

Patrícia Mendes Elias (60068)

**Vulnerabilidade para a ideação suicida:
Estudo comparativo entre adolescentes com e sem risco
psicossocial**



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

Patrícia Mendes Elias (60068)

**Vulnerabilidade para a ideação suicida:
Estudo comparativo entre adolescentes com e sem risco
psicossocial**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Dissertação efetuada sob a orientação de Prof.^a Doutora Marta Brás



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

Título do trabalho:

Vulnerabilidade para a ideação suicida: Estudo comparativo entre adolescentes com e sem risco psicossocial

Declaração de Autoria de trabalho

Declaro ser autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados encontram-se devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Copyright © 2018, por Patrícia Mendes Elias

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.

Agradecimentos

À Professora Doutora Marta Brás, pela orientação e força e todo o apoio nesta dissertação.

Aos envolvidos do projeto *Mudaki* por autorizarem a minha investigação mas sobretudo a todo o apoio muito além do suposto.

Muito em especial à Doutora Carla coordenadora de *Mudaki* que foi a primeira a apoiar-me neste processo da recolha de dados.

Muito agradecida pelo apoio cheio de garra e carinho por parte da atual coordenadora do *Mudaki* Dr^a Ana Fonseca, sempre incansável e dinâmica, sem ela não seria possível conseguir o número de amostra desejado.

Muito obrigada ao Stefan, também elemento essencial para a recolha de dados.

Às minhas colegas, em muito especial à Julieta sempre comigo em todas as etapas desta última fase.

À minha fiel amiga Miriam, que sempre motivou e na compreensão respeitou sempre o meu espaço de dedicação à escrita.

Ao meu príncipe Dário, que à distância de quilómetros conseguiu estar sempre tão perto e aquecer-me o coração.

À minha família, em especial à minha querida irmã Monya, que desde o início me motivou em termos académicos, mas ainda mais por acreditar em mim, dissipando dúvidas e fortalecendo sempre a vontade de continuar. À minha mãe... sempre mãe!

Resumo

O suicídio é um problema de saúde pública assente num fenómeno complexo e multifacetado que tem início com a ideação suicida, passando por um plano até ao término da própria vida. Segundo modelos explicativos, existem fatores de risco e proteção que podem influenciar o comportamento suicidário; tais como desesperança, acontecimentos de vida negativos, autoestima, razões para viver e satisfação com o suporte social.

O presente estudo tem como objetivo conhecer os fatores psicológicos de risco e de proteção para a ideação suicida em adolescentes considerados em risco psicossocial e, posteriormente, comparar estes fatores psicológicos de risco e proteção para a ideação suicida entre adolescentes em risco psicossocial e adolescentes da população normativa.

Desta forma, foi recolhida uma amostra de 137 adolescentes, com idades entre 10 e os 19 anos. Esta amostra foi dividida em dois grupos – Grupo de Risco Psicossocial ($n = 60$) e Grupo Normativo ($n = 77$).

Tendo em conta os resultados obtidos, o Grupo de Risco Psicossocial apresenta acontecimentos de vida negativos com maior frequência e maior impacto em relação ao Grupo Normativo. Em relação à satisfação com o suporte social, esta é menor no Grupo de Risco Psicossocial em relação ao Grupo Normativo. Percebeu-se a relação entre acontecimentos de vida negativa com a ideação suicida.

Desta forma, os acontecimentos de vida negativos, são mais frequentes em grupo de jovens em risco psicossocial e revelam uma maior tendência para a ideação suicida.

Palavras-Chave: ideação suicida, adolescentes, risco psicossocial, fatores psicológicos

Abstract

Suicide is a public health problem based on a complex and multifaceted phenomenon that begins with suicidal ideation, going through a plan until the end of life itself. According to explanatory models, there are risk and protective factors that may influence suicidal behavior; such as hopelessness, negative life events, self-esteem, reasons to live and satisfaction with social support. The present study aims to know the psychological factors of risk and protection for suicidal ideation in adolescents considered psychosocial risk and, subsequently, to compare these psychological factors of risk and protection for suicidal ideation in adolescents at psychosocial risk and adolescents in the normative population. Thus, a sample of 137 adolescents, aged between 10 and 19 years old, was collected. This sample was divided into two groups – Psychosocial Risk Group ($n = 60$) and normative group ($n = 77$). Considering the results obtained, the Psychosocial risk group presents negative life events with greater frequency and greater impact in relation to the normative group. Regarding satisfaction with social support, this is lower in the psychosocial risk group in relation to the normative group. The relationship between negative life events and suicidal ideation was perceived. Thus, negative life events are more frequent in a group of young people at psychosocial risk and reveal a greater tendency towards suicidal ideation.

Key words: Suicidal ideation, adolescents, psychosocial risk, psychological factors

Índice

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico.....	3
2.1. Contexto Histórico.....	3
2.2. Dados Epidemiológicos	4
2.3. Processo Suicidário.....	4
2.4. Modelos Explicativos do Suicídio.....	5
2.5. Risco psicossocial na adolescência para a ideação suicida	7
3. Objetivos	11
3.1. Objetivos Gerais	11
3.2. Objetivos Específicos	11
4. Metodologia	11
4.1. Desenho	11
4.2. Participantes.....	12
4.3. Instrumentos	12
4.3.1. Questionário de dados pessoais (QDP)	13
4.3.2. Inventário de razões para viver para adolescentes (RFL-A)	13
4.3.3. Escala de Desesperança por Beck (BHS)	14
4.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)	15
4.3.5. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)	15
4.3.7. Questionário de Ideação Suicida (QIS).....	17
4.4. Procedimento	17
4.4.1. Recolha de dados.....	17
4.4.2. Análise de Dados.....	18
4.4.3. Tratamento de dados	18
5. Resultados	19
5.1. Análise Descritiva.....	19
5.2. Análise Comparativa entre Grupo de Risco Psicossocial e Grupo Normativo	21
5.3. Associação de Variáveis Psicológicas no Grupo de Risco Psicossocial com a Ideação Suicida	27
6. Discussão	30
7. Referências Bibliográficas	38
8. Anexos	40

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student de RFL-A	21
Tabela 2 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student da Escala H.....	23
Tabela 3 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student da Escala AE	23
Tabela 4 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student da IAVN.....	25
Tabela 5 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student da ESSS.....	26
Tabela 6 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student do QIS	27
Tabela 7 Correlações entre RFL-A, H, EA, IAVN e ESSS com a Ideação Suicida	29

1. Introdução

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2013), o suicídio é um problema de saúde pública assente num fenómeno complexo e multifacetado que resulta da interação de vários fatores de cerne biopsicossocial.

Numa escala mundial, o suicídio é denotado como a 13^a causa de morte, sendo de salientar que nos jovens entre os 15 e os 19 anos corresponde à segunda causa de morte (OMS, 2018).

A adolescência é uma delicada fase do desenvolvimento de um indivíduo, caracterizada por mudanças fisiológicas e psicossociais, com necessidade de sentimentos de pertença e de concretização em diferentes áreas (Guerreiro & Sampaio, 2014).

Contudo, é uma fase de desenvolvimento que aliada a vulnerabilidades pode suscitar fatores de risco como desesperança, baixa autoestima, adversidade familiar, acontecimentos de vida negativos que na regulação deficitária de emoções tornam-se variáveis facilitadoras ao desenvolvimento de ideação suicida.

A redução de risco de suicídio pode ser suportada por fatores de proteção, como a satisfação a nível de suporte social que envolve apoio familiar, boa integração social e apoio nas relações de amizade e relacionamentos significativos. Fatores individuais como razões para viver e autoestima também são considerados protetores contra o suicídio.

Os ambientes familiares de risco são caracterizados por condições hostis de vida que remetem para escassas ou inadequadas estratégias para resolução de problemas (Miranda, 2015) que, por sua vez, influenciam negativamente os membros familiares em desenvolvimento, a criança ou adolescente. Estes são então afetados a nível biopsicossocial,

sobressaindo vulnerabilidades como dificuldades em perspetivar o futuro, apresentação de uma comunicação disfuncional, o que pode levar ao encontro de variáveis condutoras à ideação suicida (Souza et al., 2008).

Face ao exposto espera-se que os adolescentes com determinadas condições psicossociais apresentem mais fatores de risco para a saúde mental do que os adolescentes isentos de vulnerabilidade psicossocial.

Neste sentido, a presente investigação pretende comparar vulnerabilidades para a ideação suicida entre um grupo de adolescentes considerado em risco psicossocial em um grupo normativo. Visto pensar-se que maior vulnerabilidade levará a uma maior ideação suicida e existir a perspetiva de que adolescentes provenientes de famílias de risco psicossocial poderão apresentar maior vulnerabilidade.

Deste modo, a investigação apresentada nesta dissertação, está organizada por vários capítulos, começando pelo enquadramento teórico em que são expostas temáticas pertinentes, como o processo suicidário, dados epistemológicos recentes face ao suicídio na adolescência e modelos explicativos do comportamento suicidário, o risco psicossocial na adolescência e a relação entre o risco psicossocial na adolescência e a ideação suicida.

Em seguida serão referidos os objetivos do presente estudo, o método que inclui a descrição dos participantes, os instrumentos aplicados, assim como o procedimento da recolha e de análise dos dados. Por último, na discussão são analisados e discutidos os resultados em comparação com estudos prévios, enunciadas as limitações e implicações do estudo.

2. Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico pretende apresentar os pontos pertinentes ao presente estudo. Neste sentido será exposta a temática de suicídio, dados epistemológicos, o processo suicidário e modelos teóricos explicativos da ideação suicida, o risco psicossocial na adolescência e a relação entre o risco psicossocial e a ideação suicida.

2.1. Contexto Histórico

O suicídio foi considerado como um ato de crime ou de pecado até ao século XIX, e, atualmente, não se isenta completamente de ser estigmatizado (Saraiva & Sampaio, 2006). Desde o século XVIII, a temática do suicídio começou a ganhar importância enquanto objeto de estudo por ser visto como um problema meramente moral e a partir do século XIX passou a considerar-se um “crescente problema social a exigir explicação”, segundo Lukes (1977). Durkheim foi o sociólogo pioneiro no estudo do suicídio (1897), considerando um ato intencional de carácter social, com base questionável na coexistência do indivíduo com a coletividade. Descreveu quatro tipos de suicídio como, suicídio egoísta, que é de extremo individualismo por ausente integração na sociedade, o suicídio altruísta, suportado pela obediência e estímulo coercitivo para a sociedade, e o suicídio representaria uma mudança abrupta a marcar uma ascensão do número de suicídios em período de crise social definido por suicídio anímico. Por último, definiu o suicídio fatalista quando existe excesso de regulação pela sociedade. Neste caso, o indivíduo não percebe nenhuma possibilidade de futuro devido a aspirações totalmente verificadas pela sociedade, o suicídio surge como única escapatória possível a um contexto normativo imposto e inapelável.

Atualmente o suicídio é considerado como um fenómeno complexo e multifacetado que resulta da interação de fatores de carácter filosófico, antropológico, psicológico, biológico e

social, sendo considerado um problema de saúde pública (DGS, 2013). O presente estudo considera a perspetiva psicológica do suicídio.

2.2. Dados Epidemiológicos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de suicídio revelam um aumento de 60% nos últimos 45 anos; nesta escala mundial corresponde à 13^a causa de morte, sendo de salientar que no grupo de jovens (entre os 15 e 19 anos) apresenta-se como a segunda causa de morte (INE, 2018).

Em Portugal, embora exista uma subestimação dos números de suicídio. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2018), os últimos registos indicam que ocorreram 9,4 suicídios por 100 000 habitantes, residentes em Portugal no ano 2016; sendo a taxa de suicídio maior no género masculino (15,2 por 100 000 habitantes) do que no género feminino (4,2 por 100 000 habitantes).

O número de casos de suicídio já é elevado, mas supõe-se que o número de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio seja superior. Estima-se, por exemplo, que na população geral as tentativas de suicídio sejam cerca de 20 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (OMS, 2018) e na população jovem aproximadamente 100 a 200 vezes (Bertolote & Fleischmann, 2009).

2.3. Processo Suicidário

O processo suicidário engloba diferentes tipos de fenómenos: os comportamentos autolesivos, a ideação suicida e os atos suicidas (tentativa de suicídio e o suicídio consumado).

Os comportamentos autolesivos representam comportamentos sem intencionalidade suicida, mas de lesão intencional, como cortar o próprio, saltar de um local elevado, ingerir medicamentos numa posologia superior à recomendada ou a ingestão de uma substância ou objeto não-ingeríveis. A ideação suicida refere-se a cognições sobre terminar com a própria vida podendo ser precursora de comportamentos autolesivos ou atos suicidas, apresenta-se sob a forma de desejo ou plano sem ter de existir a passagem concreta ao ato (DGS, 2013).

Quando se verifica o ato levado a cabo em que se visa concretizar a morte, mas esta não se concretiza por impedimentos externos ao sujeito denomina-se por tentativa de suicídio. A morte provocada pelo próprio com base na intenção de pôr termo à vida denomina-se por suicídio consumado (DGS, 2013).

2.4. Modelos Explicativos do Suicídio

O suicídio é um ato multifacetado pelo que pode ser explicado por fatores de diferentes naturezas, como já foi referido. Segundo Fisher e Shaffer (1984), pode enunciar-se fundamentalmente três modelos explicativos do suicídio: modelo nosológico, modelo sociológico e modelo psicológico. Refere-se ao modelo nosológico quando o próprio término de vida está associado a uma doença individual; no modelo sociológico, o suicídio está refere o comportamento previsível associado a determinada posição do sujeito na sociedade e na situação vital e o modelo psicológico refere o suicídio como resultante do contributo de variáveis individuais e da história de vida, que podem levar a um sofrimento intolerável (Sampaio, 2002).

No contexto de modelos psicológicos e de alicerce cognitivo pode referir-se o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio segundo Rush e Beck (1978), o Modelo Etiológico da

Conduta Suicida por Yang e Clum (1996), o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida por Cruz (2006) e o Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida de Wenzel e Beck (2008).

No que diz respeito ao Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978), os comportamentos suicidários são consequentes da depressão, a qual é explicada pela tríade cognitiva (uma visão negativa de si próprio, dos outros e do futuro), por esquemas mentais disfuncionais e pelas distorções cognitivas.

O Modelo Etiológico da Conduta Suicida proposto por Yang e Clum (1996), associa os comportamentos suicidários e as experiências negativas precoces, salientando a psicopatologia familiar, maus-tratos na infância e seio familiar carenciado, que levam a défices cognitivos como a baixa autoestima, dependência da rede social e baixa capacidade de resolução de problemas. O suicídio seria, deste modo, o resultado da acumulação de acontecimentos de vida negativos tendo os défices cognitivos como mediadores.

O Modelo de Conduta Suicida (Cruz, 2006) engloba três grupos de fatores determinantes, como os fatores de vulnerabilidade, fatores predisponentes e fatores precipitantes até à eclosão da conduta suicida. Os fatores de vulnerabilidade estão relacionados com acontecimentos de vida negativos que vão fazer suscitar o desenvolvimento da crise suicida a par de características de personalidade como o perfeccionismo, a impulsividade e a desesperança. Os fatores predisponentes relacionam formas cognitivas e comportamentais específicas que refletem baixa autoestima, rigidez cognitiva e pensamento dicotómico. Os motivos mais presentes no tempo representam os fatores precipitantes que vão determinar o momento e forma da conduta suicida.

O Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida de Wenzel e Beck (2008) relaciona o comportamento suicida com acontecimentos de stresse atuais, processos cognitivos e desesperança. Considera fatores de vulnerabilidade disposicional como “variáveis-traço”, que

relacionam risco não-específico para perturbações psiquiátricas e para o comportamento suicida. Neste sentido, o modelo considera que características psicológicas elevam a probabilidade de sujeito envolver-se em comportamentos suicidas podendo fazer parte a impulsividade e construtos relacionais (como agressividade), fraca capacidade na resolução de problemas, memória sobre-generalizada, estilo cognitivo de reduzida adaptação e a personalidade. Estes autores ressaltam ainda a desesperança em ligação aos processos cognitivos na conduta suicida. Diferencia-se a desesperança-traço e desesperança crónica. A desesperança-traço faz parte do esquema mental suicida e pode ser ativado por *stressores* ambientais passando a ser desesperança-estado, proporcionando o aumento da ideação suicida caracterizada por uma situação atual insuportável que pode facilitar o ato suicida.

Os modelos referidos apresentam-se concordantes em relação à existência de vários fatores de risco para o suicídio, tais como os acontecimentos de vida negativos, a desesperança e a autoestima como mediadores. Também é de salientar que alguns modelos, sublinham o papel que os acontecimentos negativos vividos sobretudo durante a infância e a adolescência podem ter na ideação suicida (Yang & Clum, 1996; Cruz 2006).

2.5. Risco psicossocial na adolescência para a ideação suicida

A adolescência é uma fase de desenvolvimento e maturação prévia à fase adulta, marcada por mudanças fisiológicas e psicossociais. Uma adolescência normal caracteriza-se por sentimentos de pertença em relação a outros, pela regulação de emoções e a concretização de bem-estar nas diferentes áreas de desenvolvimento. Uma adolescência patológica descreve-se de forma oposta pela desesperança, incapacidade para lidar com emoções tal como fazer prevalecer um sentimento de bem-estar. Neste sentido, se o adolescente adotar

comportamentos autolesivos pode ser um indicador de adolescência patológica, que reflete um intenso mal-estar (Guerreiro & Sampaio, 2014).

Em Portugal, investigações referem o adolescente suicida como o triplo fracasso a nível individual, familiar e social, em que o sujeito tenta alterar uma situação insustentável; assim, o jovem descreve-se por norma com baixa autoestima, constante sofrimento, organizando-se num perfil de pouca sociabilidade, abundante tristeza e insegurança; este tipo de perfil enquadra-se em jovens de família disfuncional com registo de conflitos frequentes (Guerreiro & Sampaio, 2014).

Com base no que foi exposto anteriormente, evidenciam-se fatores de risco - entendidos como variáveis facilitadoras do desenvolvimento da ideação suicida e, por conseguinte, da conduta suicida – que integram diferentes tipos de fatores. Os fatores de risco envolvem circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, traços de personalidade, bem como fatores demográficos, sociais e educacionais, como baixo nível educacional e socioeconómico.

Os acontecimentos de vida negativos e adversidade no contexto familiar são o tipo de fator de risco, que inclui a separação ou divórcio parental, morte de um dos progenitores, história de abuso físico ou sexual, doença mental na família, história familiar de comportamentos suicidas, *bullying* entre outros. Fazem ainda parte dos fatores de risco, exemplos como abuso de álcool ou drogas, impulsividade, baixa autoestima, desesperança englobados nos fatores a nível psiquiátrico e psicológico (Guerreiro & Sampaio, 2017). Vários estudos sugerem que os acontecimentos de vida negativos são um denominador comum à maioria dos sujeitos que cometem atos suicidas (Yang e Clum, 1996; Cruz, 2006).

A desesperança é outro fator de risco individual referenciado em vários modelos (Rush & Beck, 1978; Wenzel & Beck, 2008) que faz interpretar os problemas atuais como irresolúveis (Brás et al., 2016).

Condições de vida adversas a par com características pessoais, como baixo nível educativo, escassas estratégias ou inadequadas para resolução de problemas, impulsividade, falta de autocontrolo podem desencadear ambientes familiares de risco que originam famílias de risco psicossocial (Miranda, 2015), podendo afetar os vários membros constituintes da família, em particular o bem-estar e desenvolvimento biopsicossocial das crianças e adolescentes devido ao cenário caótico e comunicação disfuncional. Estudos demonstram que quanto menor as demonstrações de afeto e a fraca configuração de regras familiares, maior o stress psíquico e diminuição na capacidade de resolução de problemas (Souza et al, 2008).

Estudos americanos exploraram também a ideação suicida em adolescentes, ressaltando que existe uma relação positiva entre a coesão e suporte familiar com um forte suporte social, existindo nestas situações uma menor ideação suicida (Harris et al., 2000). Em estudos de diferentes formas de funcionalidade familiar, adolescentes suicidas descrevem carência familiar na capacidade de adaptação à mudança e escassas estratégias para resolução de problemas devido a fraca comunicação intrafamiliar; o comportamento suicidário do adolescente relaciona-se com a percepção do funcionamento familiar em que se encontra (Adams et al., 1994).

Os jovens provenientes de famílias de risco psicossocial vivenciam efetivamente vários acontecimentos de vida negativos, e parecem ter baixas expectativas em relação ao futuro, pelo que se justifica estudar o contributo destes fatores para a ideação suicida, na medida em que o suicídio na adolescência é uma experiência trágica a nível individual, familiar e da comunidade (Sharaf et al., 2009). Fatores como a monoparentalidade, baixo

rendimento escolar, precaridade económica e zonas residenciais de escassa segurança caracterizam contextos familiares de risco psicossocial que comprometem as necessidades básicas no desenvolvimento natural dos menores deste tipo de seio familiar, supondo-se que levem a uma maior vulnerabilidade (Nunes & Nunes, 2015).

Neste sentido, adolescentes com risco psicossocial causado pela disfunção familiar, relações de pares entre outros fatores, apresentam um cenário mais vulnerável para ideação suicida (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000).

Num sentido oposto existem os fatores de proteção, que reduzem o risco de suicídio e podem ser considerados isoladores contra o suicídio, de que fazem parte o apoio familiar, apoio nas relações de amizade e outros relacionamentos significativos, as crenças religiosas, culturais e étnicas, envolvimento na comunidade, vida social satisfatória, boa integração social e acesso a serviços e cuidados de saúde mental (OMS, 2013). Em termos de variáveis individuais, as razões para viver e a autoestima podem funcionar como protetoras, uma vez que quando existentes, mesmo na presença de fatores de risco, levam a uma menor probabilidade do ato suicida ocorrer. A satisfação com o suporte social, uma vez que está correlacionada de forma negativa com níveis mais elevados de ideação suicida parece também funcionar como fator protetor (Brás, Jesus, & Carmo, 2016).

Estudos sugerem que a avaliação da probabilidade de conduta suicida se encontra no balanço entre fatores de risco e fatores de proteção (Sharaf et al., 2009).

3. Objetivos

3.1. Objetivos Gerais

Os objetivos gerais da presente dissertação são, em primeiro lugar, conhecer os fatores psicológicos de risco e de proteção para a ideação suicida em jovens considerados em risco psicossocial e, posteriormente, comparar estes fatores psicológicos de risco e proteção para a ideação suicida entre adolescentes em risco psicossocial e adolescentes da população normativa.

3.2. Objetivos Específicos

De modo mais específico, apresentam-se os seguintes objetivos: (a) comparar antecedentes clínicos e história de comportamentos suicidários entre os dois grupos especificados no ponto anterior; (b) averiguar o papel dos fatores psicológicos de risco e de proteção na ideação suicida em jovens de risco psicossocial; (c) avaliar a influência direta dos acontecimentos de vida negativos (AVN) na ideação suicida, nos jovens em risco psicossocial; (d) explorar a frequência e o impacto dos AVN nos dois grupos; (e) comparar os níveis de desesperança entre os dois grupos; (f) explorar se os fatores de risco e proteção funcionam como mediadores da relação entre AVN e a Ideação Suicida.

4. Metodologia

4.1. Desenho

De forma cumprir os objetivos anteriormente apresentados, a presente investigação decorrerá em duas fases.

O ponto de partida será um estudo descritivo dos fatores psicológicos de risco e proteção para a ideação suicida nos adolescentes provenientes de famílias de risco

psicossocial, pretendendo avaliar a influência dos AVN. Numa fase posterior, será realizado um estudo comparativo, no intuito de explorar as diferenças em relação a antecedentes clínicos e historial de comportamento suicidário entre os dois grupos em estudo.

4.2. Participantes

No presente estudo, conseguiram-se 137 participantes com idades entre os 10 e 19 anos ($M = 14.76$; $DP = 1.40$), existindo um grupo de risco psicossocial (GRP) de 60 participantes, e o grupo normativo (GN) com os restantes 77 participantes.

A amostra total engloba 81 jovens do género masculino (59.1%) e 55 jovens do género feminino (40.1%). Ao nível de rendimento escolar a mesma apresenta-se como suficiente ($M = 2.02$; $DP = 0.697$).

A amostra de GRP apresenta participantes entre os 10 e 19 anos ($M = 13.76$; $DP = 1.959$), envolvendo 40 participantes do género masculino (66.7%) e 19 participantes do género feminino (31.7%). O rendimento escolar é apresentado como suficiente ($M = 2.27$; $DP = 0.751$).

O GN, contém participantes com idades entre os 15 e 16 anos ($M = 15.53$; $DP = 0.502$), englobando 41 participantes do género masculino (53.2%) e 36 participantes do género feminino (46.8%). O rendimento escolar é considerado suficiente ($M = 2.51$; $DP = 0.641$).

4.3. Instrumentos

Em ambos os estudos serão utilizados como instrumentos: questionário de dados pessoais; inventário de razões para viver para adolescentes; escala de desesperança por Beck;

escala de autoestima de Rosenberg; inventário de acontecimentos de vida negativos; escala de satisfação com suporte social; questionário de ideação suicida.

4.3.1. Questionário de dados pessoais (QDP)

O Questionário de Dados Pessoais (QDP) reúne 17 questões, caracterizadas pelas seguintes temáticas: (a) informação sociodemográfica (idade, sexo, coabitação); (b) informação escolar (rendimento escolar médio), (c) estilo de vida (práticas religiosas; consumos de álcool, tabaco e drogas); (d) história de perturbações psicológicas, (e) história de comportamentos autolesivos e atos suicidas; (f) história de atos suicidas em família ou em pessoas próximas; (g) história de pedidos de ajuda em relação a ideação suicida (para o próprio ou para pessoas próximas).

4.3.2. Inventário de razões para viver para adolescentes (RFL-A)

O Inventário de Razões para Viver para Adolescentes (RFL-A, *Reasons Inventory for Adolescents*) refere-se a um inventário realizado por Osman e colaboradores, em 1998, com adaptação Portuguesa por Brás (2018). Tem como objetivo principal avaliar as razões para viver consideradas adaptativas e protetoras e como estas atuam contra o comportamento suicidário, em jovens dos 13 aos 19 anos. Apresenta cinco subescalas: (1) Otimismo sobre o futuro; (2) Medo do suicídio; (3) Aliança familiar; (4) Aceitação e suporte pelos pares e (5) Autoaceitação. É composto por 32 itens, com hipótese de autorresposta segundo uma escala tipo *Likert* com seis pontos desde 1 (*Nada importante*) até 6 (*Extremamente importante*). Apresenta características psicométricas satisfatoriamente consideráveis.

A subescala Otimismo sobre o futuro (OF) constituída por 7 itens (4, 11, 13, 19, 25 e 28), pretende avaliar expectativas sobre acontecimentos futuros.

Medo do suicídio (MS) engloba 6 itens (2, 8, 20, 21, 26 e 32), é a subescala que avalia atitudes, receios, crenças e medos que podem funcionar como facilitadores para os atos suicidas nos adolescentes.

A subescala Aliança familiar (AF) constituída por 7 itens (1, 7, 12, 17, 23, 24 e 30), está associada a fatores familiares que podem funcionar como atenuantes do risco de atos suicidas.

A subescala Aceitação e suporte pelos pares (ASF) é constituída por seis itens (5, 6, 10, 16, 22 e 27); pretende avaliar como a relação de pares e amigos pode representar recursos importantes para o desejo de viver.

A subescala de Autoaceitação (AA), engloba seis itens (3, 9, 14, 18, 29 e 31), relaciona a avaliação da autoimagem como atenuadora para os atos suicidas.

A nível de consistência interna de escala total e subescalas representa um alfa de Cronbach superior a 0.89.

No presente estudo, a escala total deste instrumento apresenta uma boa consistência interna boa revelando um alpha de Cronbach de 0.93; e nas respectivas escalas otimismo para o futuro tem $\alpha = 0.85$; medo de suicídio um $\alpha = 0.85$; aliança familiar $\alpha = 0.899$; aceitação e suporte pelos pares $\alpha = 0.84$ e a subescala de autoaceitação com um $\alpha = 0.86$.

4.3.3. Escala de Desesperança por Beck (BHS)

A Escala de Desesperança por Beck (BHS) foi criada por Beck e colaboradores., em 1974, com adaptação portuguesa por Cruz (2002). Tem como objetivo avaliar os sintomas de desesperança em relação a eventos futuros. É composta por 20 itens de resposta fechada de formato dicotómico (*verdadeiro/falso*).

Esta escala apresenta três fatores, definidos por sentimentos sobre o futuro como fator afetivo (itens 1, 6, 13, 15 e 19); falta de motivação como fator emocional (itens 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 e 20); e como fator cognitivo as expectativas de futuro (itens 4, 7, 14 e 18).

As propriedades psicométricas a nível de fiabilidade e viabilidade são consideradas satisfatórias.

Esta escala representa um alfa de Cronbach de 0.72.

No presente estudo obteve-se para escala total um alfa de Cronbach de 0.64, e para os seus fatores $\alpha=0.49$ para o de sentimentos sobre o futuro; na falta de motivação $\alpha=0.41$ e expectativas para o futuro $\alpha=0.42$.

4.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EA)

A Escala de Autoestima (EA) foi criada por Rosenberg (1965) e validada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). Esta tem como objetivo principal avaliar a autoestima dos adolescentes. Explora o autoconceito direcionando a autoestima de forma dividida para orientação positiva de resposta e orientação negativa. Está organizada em dez itens com respostas sob escala tipo *Likert* de forma progressiva com quatro opções de resposta, desde 1 (*Discordo Fortemente*) até 4 (*Concordo Fortemente*).

O presente estudo obteve um alfa de Cronbach de 0.85.

4.3.5. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)

O Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN), criado por Brás e Cruz (2008), avalia vivências negativas experienciadas em termos de severidade, impacto e frequência. Deste modo, o inventário de 25 itens subdivide-se nas hipóteses de resposta em

termos de frequência cotada de 0 a 4, desde 0 (*Nunca*) a 4 (*Muito Frequentemente*) e em relação ao impacto, cotado de 1 a 5, de resposta progressiva desde 1 (*Nenhum*) a 5 (*Extremamente Negativo*).

Este inventário compõe quatro fatores: ambiente familiar adverso (itens 4, 5, 13, 16, 18, 19, 20, 23 e 25); abuso psicológico (itens 10, 11, 12, 14 e 15); separação e perdas (itens 1, 2, 3, 17, 21 e 22); e abuso físico e sexual (itens 6, 7, 8 e 9).

O presente estudo apresenta um alfa de Cronbach para escala total de 0.88. Em relação às suas subescalas, obteve-se para subescala de ambiente familiar adverso $\alpha= 0.70$; abuso psicológico $\alpha= 0.82$; separação e perdas $\alpha=0.59$; abuso físico e sexual $\alpha=0.83$.

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

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi criada por Ribeiro (1999) e tem por objetivo avaliar a percepção em relação à satisfação com o suporte social através de quatro fatores: (1) Satisfação com os amigos; (2) Intimidade; (3) Satisfação com a família e (4) Satisfação com as atividades sociais. Organiza-se em 15 itens, de autorresposta com base numa escala tipo *Lickert* de grau de concordância desde 1 (*Concordo Totalmente*) a 5 (*Discordo Totalmente*). Em termos psicométricos apresenta características positivas de sensibilidade e validade.

A nível de consistência interna considera-se um alfa de Cronbach de escala total de 0.85; em relação às subescalas de satisfação com os amigos (SA) considera-se um alfa de Cronbach 0.83; nas subescalas de intimidade (I) e satisfação com a família (SF) de 0.74 e um alfa de Cronbach para a subescala de satisfação com as atividades sociais (SAS).

No estudo presente, em relação à consistência interna obteve-se um alfa de Cronbach com o valor de 0.80. Nas suas subescalas, a satisfação com os amigos apresenta $\alpha= 0.83$; na subescala de intimidade um $\alpha=0.46$; na de satisfação com a família $\alpha=0.47$ e na subescala de atividades sociais $\alpha=0.66$.

4.3.7. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O Questionário de Ideação Suicida (QIS) foi construído por Reynolds (1988) e adaptado por Ferreira e Castela (1999) para a população portuguesa. Pretende avaliar a gravidade de pensamentos e cognições em relação ao suicídio, nos adolescentes. Apresenta-se através de 30 itens de autorresposta e relação à frequência de pensamentos/cognições cotados entre 0 (*Nunca tive este pensamento*) e 6 (*Quase todos os dias*).

Psicometricamente apresenta-se consistente a nível de fiabilidade e validade com um alfa de Cronbach de 0.96.

No presente estudo a consistência interna de escala total obteve um alfa de Cronbach de 0.95.

4.4. Procedimento

4.4.1. Recolha de dados

No que diz respeito ao primeiro estudo, a recolha de dados nos jovens em risco psicossocial foi conseguida no âmbito do projeto *Mudaki* que faz parte do programa *Escolhas* financiado pela Direção-Geral de Educação e pelo Instituto da Segurança Social; programa este que pretende criar a prevenção da criminalidade e promoção a inclusão social abrangendo

jovens de bairros, provenientes de famílias de risco, filhos de emigrantes, combater a tendência a exclusão social e absentismo escolar.

No segundo estudo, para além desta amostra, recolheram-se os dados nas escolas de terceiro ciclo da região do Algarve, com a realização prévia de pedido de autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) do Ministério da Educação.

Em ambos os estudos, após as autorizações formais das respetivas instituições, foi efetuado um pedido de autorização aos encarregados de educação e solicitado o consentimento informado dos próprios jovens. A aplicação do protocolo de recolha decorreu em grupo, em contexto de sala de aula nas duas amostras.

4.4.2. Análise de Dados

A análise de dados, foi realizada através do programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 25.0) de forma a serem realizadas análises descritivas das variáveis em estudo, análises comparativas de forma a conseguir-se analisar as variáveis nos diferentes grupos, através de testes de comparação de médias. Pretendeu-se ainda, avaliar separadamente o contributo de cada variável independente em separado e posteriormente descrever a relação entre variáveis, testando modelos mediadores.

4.4.3. Tratamento de dados

O tratamento de dados foi realizado através do recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Adicionalmente com o auxílio recorreu-se a páginas online como <https://www.socscistatistics.com/effectsize> para o cálculo de d de Cohen.

Foram elaboradas análises estatísticas tais como análises estatísticas descritivas, nomeadamente médias e desvio-padrão.

Para além da análise descritiva da amostra global, esta dividiu-se em dois grupos - Grupo de Risco Psicossocial e Grupo Normativo, caracterizando o primeiro grupo de critérios de risco psicossocial e o último de recolha referente a população considerada normativa.

Realizou-se a análise das diferenças significativas entre os valores de médios de cada grupo do estudo; para cada uma das variáveis analisadas, efetuou-se através do teste *t* de *Student* para amostras independentes. Foi também avaliada a magnitude de efeito, através do cálculo de *d* de *Cohen*.

De forma a avaliar a relação entre variáveis, recorreu-se à análise da correlação de *Pearson* entre acontecimentos de vida negativos e ideação suicida, de forma a verificar a influência dos fatores psicológicos de risco e a proteção na ideação suicida.

5. Resultados

5.1. Análise Descritiva

Preendendo-se fazer cumprir os objetivos definidos, realizou-se em primeiro lugar, uma análise descritiva global e de seguida, separadamente a nível de grupo de risco psicossocial (GRP) e o grupo normativo (GN). A presente análise descritiva refere-se ao historial clínico e ao comportamento suicidário do próprio e também de familiares e amigos.

Através da análise de resultados obtidos na base de dados, verificou-se que 7 em 137 participantes já apresentaram um problema psicológico (5.1%) e 13 já receberam ajuda psicológica (9.5%). Em relação ao comportamento suicida, 13 em 137 participantes já cometeram o ato com o objetivo de pôr fim à vida (9.5%) e 16 já cometeram atos auto-mutilatórios intencionalmente (11.7%). Em relação a outros, 22 em 137 registaram tentativas

de suicídio de familiares (16.1%) e 37 em 137 apresentaram amigos ou pessoas próximas com registo de tentativa de suicídio (27.1%).

É de ressaltar (tabela 1) que apenas no GRP, 4 em 60 participantes já teve um problema psicológico (6.7%), e 8 já receberam ajuda psicológica (13.3%). Em relação a cometer atos com o objetivo de pôr fim à vida 10 em 60 jovens reponderam afirmativamente (16.7%) e também 10 já cometeram atos auto-mutilatórios (16.7%). Neste GRP, 10 em 60 já tiveram tentativas de suicídio por parte de familiares (16.7%), e 20 de amigos ou pessoas próximas (33%).

Em relação ao GN (tabela 1), 3 em 77 jovens já apresentaram um problema psicológico (4.6%), e 5 já receberam ajuda psicológica (6.5%). Em relação a comportamento suicida, 3 em 77 participantes já cometeram atos com o objetivo de colocar fim à vida (3.9%) e 6 já cometeram atos auto-mutilatórios intencionalmente (7.8%). Em relação a tentativas de suicídio por parte de familiares, 12 responderam afirmativamente (15.6%) e 17 apresentam tentativas de suicídio por parte de amigos ou pessoas próximas (22.1%).

Tabela 1

Historial Clínico e Comportamento Suicidário no Grupo de Risco Psicossocial e no Grupo Normativo

	GRP	GN
	(N= 60)	(N= 77)
Já teve um problema psicológico	4 (6.7%)	3 (3.9%)
Recebeu ajuda psicológica	8 (13.3%)	5 (6.5%)
Cometeu ato com objetivo de pôr fim à própria vida	10 (16.7%)	3 (3.9%)
Atos auto-mutilatórios	10 (16.7%)	6 (7.8%)
Tentativas de suicídio na família	10 (16.7%)	12 (15.6%)
Tentativas de suicídio de amigos ou pessoas próximas	20 (33%)	17 (22.1%)
Pedir ajuda a alguém por se sentir deprimido	9 (15%)	14 (18.2%)

Pedir ajuda a um amigo por querer terminar com a própria vida 6 (10%) 9 (11.7%)

5.2. Análise Comparativa entre Grupo de Risco Psicossocial e Grupo Normativo

Pretendendo-se analisar as diferenças entre o grupo de risco psicossocial e grupo normativo, realizou-se um estudo comparativo entre grupos e variáveis envolvidas, tais como ideação suicida, acontecimentos de vida negativos, autoestima, desesperança, percepção do suporte social e razões para viver.

Na tabela 2 encontram-se os resultados obtidos através da análise das diferenças significativas entre os valores médios de cada grupo do estudo referente ao Inventário de Razões para viver nos Adolescentes. Atendendo às médias analisadas dos dois grupos, verificou-se a nível de escala total que as médias entre grupos apresentam-se idênticas não existindo diferenças significativas ($t=0.529$; $gl= 112,716$; $gl= 112,716$; $p= .883$) entre o grupo de risco psicossocial ($M=4.61$; $DP = 0.830$) e grupo normativo ($M= 4.59$; $DP= .704$) tendo um efeito de magnitude reduzido (d de Cohen = $.246$).

As subescalas constituintes deste inventário aliança familiar ($t= ,398$; $gl= 135$; $p = 0.690$); preocupações em relação ao suicídio ($p=.576$); aceitação de pares ($t= -1,125$; $gl= 135$; $p=0.263$); otimismo para o futuro ($t= 1,635$; $gl= 135$; $p= .117$) e a autoaceitação ($t= .543$; $gl=135$; $p= .588$) não se caracterizam estatisticamente significativas.

Tabela 2 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student de RFL-A

GRP	GN
($N= 60$)	($N= 77$)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
RFL-A – Total	4.61	0.830	4.59	.704	.246	.147	.883
Aliança Familiar (RFL-A)	4.91	.983	4.84	1.023	.069	.400	.690
Preocupações Suicídio (RFL-A)	3.47	1.573	3.61	1.462	.092	-.561	.576
Aceitação Pares (RFL- A)	4.59	1.119	4.77	0.819	.183	-1.083	.263
Otimismo Futuro (RFL-A)	5.00	.927	4.78	.710	.266	1.582	.117
Autoaceitação (RFLA)	4.94	1.045	4.85	.854	.094	.543	.588

Na tabela 3, estão apresentados os resultados em relação às médias, desvio padrão, valores obtidos no cálculo do *d* de Cohen e da análise do *t Student test* em relação à Escala H.

Com a análise da escala H total, apesar de o grupo de risco psicossocial ($M= 4.04$; $DP = 2.678$) apresentar média superior em relação ao grupo normativo ($M= 3.83$; $DP = 2.755$), esta diferença não é estatisticamente significativa ($t= .449$; $gl= 135$; $p = .654$).

O grupo de risco psicossocial apresentou menos sentimentos para o futuro ($M = .44$; $DP= .926$) que o grupo normativo ($M= .61$; $DP= .81$) e esse resultado não foi estatisticamente significativo ($t=-1.129$; $gl= 135$; $p=.261$).

Verificou-se a existência de diferenças significativas ($t= 2.939$; $gl= 135$; $p=.004$) em relação à falta de motivação, sendo esta maior no grupo de risco psicossocial ($M= 1.95$; $DP=$

1.395) que no grupo normativo (M= 1.29; DP = 1.245). Verificou-se que as expetativas para o futuro são menores no grupo de risco psicossocial (M= 1.17; DP = 0.972) que no grupo normativo (M= 1.36; DP = 1.121).

Tabela 3 - Médias, Desvios-padrão, *d* de Cohen e Test *t* de Student da Escala H

	GRP		GN		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	(N= 60)		(N= 77)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
H – Total	4.04	2.678	3.83	2.755	.077	.449	.654
Sentimento futuro (H)	.44	.926	.61	.861	.1901	-1.129	.261
Falta de motivação (H)	1.95	1.395	1.29	1.245	.499	2.939	.004
Expetativas futuro (H)	1.17	0.972	1.36	1.121	.181	-1.056	.293

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos dos valores da média entre grupos, o desvio padrão e o resultado de *Test t de Student* em relação à Escala AE. Os resultados demonstraram diferenças bastante significativas ($t= 4.632$; $gl=134.54$; $p= .000$), revelando-se uma maior autoestima no grupo de risco psicossocial (M= 30.22; DP = 4.859) que no grupo normativo (M=25.68; DP = 6.626) com um efeito médio de magnitude (*d* de Cohen = .781).

Tabela 4 - Médias, Desvios-padrão, *d* de Cohen e Test *t* de Student da Escala AE

	GRP		GN		<i>d</i> de	<i>t</i>	<i>p</i>
	(N= 60)		(N= 77)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			

	Cohen						
AE – Total	30.22	4.859	25.68	6.626	.781	4.632	.000

Na Tabela 5, encontram-se os valores obtidos relacionados com os acontecimentos de vida negativos.

Os resultados obtidos pelo instrumento de IAVN a nível de escala total apresentaram diferenças significativas ($t= 2.225$; $gl= 102.13$; $p= 0.028$) revelando maior média no grupo de risco psicossocial ($M= 1.95$; $DP = 1.806$) em relação ao grupo normativo ($M= 1.23$; $DP = 1.304$).

Verificou-se a existência de maior abuso psicológico no grupo de risco psicossocial ($M= 2.67$; $DP = 2.903$) mas os valores revelam-se estatisticamente não significativos ($t= 1.098$; $gl=135$; $p= .274$).

A separação e perdas na comparação entre grupos apresentou diferenças significativas ($t= 2.630$; $gl= 102.56$; $p= 0.010$); sendo maiores no grupo de risco psicossocial ($M= 1.97$; $DP = 2.045$) que no grupo normativo ($M=1.15$; $DP = 1.459$).

O abuso sexual também apresentou diferenças significativas ($t= 2.255$; $gl= 91.46$; $p = .027$) sendo o mesmo mais característico do grupo de risco psicossocial ($M= 1.48$; $DP = 2.425$).

Observaram-se diferenças significativas, entre os dois grupos em estudo, no que se refere à Frequência ($t=3.246$; $gl=92.095$; $p=.002$ e Impacto ($t=4.799$; $gl=81.434$; $p=.000$) dos Acontecimentos de Vida Negativos. Assim, verificou-se que existem Acontecimentos de Vida

Negativos com maior frequência (M=.74; DP=.597) e com maior impacto (M=2.12; DP=.933) no Grupo de Risco Psicossocial.

Tabela 5 - Médias, Desvios-padrão, *d* de Cohen e Test *t* de Student da IAVN

	GRP		GN		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	(N= 60)		(N= 77)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
IAVN – Total	1.95	1.806	1.34	1.281	.389	2.225	.028
Ambiente Familiar (IAVN)	1.78	1.855	1.23	1.304	.343	1.958	.053
Abuso Psicológico (IAVN)	2.67	2.903	1.15	1.459	.661	1.098	.274
Separação Perdas (IAVN)	1.97	2.045	1.15	1.459	.725	2.630	.010
Abuso Sexual (IAVN)	1.48	2.425	.68	1.462	.399	2.225	.027
IAVN – Frequência	.74	.597	.45	.364	0.586	3.246	.002
IAVN - Impacto	2.12	.933	1.49	.462	0.855	4.799	.000

Em relação à satisfação com o suporte social os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 6. A nível de escala total não foi estatisticamente significativo ($t = -1.246$; $gI = 93.39$; $p = .215$) e de média inferior no grupo de risco psicossocial (M= 52.55 ; DP = 9.664) e superior no grupo normativo (M=54.55 ; DP = 9.012).

Foram encontradas diferenças significativas em relação à satisfação com a família ($t = -4.137$; $gI = 126.26$; $p = .000$) e atividades sociais ($t = -2.427$; $gI = 93.39$; $p = .017$). O grupo de risco psicossocial apresentou menor satisfação com a família ($M = 9.67$; $DP = 1.877$) e o grupo normativo maior ($M = 11.48$; $DP = 3.198$). O grupo de risco psicossocial demonstrou menos atividades sociais ($M = 9.02$; $DP = 9.729$) na comparação com o grupo normativo ($M = 10.35$; $DP = 2.321$).

Tabela 6 - Médias, Desvios-padrão, d de Cohen e Test t de Student da ESSS

		GRP ($N = 60$)		GN ($N = 77$)		d de Cohen	t	p
		M	DP	M	DP			
ESSS- Total		52.55	9.664	54.55	9.012	.214	-1.246	.215
Satisfação (ESSS)	Amigos	20.10	4.929	19.64	4.145	.101	.600	.550
Intimidade (ESSS)		13.76	3.310	13.08	2.270	.208	1.366	.175
Satisfação (ESSS)	família	9.67	1.877	11.48	3.198	.690	-4.137	.000
Atividades (ESSS)	Sociais	9.02	9.729	10.35	2.321	.188	-2.427	.017

O Questionário de Ideação Suicida (Tabela 7), através dos resultados obtidos, revelou-se superior no grupo de risco psicossocial ($M = 16.68$; $DP = 26.229$) comparativamente ao grupo normativo ($M = 14.03$; $DP = 17.455$), no entanto não apresentou diferenças significativas ($t = .677$; $gI = 97.71$; $p = .500$).

Tabela 7 - Médias, Desvios-padrão, *d* de Cohen e Test *t* de Student do QIS

	GRP		GN		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	(N= 60)		(N= 77)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIS – Total	16.680	26.229	14.03	17.455	.118	.677	.500

5.3. Associação de Variáveis Psicológicas no Grupo de Risco Psicossocial com a Ideação Suicida

Após a análise dos resultados obtidos na comparação das médias entre os dois grupos, foi realizada uma análise de correlação de *Pearson* entre as variáveis psicológicas com a Ideação Suicida, em particular a influência dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação.

Optou-se por relacionar os Acontecimentos de Vida Negativos com a Ideação Suicida no Grupo de Risco Psicossocial, mas também foram observadas associações existentes entre outras variáveis e a variável alvo em estudo.

De acordo com as correlações calculadas para o Grupo de Risco Psicossocial, foram correspondidas associações entre as variáveis Razões para Viver, Desesperança, Autoestima, Acontecimentos de Vida Negativos e Satisfação com o Suporte Social com a Ideação Suicida (Tabela 8).

No que se refere à variável Razões para Viver, verificou-se uma associação negativa com a *Autoaceitação* ($r=-.312$; $p=-.015$), indicando que quanto menor o nível de autoaceitação maior tendência para a ideação suicida. Em relação à Autoestima, verificou-se

uma associação negativa ($r=.331$; $p=.010$), indicando que quanto mais autoestima um indivíduo possuir, menor será a propensão para ideação suicida.

No que corresponde às associações entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida, existem relações entre variáveis. Desta forma, com os AVN, a nível de escala total, verificou-se uma correlação positiva moderada ($r=.580$; $p=.000$). Relativamente às suas subescalas, no que se refere ao *Ambiente Familiar Adverso* ($r=.566$; $p=.000$) e ao *Abuso Psicológico* ($r=.594$; $p=.000$) obtiveram-se correlações positivas moderadas, e no que se refere às *Separações e Perdas* ($r=.321$; $p=.013$) e *Abuso Físico ou Sexual* ($r=.331$; $p=.010$) obtiveram-se correlações também positivas mas fracas. Posto isto, quando maior a existência de Acontecimentos de Vida Negativos num indivíduo, maior a tendência para pensamentos relacionados com comportamento suicidário.

Em relação à Satisfação com o Suporte Social, verificou-se uma correlação negativa entre a escala total com a Ideação Suicida ($r=-.394$; $p=.002$), denotando-se correlações significativas com as subescalas *Intimidade* ($r=-.372$; $p=.003$) e *Satisfação com a Família* ($r=-.322$; $p=.012$). Estes resultados sugerem que existindo uma maior satisfação com o suporte social, em particular uma maior intimidade nas relações e uma maior satisfação com a família, menor será a tendência a pensamentos relacionados com o suicídio.

Tabela 8 Correlações entre RFL-A, H, EA, IAVN e ESSS com a Ideação Suicida

	Ideação Suicida
1. Razões para viver (RFL-A)	-.134
2. Otimismo em relação ao Futuro (RFL-A)	-.026
3. Medo do Suicídio (RFL-A)	.090
4. Aliança Familiar (RFL-A)	-.157
5. Aceitação dos Pares (RFL-A)	-.179
6. Autoaceitação (RFL-A)	-.312*
7. Desesperança (BHS)	.206
8. Sentimentos em relação ao futuro (BHS)	.127
9. Falta de Motivação (BHS)	.117
10. Expetativas em relação ao Futuro (BHS)	.120
11. Autoestima (EA)	-.331**
12. Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN)	.580**
13. Ambiente Familiar Adverso (IAVN)	.566**
14. Abuso Psicológico (IAVN)	.594**
15. Separação e Perdas (IAVN)	.321*
16. Abuso Físico ou Sexual (IAVN)	.331**
17. Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	-.394**
18. Satisfação com os Amigos (ESSS)	-.178
19. Intimidade (ESSS)	-.372**
20. Satisfação com a Família (ESSS)	-.322*
21. Atividades Sociais (ESSS)	-.292*
22. Ideação Suicida (QIS)	1

* $p < .05$; ** $p < .01$

6. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a vulnerabilidade para a ideação suicida numa amostra de jovens com e sem risco psicossocial. A amostra total foi dividida entre Grupo de Risco Psicossocial e Grupo Normativo através da identificação dos sujeitos que apresentam risco psicossocial. A importância da diferenciação entre os grupos para efeitos comparativos deveu-se ao facto que a literatura científica sugere que a existência de maior vulnerabilidade poderá levar a maior ideação suicida (Nunes & Nunes, 2015). Nesta linha de raciocínio, jovens provenientes de famílias de risco psicossocial apresentarão maior propensão à vulnerabilidade face à presença de fatores psicológicos de risco presentes no meio envolvente, que atuam como facilitadores da ideação suicida (Sharaf et al., 2009).

A principal variável em estudo é a ideação suicida visto que se refere às cognições sobre colocar término na própria vida, podendo ser precursora de comportamentos autolesivos e/ou suicidas, sob forma de desejo ou plano sem ter de existir o ato consumado em concreto (DGS, 2013).

Também se pretendeu explorar os fatores psicológicos de risco e de proteção presentes nos adolescentes com risco psicossocial, nomeadamente desesperança, existência de acontecimentos de vida negativos tendo em conta o seu impacto e frequência, autoestima, satisfação com o suporte social e razões dos jovens para viver.

Os acontecimentos de vida negativos operam como um dos principais fatores de risco, comum à maioria dos sujeitos, para a conduta suicida (Yang & Clum, 1996). No presente estudo, os adolescentes com risco psicossocial demonstraram resultados mais elevados no que se refere à presença de acontecimentos de vida negativos, face ao Grupo Normativo. Estes dados são congruentes com a literatura, em que jovens em risco

psicossocial vivenciam muito mais acontecimentos vida de condições adversas do que jovens sem risco, com mais frequência e maior impacto (Wasby, Svedi & Sydsjö, 2007). Aparentemente, acontecimentos de vida associados ao abuso psicológico, sexual e relacionado a separações e perdas são mais vivenciados por jovens em ambiente social adverso do que por jovens isento de risco psicossocial (Diez et al., 2017; Honor, 2002; Nunes & Nunes, 2017).

Ademais, a desesperança também atua como um fator de risco de cariz individual no que se refere à ideação suicida, por fazer o adolescente interpretar os seus problemas como impossíveis de resolver, incapacitando-o de lidar com emoções bem como de fazer prevalecer sentimentos de bem-estar (Brás et al., 2016; Guerreiro & Sampaio, 2014). No presente estudo, apenas se verificou que a desesperança, no grupo de risco psicossocial, reflete-se de forma relevante na falta de motivação, quando comparado com o grupo normativo.

Assim, com os resultados obtidos, é possível verificar que fatores de risco como a desesperança e os acontecimentos de vida negativos estão mais presentes em adolescentes com vulnerabilidades psicossociais do que adolescentes da população considerada normativa.

Noutro sentido, existem vários fatores protetores que permitem reduzir o risco de risco de suicídio, funcionando como isoladores contra o mesmo, tais como autoestima (Sharaf, Thompson & Walsh, 2009; Yoder & Hoyt, 2005), razões para viver (Gutierrez & Osman, 2008) e satisfação com o suporte social (Sharaf, Thompson & Walsh, 2009; Yang & Clum, 1996).

No presente estudo, os jovens de risco psicossocial demonstraram maior autoestima em relação aos jovens sem risco, o que contraria a tendência para a presença

de uma autoestima baixa neste tipo de população (Wasby, Svedi & Sydsjö, 2007). A incongruência deste resultado poderá dever-se ao treino de competências sociais, visto estes jovens estarem inseridos no projeto *Mudaki* há mais de um ano, o que pode ter influenciado os níveis de autoestima dos mesmos.

No que se refere às razões para viver, não se verificaram diferenças entre os dois grupos em estudo.

Condições de vida adversas podem desencadear ambiente familiar de risco psicossocial, na medida que afeta vários membros do agregado familiar, em particular, no desenvolvimento e bem-estar do adolescente, devido a um cenário caracterizado pela não configuração de regras familiares e uma comunicação disfuncional (Miranda, 2015). Assim, devido às características das suas famílias, proporciona aos jovens carência familiar, podendo levar a uma perceção negativa do apoio familiar recebido (Adams et al., 1994). O presente estudo demonstra concordância ao se verificar que os jovens com vulnerabilidades psicossociais demonstram uma menor satisfação com o suporte social, no seu todo, que os jovens sem estas vulnerabilidades. Na perceção que o jovem possui de todo o seu suporte social, destaca-se de forma bastante significativa a insatisfação com o apoio familiar. Deste modo, os jovens percecionam negativamente o apoio prestado pelos seus familiares. Revelam-se também insatisfeitos com a participação nas atividades sociais que realizam, em relação ao grupo normativo.

Adicionalmente, verificou-se as associações entre os fatores de risco e de proteção com a ideação suicida na amostra de risco psicossocial. De acordo com os resultados obtidos, as associações com a ideação suicida consideradas mais relevantes foram a Autoaceitação englobada nas razões para viver, a Autoestima, os Acontecimentos de Vida

Negativos, envolvendo todos os tipos de acontecimentos de vida adversos, a Satisfação com Suporte Social, em particular a Intimidade e a Satisfação com a Família.

A autoestima apresenta uma associação negativa com a ideação suicida, isto é, quanto maior os níveis de autoestima apresentados por um sujeito, menor será a tendência de apresentar ideação para comportamentos suicidas. Estes dados suportam a ideia de que a autoestima opera como um fator protetor para a ideação suicida neste grupo de risco. Assim, é possível observar que, nesta amostra, cuja autoestima apresenta-se mais elevada que o grupo normativo, poderá funcionar como um fator protetor mesmo na presença de fatores de risco como os acontecimentos de vida negativos. Neste sentido, suscita a ideia de que, o facto da ideação suicida não ser mais elevada no grupo de risco do que no grupo normativo, pode ser explicado pela presença de elevada autoestima nos sujeitos de risco psicossocial.

Foi encontrada uma relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida no grupo de risco psicossocial, em que quanto mais acontecimentos negativos vivenciados pelo jovem, maior será a propensão para a ideação suicida. Em particular, acontecimentos adversos como ambiente familiar adverso e abuso psicológico parecem ser mais impactantes no que concerne ao desenvolvimento de ideação suicida.

Vários estudos relacionam positivamente a vivência de mais acontecimentos de vida negativos com o risco de desenvolver ideação suicida (Brás, Jesus & Carmo, 2016; Kaplow et al., 2014), desta forma, como os jovens com risco psicossocial vivenciam mais acontecimentos de vida negativos, estes poderão ter mais probabilidade de demonstrar ideação suicida do que a população normativa.

Algumas investigações que analisaram os efeitos da satisfação com o suporte social no desenvolvimento do comportamento suicida, indicam que, quanto menor for a satisfação com o suporte social, maior será a vulnerabilidade para os adolescentes cometerem suicídio (Esposito et al., 2003). Os dados obtidos são congruentes com a literatura científica visto ter sido encontrada uma associação negativa entre o suporte social e a ideação suicida, em particular na intimidade nas relações interpessoais e na satisfação com a família. Para minimizar o risco de desenvolvimento de comportamentos suicidários é importante a existência de suportes a nível social como a família e o grupo de amigos, que constituem as relações de valor mais significativo para o adolescente. Assim, quanto menor a intimidade que o adolescente sentir com os que o rodeiam, bem como menor for a satisfação que este sente em relação à família, maior será a propensão para pensamentos relacionados ao término da própria vida, visto serem bases necessárias para o seu bem-estar.

Ocorreu a necessidade de compreender se existem variáveis que mediassem a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida. No entanto, não foi possível detetar nenhuma variável que representasse um papel mediador nesta relação.

O presente estudo permitiu identificar e analisar fatores associados à ideação suicida em jovens com risco psicossocial, todavia, podem ser apontadas algumas limitações.

Uma das primeiras limitações deve-se à grande variância de idades na amostra total visto referir-se a jovens entre os 10 e os 19 anos, o que pode comprometer os resultados por encontrarem em fases de desenvolvimento diferentes que pode influenciar o nível de compreensão e interpretação das provas.

Outra limitação é a própria temática do estudo por se referir à saúde psicológica dos adolescentes e que para este efeito, seja utilizada uma quantidade elevada de instrumentos, o que pode levar ao desinvestimento e até a respostas omissas.

A especificidade geográfica apresenta-se como outra limitação, pois não permite generalizar resultados. Deste modo, apenas se pode caracterizar uma população da região do Algarve, enviesando resultados, dificultando a generalização para a população portuguesa.

Também foi encontrada uma limitação no se refere ao grupo normativo pela recolha ter sido realizada nas escolas sem atender aos critérios de identificação de risco psicossocial. Assim, não existe a garantia de que esta amostra não estar isenta de jovens com risco psicossocial.

É de salientar que os jovens no grupo de risco psicossocial, estando inseridos no projeto *Mudaki*, pode funcionar como uma limitação, visto que este projeto pretende prevenir a criminalidade e a promoção à inclusão social, trabalhando competências sociais dos adolescentes através de várias atividades promotoras como apoio escolar, oficinas de dança e música, informática, promovendo maior bem-estar. Deste modo, pode existir uma regulação de emoções, incentivando o jovem a perceber e perspetivar-se a si e ao mundo de forma mais positiva. Apesar de ser uma limitação ao estudo, é um aspeto positivo para os jovens inseridos no projeto.

Apesar de se verificar diversa literatura científica que incida sobre o risco psicossocial e fatores de risco, esta centra-se mais a nível do funcionamento familiar. No que se refere à ideação suicida aliada aos seus fatores de risco e de proteção, existe uma tendência a generalizar o adolescente, não existindo a contribuição dos fatores

psicológicos para a ideação suicida em amostras mais específicas de adolescentes, correndo o risco de generalizar adolescentes provenientes de ambientes de risco

No entanto, o presente estudo também apresenta contribuições relevantes. É importante referir que este estudo permitiu perceber a necessidade de mais investigação nesta população de risco em relação à conduta suicida, por se ter detetado a existência relevante, nesta população, de vários fatores de psicológicos associados da ideação suicida. Por exemplo, é conhecido que os acontecimentos de vida são um fator de risco importante para o suicídio e, denotar-se, mais acontecimentos de vida negativos em jovens provenientes de famílias de risco psicossocial.

Tendo em conta todas as limitações e potencialidades mencionadas acima, sugere-se uma atenção mais direcionada a grupos específicos de maior vulnerabilidade, nomeadamente, de risco psicossocial, numa direção de prevenção ao suicídio.

É de louvar o trabalho de projetos como o *Mudaki* na integração de indivíduos destes grupos de risco, na sociedade. Contudo, é necessário que abranja todo o sistema familiar do indivíduo, sabendo a importância suporte social (familiar), bem como para a manutenção das mudanças conseguidas.

Em suma, é importante dar continuidade à investigação dos contribuintes para o suicídio, tendo em conta o meio envolvente, as características individuais e o papel do indivíduo na sociedade, de forma a diminuir a prevalência do suicídio e comportamentos associados, através da sua prevenção e promoção ao bem-estar biopsicossocial.

7. Referências Bibliográficas

- Adams, D. M., Overholser, J. C., & Lehnert, K. L. (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 498–507.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Brás, M. S. V. (2013). *Condutas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes*. Retrieved from <http://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/6704>
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Risk and protective psychological factors associated with suicidal ideation in adolescents. *Psicologia, Saúde & Doença*, 17(2),
- Eposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 389-399. doi: 10.1521/suli.33.4.389.25231.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Harris, T. L., & Molock, S. D. (2000). Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30(4), 341–353.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative Data and Further Evidence of Construct Validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 360–371. <https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903>
- INE. (2018). Óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente. Retirado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Kaplow JB, Gipson PY, Horwitz AG, Burch BN, King CA (2014) Emotional suppression mediates the relation between adverse life events and adolescent suicide: implications for prevention. *Prev Sci* 15:177–185
- Matias, J., Santos, J. C., Joana, M., & José Carlos, S. (2014). Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 9–14
- Miranda, C. (2015). *Resiliência Familiar e Risco Psicossocial: Estudo das percepções das famílias e dos profissionais que as acompanham*.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Edições Lidel.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547–558.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-

- estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*.
- Peixoto, B.; Saraiva, C.B., & Sampaio, D. (2006). Comportamentos Suicidários em Portugal. Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Coimbra.
- Sampaio, D. (2002). Ninguém Morre Sozinho. Ed. Caminho . Lisboa
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação E Prática*.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160–168.
- Vinet, L., & Zhedanov, A. (2010). A “missing” family of classical orthogonal polynomials. *Psicologia USP*, 25(3), 270–275.
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2007). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189–201.
- WHO (2013). World Suicide prevention day. Acedido a 6 Junho 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- Yang, B. (1995). Effects of early negative life events on cognitive functioning and risk for suicide in a college sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 16(3), 1–2893.

8. Anexos

Anexo A. Pedido de Autorização ao Enc. Educação

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Faro, 22 de junho de 2018

Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação,

No âmbito do **Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**, do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Algarve está em desenvolvimento um estudo acerca dos fatores de risco e de proteção para a **saúde psicológica dos adolescentes**.

Após a autorização da Coordenação do Projeto Mudaki, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que o seu educando possa participar neste estudo. A participação do seu educando consistirá no preenchimento de um conjunto de questionários, numa única sessão, com a duração estimada de 40 minutos, em contexto de sala-de-aula.

A participação do seu educando é totalmente **voluntária** e após o consentimento do mesmo e da autorização do encarregado de educação. Os dados recolhidos são absolutamente **confidenciais** e destinam-se, em exclusivo, a fins de investigação.

A participação do seu educando é muito importante para este estudo!

Agradecemos, desde já, a sua colaboração. Muito obrigada!

Patrícia Elias, Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde (a60068@ualg.pt)

Marta Brás, Doutorada em Psicologia (mbras@ualg.pt)

✂.....

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação de _____, declaro que compreendi o objetivo e procedimento da investigação acima referida e assinalo abaixo, com uma , se **autorizo ou não** o meu educando a participar na mesma.

Autorizo

Não autorizo

[Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação]

Anexo B. Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao participante,

No âmbito do **Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**, do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Algarve está em desenvolvimento um estudo acerca dos fatores de risco e de proteção para a **saúde psicológica dos adolescentes**.

A tua participação é muito importante, caso aceites colaborar neste estudo é necessário que respondas o mais sinceramente possível às questões.

Os dados recolhidos são totalmente **confidenciais**, destinando-se apenas para fins de investigação.

Salienta-se que a tua participação é totalmente **voluntária**.

Muito obrigada pela tua participação!

Anexo C. Questionário de Dados Pessoais

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS (QDP)

Assinala com uma cruz [x] a opção que corresponde à tua realidade.

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:**

a. Masculino: _____

b. Feminino: _____

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

a. Ambos os pais: _____

b. Pai ou mãe: _____

c. Outros familiares: _____

d. Outros: _____

4. **Qual o 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. Consumes álcool.					
7. Consumes tabaco.					
8. Consumes drogas.					

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

a. Sim _____

b. Não _____

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

a. Sim _____

b. Não _____

11. 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 _____

12. Já cometestes algum ato com o objetivo de pões fim à tua vida?

a. Sim _____

b. Não _____

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

a. Sim _____

b. Não _____

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

a. Sim _____

b. Não _____

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

a. Sim _____

b. Não _____

16. Já alguma vez pediste ajuda a alguém por te sentires deprimido 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 _____

17. 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 _____

Anexo D. Inventário de Razões para Viver para Adolescentes

INVENTÁRIO DE RAZÕES PARA VIVER PARA ADOLESCENTES

(Osman et al., 1998; estudo de adaptação para a população portuguesa adolescente)

Este questionário apresenta alguns motivos específicos, que as pessoas às vezes têm, para não cometer suicídio, quer essa ideia lhes ocorra, quer lhe seja sugerida por outros.

Por favor, lê atentamente cada afirmação e, de seguida, escolhe o número que melhor descreve o quão importante é cada razão para não cometeres suicídio.

Usa a escala abaixo e assinala o número apropriado no espaço à direita de cada afirmação. Por favor, usa todas as possibilidades de resposta, de modo a não assinalares só nas possibilidades intermédias (2,3,4,5) ou somente nos extremos (1,6).

Quão importante para ti é a seguinte razão, para não cometeres suicídio.

1 = Nada importante.

4 = Algo importante.

2 = Muito pouco importante.

5 = Muito importante.

3 = Pouco importante.

6 = Extremamente importante

	1	2	3	4	5	6
1. Sempre que eu tenho um problema, posso contar com a minha família para receber apoio ou aconselhamento.						
2. Matar-me seria doloroso e assustador.						
3. Eu aceito-me como sou.						
4. Ainda tenho muito a esperar do futuro, à medida que envelheço.						
5. Os meus amigos apoiam-me sempre que eu tenho um problema.						
6. Eu sinto-me amado e aceite pelos meus amigos mais próximos.						
7. Eu sinto-me emocionalmente próximo(a) da minha família.						
8. Eu tenho medo de morrer, por isso não admito matar-me.						
9. Eu gosto de mim como sou.						
10. Os meus amigos interessam-se bastante por mim.						
11. Gostaria de realizar os meus planos ou objetivos no futuro.						
12. A minha família tem tempo para ouvir as minhas experiências na escola, no trabalho ou em casa.						
13. Espero que muitas coisas boas me aconteçam no futuro.						
14. Estou satisfeito(a) comigo próprio(a).						
15. Tenho esperança nos meus planos ou objetivos para o futuro.						
16. Estou convencido(a) que os meus amigos apreciam a minha companhia.						
17. Gosto de estar com a minha família.						

18. Sinto que sou uma pessoa OK/fixe.									
19. Espero ser bem-sucedido(a) no futuro.									
20. A ideia de me matar assusta-me.									
21. Tenho medo de usar algum método para me matar.									
22. Posso contar com a ajuda dos meus amigos se tiver um problema.									
23. Na maioria das vezes, a minha família incentiva e apoia os meus planos ou objetivos.									
24. A minha família importa-se com a maneira como me sinto.									
25. O meu futuro parece-me bastante esperançoso e promissor.									
26. Tenho medo de me matar.									
27. Os meus amigos aceitam-me tal como realmente sou.									
28. Tenho muitos planos que pretendo realizar no futuro.									
29. Sinto-me bem comigo próprio.									
30. A minha família importa-se bastante com o que me acontece.									
31. Sinto-me feliz comigo próprio.									
32. Ficaria assustado ou com medo se fizesse planos para me matar.									

Anexo E. Escala H

ESCALA H

(Beck & Steer, 1988; adaptação Cruz, 2000)

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

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

20. Não vale a pena esforçar-me por conseguir qualquer coisa que desejo, porque provavelmente não a vou conseguir.		
--	--	--

Anexo F. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QUESTIONÁRIO DE IDEAÇÃO SUICIDA – QIS

(Reynolds, 1988; adaptação Ferreira e Castela, 1999)

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

0 = Nunca tive este pensamento

4 = Cerca de uma vez por semana

1 = Pensei nisto mas não no último mês

5 = Duas vezes por semana

2 = Cerca de uma vez por mês

6 = Quase todos os dias

3 = Duas vezes por mês

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Pensei suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
3. Pensei na maneira como me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
4. Pensei quando me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pensei em pessoas a morrerem.	0	1	2	3	4	5	6
6. Pensei na morte.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensei em escrever um testamento.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se eu me suicidasse.	0	1	2	3	4	5	6
12. Desejei estar morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
16. Desejei ter coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
17. Desejei nunca ter nascido.	0	1	2	3	4	5	6
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0	1	2	3	4	5	6

20. Pensei em matar-me mas não o faria.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pensei em ter um acidente grave.	0	1	2	3	4	5	6
22. Pensei que a vida não valia a pena.	0	1	2	3	4	5	6
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0	1	2	3	4	5	6
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0	1	2	3	4	5	6
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0	1	2	3	4	5	6
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.	0	1	2	3	4	5	6
30. Desejei ter o direito de me matar.	0	1	2	3	4	5	6

Anexo G. Escala de Autoestima

ESCALA DE AUTOESTIMA

(Rosenberg, 1965; adaptação Santos e Maia, 2003; Santos, 2008)

Por favor, responde aos seguintes itens, assinalando com uma cruz [x] a resposta que consideras adequada.

	1. Discordo fortemente	2. Discordo	3. Concordo	4. Concordo fortemente
1. De uma forma geral, estou satisfeito comigo mesmo.				
2. Às vezes, penso que não presto para nada.				
3. Penso que tenho algumas boas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.				
6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.				
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.				
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio.				
9. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado.				
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.				

Anexo H. Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

(Ribeiro, 1999)

De seguida, vais encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marca um círculo à volta da letra que melhor qualifica a tua forma de pensar.

Por exemplo, na primeira afirmação, se pensas quase sempre que por vezes te sentes só no mundo e sem apoio, deverás assimilar a letra A, se achas que nunca pensas isso deverás marcar a letra E.

		Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1.	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2.	Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria.	A	B	C	D	E
3.	Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que eu gostaria.	A	B	C	D	E
4.	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5.	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6.	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7.	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8.	Gostava de participar mais em atividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9.	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E

15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
----	--	---	---	---	---	---

Anexo I. Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos

INVENTÁRIO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS – IAV_N

(Brás & Cruz, 2008)

Apresenta-se, de seguida, uma lista de acontecimentos que podes ter experienciado ao longo da tua vida e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo.

Assinala, de forma sincera, com uma cruz [x], os acontecimentos que já viveste.

Na coluna “**Frequência**”, indica a frequência com que esses acontecimentos ocorreram. Na coluna “**Impacto**”, caracteriza o tipo e a intensidade do impacto/consequências que consideras que os mesmos tiveram em ti.

Nunca deves responder nas linhas que estão a **sombreado**, mas sim nas seguintes. Quando assinalares a frequência do acontecimento como “0 – Nunca”, não é preciso assinalares o impacto.

FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

IMPACTO/CONSEQUÊNCIAS

1	2	3	4	5
Nenhum	Negativo, mas também positivo	Ligeiramente negativo	Moderadamente negativo	Extremamente negativo

	FREQUÊNCIA					IMPACTO				
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Separações de Pessoas Significativas (pais, avós, namorados,...)										
1. Intermitentes (nem a presença, nem a ausência de uma pessoa significativa foram contínuas; ex., progenitor que só vinha a casa ao fim-de-semana)										
2. Prolongadas (superiores a 3 meses; ex. progenitor emigrante)										
3. Definitivas (por rejeição, abandono ou por morte)										
Negligência										
4. Negligência Física (recusa ou ineficácia em satisfazer as necessidades de alimentação,										

vestuário, higiene, cuidados de saúde,...)										
5. Negligência Psicológica (recusa ou ineficácia em prestar atenção, carinho ou proteção adequadas)										
Abuso Físico e Sexual										
6. Agressões corporais ligeiras (ex. palmadas)										
7. Agressões corporais moderadas (ex. murros, pontapés, cabeçadas, utilização de objetos)										
8. Agressões corporais severas (provocando marcas, sequelas ou traumatismos)										
9. Abusos sexuais (ex. observação forçada de cenas sexuais; estimulação indesejada dos órgãos sexuais, relações sexuais indesejadas,...)										
	FREQUÊNCIA					IMPACTO				
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Abuso Psicológico										
10. Depreciação (Ter sido alvo de insultos por parte de outros, que visavam diminuir o teu valor.)										
11. Rejeição (Ter sido vítima de resposta negativa, abandono ou frieza emocional, quando era esperado o oposto.)										
12. Humilhações (Desvalorização e depreciação das características pessoais, normalmente em público.)										
13. Punições Desproporcionadas (Castigos demasiado severos face à situação, que comprometeram o bem-estar psicológico. Não inclui situações de abuso físico.)										
14. Exigências Desproporcionadas (Ter sido alvo de expectativas elevadas e pressão psicológica, face a situações em que foi colocado/a sem estar preparado/a.)										
15. Ameaças Verbais ou Escritas à Integridade Física e/ou Psicológica										

Ambiente Familiar Disfuncional										
16. Conflitos entre os familiares próximos (cuidadores e/ou irmãos)										
17. Separações e/ou ameaças de separação dos cuidadores										
18. Abuso de substâncias (álcool, drogas) por parte dos cuidadores										
Condições de Vida Adversas										
19. Dificuldades económicas										
20. Problemas educacionais										
21. Mudança problemática de residência										
22. Mudança problemática de escola										
23. Habitação sem condições adequadas										
Problemas de Saúde										
24. Problemas de saúde físicos (ex. otites, crises de asma) e/ou psicológicos (ex. depressão, perturbações de ansiedade) do próprio										
25. Problemas de saúde físicos e/ou psicológicos entre os familiares próximos										