



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**TENTATIVA DE SUICÍDIO E IDEACÃO SUICIDA NA
ADOLESCÊNCIA: UMA AMOSTRA CLÍNICA**

PATRÍCIA ISABEL BEIJOCA CALDEIRA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Começo por agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, aos meus pais, obrigada pelo carinho, pela dedicação e pelo apoio nos momentos menos bons, sem eles não teria sido possível finalizar esta etapa.

Aos meus familiares, avó, tios e primos por todo o carinho e pelas palavras de força nos momentos de mais desânimo e insegurança.

Aos meus amigos de sempre Luís, Ritas e Inês pelo companheirismo, dedicação, e compreensão.

Ao João por acreditar nas minhas capacidades e por me fazer acreditar nelas.

À Marta pela ajuda e paciência nos momentos mais difíceis.

Às minhas amigas e colegas que sempre me apoiaram ao longo de cinco anos e ajudaram sempre que necessário.

À Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira pela disponibilidade nas fases em que existiram mais dificuldades.

À Dr.^a Nazaré Santos pela disponibilidade e simpatia.

Muito Obrigada.

Resumo

A fase conflitual da adolescência, torna-se preocupante quando o suicídio passa a ser a única alternativa para ultrapassar as dificuldades (WHO, 2014).

As causas da tentativa de suicídio são multideterminadas, tendo diversos fatores que devem ser explorados mediante três ângulos, nomeadamente consoante uma 1) perspetiva individual; 2) uma perspetiva familiar e uma 3) perspetiva social (Sampaio, 1991).

O objetivo do presente trabalho é analisar alguns fatores protetores e de risco numa amostra de adolescentes com ideação suicida e que cometeram tentativa de suicídio, recolhida num hospital público. Para além de uma análise detalhada destes fatores, tem-se como objetivo perceber qual o efeito do género e da idade na perceção que os adolescentes têm relativamente à sua relação com os familiares. Para a concretização destes objetivos contou-se com 271 adolescentes, 81 do sexo masculino e 190 do sexo feminino.

Os resultados mais relevantes evidenciaram que continua a existir um maior número de tentativas de suicídio no sexo feminino; a maioria do diagnóstico sindromático é a depressão e ansiedade; as explicações e significados dos comportamentos suicidários continuam a evidenciar uma multidimensionalidade convergente em três níveis: social, familiar e individual. Os jovens com TS e/ou IS revelaram uma má relação com a figura paterna. O género e a idade são variáveis que influenciam alguns dos resultados encontrados: são os rapazes mais velhos que percecionam que se dão pior com o pai e os jovens mais novos que afirmam que o pai manifesta sentimentos mais afetivos. As limitações e implicações práticas e teóricas deste estudo são discutidas com base na literatura.

Palavras-Chave: Adolescência; Ideação Suicida; Tentativa de suicídio; Figura Paterna; Família.

Abstract

The adolescence phase may become a matter of concern, mainly when suicide seems to be the only way to deal with difficulties that come along the way (WHO, 2014).

Suicide attempt might be explained several reasons, considering several factors that should be explored through three different angles, such as: 1) Individual perspective; 2) Familiar perspective; and 3) Social perspective (Sampaio, 1991).

Therefore, the purpose of this study is to analyze some risk and protect factors in a sample of adolescents that have already experienced a suicide attempt. The sample was collected in a public hospital. In addition to a detailed analysis, the present work aims to study the impact of gender and age on teenagers' perception about their familiar relationship. In this way, a sample of 271 people, 190 females and 81 males, was collected and analyzed.

The main results have shown that the suicide attempts are more frequent in girls than in boys; the major part of syndromatic diagnosis is related with depression and anxiety; the explanations of suicidal behavior continue to show a convergence of multi-dimensionality in three levels (social, familiar and individual).

Teenagers with TS and/or IS express a poor relationship with their father figure. The variables gender and age affect some of the findings: older boys are the ones that percept to have a bad relationship with their fathers and the younger boys who claim that the father manifests more affective feelings. The practical and theoretical constraints of this study are discussed based on the existent literature.

Keywords: Adolescence; Suicidal Ideation; Attempted suicide; Father figure; Family.

Índice

Introdução	1
1. Definição de conceitos.....	1
1.1 Adolescência.....	1
1.2 Suicídio, Tentativa de Suicídio e Ideação Suicida.....	3
2. Tentativa de suicídio e ideação suicida na adolescência	6
2.1 Fatores Protetores e Fatores de Risco associados à Ideação Suicida e à Tentativa de Suicídio.....	10
2.1.1 Fatores Protetores	10
2.1.2 Fatores de risco	11
· Fatores de Associados a Características Individuais.....	13
· Fatores de Risco Associados à dinâmica Familiar.....	14
· Fatores sociais	17
3. Objetivo e Hipóteses.....	19
Método	22
1. Participantes.....	22
2. Instrumentos	23
· Ficha de triagem.....	23
3. Procedimento	24
Apresentação e Discussão dos Resultados	25
1. História Pessoal e Familiar:.....	25
· Percepção que os adolescentes têm da preocupação dos seus familiares em relação a si próprio	25
· Percepção de manifestação de afeto que os adolescentes têm dos seus familiares em relação a si	29
· Percepção que os adolescentes têm de como se dão com os seus familiares.....	31
· Rede de suporte;.....	34
· Em quem os adolescentes confiam os seus problemas;.....	34
2. Motivações da Tentativa de Suicídio:	36
· Explicação da Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio.....	36
· O que gostaria de mudar	45

3. Caraterísticas da Tentativa de Suicídio:	46
· Existência de pessoas na proximidade	46
· Contactos antes da TS.	47
· Qual o método mais utilizado e explicação da sua utilização	47
· O que sentiu no momento da tentativa de suicídio	49
4. Acontecimentos depois da Tentativa de Suicídio:.....	50
· Reação Familiares e Amigos.....	50
Conclusão	51
Referências	53
Anexos.....	63
Anexo A: Exemplos dos Conteúdos que deram origem às Dimensões e Categorias na resposta das diversas perguntas.	64

Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico de Médias da forma como os adolescentes se dão com o pai, segundo a faixa etária	32
Figura 2. Gráfico de Frequências relativos à forma como os participantes explicam a tentativa de suicídio.....	43
Figura 3. Gráfico das Percentagens referentes ao motivo apontado pelos adolescentes para a Tentativa de Suicídio	45
Figura 4. Gráfico das Percentagens do que os Participantes Gostariam de Mudar	46
Figura 5. Gráfico de Percentagens dos Métodos Utilizados na Tentativa de Suicídio.....	47
Figura 6. Gráfico da Frequência de Intoxicação Medicamentosa, segundo o Género dos Participantes.....	48
Figura 7. Gráfico da Frequência de Auto-Mutilações, segundo o Género dos Participantes...	49
Figura 8. Gráfico de Frequências dos sentimentos no momento da Tentativa de Suicídio.....	50

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da Amostra segundo Idade e Género	22
Tabela 2. Percentagem dos locais onde são cometidas as tentativas de suicídio	23
Tabela 3. Percentagens para Preocupação dos Pais, relativamente aos resultados escolares, saúde, companhias e problemas no geral.....	28
Tabela 4. Percentagem de a quem confiam os adolescentes os seus problemas	35
Tabela 5. Categorias encontradas na dimensão Família em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	36
Tabela 6. Categorias encontradas na dimensão Escola em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	38
Tabela 7. Categorias encontradas na dimensão Relação entre Pares em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	39
Tabela 8. Categorias encontradas na dimensão Relações Afetivas em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	39
Tabela 9. Categorias encontradas na dimensão Desvalorização do Próprio em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	40
Tabela 10. Categorias encontradas na dimensão Vontade de Mudança em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	41
Tabela 11. Categorias encontradas na dimensão Acontecimentos de Vida em resposta à questão "Como explica a ideação suicida"	42

Introdução

Existem diferentes fatores de risco que poderão estar associados à ideação suicida (IS) ou à tentativa de suicídio (TS) na adolescência. Tais fatores incluem (a) presença de diagnósticos psiquiátricos, (b) história de tratamento, (c) características clínicas, (d) TS anteriores, (e) fatores socioeconómicos, (f) funcionamento familiar, (g) exposição ao suicídio, e (h) acesso a meios que poderão contribuir para uma tentativa de suicídio (Wolfe, Foxwell & Kennard, 2014).

Além disso, existem também vários fatores que influenciam um aumento do grau de risco do comportamento suicida, mormente (a) ideação suicida persistente, (b) instabilidade comportamental, (c) contacto desconfiado, (d) ausência de rede de suporte, (e) intoxicação por álcool e drogas, (f) TS anteriores, e, por último, (g) sintomas psicóticos (adaptação de *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior*, cit. por Cordovil, Crujo & Guerreiro, 2009).

Assim, o presente estudo teve, o propósito de explorar alguns dos fatores supra mencionados, numa amostra clínica de adolescentes com comportamentos suicidas que recorreram a um Hospital Público Português.

1. Definição de conceitos

1.1 Adolescência

O conceito de adolescência é relativamente recente, segundo Laufer (2000), esta refere-se ao período que se inicia entre os 12 e os 14 anos e termina aos 21 anos.

A sua chegada é facilmente perceptível devido ao início da puberdade, contudo é complexo determinar o final deste período (Cabié, 1999; Medeiros 2000; Sampaio, 1991). Esta complexidade deve-se aos vários fatores a que pode ser associado o fim da adolescência, nomeadamente autonomia financeira ou fim da escolaridade, entre outros (Cabié, 1999).

A literatura caracteriza esta etapa da vida como sendo uma fase na qual ocorrem alterações psicobiológicas que vão maturando até à idade adulta (Sampaio, 1991).

Também nesta fase a par das alterações biológicas, o adolescente sofre transformações ao nível de processos de pensamento e da construção da sua identidade (Medeiros, 2000).

Os autores que investigam a temática da adolescência afirmam que esta engloba diferentes mudanças na vida dos jovens (Dias & Fontaine, 1996; Laufer, 2000). Estas mudanças agrupam-se numa consolidação da autoestima e numa maior autonomização do adolescente, relativamente à família, que conseqüentemente origina uma alteração da relação com os pais, surgindo uma separação psicológica dos mesmos.

Ainda nesta fase, existe uma alteração da relação com os companheiros, sendo que, como o adolescente diminui a sua dependência face aos pais, aumenta a importância dada aos amigos. De salientar, igualmente nesta fase, o surgimento de uma predisposição para a interação amorosa, a par da formação da identidade sexual (Dias & Fontaine, 1996; Laufer, 2000; De Oliveira, Machado & Branco, 2006; Gouveia-Pereira, et al. 2000).

De um modo geral, o adolescente vai-se tornando, que comportamental, quer emocionalmente autónomo das figuras parentais, ocorrendo uma nova organização dos padrões de vinculação estabelecidos com os progenitores, verificando-se, simultaneamente, um aumento da importância dos pares, no que concerne ao suporte e equilíbrio emocional do próprio adolescente (De Oliveira, et al. 2006).

Devido a todas estas transformações a adolescência é, portanto, uma fase evolutiva na qual podem surgir muitos conflitos, e numa tentativa de atingir uma resolução dos mesmos, os adolescentes poderão recorrer a comportamentos violentos, impulsivos ou até mesmo suicidas (Borges & Werlang, 2006).

De acordo com o exposto, analisar as temáticas que envolvam a adolescência implica compreender que este é um período que não revela apenas mudanças no adolescente, mas também mudanças a nível relacional, *i.e.*, uma mudança entre o envolvimento dos pais e filhos onde são necessárias diferentes alternativas para a concretização saudável desta nova etapa (Sampaio, 1994; Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014; Gouveia-Pereira, Pedro, Amaral, Alves-Martins & Peixoto, 2000).

Todavia, se não existir uma flexibilização de ambas as partes poderão ocorrer diferentes sintomas, dos quais se destaca a ideação suicida, que comprometem a fase na qual se encontra o adolescente (Sampaio, 1994; Gouveia-Pereira, *et al.* 2014).

1.2 Suicídio, Tentativa de Suicídio e Ideação Suicida

O comportamento suicida é concebido como sendo um *continuum* que se inicia com a ideação suicida, pensamentos em acabar com a própria vida, o planeamento suicida, caracterizado pela designação do “quando”, “onde” e “como” levará avante a conduta de autodestruição e, finalmente, o suicídio, que diz respeito à consumação do ato. Existe portanto, um crescente hierárquico que pode ir desde as idealizações gerais sobre a morte, até a reflexões mais graves acerca da forma de cometer o suicídio, ou mesmo, o suicídio (Baggio, Palazzo & Aerts, 2009; Ferreira & Castela, 1999; Sampaio, 1991; Saraiva, 1999).

A ideação suicida é considerada como o primeiro fator que poderá originar uma tentativa de suicídio ou o suicídio. Assim, a decisão de cometer suicídio, nos sujeitos que não são impulsivos, não ocorre de maneira rápida, sendo que, com frequência, o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente algum sinal que revela a ideia de atentar contra a própria vida (Braga & Dell’Aglia, 2013; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2014)

No que concerne à abordagem da TS, deve ter-se em consideração que a definição da mesma acarreta algumas dificuldades de entendimento, na medida em que a intenção de morrer é muito difícil de avaliar (Guerreiro & Sampaio, 2013; Madge, et al., 2008; Sampaio, 1991; 2002)

É, portanto, definida como sendo todo o ato não fatal de automutilação, ou de autoenvenenamento, não estando sempre incluída a “intenção de morte”, que ajuda a distinguir entre a vontade ou não de morrer (Sampaio, 1991). A tentativa de suicídio, ocorre aquando de uma situação de instabilidade, *i.e.*, ocorre quando existe um bloqueio originando uma impossibilidade de uma reorganização estrutural (Sampaio, 1991).

Além disso, existe uma grande dificuldade na comunidade científica acerca da nomenclatura a utilizar no que respeita os comportamentos suicidários (Sampaio & Guerreiro, 2013), ou seja acerca do que significam exatamente.

Neste sentido cumpre explicitar os comportamentos autolesivos (doravante designados CAL), estando a dificuldade da sua definição na intencionalidade suicida, ou não, destes comportamento. Especificando, no facto de um CAL poderá ter, ou não, uma intenção suicida (Carvalho, et al., 2013; Sampaio & Guerreiro, 2013; Madge et al. 2008), uma vez que, de acordo com a pesquisa realizada, verificou-se existir uma maior prevalência de CAL sem

intenção suicida, comparativamente aos CAL com intenção suicida (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011). Estas conclusões não apresentam diferenças ao nível do género, idade ou escolaridade dos participantes (Baetens, et al. 2011).

Revela-se pertinente abordar o debate que engloba a designação dos CAL, na medida em que estes podem também ser denominados de comportamentos suicidários, parassuicidários, violência autodirigida, comportamentos autodestrutivos ou auto-mutilações, sendo este último o conceito utilizado no instrumento do presente estudo (Carvalho *et al.* 2010; Cruz, Narciso, Pereira & Sampaio, 2014; Sampaio & Guerreiro, 2013).

Estes comportamentos apresentam diversas intencionalidades face à morte, sendo que na adolescência estão relacionados com um fracasso, quer a nível social, como familiar e/ou individual (Carvalho *et al.* 2010; Cruz, et al. 2014; Sampaio & Guerreiro, 2013).

Neste trabalho entendemos por CAL a designação utilizada no estudo, *Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE)* de Madge *et al.* (2008), no qual foi utilizada uma amostra de 30.477 adolescentes, entre os 15-16 anos de idade de diversos países e em contexto escolar. No referido estudo, estes autores definiram os CAL como um “comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (*e.g.*, cortar-se, saltar de alturas); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância de recreio, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível”.

Esta definição tem subjacente o conceito de intencionalidade de se magoar ou fazer lesões ao próprio, e não o conceito de intencionalidade suicida, englobando as tentativas de suicídio e os CAL sem intenção suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Em Portugal, mediante o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio opta-se por dividir os comportamentos suicidários em Comportamentos Autolesivos e Atos suicidários (Carvalho *et al.*, 2013). Assim e apesar da dificuldade na nomenclatura dos comportamentos suicidários, podem destacar-se quatro conceitos, que são transversais a todas as classificações, concretamente os conceitos de Intencionalidade, Método, Resultados e Letalidade (Baetens, et al. 2011; De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Seguidamente, abordar-se-ão os referidos conceitos.

- Intencionalidade

A intencionalidade pode ser definida como a vontade que o indivíduo tem ou não de morrer (Sampaio, 1991). O conceito de intencionalidade é normalmente avaliado através do autorelato referente à memória do ato suicida e é definido como a determinação que o indivíduo possui para atingir o suicídio (De Leo et *al.* 2006).

É sugerido também que a intencionalidade poderá ser avaliada através do método utilizado, i.e. se o método utilizado é reversível, menos rápido ou permite uma intervenção que impossibilite a morte do sujeito a intencionalidade é menor (Sampaio, 1991).

De um modo geral, este é um conceito que mais controvérsia gera nos investigadores da área (Guerreiro & Sampaio, 2013). Consequentemente, verifica-se o aparecimento de diversas nomenclaturas para o mesmo (Guerreiro & Sampaio, 2013). Contudo, os termos mais utilizados são, especificamente, os comportamentos suicidários, o suicídio e o CAL (Guerreiro & Sampaio, 2013).

- Método

Este conceito refere-se ao método utilizado para consumir a tentativa de suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013). Normalmente, é avaliado através de autorrelatos e pode ser desde envenenamento, ou cortes, a queimaduras corporais, entre outros (Guerreiro & Sampaio, 2013).

- Resultados

Segundo De Leo et *al.* (2006), os resultados podem culminar na morte, na sobrevivência com lesões ou na sobrevivência sem lesões.

- Letalidade

O conceito de letalidade pode ser avaliado mediante duas perspetivas, a perspetiva do médico ou a perspetiva do indivíduo, sendo uma avaliação objetiva ou subjetiva, respetivamente (Brown, Henriques, Sosdjan, & Beck, 2004; Guerreiro & Sampaio, 2013). Este conceito está diretamente associado ao método (Brown, et *al.* 2004; Guerreiro & Sampaio, 2013).

2. Tentativa de suicídio e ideação suicida na adolescência

Segundo a *World Health Organisation* (2014) (WHO), a fase conflitual da adolescência, anteriormente referida, torna-se preocupante quando o suicídio constitui a única alternativa para ultrapassar as dificuldades, na medida em que a intensidade dos pensamentos suicidários, a sua profundidade, duração, o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles são indicadores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra com um eminente risco de suicídio.

Desta forma, os jovens e o aumento dos suicídios nesta faixa etária requerem uma especial atenção dada a complexidade das suas características e dos fatores de risco que estão associados a esta fase de vida, sendo no entanto estes fatores multideterminados (WHO, 2014).

No que concerne à perspetiva de Laufer (2000), durante esta fase, ocasionalmente, podem aparecer ideias de morte, uma vez que estas fazem parte do desenvolvimento de estratégias que acontecem na infância e na adolescência para lidar com problemas existenciais, tais como compreender o sentido da vida e da morte, assistindo-se a uma idealização do conceito de morte que pode representar algo de mágico, de irreal e reversível.

Denota-se, assim nesta fase, uma grande tendência de passagem ao ato, uma manipulação da ideia de morte, a emergência frequente de ideias depressivas e uma maior predisposição para comportamentos suicidários (Braga & Dell'Aglio, 2013; Cabete & Esteves, 2009; Moran, et al. 2012; Pereira, 2011). A afirmação é corroborada com estudos que verificam a existência de uma percentagem de 34,4% dos jovens que já teve em algum ponto da sua vida ideação suicida e, entre estes, 7% fizeram, pelo menos, uma tentativa de suicídio (Sampaio, et al. 2000).

Concretamente, a literatura considera que nos grupos de jovens predisposição para os comportamentos suicidas não existe esperança, apenas desespero e zanga que origina uma compulsão para se libertarem das suas partes odiadas. Não existe neles uma função de autopreservação, pelo que o suicídio dá aos adolescentes uma sensação de controlo sobre a própria vida (Joffe, 2000), entrando num estado de stresse caracterizado, sobretudo, por tristeza, insegurança, confusão, medo e ansiedade (Cruz, Sampaio, Santos & Narciso, 2007).

Outros estudos vão no sentido dos resultados referidos, pois verificou-se que os adolescentes com comportamentos suicidários apresentam mais impulsividade, depressão, ansiedade e agressividade (Avanci *et al.* 2005; Madge, *et al.* 2011).

Ainda, outro estudo com o objetivo de avaliar o risco de suicídio, depressão, consumo de substâncias psicoativas e disfunção familiar em 779 jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos de colégios públicos e privados, concluiu que o risco de suicídio nestes jovens se encontrava entre os 23% a 26.5% e que a depressão e a disfunção familiar estão associadas positivamente com o mesmo (Toro, Ramón; González & Montoya, 2006).

Salientamos ainda outros autores que verificaram que (1) mais raparigas do que rapazes relataram comportamentos suicidários, (2) no final da adolescência há uma redução considerável na incidência destes comportamentos estando os mesmos independentemente associados ao consumo de álcool, cannabis e tabagismo, já os sintomas de depressão e ansiedade na adolescência estão fortemente correlacionados com comportamentos suicidários na idade adulta (Moran, *et al.* 2012).

Outro estudo concluiu que se torna cada vez mais importante distinguir as características dos adolescentes que têm como objetivo o suicídio daqueles que praticam comportamentos de autoagressão numa tentativa de passagem para um estado mais pacífico (Brausch & Gutierrez, 2010).

Estes autores ao analisar uma amostra de 373 estudantes do ensino médio com uma média de idades de 15,04 verificaram que, ao dividir a amostra em três grupos (sem história de automutilação, comportamentos suicidários sem intenção suicida e comportamentos sem intenção suicida mas uma tentativa de suicídio associada), existem diferenças significativas entre estes três grupos, no que diz respeito a sintomas depressivos, ideação suicida, apoio social, autoestima, satisfação com o corpo e transtornos alimentares, sendo o grupo sem história de automutilação a revelar níveis mais altos de fatores de proteção.

Ainda, os adolescentes do grupo com comportamentos suicidários sem intenção suicida demonstrou ter menos sintomas depressivos, ideação suicida menor, maior autoestima e apoio dos pais comparativamente com o grupo que havia tentado o suicídio (Brausch & Gutierrez, 2010).

Denota-se, assim nesta fase, uma grande tendência de passagem ao ato, uma manipulação da ideia de morte, a emergência frequente de ideias depressivas e uma maior predisposição para comportamentos suicidários (Braga & Dell'Aglio, 2013; Cabete & Esteves, 2009; Moran, et. al. 2012; Pereira, 2011).

Esta afirmação é corroborada com estudos que verificam a existência de uma percentagem de 34,4% de jovens que já teve em algum momento da sua vida ideação suicida e, entre estes 7% fizeram, pelo menos, uma tentativa de suicídio (Sampaio, et al. 2000).

A literatura considera que nos grupos de jovens com esta predisposição para os comportamentos suicidas não existe esperança, apenas desespero e zanga que origina uma compulsão para se libertarem das suas partes odiadas. Não existe neles uma função de autopreservação, pelo que o suicídio dá aos adolescentes uma sensação de controlo sobre a própria vida (Joffe, 2000), entrando em um estado de stresse caracterizado, sobretudo, por tristeza, pessimismo, insegurança, confusão, medo e ansiedade (Cruz, et al. 2007). Também Laufer (2000) refere que o adolescente ao negar a finitude que simboliza a morte pode tentar o suicídio como uma forma de passagem para um estado mais pacífico ou de menor tensão.

De acordo com Sampaio (2001) podem existir quatro tipos de suicídio nos jovens: (a) apelo, (b) desafio, (c) fuga e, por último, (d) renascimento.

No que concerne ao tipo de suicídio que tem subjacente o (a) apelo, o adolescente pede ajuda ao outro, onde se pode destacar a existência de um pedido de ajuda direto, no qual está patente uma enfatização da diferença, *i.e.*, o jovem ocupa um lugar baixo face aos restantes membros da família, neste tipo existe um papel de complementaridade no qual o adolescente se coloca (Sampaio, 2001)

Respetivamente ao tipo de suicídio, definido pelo autor, como sendo, (b) desafio, o adolescente coloca-se numa posição igualdade e de minimização da diferença face aos outros elementos da classe, *i.e.*, ocorre uma perturbação na hierarquia e organização do sistema familiar, o adolescente coloca-se numa posição simétrica à dos restantes familiares, nestas famílias não existem fronteiras intergeracionais, os papéis estão confusos e difusos não existindo uma estrutura bem definida (Sampaio, 2001).

No tipo de suicídio respeitante à (c) fuga, o adolescente adota uma posição ambivalente, sendo que, por um lado, se denota isolado da restante família, não dando atenção

ao que se passa à sua volta e vendo como única alternativa a morte, por outro, está bastante atento ao que o rodeia, o adolescente sente-se numa posição de exclusão e total desistência (Sampaio, 2001).

Por último no (d) renascimento, o adolescente pretende manter a essência humana, sendo que o “adolescente quer morrer para nascer de novo” (Sampaio, 2001).

Em jeito de interpretação dos diversos tipos de suicídio anteriormente mencionados, e começando pelo tipo de suicídio relacionado com o apelo o jovem, de um modo geral, coloca-se numa posição de pedido de apoio, no tipo de suicídio correspondente ao desafio o adolescente tem um comportamento suicidário que está diretamente relacionado a um determinado conflito com uma pessoa.

Assim, os tipos de suicídio relacionados com o apelo e com o desafio surgem mais direcionados para uma causa exterior, *i.e.*, a atribuição do gesto é uma atribuição externa (Sampaio, 2001).

Já em relação à fuga, o adolescente coloca-se numa posição de isolamento, sendo que existe um sentimento de profunda desesperança, e, por último, no tipo de suicídio associado ao renascimento, o adolescente vê a morte como sendo uma forma de nascer de outra forma, sendo estas duas últimas tipologias respeitantes a uma atribuição gestual mais dirigida para o interior do sujeito (Sampaio, 1991).

De acordo com o exposto, o suicídio é multideterminado, podendo ser consequente de diversos motivos e possuir igualmente objetivos bastante diversos (*e.g.*, Braga & Dell’Aglia, 2013; Cruz *et al.* 2014; Nock, 2010; Victor, Glenn & Klonsky, 2011).

Assim, no seguimento desta ambivalência do comportamento suicida, pode conceber-se que um adolescente que tenta o suicídio fracassou nas três etapas referidas por Laufer (2000) e Sampaio (2001). Concretamente, (1) a alteração da relação com os pais, *i.e.*, o adolescente não conseguiu ultrapassar a angústia de se tornar independente dos pais, não conseguindo separar-se emocionalmente dos mesmos, (2) a alteração da relação com os companheiros, *i.e.*, o adolescente falhou na procura de amigos que influenciassem o seu desejo de ser adulto, e, por último, (3) o adolescente não teve sucesso na sua formação da identidade sexual, não tendo a capacidade de se distanciar do seu eu infantil, tornando-se o detentor da compreensão do seu corpo, diferenciando a visão que tem acerca de si próprio

como sendo uma pessoa do sexo feminino ou masculino.

Concluiu-se, portanto, a necessidade de ter uma clara percepção do que faz parte dos padrões normativos do desenvolvimento de um adolescente e do que é patológico, sendo que este último está relacionado com o grau de desajuste com que surgem as características, anteriormente mencionadas, próprias de um desenvolvimento humano saudável (Borges & Werlang, 2006).

2.1 Fatores Protetores e Fatores de Risco associados à Ideação Suicida e à Tentativa de Suicídio.

Apesar das inúmeras hipóteses e teorias que tentam compreender e explicar o fenómeno do suicídio, revela-se consensual entre os autores que o mesmo não pode ser elucidado através da atribuição de um único fator explicativo ou causa (*e.g.*, Borges & Werlang, 2006; Guerreiro & Sampaio, 2013; Martins, Trindade & Almeida, 2003)

Este fenómeno tem os seus fatores protetores e os seus fatores de risco, sendo que os primeiros se referem àqueles que resguardam e defendem o aparecimento do mesmo, enquanto os segundos dizem respeito àqueles que facilitam e o provocam (*e.g.*, Borges & Werlang, 2006; Brausch & Gutierrez, 2010; Cruz, *et. al.* 2014; Nock *et al.* 2008; Sampaio, 2001; Sampaio, *et al.* 2000).

2.1.1 Fatores Protetores

Vários autores referem a existência de alguns fatores protetores que reduzem a probabilidade de ocorrência de um comportamento suicida. Deste modo, a pesquisa da literatura realizada permite afirmar que os fatores que diminuem o risco de ideação suicida são, entre outros: a coesão familiar, relativa ao suporte, compromisso e ligação emocional fortes (Au, Lau & Lee, 2009) e maior apego materno e paterno (Sheftall, Mathias, Furr & Dougherty, 2013).

Também a WHO (2014) enumera diversos fatores protetores, mormente uma boa relação com os membros da família, o apoio familiar, boas habilidades sociais, procura de apoio e conselhos de alguém que lhes transmita confiança, percepção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, boa capacidade de comunicação, recetividade face à ajuda dos outros e, por último, fatores sociais, tais como valores culturais, atividade de lazer,

desporto, religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos.

Anteriormente a WHO (2011) referiu alguns fatores protetores para a ideação suicida, agrupando-os em quatro tipos de fatores, nomeadamente (1) familiares, (2) cognitivos e da personalidade, (3) culturais e sociodemográficos, e (4) ambientais.

No primeiro é referenciada uma boa relação com os membros da família, o apoio e a confiança familiares, enquanto no segundo faz-se enfoque às boas capacidades sociais, à procura de ajuda e conselhos, ao sentido de valor pessoal, à abertura para novas experiências e aprendizagens, às aptidões de comunicação e à recetividade para com a ajuda dos outros e planeamento do projeto de vida. O terceiro abrange os valores culturais, o lazer, o trabalho, o desporto, a religião, as boas relações com amigos, colegas, professores e outros adultos; e, por fim, no quarto e último fator, a *World Health Organisation* refere uma dieta saudável, uma boa qualidade no sono e atividade física.

Outros autores referem que os adolescentes sentem muita necessidade de falar, sendo a interação com o outro muito importante para os mesmos. Apesar do seu bem conhecido carácter grupal, a experiência destes autores tem mostrado que os adolescentes gostam e precisam do contato com diferentes pessoas, de diferentes idades e é possível vê-los por longas horas, junto delas, apenas a conversar. Assim, ter alguém confiável para conversar é apontado como um fator de proteção (Benincasa & Rezende, 2006; Melo, Faria, Melo, Chaves & Machado; 2005)

De um modo geral, os fatores protetores são de alguma forma uma consequência dos fatores de risco, sendo pertinente aprofundar estes últimos.

2.1.2 Fatores de risco

Apesar da evidência de uma forte predição dos fatores de risco psicopatológicos e psicológicos individuais, é bastante pertinente olhar a tentativa de suicídio mediante uma compreensão que engloba fatores sociais e também interpessoais (Cruz, et al. 2014; Guerreiro & Sampaio 2013; Sampaio 1991; King & Merchant, 2008).

Num estudo realizado por Sampaio et al. (2000), com o objetivo de analisar as representações sociais dos adolescentes face ao suicídio, foram diversos os resultados, tais como: a representação face ao suicídio varia de acordo com a idade, sexo, ano de escolaridade,

região e presença de ideação suicida. Os adolescentes consideraram a ausência de amigos, a disfunção familiar, o abuso de substâncias e a fuga dos problemas como indicadores fortes que podem levar ao suicídio. Os autores explicaram também o suicídio com base em fatores intraindividuais (problemas de personalidade, vergonha de si próprio), interativos, psicossociais (problemas na integração social) e biológicos (doença mental ou incurável).

Na literatura são apontados diversos fatores de risco, tais como: a idade, o isolamento social, o abandono, a exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, exposição a fatores de stresse, uso de álcool e outras drogas, um fraco suporte social, sentimentos de solidão, desespero, tristeza e incapacidade, suicídio de um membro da família, dificuldades económicas, problemas em relações amorosas, homossexualidade, *bullying*, *locus* de controlo externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, problemas de saúde, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, dificuldade de aprendizagem, abuso e dependência de substâncias psicoativas, doenças psiquiátricas (sendo as mais frequentes perturbação de conduta; perturbação de oposição desafio; depressão *major*; perturbação pós stresse traumático; abuso ou dependência de cannabis, entre outras) (e.g., Avanci *et al.*, 2005; Bahls, 2012; Borges & Werlang, 2006; Espinoza-Gomez *et al.*, 2010; Freitas & Botega 2002; Guerreiro *et al.* 2009; Madge *et al.* 2013; Sampaio, 1991; Shaffer & Pfeffer, 2001; Toro *et al.*, 2009; Pereira, 2011; Crept, 2002).

Um estudo realizado por Cordovil *et al.* (2009), com o objetivo de caracterizar uma população de 28 adolescentes que se encontravam internados no serviço de pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central, concluiu que (1) a maioria da amostra possuía diagnósticos sindromáticos depressivos e de perturbação *Borderline*, (2) a maioria era do sexo feminino, (3) denotaram-se como fatores de risco muito importantes o insucesso escolar, a patologia psiquiátrica parental e a disfunção familiar, (4) a ingestão medicamentosa revelou ser o método mais utilizado por estes adolescentes, e (5) a maioria das tentativas ocorreram posteriormente a um qualquer conflito relacional.

A identificação dos fatores de risco é um componente importante da avaliação do risco de futuras tentativas (Wolfe *et al.*, 2014). Uma abordagem integrada, que tenha em conta as dificuldades psicossociais, disfunção familiar, e as expectativas negativas dos adolescentes, parece ser de grande importância para prevenção (Guerreiro *et al.*, 2009).

Os diversos fatores de risco sugeridos pelos autores, na continuação do que foi considerado anteriormente, parecem sugerir uma multidimensionalidade associada à tentativa de suicídio na adolescência, pelo que, no presente estudo, entende-se a tentativa de suicídio como sendo um fenómeno multideterminado com diversos fatores de risco que devem ser explorados mediante três ângulos, nomeadamente consoante (1) uma perspetiva individual na qual se privilegia o vivido do próprio jovem, (2) uma perspetiva familiar na qual se enfatiza a história familiar do jovem, e (3) uma perspetiva social na qual é abrangido a relação entre pares do adolescente, bem como a sua relação com a sociedade fazendo parte desta perspetiva a escola/emprego (Sampaio, 1991).

- *Fatores de Associados a Características Individuais*

A idade denota-se como um fator predisponente, especificamente, com o aumento da idade, o risco de tentativa de suicídio tende a aumentar, pelo que dessa forma o risco é maior no final da adolescência. Também o género pode ser um preditor, sendo que, segundo diversos estudos, este fenómeno tem uma taxa mais elevada no sexo feminino (*e.g.* Borges & Werlang, 2006; Buchman-Schmitt *et al.*, 2014; Guerreiro *et al.*, 2013; Pereira, 2011).

Contudo, apesar de a maior taxa de tentativa de suicídio se revelar no sexo feminino, é no sexo masculino que ocorre a maioria dos suicídios consumados, sendo que este último é o grupo que utiliza os métodos mais letais e violentos (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003).

Também o número de tentativas que o adolescente cometeu parece ser um fator importante para perceber o seu risco, sendo que depois de uma primeira tentativa o risco de recorrência aumenta (Avanci *et al.*, 2005; Pereira, 2011). Este risco de recorrência é maior nos primeiros três a seis meses após a tentativa. De acordo com Gould *et al.* (2003), cerca de um a três jovens que consumaram o suicídio já tinham cometido uma tentativa anterior.

Vários autores referem que a psicopatologia é um fator importante na predição da TS, pelo que a maioria dos jovens que têm comportamentos suicidários possuem transtornos mentais (*e.g.*, Cruz *et al.*, 2007; Bridge *et al.* (2006); Nock *et al.*, 2013; Sampaio, 1991, Sampaio *et al.*, 2000), todavia os transtornos que preveem a ideação suicida são distintos dos que originam a tentativa em si, sendo que estes últimos são mais severos (Nock *et al.*, 2013).

Apesar de a suicidalidade não se limitar a adolescentes com perturbações depressivas, a maioria dos adolescentes deprimidos manifesta ideação suicida de modo significativo, sendo esta patologia mais predominante no sexo feminino (Avanci, 2005; Arria et al. 2009; Bahls, 2002; Braga & Dell’Aglío, 2013; Sampaio et al., 2000; Lopes, Berreira & Pires, 2001).

A literatura ainda refere outros fatores que podem contribuir para um maior risco de suicídio, tais como o abuso de substâncias; alguns traços de personalidade como a impulsividade que surge como resposta à frustração; o sentimento de desesperança que está correlacionado com a intencionalidade do ato; dificuldades na resolução de problemas interpessoais e ao nível das estratégias de *coping* do próprio adolescente e a confusão entre identidades sexuais, sendo este fator mais prevalente no sexo masculino (Crepet, 2002; Gould et al. 2003; Schilling et al., 2009).

A disponibilidade dos métodos utilizados pelos adolescentes para consumir a TS, também é bastante relevante, na medida em que a existência de um cuidado parental desadequado e uma carência na supervisão poderão aumentar o risco de suicídio, aquando da existência de armas em casa, e de outros meios letais, tais como medicamentos (Pereira, 2011).

- *Fatores de Risco Associados à dinâmica Familiar*

A vida familiar de um adolescente suicida, também tem vindo a denotar-se um dos fatores mais importantes na caracterização deste fenómeno, pois a grande maioria dos adolescentes continua a residir com familiares até à idade adulta, e cada vez até mais tarde. Como tal, o ambiente familiar continua a exercer uma grande influência no desenvolvimento de todos os adolescentes (Buchman-Schmitt et al., 2014; Sousa, Machado & Branco, 2008).

Vários autores entendem a família como sendo um sistema que, mais do que um conjunto de elementos, é uma vasta rede de interações e de trocas dinâmicas, estando o comportamento de cada um dos elementos intimamente ligado ao comportamento dos restantes (Alarcão, 2006). Esta definição de origem sistémica adota um modelo de causalidade circular, *i.e.*, os comportamentos obedecem a uma interação de influências mútuas, sendo que o comportamento de cada um dos elementos deste sistema é, simultaneamente, causa e efeito do comportamento de outro.

Neste seguimento, segundo Relvas (1996) a família só pode ser compreendida mediante uma perspetiva holística, afirmando que, ao longo do seu desenvolvimento, a família passa por diversas etapas que designa de ciclo vital da família.

Este ciclo é caracterizado por diversos momentos de mudança que têm por base uma reestruturação, adaptação e transformação, não só do sistema familiar, mas também de todos os seus membros.

Uma das etapas mais importantes no ciclo de vida familiar diz respeito às famílias com filhos adolescentes. Esta etapa requer a adaptação de gerações distintas, existindo alterações na dinâmica familiar, *i.e.*, alterações tanto emocionais como comportamentais que interligam tanto o ciclo individual do adolescente como o familiar (Relvas, 1996).

O ciclo vital das famílias com filhos adolescentes pode ser considerado como um momento de crise, na medida em que devido às mudanças não só físicas, mas também comportamentais e emocionais existe uma consequente mudança na relação entre pais e filhos (Alarcão, 2006; Relvas, 1996;).

Estes ciclos familiares e individuais estão sempre em comunicação e são interligados, pelo que numa estrutura familiar podem diferenciar-se diversos subsistemas que desempenham diferentes tarefas e papéis (Minuchin, 1988). Desse modo, devem estabelecer-se regras familiares que definam como cada um dos elementos participa na vida familiar, mantendo assim uma diferenciação entre subsistemas que apoie a individualização e autonomia dos seus membros enquanto, simultaneamente, fornece um sentido de pertença (Alarcão, 2006; Minuchin, 1988; Soares & Campos, 1988).

De acordo com Minuchin (1988), um funcionamento familiar saudável apresenta fronteiras bem delineadas, de forma a que não surjam interferências não desejadas, mas, por outro lado, estas fronteiras não devem ser demasiado rígidas para que não impossibilitem o contacto entre os membros familiares. Todavia, alguns pais com um funcionamento familiar frágil (muito rígidas ou muito flexíveis) e já com algumas dificuldades em etapas anteriores dificultam a autonomia e individualização do adolescente (Gouveia-Pereira *et al.*, 2014).

Quando as famílias apresentam um funcionamento demasiado rígido ou demasiado caótico podem originar alguns comportamentos sintomáticos nos seus membros, nomeadamente o comportamento suicidário nos adolescentes (*e.g.*, Arria *et al.*, 2009;

Cordovil *et al.* 2009; Gonçalves, Freita & Sequeira, 2001; Guerreiro *et al.*, 2013; Hawton & Harriss, 2007; Sampaio, 1991; Santos *et al.*, 2013). Este surge como um meio de expressar a disfunção familiar e mal-estar psicológico, tendo como funcionalidade o "equilíbrio" do sistema (Alarcão,2006; Hawton & Harriss, 2007).

Joffe (2000) refere que do ponto de vista do adolescente, o próprio suicídio poderá ser um ataque às pessoas que são importantes no momento, pelo que muitas tentativas de suicídio são uma consequência de uma zanga com os pais, sendo que estes são vistos como sendo insuficientemente afetuosos e como sendo os culpados do comportamento suicidário.

Num estudo realizado em Portugal, os autores referem que a ideação suicida pode ser visto como sendo um fator de proteção, uma vez que pode expressar a necessidade de uma mudança quer a nível individual como a nível familiar. De acordo com os resultados deste estudo, os adolescentes com maior ideação suicida pertencem a famílias desequilibradas, *i.e.*, com coesão e adaptabilidade baixas e têm uma forte dependência conflitual a ambos os pais (Gouveia-Pereira *et al.*, 2014)

Num outro estudo com o objetivo de analisar os preditores familiares e individuais em adolescentes com comportamentos autodestrutivos com intenção suicida e sem intenção suicida, verificou-se que existem diferenças nos jovens com comportamentos autodestrutivos na sua perceção de rejeição paterna e materna, quando comparado com os jovens sem ideação suicida (Cruz *et al.*, 2014).

Sheftall, Mathias, Furr e Dougherty (2013), ao estudar um grupo de 236 adolescentes com e sem ideação suicida e as suas famílias, concluíram que adolescentes com histórico de tentativas de suicídio classificaram-se como tendo significativamente menor apego materna e paternal, bem como menor capacidade de adaptação familiar e coesão, do que os pacientes sem tentativas de suicídio. Ainda, os adolescentes com tentativas de suicido classificam a sua relação paternal como insegura; classificam a sua família como menos adaptável e menos coesa comparativamente ao grupo de adolescentes sem tentativa relacionando estes resultados com a falta de suporte por parte dos pais.

Também (*e.g.*, Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006; Teodoro *et al.* 2009) concluíram nos seus estudos que (1) menor independência do pai e da mãe leva a um aumento da tensão sentida neste período e conseqüentemente aumenta a probabilidade de ideação suicida, (2) a ocorrência de ideação suicida em pessoas jovens está relacionada a conflitos com a mãe

e/ou pai, (3) apesar de não dever existir uma ruptura dos laços com o pai e a mãe, a ideação suicida expressa um fracasso do processo de autonomia do adolescente.

De um modo geral, no que respeita a algumas das características das famílias dos adolescentes suicidas, podem enumerar-se (1) dificuldades nas relações sociais, tendo características de isolamento, (2) situações de violência familiar, (3) baixo nível de comunicação dos pais, e (4) desvalorização da família em caso de tentativa anterior. Face a estas vicissitudes, o adolescente não encontra o equilíbrio e, por vezes, vê a relação dos pais como insatisfatória, existindo diversos conflitos familiares (Gould *et al.*, 2003; Sampaio *et al.*, 1991).

A maneira como o conflito é gerido e elaborado no sistema familiar vai determinar a evolução do processo de autonomia (Relvas, 1996) ou, em alternativa, o aparecimento de um sintoma. Assim, para que o conflito cause uma mudança evolutiva no sistema, tem de haver uma ligação segura entre os adolescentes e os pais e vice-versa, *i.e.*, no fundo uma coesão familiar referente ao suporte, ao compromisso e a uma ligação emocional forte (Au *et al.* 2009).

- *Fatores sociais*

No que respeita os fatores sociais, diversos autores têm estudado a importância dos grupos de pares e da escola nos comportamentos suicidários.

Segundo Relvas (1996), o adolescente necessita de um suporte securizante no exterior da família e é isso que o grupo lhe pode fornecer, concretamente o grupo de iguais proporciona parte da segurança e ligação emocional que o adolescente necessita.

Assim, as relações extra familiares que são mantidas pelos adolescentes podem influenciar a ideação suicida dos mesmos, na medida em que poderão incutir relacionamentos positivos com os seus pares e, deste modo, poderão fornecer mais oportunidades sociais, contribuindo assim para uma maior satisfação pessoal e menor comportamentos suicidários (*e.g.*, Horstmanshof, Punch & Creed, 2008; Bertera, 2007; Au, Lau & Lee, 2009).

Ter amigos é um fator de proteção nas tentativas de suicídio em ambos os géneros (Cui, Cheng, Xu, Chen, & Wang, 2011). Todavia, problemas na relação com os pares, nomeadamente crueldade, pouca ajuda, inexistência de amigos chegados, intimidação frequente ou lutas físicas, são significativamente associados com uma maior probabilidade de

ideação e tentativa de suicídio (Cui, Cheng, Xu, Chen, & Wang, 2011; George & Van Den Berg, 2012).

Também Prinstein, Boergers, Spirito, Little e Grapentine (2000) demonstraram que a severidade da ideação suicida está diretamente associada a distúrbios na relação com os pares, nomeadamente rejeição por parte dos pares e baixos níveis de suporte referente à amizade.

Acresce considerar que no estudo referido, concluiu-se que a filiação a grupos desviantes, disfunções familiares, baixo *status* no grupo de pares e elevados níveis de vitimização dos pares está relacionado indiretamente com a ideação suicida, através do uso de substâncias e sintomas depressivos. Os amigos desviantes podem influenciar na identificação com problemáticas anti sociais, tais como o isolamento social, que conseqüentemente prevê um comportamento distinto dos adolescentes ao lidar com situações desorganizadoras, aumentando assim, o risco de suicídio (Winterrowd & Canetto, 2013)

Alguns autores verificaram que o *bullying* está associado a um aumento dos riscos de suicídio, tanto no agressor como na vítima, e que as crianças que sofreram de violência por parte dos colegas e que fizeram automutilações tinham na sua maioria um historial familiar de suicídio ou tentativa, problemas de saúde ou uma história de maus tratos por parte de um adulto, comparativamente com as crianças que sofriam de *bullying* e que não se automutilavam (Fisher et al. 2012; Gould et al. 2003).

Também a escola revela ser um fator que tem alguma influência no que respeita esta temática, pelo que a literatura demonstra que adolescentes suicidas têm baixo envolvimento com a escola (e.g., Young, Sweeting & Ellaway, 2011; Sampaio, 1991)

Young et al. (2011) concluíram que ser católico é fator protetor, contudo estudar numa escola católica e ter uma religião diferente é um fator de risco, bem como a probabilidade de cometer suicídio e de estar em risco de suicídio foi mais elevada em alunos com baixo envolvimento com a escolar.

Neste sentido, os professores constituem um grupo de adultos cujo apoio seria relevante para os adolescentes, sobretudo no que concerne o seu autoconceito escolar (Sampaio, 1991). Estes têm um papel muito importante no desenvolvimento da autoestima e promoção das capacidades psicossociais dos jovens, contudo a maioria destes alunos suicidas revelam um carácter muito isolado, mantendo poucas relações sociais com os colegas e

professores (Antunes & Fontaine, 1996; Sampaio, 1991).

Em suma, é necessário ter em conta que os motivos que originam uma tentativa de suicídio na adolescência podem ser múltiplos e dependem da avaliação da problemática de cada indivíduo. A influência dos grupos sociais mais significativos, uma boa adaptação escolar e apoio familiar são importantes, na medida em que contribuem, juntamente com outros mecanismos desenvolvimentais, para a construção do autoconceito e da identidade na adolescência e consequente prevenção do suicídio (*e.g.*, Dias & Fontaine, 1996; George & Van Den Berg, 2012; Wasserman, 2005; Sheftall et al., 2013; Sampaio 1991; Sampaio, 2000; WHO, 2014).

3. Objetivo e Hipóteses

O presente trabalho pretende analisar alguns dos fatores que são considerados de risco e protetores na ideação suicida e na tentativa de suicídio numa amostra de adolescentes, que recorreram a um serviço de apoio a jovens com comportamentos suicidários, num hospital público de Lisboa. Pretende-se igualmente fazer a descrição de algumas variáveis relacionadas com a problemática dos comportamentos suicidários, no sentido de compreender melhor o sofrimento que está subjacente a estes comportamentos, nomeadamente quais as causas, os significados que levam estes adolescentes a fazer tentativas de suicídio.

Para além de uma análise detalhada da amostra em causa, pretende-se ainda compreender, qual o efeito de género e da idade em algumas variáveis em análise, que descrevem a perceção do adolescente relativamente à relação com os seus familiares.

Este estudo torna-se bastante pertinente, na medida em que quando a informação existente é combinada com informações acerca dos dados reais de amostras clínicas, torna-se possível identificar quais os grupos de risco na comunidade, para desse modo se desenvolver uma intervenção adaptada e eficaz (WHO, 2014).

Após a revisão da literatura, é possível afirmar que a família tem grande influência na ideação suicida. Vários estudos têm revelado uma associação positiva entre ideação suicida e conflitos com a família ou progenitores (*e.g.*, Bertera, 2007; Fotti, Katz, Afifi & Cox, 2006; Gouveia-Pereira et al., 2014; Lai & Chang, 2001).

Os comportamentos suicidários também parecem ser distintos mediante o género e a idade, concretamente o sexo feminino tende a relatar mais sintomas de internalização e

sintomas depressivos, comparativamente com o sexo masculino (e.g., Azevedo & Matos, 2014; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001). De igual modo, diversos estudos têm verificado que a contribuição do género para a ideação suicida é bastante significativa, sobretudo em níveis moderados de sintomatologia depressiva (Fotti *et al.* 2006); e existe uma prevalência de comportamentos suicidários em adolescentes do sexo feminino (e.g., Cruz *et al.* 2007; Guerreiro *et al.* 2009; Sampaio, 1992; Saraiva, 1998, cit. por Guerreiro & Sampaio, 2013). Também, Fotti *et al.* (2006) nos seus estudos, concluiu que a rejeição dos progenitores estava positivamente associada com a ideação suicida e que essa associação era mais forte no sexo feminino.

Relativamente à idade, verifica-se que comportamentos suicidas estão mais associadas com adolescentes mais velhos, todavia a automutilação sem intenção suicida tem tipicamente um início mais cedo (e.g., Ougrin *et al.*, 2012, cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013).

Deste modo, para além de uma análise detalhada da amostra em causa, através do estudo das variáveis já mencionadas, o propósito do estudo consiste em perceber qual o efeito de género e da idade em algumas variáveis em análise, que descrevem a perceção do adolescente relativamente à relação com os seus familiares.

Acresce mencionar que outros estudos concluíram que a perceção de uma baixa aceitação parental e uma alta rejeição parental estão associados positivamente com a ideação suicida, tendo-se demonstrado que a perceção que os adolescentes têm da coesão e adaptabilidade familiar estão associados com a capacidade que os mesmos têm de expressar emoções e gerir situações stressantes com recursos positivos e saudáveis. (Perosa & Perosa, 2001; cit. por Cruz *et al.*, 2014; Steinhausen, & Metzke, 2004; Gouveia-Pereira *et al.*, 2014).

Deste modo, relativamente à relação existente entre a perceção que o adolescente tem da forma como se dá com os familiares e o género e a faixa etária propõe-se a seguinte hipótese:

Hipótese 1: A perceção que os adolescentes têm da sua relação com os familiares varia em função da faixa etária e do género.

Lai e Chang (2001) encontraram uma associação positiva entre ideação suicida e o elevado controlo por parte da mãe, reduzida afetividade por parte de ambos os pais, práticas

de educação negativas e ambiente familiar negativo.

Cruz, et al. (2013), ao estudarem uma amostra de adolescentes com comportamentos suicidários com o objetivo de avaliar os estilos parentais, o afeto dos pais, o funcionamento familiar, a satisfação com as relações familiares, a autoestima e os seus sintomas interiorizados e exteriorizados, verificaram que a qualidade do vínculo emocional com as mães, o controlo dos pais, e a coesão familiar diminuem a probabilidade de os adolescentes virem a ter comportamentos suicidários. Sabendo-se a importância, já mencionada, do género e da idade nos comportamentos suicidários, propõe-se a seguinte hipótese, de modo a perceber qual a influência destas duas variáveis na preocupação das figuras parentais relativa às diversas temáticas:

Hipótese 2: A perceção que os adolescentes têm relativamente à preocupação dos seus familiares face à escola, à saúde, às companhias e aos problemas no geral varia em função da idade e do género.

Vários estudos salientam a importância do afeto dos pais no processo de individualização na adolescência. Um afeto emocional estável promove maiores níveis de socialização, por outro lado padrões de apego inseguros estão associados tanto com a internalização como com a externalização de sintomas (Lee & Hankin, 2009; Roelofs, Meesters, Huurne, Bamelis, & Murriss, 2006, cit. por Cruz, 2013).

Uma grande parte dos adolescentes com comportamentos suicidários, têm más relações com os seus familiares mais próximos, nomeadamente com a mãe. Este autor refere que esta má relação poderá ser traduzida, numa mãe ausente, pouco disponível e com uma grande incapacidade de suporte afetivo, nomeadamente sintomas de depressão, em particular parecem estar associados com a insegurança do vínculo afetivo mãe-filho (e.g., Allen & Land, 1999; Sampaio, 2001).

Dada a referida influência do sexo e da idade na ideação suicida, bem como das relações parentais na manifestação de sintomas como a ideação suicida, propõe-se a seguinte hipótese:

Hipótese 3: A forma como os adolescentes percebem a manifestação dos sentimentos dos seus familiares em relação a si varia em função da faixa etária e do género.

Método

1. Participantes

Os participantes são 271 adolescentes, 81 do sexo masculino e 190 do sexo feminino, que recorrem a um serviço de atendimento de adolescentes com comportamentos suicidários, entre os anos de 2009 e 2013 de um Hospital Público Português na área da Grande Lisboa. As idades são compreendidas entre os 12 e os 21 anos de idade ($M=16$, $DP=2.26$) (Tabela 1).

Tabela 1.

Distribuição da Amostra segundo Idade e Género.

		Idade			Total
		12-14anos	15-16anos	17-21anos	
Sexo	Masculino	13	27	40	80
	Feminino	45	65	78	188
Total		58	92	118	268

Relativamente à escolaridade dos adolescentes a grande maioria encontra-se no ensino universitário (25.2%) e ainda no 9º e 10º anos de escolaridade (12% e 19%) respetivamente, seguindo-se, o 11º (11.8%), 12º (9.5%), 6º (5.3%), 7º (6.5%) e 8º anos (10.7%).

Da população em estudo, 129 adolescentes têm insucesso escolar. No entanto, quase metade dos adolescentes referem ter uma boa relação com os colegas ($N=140$) e 173 referem ter uma boa relação com os professores.

A maioria dos participantes vivem com ambos os pais ($N=155$), mas apenas 79 afirmam que os seus pais se dão bem.

Entre estes adolescentes 78.4% referem não conhecer ninguém que tenha cometido o suicídio e 61.2% referem não conhecer ninguém que tenha cometido uma tentativa de suicídio.

Dos adolescentes que referem conhecer alguém que tenha tentado o suicídio (38.8%), 49.4% referem que a pessoa que conhecem foi um amigo.

Destes adolescentes, 133 possuem ideação suicida e 138 cometeram tentativa de

suicídio. 42 adolescentes já tinham feito uma tentativa de suicídio anteriormente.

Os resultados evidenciam que os adolescentes da amostra cometem a tentativa maioritariamente em casa, de seguida os jovens referenciam outros locais, como a via pública ou instituições e por último a escola e a casa de amigos (Tabela 2).

Tabela 2.

Percentagem dos locais onde são cometidas as tentativas de suicídio.

	Frequência	Percentagem
Casa	109	79%
Outros	16	11.6%
Escola	12	8.7%
Casa de amigos	1	0.7%
Total	138	100%

Dos 271 adolescentes, a maioria dirige-se acompanhado a este serviço (N=245), dos quais, 161 dirigem-se ao serviço acompanhados pela mãe e apenas 31 pelo pai.

Os jovens quando têm ideação suicida entre 1 e 3 meses (N=51) ou há mais de 24 meses (N=46). Quando questionados acerca de como se sentem quando procuram ajuda, 48.5% afirmam continuar com ideação suicida e 42.3% apresentam risco de suicídio.

A maioria dos participantes não toma medicação (N=116) e têm um diagnóstico de quadro depressivo (N=108) ou ansioso (N= 34), ficando 67 adolescentes internados no hospital deste serviço após a 1ª consulta.

2. Instrumentos

- *Ficha de triagem*

Os dados foram recolhidos através de uma ficha de atendimento a adolescentes com comportamentos suicidários, que recorreram entre os anos de 2009 e 2013 a um Hospital Público Português da área da Grande Lisboa.

Este instrumento é preenchido pelos técnicos deste serviço (psicólogos e psiquiatras) e foi realizado por Sampaio e colaboradores. Todos os itens pretendem avaliar o contexto no qual está presente a ideação suicida e quais os fatores que são impulsionadores da tentativa de suicídio nos adolescentes (Sampaio, 2006).

De seguida, colocam-se alguns exemplos desta ficha de triagem i. Quem enviou o adolescente ao serviço; ii. Se vem acompanhado e por quem; iii. Se existe risco de suicídio atual e IS atual; iv. Se já havia sido seguido pelo psicólogo ou psiquiatra; v. Qual o seu diagnóstico sindromático e se toma medicação; vi. Qual o local da tentativa de suicídio; vii. Se quando cometeu a tentativa tinha alguém na proximidade; viii. Se deixou mensagem antes de tentar o suicídio ou fez algum contato; ix. Se nos últimos 6 meses ameaçou o suicídio; x. Há quanto tempo tem ideação suicida; xi. Se anteriormente já tinha tentado o suicídio; xii. Se conhece alguém que tenha cometido uma tentativa ou o suicídio; xiii. Se já reprovou alguma vez; xiv. Qual é a sua relação com os colegas e professores; xv. Se vive com os pais e se estes se dão bem; xvi. Como se dá com a família; xvii. Como considera que os pais se preocupam consigo; xviii. Como considera que é a manifestação de afeto da sua família em relação a si; xix. Qual foi a reação dos familiares e amigos; xx. A quem confia os seus problemas; xxi. Qual é a sua rede de suporte; xxii. Qual foi o método que utilizou; xxiii. A sua perspetiva do porquê da escolha do método; xxiv. Como explica o gesto e o motivo pelo qual cometeu a tentativa; xxv. O que gostaria de mudar na sua vida; xxvi. O que sentiu no momento; xxvii. Qual foi o encaminhamento e se foi necessário internamento ou não. Algumas destas questões são constituídas por questões dicotómicas ou tipo *Likert* ou ainda questões abertas.

3. Procedimento

Os dados foram recolhidos na consulta de triagem do serviço de atendimento a adolescentes com comportamentos suicidas. Esta triagem ocorre todos os dias úteis (exceto 5ª f) entre as 11 e as 13h, nesta triagem podem ser englobados jovens entre os 13 - 21 anos, de qualquer área geo-demográfica, podendo ser a referência direta (pelo jovem ou família) ou indireta (através da urgência, do médico de família ou da escola).

Quando existe esta referência o jovem dirige-se ao serviço e é elaborada uma consulta de triagem na qual é passada a ficha de triagem do presente estudo. Quando o jovem se dirige ao serviço acompanhado, primeiro é realizada uma reunião com os acompanhantes, mas sempre na presença do jovem, posteriormente é pedido aos acompanhantes que saiam e são colocadas ao jovem todas as questões incluídas na ficha, sendo o profissional de saúde que preenche a mesma e não o adolescente. A consulta dura em média 1 hora.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Começamos por referir que toda a análise dos dados (quantitativos e qualitativos) apresentados ao longo da presente dissertação foi realizada através do *software SPSS Statistics*, e para todos os testes de hipóteses foi utilizada uma probabilidade de erro de tipo I, $\alpha = 0.05$.

Relativamente à análise quantitativa importa referir que se assumiu que todas as diferentes distribuições cumprem o pressuposto de normalidade dos testes paramétricos, visto que a amostra da investigação possui uma dimensão suficientemente elevada para ser utilizado o Teorema do Limite Central, i.e., população superior a 25/30 sujeitos (271 sujeitos). Deste modo, o conjunto dos participantes tem uma distribuição da média amostral satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2010). Por último informa-se que se procedeu à averiguação do pressuposto de homogeneidade de variâncias, nas diversas análises, sendo que este não foi violado.

Foi também realizada uma análise qualitativa, i.e., uma análise de conteúdos, de acordo com Vala (1986), das respostas dos adolescentes referentes às questões abertas da ficha de triagem. Desta análise de conteúdo emergiram diversas dimensões que originaram diferentes categorias (Anexo A).

Para facilitar a leitura dos dados, optou-se por realizar a apresentação dos mesmos juntamente com a sua discussão.

1. História Pessoal e Familiar:

- *Perceção que os adolescentes têm da preocupação dos seus familiares em relação a si próprio*

De modo a percebermos se a preocupação dos pais varia em função da idade, propõe-se a seguinte hipótese:

A perceção que os adolescentes têm relativamente à preocupação dos seus familiares relativamente à escola, à saúde, às companhias e aos problemas em geral varia em função da idade.

Assim, no que diz respeito a esta hipótese, espera-se que, relativamente à *perceção que os adolescentes têm da preocupação dos seus familiares face aos problemas na escola, na saúde, companhias e problemas no geral, se verifiquem diferenças estatisticamente significativas mediante a Idade (14-15 anos, 15-16 anos; 17-21 anos)*.

Para tal realizámos uma análise univariada *Anova One-Way* e verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, *i.e.*, a preocupação dos familiares dos participantes em relação à escola, à saúde, às suas companhias e aos seus problemas no geral não varia em função da idade dos mesmos.

De um modo geral, os adolescentes afirmam em todas as faixas etárias que os pais se preocupam bastante com as diversas áreas, tais resultados podem dever-se ao facto de a amostra ser constituída por adolescentes dos 14 aos 21 anos que apesar de em fases distintas da adolescência “lutam” pela sua individualização face aos pais e portanto do seu ponto de vista a preocupação dos mesmos face aos seus problemas são no sentido da pouca liberdade para a criação de uma autonomia dos próprios.

Todavia, voltamos a referir que seria de esperar que não existisse uma rede de suporte estável e portanto que os adolescentes percecionassem que os pais se preocupavam pouco com as suas dificuldades, tal como afirmou Arria *et al.* (2009).

Neste seguimento, por forma a estudarmos se a perceção que os adolescentes têm da preocupação dos seus pais é diferente entre rapazes e raparigas realizámos a seguinte hipótese:

A perceção que os adolescentes têm relativamente à preocupação dos seus familiares relativamente à escola, à saúde, às companhias e aos problemas no geral varia em função do género.

Relativamente a esta hipótese, espera-se que, a perceção dos adolescentes relativamente à forma como os seus familiares se preocupam com a escola, saúde, companhias e problemas no geral seja distinto mediante o género dos mesmos. Para tal, recorremos ao teste *t-Student* em que verificámos que a forma como os familiares se preocupam com a escola é distinto entre o sexo masculino e feminino ($t(220)=2,172$; $p=.000$), sendo as raparigas que referem que os seus familiares se preocupam menos com a escola

(M=2.69; DP=0.617) comparativamente aos rapazes (M=2.88; DP=0.418).

Também existem diferenças estatisticamente significativas na forma como os familiares se preocupam com a saúde ($t(224)=0.956$; $p=.042$), sendo os rapazes os que percecionam que os seus familiares se preocupam mais com a sua saúde (M=2.86; DP=0.388) em detrimento das raparigas que percecionam que os seus familiares se preocupam menos com a sua saúde (M=2.79; DP=0.539).

A perceção da preocupação dos familiares relativamente às companhias também é diferente entre rapazes e raparigas ($t(216)=1.213$; $p=.014$), sendo os rapazes que acreditam que os seus familiares se preocupam mais com esta questão (M=2.75; DP=0.535).

Por último também existem diferenças estatisticamente significativas, em função do género, na perceção que os participantes têm da preocupação dos seus familiares no que concerne aos problemas em geral ($t(207)=1.923$; $p=.000$), concretamente, os rapazes mais uma vez percecionam que os seus familiares se preocupam mais com os seus problemas (M=2.82; DP=0.504) em comparação com as raparigas (M=2.64; DP=0.616).

De um modo geral, no nosso estudo, os dados revelam que são os rapazes, em comparação com as raparigas, que percecionam que os seus familiares se preocupam mais com a escola, a saúde, as companhias e problemas no geral.

De acordo com as diferenças dos papéis de género, o sexo feminino está mais associado a um papel afetivo e relacional e o sexo masculino mais associado a um papel mais instrumental (Gerlsma & Emmelkamp, 1994, citado por Cruz *et al.*, 2013), desse modo os nossos resultados podem dever-se ao facto de os adolescentes rapazes poderem encarar a preocupação como demasiado afetiva e excessiva devido a este seu lado menos afetuoso.

Numa análise descritiva, no que se refere à preocupação dos pais relativamente aos resultados escolares, saúde, companhias e problemas no geral, a maioria dos participantes afirmam que os seus pais se preocupam muito com todas estas temáticas (veja-se, Tabela 3).

Tabela 3.

Percentagens para Preocupação dos pais, relativamente aos resultados escolares, saúde, companhias e problemas no geral

	Não se preocupam nada	Preocupam-se pouco	Preocupam-se muito
Escola	7,2%	11,3%	81,5%
Saúde	4,9%	8,8%	86,3%
Companhias	8,7%	15,6%	75,7%
Problemas	6,7%	17,2%	76,1%

Estes resultados não foram de encontro ao esperado, uma vez que vários estudos têm demonstrado que os adolescentes suicidas mantêm geralmente uma má relação com a mãe, pois esta tende a ser pouco empática e afetiva, bem como uma má relação com o pai existindo por parte do adolescente uma perceção de rejeição relativa ao pai e à mãe (e.g., Cruz *et al.*, 2014; Sampaio, 1991; Sheftall *et al.*, 2013).

A literatura propõe, assim que famílias desequilibradas aumentam a probabilidade de ideação suicida no jovem, pois tende a existir um maior índice de conflitualidade com os pais (e.g., Cruz *et al.*, 2013; Gouveia-Pereira *et al.*, 2014). Desta forma seria de esperar que os resultados indicassem que os pais são pouco envolvidos na vida dos seus filhos adolescentes, e portanto seria esperado que os adolescentes percecionassem a preocupação dos pais como sendo baixa.

Todavia, por outro lado, tendo em conta que a adolescência é um período de grande tensão, originado por uma maior independência por parte do adolescente relativamente aos pais (e.g., Alarcão, 2006; Peixoto *et al.* 2006; Relvas, 1996; Teodoro *et al.*, 2009), uma grande preocupação dos pais face aos seus problemas, quer escolares, quer relativos à saúde ou aos problemas relacionais pode ser entendido pelo adolescente como um sinal de pouca flexibilização por parte dos seus pais e um impedimento da sua autonomia o que aumenta a sua necessidade de expressar uma mudança a nível familiar, tal como referem Gouveia-Pereira *et al.* (2014) afirmando que os comportamentos suicidários surgem como um meio de expressar a disfunção familiar e mal-estar psicológico, tendo como funcionalidade o "equilíbrio" do sistema.

Assim, esta conclusão leva-nos a pensar que não se trata propriamente de uma falta de afeto ou preocupação, mas sim de uma falta de flexibilização de ambas as partes ao lidar com as mudanças ocorridas na adolescência tal como defendem alguns autores (e.g Gouveia-Pereira, et al., 2014; Sampaio, 1994).

- *Percepção de manifestação de afeto que os adolescentes têm dos seus familiares em relação a si*

De modo, a percebermos se a percepção dos adolescentes em relação à manifestação dos afetos dos seus familiares varia em função da idade, propõe-se a seguinte hipótese:

A forma como os adolescentes percebem a manifestação dos afetos dos seus familiares em relação a si varia em função da faixa etária.

Relativamente a esta hipótese, espera-se que a *percepção dos jovens relativamente às manifestações de sentimentos dos familiares (pai, mãe, irmãos e avós) em relação a si varie em função da faixa etária dos mesmos (12-14 anos; 15- 16 anos e 17-21 anos)*, para tal realizámos uma *Anova One-Way*, assim observámos que mediante a perspectiva dos participantes apenas o pai manifesta sentimentos distintos face a idade dos mesmos ($F(2;187)=7.038; p=.001$).

Neste seguimento, foi realizado o teste *Post Hoc Tukey*, de modo a percebermos em que grupos de faixa etária se encontram as diferenças relativamente às manifestações de sentimento do pai, constatou-se que existem apenas diferenças significativas entre os sujeitos da faixa etária dos 12-14 anos ($M=2.43; DP=.903; p=.007$) e os sujeitos de uma faixa etária dos 17-21 anos ($M=-1.90; DP=.933$), no sentido de que os jovens de idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos percebem que o pai manifesta sentimentos mais afetivos.

É pertinente perceber o porquê de os resultados evidenciarem que são os adolescentes mais novos que percebem que o pai manifesta sentimentos mais afetivos em relação a si. De fato estes resultados podem levar-nos a hipotetizar que estando estes jovens ainda no início da adolescência a consequente fase conflitual ainda pode ser pouco enfatizada, logo os adolescentes mais novos podem ter uma maior percepção de que os pais manifestam mais afeto comparativamente aos adolescentes mais velhos, pois as vicissitudes desta fase podem ainda não estar totalmente presentes.

Segundo Alarcão (2006), na família o comportamento de cada um dos elementos é, simultaneamente, causa e efeito do comportamento de outro, logo se os adolescentes ainda estão numa primeira fase da adolescência é natural que demonstrem menos comportamentos consequentes da sua individualização e autonomização, comparativamente aos mais velhos, o que por sua vez permite aos pais um comportamento menos conflituoso e percebido pelos adolescentes mais novos como mais afetivo.

Ainda, vários autores afirmam que a ausência do pai pode comprometer a saúde da criança, como por exemplo através do aparecimento de transtornos psicológicos, problemas como a obesidade, a falta de autoestima, a adesão a grupos desviantes, entre outros (Muza, 1998; Ferrari 1999, cit. por Benczik, 2011).

A rejeição paterna pode ser um fator de risco para os comportamentos autodestrutivos, tal como já foi referido (Cruz, *et al.* 2013). Neste sentido, os nossos resultados parecem estar de acordo com as pesquisas recentes, na medida em que são os adolescentes mais novos que estão em minoria na amostra, logo foram os adolescentes mais novos que menos recorreram ao serviço de suicídio nos anos respeitantes a este estudo, tendo portanto menor taxa de suicídio relativamente aos mais velhos. Mediante esta lógica o facto de esta ser a faixa etária que sente o pai mais presente e afetivo poderá ter diminuído os seus comportamentos suicidários, o que parece indicar que a ausência paterna tem efetivamente influência nos comportamentos suicidários dos jovens.

De modo, a estudarmos a influência também do género em relação à percepção que os adolescentes têm dos sentimentos que os seus familiares manifestam em relação a si, estuda-se a seguinte hipótese:

Existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas com ideação suicida na percepção dos sentimentos que os seus familiares manifestam em relação a si.

Assim, esperava-se que, a percepção dos adolescentes relativamente à forma como o pai, a mãe, os irmãos e os avós manifestam os sentimentos em relação a si variasse mediante o género, para tal realizámos o teste *t-Student*, concluindo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas., i.e, a forma as raparigas e os rapazes percebem a forma como os familiares manifestam sentimentos em relação a si não é diferente.

Ainda, relativamente a percepção que os adolescentes possuem do afeto que os seus familiares manifestam em relação a si, numa análise descritiva concluiu-se que, a maioria dos mesmos afirma que a mãe manifesta afeto em relação a si (62%), bem como os irmãos (51.3%); o pai (38%), e os avós (22.5%).

Os resultados demonstram que os adolescentes percebem que o pai manifesta menor afeto em relação a si, comparativamente com a percepção que tem do afeto manifestado pela mãe ou pelos irmãos.

O que parece estar de acordo com alguns autores que afirmam que quando as crianças percebem o pai como ausente e pouco afetuoso existe uma maior probabilidade de conflitos no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança e uma maior probabilidade de distúrbios do comportamento (Eizirik & Bergamann, 2004, cit. por Benzik 2011). Por outro lado, crianças que sentem o pai mais próximo sentem-se mais seguras na escola, na escolha de uma profissão ou na tomada de iniciativas pessoais (Corneau, 1991, cit. por Gomes & Resende 2004).

- *Percepção que os adolescentes têm de como se dão com os seus familiares*

No que respeita a sua relação com os familiares 55.4% dos participantes afirmam que se dão bem com a mãe, 48.7% afirma que dão-se bem com os irmãos, 41% afirma que se dão bem com os avós, e por último 36.5% afirma que se dão bem com o pai.

Mediante estes resultados, mais uma vez o pai é referenciado pelos adolescentes como sendo aquele com que se dão pior, estes resultados estão de acordo com os encontrados por Cruz et al. (2013), no qual os autores verificaram que a percepção de uma má qualidade de relação com o pai e a mãe, nomeadamente, percepção de um aumento do controlo materno e rejeição paterna tendem a aumentar a probabilidade de os adolescentes apresentarem comportamentos e pensamentos autodestrutivos.

Ainda, segundo os mesmos autores, um maior controlo paterno parece ser um fator protetor no que respeita os adolescentes que já apresentam comportamento suicidários ao contrário do controlo materno que parece ser um fator de risco por aumentar a pertença ao grupo, neste caso suicidário.

Conclusões corroboradas pelos nossos resultados que parecem evidenciar a rejeição paterna e controlo materno como fatores de risco.

De modo, a perceber a influência desta percepção mediante a faixa etária dos adolescentes, tem-se a seguinte hipótese:

A percepção que os adolescentes têm da sua relação com os familiares varia em função da faixa etária.

No que respeita esta hipótese, esperava-se que a percepção que os adolescentes têm da forma como se dão com os seus familiares (Pai, Mãe, Irmãos, Avós) varie em função da sua faixa etária (12-14 anos; 15- 16 anos e 17-21 anos). Deste modo, por forma a obter uma resposta a esta hipótese, foi realizada uma análise univariada Anova One-way, para o modo como os adolescentes percecionam a forma como se dão com o pai, a mãe, irmãos e avós.

Apenas foram encontradas diferenças significativas na forma como os adolescentes percecionam a sua relação com o pai ($F(2, 206) = 3.929, p = 0.021$). De modo a analisar em que faixas etárias (grupos) se observam estas diferenças, realizámos o teste *Post Hoc Tukey*. De acordo com os resultados do mesmo, foi possível verificarmos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos da faixa etária dos 17 aos 21 anos ($M=2.04$; $DP=0.888$), os sujeitos da faixa etária dos 14-15 anos ($M=1.63$; $DP=0.755$) e os adolescentes mais novos, dos 12 aos 14 anos ($M=1.63$; $DP=0.755$).

Concretamente, os sujeitos da faixa etária dos 17-21 anos percecionam que se dão pior com o pai, veja-se Figura 1.

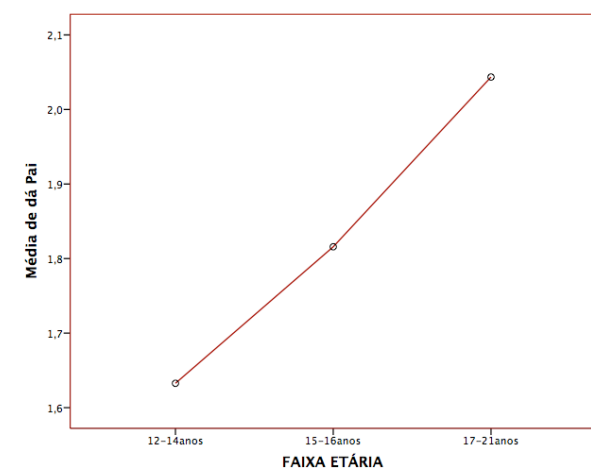


Figura 1. Gráfico de Médias da forma como os adolescentes se dão com o pai, segundo a faixa etária

Ao constatar que os jovens mais velhos percebem que se dão pior com o pai, podemos refletir que por um lado estes resultados dirigem-se no sentido do anteriormente referido ao longo dos resultados, já que nesta amostra são os jovens mais novos que demonstram dar explicações referenciando uma dimensão mais interna e não relacionada com os conflitos familiares. *I.e.*, seria de esperar que os jovens mais velhos apresentassem uma média maior, no que diz respeito às dificuldades nos relacionamentos, tal como aconteceu.

Por outro lado, parece interessante refletir acerca do facto de apenas existirem diferenças significativas na forma como se dão com o pai, pois tal como referiu Sampaio (1991), não é apenas uma má relação com a mãe que prediz uma maior taxa de IS, mas também uma má relação com o pai, pois a presença paterna na família é diferente e complementar à materna.

Estes resultados vão ainda no sentido dos estudos de Cruz *et al.* (2013), já referidos anteriormente. Também, Benczik (2011) afirma que os filhos precisam tanto do apoio da mãe como o apoio do pai e quando este último não participa ativamente na educação do filho estes têm de procurar um modelo com o qual se possam identificar que não será o modelo da figura paterna, mas sim outro que terá uma grande probabilidade de não ser o mais saudável.

O que nos leva a pensar que mediante estes resultados, jovens com IS e que já tentaram o suicídio, para além de serem jovens com todas as características que mencionámos ao longo do estudo, são também jovens que na impossibilidade de seguir o modelo paterno, devido à relação conflitual e ausente procuram outros modelos que não são os mais exemplares e que podem ser a origem de alguns fatores predisponentes da IS.

No sentido de perceber as diferenças da perceção dos rapazes e das raparigas relativamente à forma como se dão com os seus familiares, estudou-se a seguinte hipótese:

Existem diferenças entre rapazes e raparigas no modo como estes percebem a forma como se dão com os seus familiares.

Relativamente a esta hipótese, espera-se que, existam diferenças significativas entre os géneros quanto à forma como percebem que se dão com os seus familiares, recorreremos a uma análise através do t-Student na qual verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(218) = 0.251, p = .045$), sendo estas diferenças, mais uma vez, apenas na forma como se dão com o pai. Numa análise de médias os rapazes

percecionam que se dão pior com o pai ($M=1.89$; $DP=0.925$), comparativamente às raparigas ($M=1.85$; $DP=1.84$).

Para além, da faixa etária dos jovens mais velhos serem os que percecionam que se dão pior com o pai, são também os rapazes que apresentam uma média mais elevada evidenciando uma pior relação com a figura paterna quando comparados com as raparigas.

Vários autores referem que o sexo feminino é por natureza mais virado para um lado afetivo e o sexo masculino mais materializado (e.g., Sampaio, *et al.* 2000). Mediante o género existem formas distintas de expressar sentimentos e dificuldades emocionais (Kaess *et al.* 2011, cit. por Cruz *et al.* 2013.).

Os nossos resultados podem levar-nos a hipotetizar que os rapazes podem interpretar as atitudes maternas como sendo menos hostis e mais afetivas, comparativamente à interpretação que fazem das atitudes da figura paterna.

Portanto, sendo a mãe do sexo feminino é por natureza mais afetiva e carinhosa, quando este padrão não corresponde à realidade e a mãe representa um papel mais hostil, os rapazes como têm tendência a ser menos sentimentais e emocionais não interpretam estas atitudes da mãe como tão negativas como as raparigas, contudo são necessários mais estudos que evidenciem estes resultados.

- *Rede de suporte;*

No que respeita a rede de suporte, dos 271 sujeitos, 108 afirmam que a sua família é a sua rede de suporte, reforçando o papel da família já mencionado.

- *Em quem os adolescentes confiam os seus problemas;*

A maioria dos participantes refere que normalmente confia os seus problemas a um amigo ou à mãe, contudo é importante salientar que muitos adolescentes afirmam que não confiam os seus problemas a ninguém (Tabela 4).

Tabela 4.

Percentagem de a quem confiam os adolescentes os seus problemas.

	Percentagem
Amigo	46.6%
Mãe	34.5%
Não confia os problemas	30.2%
Outro	15.9%
Irmão	11.9%
Pai	10%

Os resultados acima apresentados revelam a importância das amizades na adolescência. Deste modo, corroboram alguns autores que afirmam que a adolescência é uma fase de autonomização e independência (Alarcão, 2006; Gouveia-Pereira, 2008; Gouveia-Pereira et al, 2000), na qual ocorre a par desta independência face aos pais, um desejo de pertença ao grupo de pares, podendo este ter um papel securizador e de suporte na vida do adolescente (Relvas, 1996; Gouveia-Pereira, 1995).

Apesar de os adolescentes referirem que são os amigos os mais nomeados para confiarem os seus problemas, não deixa de ser alarmante que 30.2% refere não confiar em ninguém. De fato, é de esperar que relativamente à nossa amostra na qual os adolescentes apresentam comportamentos suicidários existam elevados níveis de isolamento social (George & Van Den Berg, 2012) e portanto uma elevada percentagem de adolescentes respondem que não confiam os seus problemas a ninguém.

De referir, ainda que os adolescentes parecem depositar também a sua confiança na mãe. Neste sentido, alguns estudos anteriores têm demonstrado a influência no bem-estar dos jovens do apoio e encaminhamento dos comportamentos dos mesmos (Rohner & Pettengill, 1985, cit. por Cruz *et al.* 2013). Todavia, um baixo vínculo emocional materno é um fator de risco para comportamentos e pensamentos suicidários (Cruz *et al.* 2013), seria portanto de esperar que os jovens desta amostra não mencionassem a mãe como sendo uma pessoa bastante importante no apoio aos seus problemas.

2. Motivações da Tentativa de Suicídio:

- *Explicação da Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio*

Ao analisar as respostas dos adolescentes às questões abertas “*Como explica a Ideação suicida*” e “*Como explica a Tentativa de Suicídio*”, surgiram conteúdos bastante semelhantes. Estes conteúdos resultaram em diversas dimensões que por sua vez deram origem a diversas categorias (Anexo A).

Relativamente à *explicação da ideação suicida*, as dimensões que surgiram foram as seguintes: Família; Escola; Relação Entre Pares; Relações Afetivas; Desvalorização do Próprio; Acontecimentos de Vida; Sentimentos de Desesperança; Emoções Sentidas; Consumo de Tóxicos e Vontade de Deixar de Existir, não existindo diferenças significativas em nenhuma das categorias segundo o género.

Começando pela dimensão Família, consideraram-se como categorias os Conflitos em Casa, com conteúdos como “*conflitos com a minha mãe*” ou “*Porque eles (pais) me maltratam*”, sendo esta categoria a mais referenciada pelo jovens, a categoria Afetos Negativos referente a conteúdos como “*porque só os preocupo*” ou “*porque eles não gostam de mim*”, a categoria Psicopatologia Familiar que engloba conteúdos como “*o meu pai bebe muito*” ou “*o meu pai bate na minha mãe*”, e por fim a categoria menos mencionada, Sentimento de Desvalorização que diz respeito a conteúdos do tipo “*eles (pais) desvalorizam tudo o que faço*” ou “*nada do que faço está bem feito*” (Tabela 5).

Tabela 5.

Categorias encontradas na dimensão Família em resposta à questão "Como explica a ideação suicida".

Dimensão Família	N
Conflitos em Casa	40
Afetos Negativos	9
Psicopatologia Familiar	5
Sentimento de Desvalorização	3

Tendo em conta estes resultados podemos considerar a existência de um paradoxo, por um lado os dados explicitados anteriormente evidenciaram que os adolescentes referem que os pais, sobretudo a mãe manifesta afeto e preocupação, mas por outro lado explicam a ideação suicida maioritariamente através dos conflitos que existem em casa. Assim, podemos pensar que, ou (1) os conflitos em casa causam um maior sofrimento aos jovens e acabam por sobrepor-se à demonstração de afetos dos pais ou (2) a preocupação e os afetos nunca são vistos como suficientes pelos adolescentes.

Ainda, possivelmente a demonstração de preocupação dos pais pode não ser expressada da melhor forma pelos mesmos, o que pode originar alguns conflitos, i.e., a preocupação pode ser expressada de uma forma repressiva e negativa e os jovens apesar de saberem que os pais se preocupam e querem o melhor para si não compreendem a forma como esta preocupação é demonstrada gerando conflitos.

O facto de ter emergido a dimensão família enfatiza a importância deste fator, que mais uma vez revela ser um dos fatores de risco para a predição do comportamento suicida. Estes dados estão de acordo com diversos estudos, nomeadamente os estudos de Sampaio (1991) nos quais o autor concluiu que os conflitos familiares são os mais referenciados pelos adolescentes quando questionados acerca da causalidade da tentativa e ideação.

Nesta análise de resultados constatou-se, na categoria conflitos familiares um elevado número de conteúdos como “*zanguei-me com a minha mãe*”, “*os meus pais estão sempre a ralhar comigo*”, facto que vai no mesmo sentido de vários estudos nos quais se enfatiza que os conflitos familiares são um fator predisponente na TS (e.g., Au *et al.* 2009; Fotti, Katz *et al.* 2006; Sampaio; 1991; Sheftall *et al.*, 2013) .

Estes resultados estão ainda de acordo com o estudo de Gouveia-Pereira *et al.* (2014) no qual a autora refere que a ideação suicida pode ser vista como um fator de proteção e visa expressar uma disfunção familiar.

No que respeita a dimensão Escola, consideraram-se como categorias a dificuldade nos Relacionamento com Colegas onde emergiram conteúdos como “*os meus colegas gozam comigo*” ou “*sofro de bullying diariamente...há ameaças de morte e tudo*”; a Desintegração onde são referenciados “*entrei para uma turma nova*” ou “*tive dificuldade em adaptar-me*”; a Desmotivação escolar onde surgem conteúdos como “*problemas na faculdade*” ou “*ando sem concentração na escola*” e por último a categoria Alteração Escolar, na qual existem

conteúdos referentes a uma mudança de escola, por exemplo “ *na altura tinha mudado de escola*” (Tabela 6).

Tabela 6.

Categorias encontradas na dimensão Escola em resposta à questão "como explica a ideação suicida".

Dimensão Escola	N
Dificuldade Relacionamento com Colegas	11
Desintegração	6
Desmotivação Escolar	8
Alteração Escolar	3

A escola está muito relacionada com a relação entre os pares, afirmando-se como sendo o segundo espaço onde o adolescente luta pela sua autonomia tal com afirmam Rodrigues e Machado (2002) e Relvas (1996). A dificuldade no relacionamento com os colegas é o motivo mais mencionado pelos adolescentes na sua referência à escola como sendo uma possível explicação para a ideação suicida. De facto, a rejeição por parte dos pares, o baixo *status* no grupo de pares, o *bullying* estão associados a uma maior prevalência de ideação suicida em adolescentes (e.g., Gould *et al.* 2003; Fisher *et al.* 2012; Prinstein *et al.* 2000).

Ainda, o baixo envolvimento com a escola, nomeadamente a desmotivação escolar e a desintegração escolar revelam ter um papel muito importante para estes jovens na explicação da ideação suicida, estão de acordo os estudos de Young *et al.* (2011) nos quais os autores afirmam que a probabilidade de cometer suicídio e de estar em risco de suicídio é mais elevada em alunos com baixo envolvimento com a escolar.

No que respeita a dimensão Relação entre Pares, analisaram-se as categorias, Sem amigos que contém conteúdos como “ não tenho amigos” e Afetos negativos na qual emergem conteúdos como “não aguento os meus amigos” ou “ os amigos acabam sempre por nos trair”, sendo esta última a mais enfatizada pelos jovens (Tabela 7).

Tabela 7.

Categorias encontradas na dimensão Relação entre Pares em resposta à questão "como explica a ideação suicida".

Dimensão Relação Entre Pares	N
Afetos Negativos	18
Sem Amigos	1

Os amigos ganham uma maior relevância na vida dos adolescentes, estes que devem ter um papel securizador na vida do adolescente (Gouveia-Pereira, 2000; Palmonari, Kirchler & Pombeni, 1991; Relvas, 1996). Todavia, em adolescentes suicidas a inexistência de amigos chegados a crueldade, as lutas físicas e as intimidações são significativamente associados com uma maior probabilidade de ideação e tentativa de suicídio (Cui *et al.* 2011).

Na dimensão Relações Afetivas surgiram as categorias, Conflitos Relacionais os quais apresentam conteúdos como “*zanguei-me com o meu namorado*” ou “*ele não me respondia às mensagens*”, Final relação tendo-se como conteúdos “*ele acabou comigo*” e Sem Relacionamento com conteúdos como “*não tenho namorada*” (Tabela 8).

Tabela 8.

Categorias encontradas na dimensão Relações Afetivas em resposta à questão "como explica a ideação suicida".

Dimensão Relações Afetivas	N
Conflitos Relacionais	12
Final Relação	11
Sem Relacionamento	3

Os conflitos relacionais são os que os adolescentes mais referem como causa da ideação suicida. Gouveia-Pereira (1995) e Palmonari *et al.* (1991) identificaram as tarefas relacionais como sendo umas das tarefas características da adolescência, estas estão maioritariamente envolvidas com conflitos com os namorados ou melhores amigos. Resultados corroborados pelo estudo de Sampaio (1991), no qual o autor constatou que os

jovens referem os problemas do namoro como sendo uma possível causa dos seus comportamentos suicidários.

No que concerne a dimensão Desvalorização do Próprio constataram-se dois tipos de conteúdos que podem ser agrupados em, Sentimento de Inutilidade onde os adolescentes referem “ *penso que não presto*” ou “ *não valho nada*” e Isolamento na qual os jovens referem conteúdos como “ *este pensamento vêm-me quando estou mais isolada*” ou “ *sinto-me muito sozinho*” (Tabela 9).

Tabela 9.

Categorias encontradas na dimensão Desvalorização do Próprio na resposta à questão "como explica a ideação suicida".

Dimensão Desvalorização	N
Sentimento Inutilidade	11
Isolamento	12

Estes resultados apontam no sentido de diversos estudos nos quais é referido que as dificuldades nas relações sociais e as características de isolamento dos jovens, entre outros, são fatores preditores da ideação suicida (e.g., Bertera 2007; Gould, *et al.* 2003; Sampaio 1991) e vão no sentido do já mencionado anteriormente quando é referenciado que os adolescentes não confiam os seus problemas a ninguém.

No que respeita, a dimensão Vontade de Mudança, verificámos as categorias, Acabar com os Problemas na qual os adolescentes referem por exemplo “*quero resolver os meus problemas*” ou “*só penso em matar-me, porque assim ficava sem problemas*”, Confusão Interior onde foram referidos conteúdos como “*não sei como me sinto*” ou “*não consigo expressar-me*”, Idealização de um Sitio Melhor tendo como conteúdos “*assim vou para um sitio com paz e descanso*”; Insatisfação com o Corpo “*sou feia*” ou “*problemas de acne com quistos*” e Mudança de Hobbies apresentando conteúdos como “*tenho uma vida muito chata*” (Tabela 10).

Tabela 10.

Categorias encontradas na dimensão Vontade de Mudança em resposta à questão "como explica a ideação suicida".

Vontade De Mudança	N
Acabar com os Problemas	14
Confusão Interior	12
Insatisfação Com o Corpo	3
Mudança de Hobbies	3
Idealização de um Sitio Melhor	2

Os resultados sugerem que a muitos jovens explicam a ideação suicida como se o suicídio fosse a resolução dos seus problemas.

Estes resultados vão de acordo com a teoria de Sampaio (1991), na qual o autor afirma que a tentativa de suicídio de um jovem pode ser considerada como sendo uma fuga, onde o adolescente encara a morte como sendo a sua única alternativa e única forma de não ter de solucionar os seus problemas, mas solucionar o seu sofrimento.

O facto de os jovens referirem que veem a morte como a solução dos seus problemas pode também sugerir a representação de uma grande frustração e um grande sofrimento por não conseguirem ultrapassar as dificuldades, no fundo a intenção de querer morrer pode representar um início de uma desistência. O que está de acordo com Werlang , Borges e Fensterseifer (2014) que afirmam que o suicídio em jovens pode ocorrer por falta de expectativas positivas em indivíduos com maior desesperança ou depressivos, com dificuldades de coping, com tendências a sobre estimar as dificuldades e a não solução de problemas.

Relativamente à dimensão Acontecimentos de Vida considerámos as categorias: Perdas Parentais onde os adolescentes referem conteúdos como “ *morreu a minha mãe*”; Acontecimentos Traumáticos com conteúdos referentes a por exemplo “ *foi a violação*”; Problemas não específicos onde os jovens não fazem referência a nenhum problema específico, por exemplo e Institucionalização, categoria que diz respeito aos conteúdos de jovens que estão em instituições “ *sempre vive em instituições e é mau*” (Tabela 11).

Tabela 11.

Categorias encontradas na dimensão Acontecimentos de Vida em resposta à Questão "como explica a ideação suicida".

Dimensão Acontecimentos de Vida	N
Problemas não especificados	12
Acontecimentos traumáticos	11
Perdas Parentais	8
Institucionalização	1

As categorias mais mencionadas foram os problemas não específicos e os acontecimentos traumáticos, resultados que estão de acordo com alguns autores que referem que a tentativa de suicídio pode estar associada a um qualquer acontecimento de vida que vai despoletar um comportamento suicidário (e.g., Pereira, 2011; Sampaio, 1991)

Na questão *"Como explica a Ideação Suicida"*, surgiram ainda outras categorias, nomeadamente a categoria Emoções (N=26), na qual os adolescentes explicam a ideação suicida recorrendo às emoções sentidas, como por exemplo *"tudo isto é muito triste"* ou *"sinto muita angústia"*; a categoria Sentimento de desesperança (N=16), na qual os jovens referem *"parece que tudo me desilude"* ou *"nada vai mudar"*; a categoria Deixar de existir (N=13) onde emergem conteúdos como *"quero mesmo desaparecer"* e por último a categoria Consumo de tóxicos (N=2) onde surgem conteúdos como *"foi quando comecei a fumar ganzas"*.

A categoria emoções foi muito mencionada onde maioritariamente os adolescentes referiram a tristeza, a angústia que revelam uma identidade negativa marcada por pessimismo. Estes resultados são corroborados por estudos anteriores nos quais os sentimentos de perda e de desesperança, *stress* e diminuição da perceção dos recursos próprios para lidar com as situações que o induzem, pode determinar comportamentos autodestrutivos (Cruz *et al*, 2007, cit. por Prioste, Cruz & Narciso, 2010).

O sentimento de desesperança, também muito referido como uma possível explicação da ideação suicida pela nossa amostra, o que revela a influência do sentimento de

desesperança na predição dos comportamentos suicidários, tal como afirmam, por exemplo os autores Beck, Kovacs e Weissman (1975) e Turuel, Martínéz e León (2014). Também, Cole (1989) apesar de defender que a desesperança não é uma variável muito relevante para o comportamento suicida afirma que esta está relacionada com os pensamentos acerca de morrer.

Estes resultados podem levar-nos a pensar na necessidade de intervenção atempada em casos de depressão e falta de esperança em jovens, pois estes podem originar IS e se a intervenção for devidamente atempada e eficaz poderá eventualmente reduzir-se a taxa de TS nos jovens.

Neste sentido, Turuel *et al.* (2014) explicitam uma necessidade de uma intervenção ao nível da expressão emocional nos jovens, incentivando os mesmos na procura de ajuda e na expressão daquilo que sentem.

Relativamente, à questão “*Explicação da Tentativa de Suicídio*” surgiram conteúdos bastante semelhantes, acrescentando-se apenas conteúdos relacionados com a Impulsividade, com conteúdos com “*foi um impulso*” e Sentimento de Culpa na dimensão Família onde os adolescentes referem conteúdos como “*não os queria magoar mais*”, veja-se FIGURA 2.

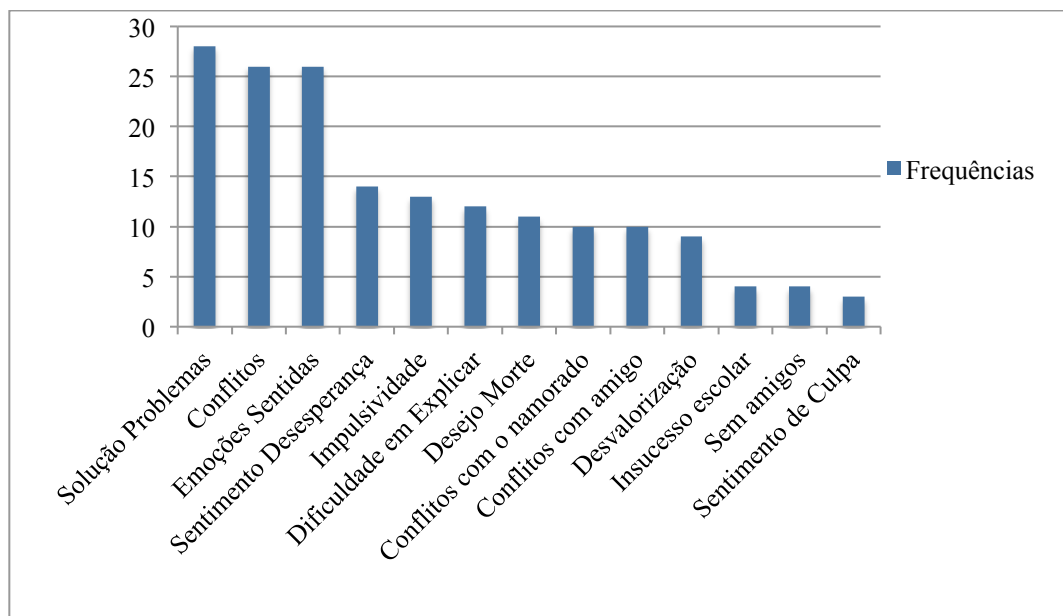


Figura 2. Gráfico de Frequências relativos à forma como os participantes explicam a tentativa de suicídio

Verifica-se, portanto uma predominância de explicações baseadas nas emoções na solução de problemas e nos conflitos quer familiares quer com os amigos, o que, por um lado volta a evidenciar a multidimensionalidade das TS, estando presentes mais uma vez os conteúdos que têm vindo a surgir relacionados com a família, amigos, escola e fatores mais relacionados com o *locus* interno.

Assim, parecem estar contemplados os tipos de suicídio referidos por Sampaio (1991), o apelo e o desafio quando os jovens fazem referência aos seus familiares e amigos e a fuga, mais uma vez, reforçada através da categoria solução de Problemas, na qual os adolescentes enfatizam a sua vontade de desistência. Por sua vez, esta impossibilidade de resolução dos problemas em vida para a morte como sendo uma nova oportunidade ou renascimento, sendo uma forma de sentir paz e sentimentos mais positivos.

No que respeita à forma como explicam a tentativa de suicídio foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, em relação ao género, na categoria conflitos com a família, verificando-se que 23 raparigas afirmam que tentaram o suicídio devido a conflitos familiares e apenas 3 rapazes fazem a mesma afirmação.

Também, foram encontradas diferenças no sentimento de desesperança, sendo os rapazes a demonstrarem mais sentimento de desesperança (N=8)

No que respeita à referência à impulsividade apenas as raparigas fazem referência à mesma (N=13), o que não está de acordo com os estudos de Baggio *et al.* (2009) no qual os autores ao estudar uma amostra de 728 adolescentes concluíram que o sexo feminino revelou um maior planeamento da tentativa de suicídio.

De um modo geral no que concerne, as motivações da tentativa de suicídio e I.S, a maioria dos adolescentes refere que os conflitos familiares são um motivo que propicia a tentativa (37.6%), de seguida os motivos mais mencionados são os conflitos relacionais (32.8%), os conflitos afetivos (29.2%), as dificuldades escolares (15.1%) e por fim as dificuldades profissionais (1.8%) e o consumo de tóxicos (0.7%) (Figura 3).

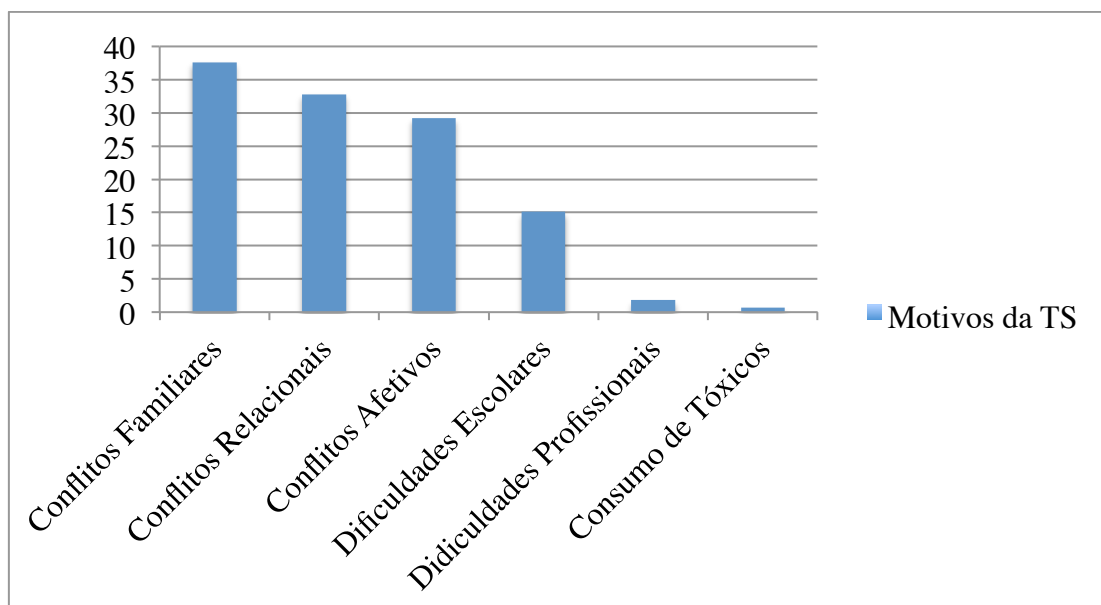


Figura 3. Gráfico das Percentagens referentes ao motivo apontado pelos adolescentes para a Tentativa de Suicídio

Os fatores mais mencionados continuam a ser a família, os amigos e a escola, contudo parece interessante refletir acerca do facto de o consumo de tóxicos ser um dos motivos menos aludidos, dado que parece existir uma ideia errada de que o consumo de tóxicos é um dos fatores mais relevantes na TS em Adolescentes.

Neste sentido, também os estudos de Baggio *et al.* (2009) permitem concluir que apesar de o consumo de álcool ser um motivo importante, este deixa de ter significado quando controlado pelas variáveis sentimento de solidão e tristeza.

- *O que gostaria de mudar*

Mediante a perspetiva dos adolescentes aquilo que os próprios gostariam mais de mudar aquando da IS ou TS é a relação com os pais (34.3%), de seguida a “Personalidade”, tendo em conta que este conceito aqui utilizado não diz respeito propriamente à estrutura da personalidade, mas sim a algumas características individuais que os adolescentes mais gostariam de alterar (30.6%); o Corpo (28.8%), a relação com a Escola (17.7%) e a relação com amigos (15.5%) (FIGURA 4).

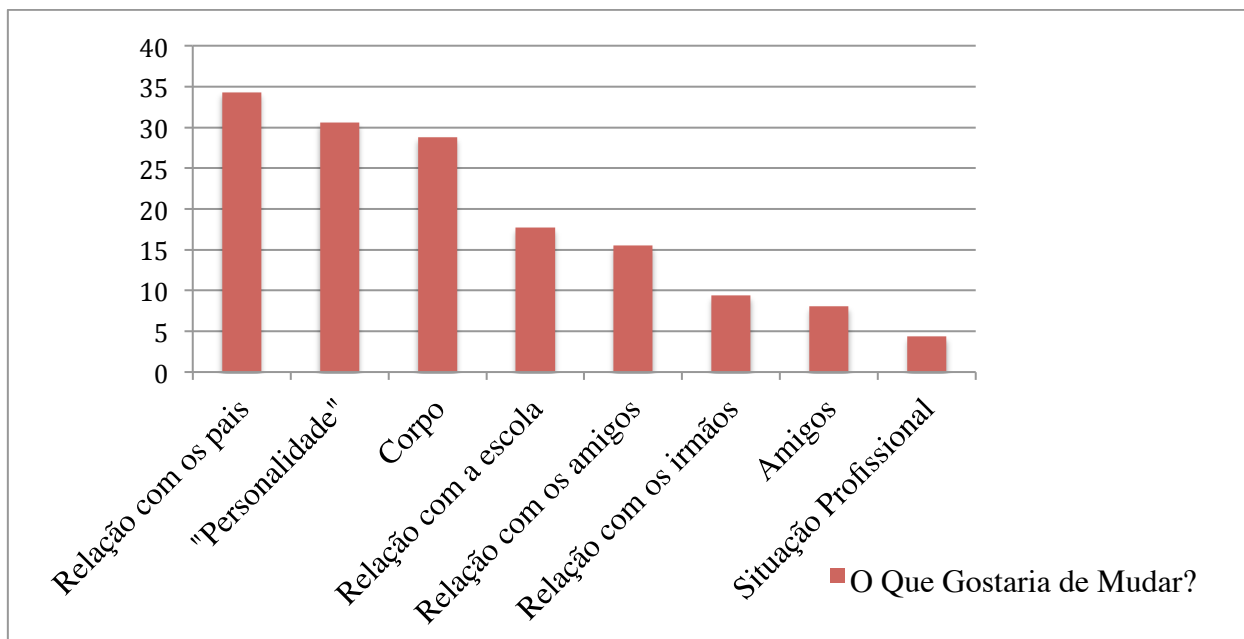


Figura 4. Gráfico das Percentagens do que os Participantes Gostariam de Mudar

Debruçando-nos acerca destas mudanças que os adolescentes fariam, podemos contatar a importância da divisão tridimensional abordada na revisão da literatura, nomeadamente a 1) perspectiva individual, representada aqui pelo desejo de mudança dos jovens da sua “personalidade” e do seu corpo, 2) a perspectiva familiar, apresentando uma grande percentagem através da relação do pais e por último a 3) perspectiva social, representada através de elevadas percentagens na mudança em relação à escola e relação com os amigos Sampaio (1991).

3. Características da Tentativa de Suicídio:

- *Existência de pessoas na proximidade*

Dos jovens que realizaram a tentativa de suicídio, uma maioria refere existir alguém na proximidade (31.4%).

Resultados que se encontram de acordo com Sampaio (1991), que na amostra clínica que estudou concluiu que a maioria dos jovens cometia uma tentativa com familiares na proximidade.

Estes dados poderão remeter para uma maioria de suicídios do tipo apelo, quer à mudança do outro como à mudança do próprio, enfatizando que a tentativa de suicídio é também uma forma de comunicação.

- *Contactos antes da TS.*

Antes de cometerem a tentativa de Suicídio apenas 8,9 % afirmaram que fizeram um contato e 37.6% referem que ameaçaram o suicídio nos últimos 6 meses.

Dados que parecem revelar que realmente a maioria das situações de tentativa de suicídio não são um ato de impulsividade, pois tal como Sampaio (1991) referiu os atos normalmente têm origem numa ideação suicida mantida há algum tempo, após um período de dificuldades.

- *Qual o método mais utilizado e explicação da sua utilização*

No que respeita, o método utilizado os dados revelam que a intoxicação medicamentosa (35.4%) é o método maioritariamente utilizado seguido das auto-mutilações, veja-se FIGURA 5.

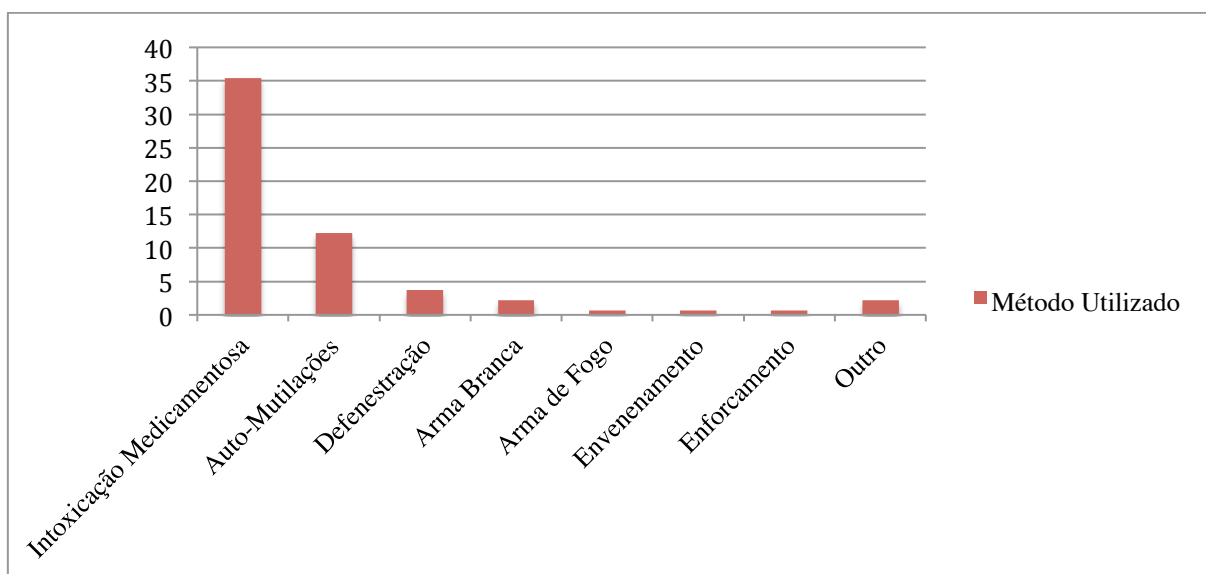


Figura 5. Gráfico de Percentagens dos Métodos Utilizados na Tentativa de Suicídio

Estes resultados têm sido constatados em diversos estudos, especificamente a ingestão de medicamentos e uso de substâncias psicoativas, continuam a ser os métodos mais utilizado na TS em adolescentes (Avanci, 2005; Cordovil *et al.* 2009).

Assim, mediante os dados torna-se pertinente uma reflexão acerca da importância de um maior controlo na venda de medicamentos sem receita médica, bem como na maior vigilância que as figuras cuidadores de adolescentes com IS têm de ter em relação aos seus próprios medicamentos.

Os pais de filhos com IS deveriam ser orientados para dificultar o acesso dos medicamentos aos adolescentes, esta conclusão torna-se ainda mais pertinente quando ao questionar os jovens acerca do “*Porquê da escolha do método*”, a resposta mais mencionada é o fácil acesso ao método utilizado (e.g. “*estava perto*”; “*estava mais à mão*”).

De seguida a resposta mais mencionada é a maior eficácia do método (e.g. “*era mais rápido*”, “*pensei ser o mais eficaz*”); a falta de coragem (e.g. “*era o único para que tinha coragem*”); o facto do método infringir menos dor (e.g. “*doía menos*”, “*queria sofrer menos*”) e ainda alguns participantes fizeram referência a outros motivos para a escolha do método, como “*estava muito nervosa*” ou “*queria inovar*”.

Os nossos dados permitem ainda concluir que, na explicação do porquê do método escolhido, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas mediante os géneros dos participantes para nenhuma das categorias. Contudo, a maioria que utiliza a intoxicação medicamentosa são raparigas (N=78), i.e., as raparigas tendem a utilizar um método menos agressivo, conclusão a que também Sampaio (2001) chegou, afirmando que as tentativas de suicídio mais graves são cometidas pelos rapazes

Já, no que respeita as Auto-mutilações 25 raparigas utilizam este método, enquanto apenas 8 rapazes recorrem ao mesmo (FIGURA 6 e FIGURA 7).

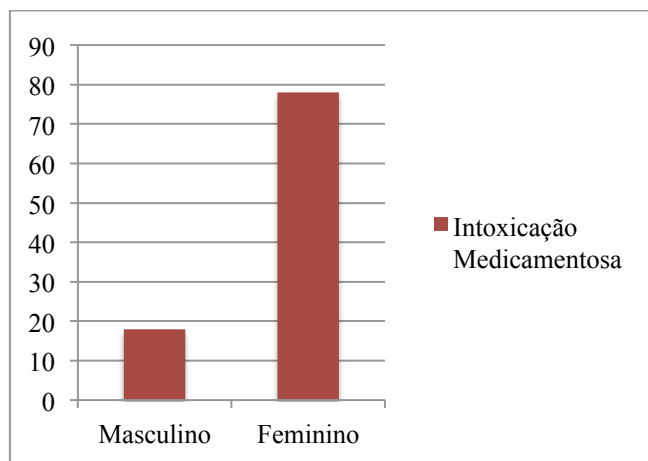


Figura 6. Gráfico da Frequência de Intoxicação Medicamentosa, segundo o Género dos Participantes

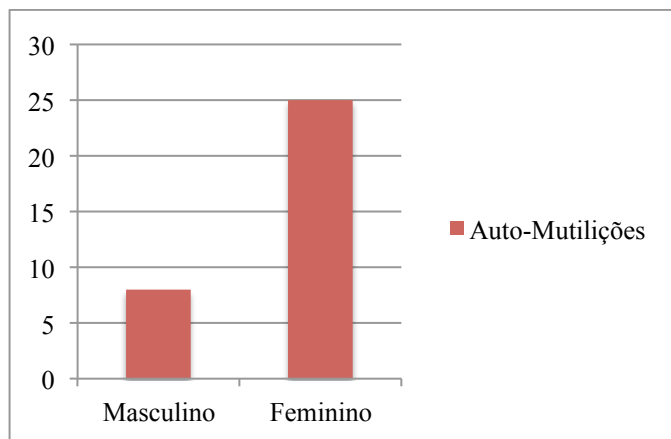


Figura 7. Gráfico da Frequência de Auto-Mutilações, segundo o Gênero dos Participantes

- *O que sentiu no momento da tentativa de suicídio*

Relativamente à pergunta “*o que sentiu no momento da Tentativa de Suicídio?*”, surgiram diversos conteúdos que resultaram nas seguintes dimensões: Emoções; Alívio; Sem Explicação; Desejo de Morrer; Inexistência de Sentimento e por último a dimensão Outros.

A maioria dos jovens fazem referência às emoções que sentiram (e.g. “zanga”; “raiva”), de seguida a dimensão mais mencionada foi o Alívio; a Dificuldade em Explicar o que sentiram, na qual surgiram conteúdos como “*não sei o que senti*”; a Expressão do Desejo de Morrer, onde surgem conteúdos como “*queria mesmo morrer*” ou “*senti que queria mesmo morrer*” e por último as menos mencionadas foram a Inexistência de Sentimento e a dimensão outros, onde foram colocados alguns conteúdos variados, que não se enquadravam nas dimensões mais mencionadas (e.g. “*senti-me tonta*” ou “*doeu-me o coração*”), veja-se FIGURA 8.

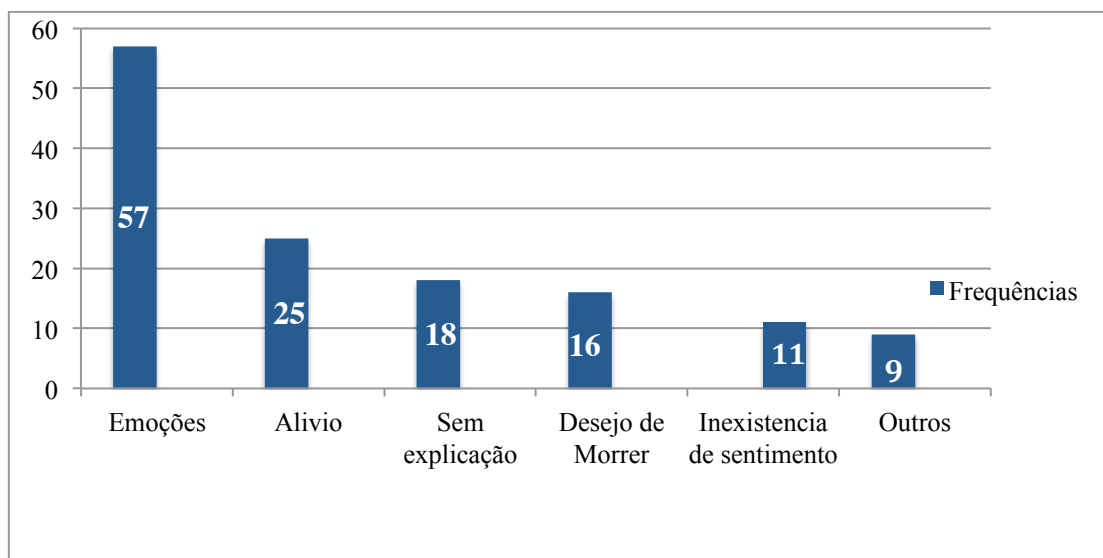


Figura 8. Gráfico de Frequências dos sentimentos no momento da Tentativa de Suicídio

Concretamente, estes dados levam-nos a pensar na importância que a TS têm para o alívio do sofrimento destes jovens, como se a TS fosse uma fuga à angústia sentida. Também, parece pertinente referir que a maioria das emoções relatadas foram de valência negativa e alusivas ao motivo da TS, o que parece sugerir que a maioria dos atos não são cometidos com passividade, mas sim com uma grande revolta.

Apenas foram encontradas diferenças significativas na categoria alívio, verificando-se que 22 raparigas evidenciaram a existência deste sentimento e apenas 3 rapazes o referiram, aludindo para a tendência mais afetiva e emocional da mulher (e.g., Sampaio, 1998).

4. Acontecimentos depois da Tentativa de Suicídio:

- *Reação Familiares e Amigos*

Relativamente, à percepção que os adolescentes possuem acerca da reação dos seus familiares a compreensão é a mais referida pelos mesmos (47.2%), bem com a tristeza (24.4%).

Já no que respeita, a reação dos amigos face à tentativa de suicídio a maior percentagem é apontada também para a compreensão (29.2%) e para o desconhecimento (18.5%).

Conclusão

O objetivo do presente trabalho procurou avaliar o contexto no qual está presente a ideação suicida e quais os fatores que são impulsionadores da tentativa de suicídio numa amostra de 271 adolescentes portugueses que recorreram a um hospital público entre os anos de 2009 e 2013.

Avaliaram-se portanto, diversas variáveis que poderão ajudar a explicar os motivos e os significados para a ideação suicida e TS dos jovens. Colocamos, também algumas hipóteses, já discutidas anteriormente, que pretendiam avaliar algumas características relacionadas com a dinâmica familiar e perceber qual a sua relação com as variáveis independentes, género e idade.

Um dos resultados mais relevantes é a importância do papel do pai, na medida em que os jovens com IS e/ou TS percebem que têm uma má relação com o pai. Concretamente, os nossos resultados demonstram que os jovens de idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos percebem que o pai manifesta sentimentos mais afetivos, comparativamente com os outros familiares, sendo os adolescentes rapazes e mais velhos (faixa etária dos 17-21 anos) que percebem que se dão pior com o pai.

Assim, são importantes estudos futuros que aprofundem o papel da ausência paterna e as diferentes percepções dos adolescentes com IS e/ou TS relativamente à sua relação com o pai.

Os nossos resultados revelam ainda que os adolescentes percebem em todas as faixas etárias que os pais, principalmente a mãe, preocupam-se bastante e manifestam afeto em relação a si. Contudo, estes adolescentes explicam a ideação suicida maioritariamente através dos conflitos que existem em casa, assim apesar destes resultados terem sido discutidos anteriormente parece-nos importante estudos futuros que complementem os mesmos.

Constatou-se, também, que os adolescentes cometem maioritariamente a tentativa de suicídio em casa, todavia acreditamos que não se pode descurar a importância que revela a referência à escola como sendo um local onde os jovens tentam o suicídio.

Neste seguimento, é oportuno refletir acerca da importância do papel dos professores e dos programas educativos e de consciencialização, não só para os profissionais de saúde, mas também para estes professores, tal como afirmam Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010)

ao defenderem que a utilização de programas de consciencialização permite uma prevenção e uma intervenção mais eficaz a este nível.

Verificámos que fizeram parte da amostra mais raparigas (N=190) do que rapazes (N=81), bem como mais adolescentes entre os 17 e os 21 anos e que a maioria dos adolescentes apresenta um diagnóstico sindromático de depressão ou ansiedade.

Ao analisar há quanto tempo os adolescentes tinham ideação suicida antes de procurar ajuda, constatámos que estes procuram ajuda quando já têm ideação suicida entre 1 e 3 meses ou há mais de 24 meses, o que nos poderá levar a pensar que os jovens procuram ajuda logo num período inicial ou então num período no qual já têm ideação há largos meses, permitindo inferir que é adequado um investimento na informação transmitida aos jovens e prevenção para que os mesmos procurem cada vez mais ajuda num período inicial, reduzindo assim a percentagem de adolescentes que apenas procuram ajuda quando têm ideação suicida há mais de 24 meses.

De um modo geral constatou-se que, as explicações e significados atribuídos pelos adolescentes aos comportamentos suicidários, continuam a evidenciar uma multidimensionalidade, sendo estes referentes quer à dinâmica familiar do adolescente, como à sua esfera mais social ou às suas características individuais.

O estudo de uma amostra clínica possibilita analisar uma panóplia de fatores de risco mais variada comparativamente a uma amostra comunitária. Ainda, o facto de ser uma amostra de adolescentes com ideação suicida permite observar quais os fatores onde se deve intervir de modo a prevenir a tentativa de suicídio em amostras de adolescentes que ainda não têm ideação suicida, mas que apresentam algumas características que indicam que poderão vir a ter.

Também, parece pertinente propor mais estudos empíricos que caracterizem a população de jovens com IS e que cometeram TS, para desse modo apoiar a atuação das equipas de saúde do nosso país na identificação de fatores de risco e a utilização de estratégias preventivas reduzindo assim o número de tentativas de suicídio, bem como os comportamentos suicidários sem intenção suicida.

Por último, no que respeita as limitações do nosso estudo consideramos que uma possível limitação foi o facto de existirem na amostra muito mais raparigas comparativamente aos rapazes, o que pode ter enviesado os resultados.

Referências

Abreu, K. P. D., Lima, M. A. D. D. S., Kohlrausch, E. R., & Soares, J. D. S. F. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia. Vol. 12, n. 1 (2010), p. 195-200.*

Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 319-335.

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares: Uma Visão Sistêmica* (3a ed.). Coimbra: Quarteto.

Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira K., Vicent K. B., Wilcox H. C. & Wish E. D. ,2009. Suicide Ideation Among College Students: A Multivariate Analysis. *Archives of Suicide Research*, 13:230–246 DOI: 10.1080/13811110903044351

Avanci, 2005. Perfil de um adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. *Revista brasileira de Enfermagem. Hospital das clínicas da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*. 58 (5): 539-9.

Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 179-190.

Au, A. C. Y., Lau, S., Lee, M. T. Y. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44(176), 851-868.

Baggio, Palazzo e Aerts (2009). Suicide planning among teenager students: prevalence and associated factors. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 25 (1):142-150

Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Nonsuicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-base survey. *Archives of Suicide Research*, 15, 56–57.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1988). *Beck Hopelessness Scale – Manual*. The Psychological Corporation. U.S.A.: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

Benincasa, M., & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de psicologia*, 56(124), 93-110.

Benczik, E. B. P. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, 28(85), 67-75.

Bertera, E. M. (2007). The role of positive and negative social exchanges between adolescents, their peers and family as predictors of suicide ideation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(6), 523-538.

Borges, V. R., Werlang, B. S., & Paranhos, M. E. (2004). Ideação suicida em adolescentes fora de um contexto clínico. In Ribeiro, J., & Leal, I. (Ed.) *Actas do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.231-237). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Buchman-Schmitt J., Chiurliza B. , Chu C. , Michaels M. S., Thomas, Joiner E. (2014). Suicidality in adolescent populations: A review of the extant literature through the lens of the interpersonal theory of suicide. *International Journal of behavioral consulting and therapy*. Florida State University . 9 (3). ISSN: 1555–7855

Braga, L. D. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.

Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233-242.

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372–394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

Brown, G. K., Henriques, G. R., Sosdjan, D., & Beck, A. T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1170.

Cabete, A. L.; Esteves M. L. (2009). “As tentativas de suicídio na adolescência”. *International Journal of Development and Educational Psychology*. 1(1)

Cabié, M. C. (1999). Adolescência e ciclo familiar existencial. In C. Gammer & M. Cabié (Eds.) *Adolescência e Crise Familiar* (15-30). Lisboa: Climepsi.

Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 248-255.

Conceição, L. S. L. D. (2012). Estilos educativos parentais (EMBU-A), sintomatologia depressiva/ansiosa, stress e autoestima, numa amostra de adolescentes.

Cui, S., Cheng, Y., Xu, Z., Chen, D., & Wang, Y. (2011). Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. *Child: care, health and development*, 37(5), 692-702.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1988). The changing family life cycle. *A framework for family therapy*. New York.

Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., & Santos, J. C. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Cordovil, C., Crujo, M., & Guerreiro, D. (2009). Tentativas de Suicídio em Adolescentes Internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Artigos*. 11 (3)

Crepet, P. (2002). A dimensão do vazio. *Porto: Âmbar*.

Cruz, D., Narciso, I., Pereira C., & Sampaio D. (2014). Self-Destructive Symptomatic Frames in Clinical Adolescents: Is the Same Different? . *Journal of research on adolescence*. 1(10).

De Oliveira Martins, P., Trindade, Z. A., & de Oliveira Almeida, Â. M. (2003). O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 16(3), 555-568.

Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar dos jovens: algumas implicações para o aconselhamento psicológico. *Cadernos de Consulta Psicológica, ex. 12, p. 103-114*.

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Deeks, J. (2005) The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 239-250.

Espinoza-gomez, F.; Zepeda-pamplona, V.; Hernández-bautista, V.; Herán- dez-suárez, C.M.; Newton-Sánchez, O.A.; Plasencia-Garcia, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52(1):213-219.

Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In M. R. Simões, Gonçalves, & Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II) pp. 123-130. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., & Caspi, A. (2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2683>

Fotti, S. A., Katz, L. Y., Afifi, T. O., Cox, B. J. (2006). The Associations Between Peer and Parental Relationships and Suicidal Behaviours in Early Adolescents. *Can J Psychiatry*, 51(11), 698-703.

Freitas, G. V. S. D., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev. Assoc. Med. Bras.*(1992), 48(3), 245-249.

George, A., & Van Den Berg, H. S. (2012). The influence of psychosocial variables on adolescent suicidal ideation. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 24(1), 45-57.

Gonçalves, A. M., de Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. D. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, (40), 149-159.

Gould M. S., Greenberg T., Velting D. M., Shaffer D. (2003) . Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 42 (4).

Gouveia-Pereira, M. (1995). *A percepção do papel do grupo de pares nas tarefas de desenvolvimento em adolescentes e pais*. Dissertação de Mestrado, não publicada, Lisboa: ISPA.

Gouveia-Pereira, M., Pedro, A., Amaral, V., Martins, M. A. & Peixoto, F. (2000). Dinâmicas grupais na adolescência. *Análise Psicológica*, 2(18), 191-202.

Gouveia-Pereira, M.; Abreu, S. & Martins, C. (2014). How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Function. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 27(1). 171-178.

Gomes, A. J. D. S., & Resende, V. D. R. (2004). O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 119-125.

George, A., & van den Berg, H. S. (2012). The influence of psychosocial variables on adolescent suicidal ideation. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 24(1), 45-57.

Guerreiro, D. F., Cruz, D., Frasquilho, D., Santos, J. C., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2013). Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Archives of suicide research*, 17(2), 91-105.

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), 204-213.

Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate Self-Harm in Young People: Characteristics and Subsequent Mortality in a 20-Year Cohort of Patients Presenting to Hospital.[CME]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(10), 1574.

Horstmanshof, L., Punch, R., & Creed, P. A. (2008). Environmental correlates of wellbeing among final-year high school students. *Australian Journal of Psychology*, 60(2), 101-111.

Joffe, R. (2000). <Não me ajudem>. O adolescente suicida. In Laufer, M. (Ed.) *O adolescente suicida* (pp. 57-66). Lisboa: Climepsi Editores.

Jordan, John R. & McMenemy, Jannette (2004) "Interventions with Suicide Survivors: A Review of the Literature" *Suicide and Life Threatening Behavior* 34(4): 337-349.

Lai, K. W., & Chang, C. M. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36 (2), 81–87.

Laufer, M. (2000). Compreender o suicídio: tem um significado especial na adolescência? In Laufer, M. (Ed.) *O adolescente suicida* (pp. 69-79). Lisboa: Climepsi Editores.

Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591.

Lopes, P., Barreira, D. P., & Pires, A. M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 47-57.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)* (4a Ed.). Pero Pinheiro: Report Number.

Melo, E.M., Faria, H.P., Melo, M.A.M., Chaves, A.B. & Machado, P. (2005). Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1, 39-48.

Minuchin, S. (1988). *Famílias, Funcionamento e Tratamento*. São Paulo: Artes Médicas.

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236-243.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133–54. doi:10.1093/epirev/mxn002

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.

Nock, M. K., Green, G. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Suicide Research: Selected Readings, Australian institute for suicide research and prevention*. 9. ISBN: 9781922117182

Oliveira, A., Machado, S. C., & Branco, V. P. (2006). Raízes quebradas: o comportamento suicida e a importância de transformar os vínculos afetivos na adolescência. Universidade de Évora, *International Journal of Development and Educational Psychology. Psicología y relaciones interpersonales*. 1(4)

Palmonari, A., Kirchler, R., & Pombeni, M. L. (1991). Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence. *European Journal of Social Psychology, 21*, 381-402.

Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: avaliação e intervenção em crise. *Psilogos, 9* (1).

Prioste, A., Cruz, D., & Narciso, I. (2010). Circularidade Relacional: padrões de funcionalidade familiar percebidos e o ajustamento psicológico em adolescentes. *Psychologica, (52-I)*, 447-467.

Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(3), 392–405.

Relvas, P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto, Portugal: Afrontamento.

Rodrigues, A. R., & Machado, M. (2002). Questões urgentes na educação. *Adolescência: Interfaces com a escola e com a família* (229-256). Porto Alegre: Artmed Editora.

Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Santos J. C., Saraiva C.B., De Sousa L. (2009). The role of expressed Emotion, self-concept, coping, and depression in parasuicidal behavior: a follow-up study. *Arch Suicide Res., 13*, 358–67.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa, Portugal: Caminho.

Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. D. G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica, 2*(18), 139-155.

Sampaio, M. (1998). Representações sociais do suicídio nos jovens. Monografia. Lisboa: ISPA.

Sousa L., Ores, L., Oliveira, G. Cruzeiro, A., Silva, R., Pinheiro, R., & Horta, B. (2010). Ideação suicida na adolescência: Prevalencia e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.

Soares, I., & Campos, B. (1988). Vinculação e autonomia na relação do adolescente com os pais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 57-64.

Schilling E. A., Aseltine Jr. R. H., Glanovsky J. L., James A., & Jacobs D. (2009). “Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts,” *Journal of Adolescent Health*, 44 (4), pp. 335–341

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. W. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 438-445.

Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development*, 15(4), 368-383.

Teruel, D. S., Martínez, J. A. M., & León, A. G. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290.

Teodoro, M., Cardoso, B., & Freitas, A. (2009). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 324-333.

Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27(3), 302-308.

Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2014). Indícios de potencial suicida na adolescência. *Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. ISSN 1413-4063, 14(1)*, 41-57.

World Health Organisation. (2011). *Suicide prevention and special programmes*.

World Health Organization. (2014) Preventing suicide: a global imperative.

Wasserman D, Cheng Q, (2005). *Global suicide rates among young people aged 15-19. World Psychiatry, 4*, pp. 114-20.

Winterrowd, E., & Canetto, S. S. (2013). The long-lasting impact of adolescents' deviant friends on suicidality: a 3-year follow-up perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(2)*, 245-255.

Wolfe K. L., Foxwell A., & Kennard B. (2014). Identifying and treating risk factors for suicidal behaviors in youth. *International Journal of behavioral consulting and therapy. Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical Center . 9 (3)*. ISSN: 1555-7855

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. Madureira Pinto (Eds.), *Metodologia das ciências sociais*. Lisboa: Edições Afrontamento.

Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry research, 197(1)*, 73-77.

King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research, 12(3)*, 181-196.

Young, R., Sweeting, H., & Ellaway, A. (2011). Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *BMC Public Health, 11(874)*.

Anexos

Anexo A: Exemplos dos Conteúdos que deram origem às Dimensões e Categorias na resposta das diversas perguntas.

Explicação da Ideação Suicida	
Categorias	Dimensões
	<i>Família</i>
Sentimento de Desvalorização	Exemplos: “...Eles dizem que eu não sei fazer nada”; “ eles dizem que eu não valho nada”; “ quando desiludo os meus pais”
Afetos Negativos	Exemplos; “por causa da minha sogra e sobrinha do meu namorado...não gostam de mim”;
Conflitos em Casa	Exemplos: “pequenas discussões”; “conflito com a mãe”; “relação com os pais”; “conflitos com a mãe”; “discussões em casa”; “discussões com a mãe”; “porque me maltratam”; “discussões com a minha mãe”
Psicopatologia Familiar	Exemplos: “ o meu pai trai a minha mãe”; “ o meu pai está sempre a beber”; “ a minha mãe tentou suicidar-se”
Outros	Exemplos: “ queria voltar a ver a minha mãe”; “ o meu avô teve um AVC”; “problemas financeiros”
<i>Escola</i>	
Dificuldade no Relacionamento com os Colegas	Exemplos: “Bullying”; “estou cansada de ser mal tratada pelos meus colegas”; “ comecei a exigir muito de mim mesma queria ter boas relações na escola”; “ eles (colegas) gozavam comigo”; “estão sempre a dizer coisas de mim”; “ uma amiga da escola bateu-me aos murros e pontapés”
Desintegração	Exemplos: “sentia-me desintegrada”; “ tive muitas dificuldades na adaptação à escola”; “ não gosto da escola, não conheço ninguém”;
Desmotivação escolar	Exemplos: “ando de cabeça perdida, não me consigo concentrar”; “algumas situações na faculdade, não me apetece estar lá”;

Alteração escolar	Exemplos: “ escolha do curso e entrada na faculdade”, “ na altura tinha mudado de escola”; “ foi porque tive de ir para uma escola nova”
<i>Relação Entre Pares</i>	
Sem Amigos	Exemplos: “não tenho amigos”; “ deixei de ter amigos”; “não tenho amigos com quem possa contar”
Afetos negativos na Relação entre Pares	Exemplos: “ discussão com a minha melhor amiga”; “ o meu melhor amigo traiu-me”; “ Sinto-me odiada e diferente em relação aos meus amigos”; “ discuti com um amigos muito importante”
<i>Relações Afetivas</i>	
Sem Relacionamento	Exemplos: “ não tenho namorados”; “ nunca tive um namorado”
Final Relação	Exemplos: “Acabei com a minha namorada”; “ foi o fim de uma relação significativa”; “ fiquei muito triste por a perder”
Conflitos Relacionais	Exemplos: “ Falta de confiança na relação”; “ ciúmes”; “Conflitos com a minha namorada, haviam criticas constantes e dificuldade em confiar”; “ muitas zangas com o meu namorado”
<i>Desvalorização do Próprio</i>	
Sentimento de Inutilidade	Exemplos: “ sinto que não presto”; “ não faço falta a ninguém”, “ nunca aguento a pressão”; “ Sou um fardo para toda a gente e para mim próprio”; “ não valho nada” , “ não mereço viver”
Isolamento	Exemplos: “Ando muito isolada”; “ sinto-me muito sozinho”; “deixei de estar com as pessoas, tenho medo delas”; “ este é o pensamento que me ocorre quando me sinto sozinho”; “ mais isolada fico mais triste”
<i>Vontade de Mudança</i>	
Mudança de Hobbies	Exemplos: “tenho uma vida chata”; “ gostava de fazer outras coisas”; “ não tenho atividades de jeito”
Acabar com Problemas	Exemplos: “queria acabar com os meus problemas” , “ pensei que assim ia resolver tudo”

Idealização de um Sítio Melhor	Exemplos: “ <i>assim podia estar em descanso</i> ”, “ <i>podia estar noutra sítio em paz</i> ”; “ <i>assim ia para um sítio onde não sentimos nada</i> ”
Confusão Interior	Exemplos: “ <i>não sei são muitas coisas ao mesmo tempo</i> ”; “ <i>Não sei porquê</i> ”, “ <i>estou numa confusão</i> ”; “ <i>não sei explicar porquê, sinto-me muito confuso</i> ”
Insatisfação com o corpo	Exemplos: “ <i>problema de quistos com acne</i> ”; “ <i>não me sinto bem com o meu corpo</i> ”; “ <i>sinto-me gorda</i> ”
<i>Acontecimentos de Vida</i>	
Perdas Parentais	Exemplos: “ <i>morte do meu tio</i> ”; “ <i>morte da minha mãe</i> ”; “ <i>porque morreu o meu pai</i> ”; “ <i>perdi o meu avô</i> ”;
Acontecimentos Traumáticos	Exemplos: “ <i>fui violada</i> ”; “ <i>opção para o mal estar que sinto desde que fui assaltado</i> ”; “ <i>internamento do meu avô</i> ”, “ <i>morte do meu cão atropelado</i> ”; “ <i>abuso sexual da minha irmã pelo meu tio</i> ”
Problemas não especificados	Exemplos: “ <i>são muitos problemas</i> ”; “ <i>resultado de muitos problemas e conflitos</i> ”; “ <i>por causa de azares...coisas más</i> ”; “ <i>tenho muitas coisas</i> ”
Institucionalização	Exemplos: “ <i>fiquei numa instituição</i> ”, “ <i>vivo numa instituição</i> ”; “ <i>sentia-me mal nas instituições</i> ”
<i>Sentimentos de Desesperança</i>	
	Exemplo: “ <i>nunca vou ser ninguém na vida</i> ”; “ <i>nunca vou chegar a lada nenhum</i> ”, “ <i>não tenho pelo que lutar</i> ”; “ <i>a vida que eu levava não vai voltar, terminou</i> ”
<i>Emoções</i>	
	Exemplos: “ <i>Raiva de mim</i> ”; “ <i>Quando me enervo</i> ”; “ <i>Queria paz</i> ”, “ <i>estou muito triste</i> ”, “ <i>triste e desmotivada</i> ”
<i>Consumo de Tóxicos</i>	
	Exemplos: “ <i>quando comecei a fumar gansas</i> ”, “ <i>ataque de tensão muscular devido ao comprimido que tomei</i> ”; “ <i>andava a tomar umas coisas</i> ”, “ <i>bebi muito</i> ”
<i>Deixar de Existir</i>	

	Exemplos: “queria deixar de existir”, “queria deixar este mundo”, “queria desaparecer”
Explicação da Tentativa de Suicídio	
Categorias	Dimensões
	<i>Família</i>
Conflitos Familiares	Exemplos: “Discussões em casa”; “Discuti com a minha irmã”; “foi após uma discussão com o meu tio e quando o meu avô me disse que tenho 15 anos e mais valia ir para casa dos amigos”; “confusões em casa”; “O meu pai disse-me que não podia vir devido a responsabilidades profissionais”
Sentimento de desvalorização	Exemplos: “os meus pais pensam primeiro nos outros e só depois em mim”, “ não mereço os pais que tenho”, “ os meus pais estão sempre a desvalorizar-me”
Sentimento de Culpa	Exemplos: “pensei que só os faço sofrer”; “ tudo o que os meus pais sofrem é culpa minha”
	<i>Relação Entre Pares</i>
Conflitos com Amigos	Exemplos: “porque os meus amigos zangaram-se e foi a gota de água”, “ porque me zanguei com o meu melhor amigo”
Sem Amigos	Exemplos: “não tenho amigos”, “ ninguém quer ser meu amigo”
	<i>Escola</i>
Insucesso Escolar	Exemplos: “ queria ter melhores notas e não consegui”, “ era muita pressão e não consegui dar o melhor de mim”
	<i>Relação Afetiva</i>
Conflitos com o namorado/a	Exemplos: “sofrimento na minha relação”, “ estava cansada de tanta dor em não conseguir resolver-me com o meu namorado”

	<i>Desejo de Morte</i>
	Exemplos: “queria morrer”, “ a ideia era mesmo morrer”, “ não queria estar mesmo cá”, “ naquele momento queria mesmo morrer e acabar com tudo”, “ no momento só pensava em morrer”
	<i>Sentimentos de Desesperança</i>
	Exemplos: “ já não há esperança par mim”, “ não tinha outra maneira de responder”, “no futuro nada me espera”
	<i>Emoções Sentidas</i>
	Exemplos: “ estava muito triste”, “ uma grande angústia”, “ alívio”; “ calma”;
	<i>Dificuldade em explicar</i>
	Exemplos: “não sei explicar”, “ não tem explicação”; “é difícil de explicar”; “ normalmente vem do nada, não sei bem”, “não sei explicar, nada me levava a isso”
	<i>Solução de Problemas</i>
	Exemplos: “ afastar-me de todos os problemas”, “ ficava tudo resolvido”, “ parar de ter problemas”
	<i>Impulsividade</i>
	Exemplos: “ Foi o que me veio à cabeça”; “ nem pensei”, “ foi impulsivo”, “ foi mesmo impulsividade”
Porque escolheu o Método	
Dimensões	
<i>Fácil Acesso</i>	
	Exemplos: “mais fácil”; “ estava mesmo à mão”; “ Foi a primeira coisa que encontrei”; “ estava mesmo ali”; “estava na escola e era mais fácil”
<i>Falta de Coragem</i>	
	Exemplos: “tive falta de coragem”; “ era o único para que tinha coragem”
<i>Menos Dor</i>	

Exemplos: “ menos doloroso”; “ não ia doer”; “ não tinha de me magoar diretamente; “era só tomar e esperar”
<i>Outros</i>
Exemplos: “ não sei”; “ para chamar à atenção”; “ pensei e fiz”
<i>Maior Eficácia</i>
Exemplos: “morte mais garantida”; “ era mesmo letal”; “ porque era mais eficaz”; “ era o mais rápido”
O que Sentiu no Momento da T.S
Dimensões
<i>Desejo de Morrer</i>
Exemplos: “queria mesmo morrer”, “ primeiro senti-me determinada”; “ queria mesmo acabar”;
<i>Sem Explicação</i>
Exemplos: “ nada, tomei por tomar”; “ Não sei”; “ não sei explicar”
<i>Alívio</i>
Exemplos: “alívio”; “ aliviada”
<i>Emoções Sentidas</i>
Exemplos: “ angústia”, “ medo”; “ raiva”; “ tristeza”
<i>Inexistência de Sentimento</i>
Exemplos: “não senti nada”