizar a recolha de dados na Instituição a que preside.

A recolha de dados consistirá na aplicação de questionários aos adolescentes residentes com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos, cujos instrumentos – adaptados para adolescentes da população portuguesa – visam avaliar fatores psicológicos de risco e de proteção (sintomatologia depressiva, desesperança, razões para viver, autoestima, suporte social) para a ideação suicida. O seu preenchimento terá uma duração estimada de 30 minutos, sendo que será realizado de acordo com a disponibilidade dos adolescentes e respeitando as rotinas da instituição. Dada a atual situação do COVID-19 do nosso país, estamos a pensar converter o questionário em formato digital, em alternativa à sua aplicação sob a forma presencial. Assim, os utentes responderiam através de um link que, após a sua autorização, iríamos enviar.

A participação dos adolescentes está sujeita a consentimento informado, é voluntária e anónima, já que os adolescentes não cedem qualquer identificação ou dado que os permita ser identificados. Informa-se ainda que os adolescentes podem desistir em qualquer momento, sem qualquer consequência.

Comprometemo-nos a garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e a utilizá-los unicamente para fins desta investigação, bem como a apresentar os seus resultados globais à instituição, se esta assim o entender.

Encontramo-nos inteiramente ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento adicionais.

Agradecemos desde já, a atenção dispensada, com os meus melhores cumprimentos,

Patrícia Abrantes

Anexo C. Consentimento informado para os adolescentes

Saúde Mental nos Adolescentes em Portugal

Caro participante,

Este questionário é relativo a uma investigação a decorrer com adolescentes portugueses sobre saúde mental e, em particular, a ideação suicida.

A tua colaboração é muito importante, na medida em que irás contribuir para o desenvolvimento de uma investigação científica. Para o efeito, basta que respondas a cada uma das questões que se seguem, assinalando a tua resposta conforme as indicações apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas, motivo pelo qual te pedimos que respondas de forma sincera.

O questionário demora cerca de 30 minutos a preencher. Não deverás identificar-te. As tuas respostas são anónimas e confidenciais, e utilizadas apenas para fins deste estudo.

A tua participação é também voluntária, pelo que poderás desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Muito obrigada pela colaboração!



(A preencher pelo(a) utente)

Eu declaro que li e aceito participar neste estudo.

(assinatura ou rúbrica)