

MANUEL PIRES MATOS

FACTORES DE RISCO PSICOLÓGICO

EM JOVENS

CONDUTORES DE MOTORIZADA

E SUA INFLUÊNCIA RELATIVA

NA OCORRÊNCIA DOS ACIDENTES

Ref. 9047

Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
BIBLIOTECA

L i s b o a

1 9 9 1



Dissertação de Doutoramento

em Psicologia Clínica apresentada à  
Faculdade de Psicologia e de Ciências  
da Educação da Universidade de Lisboa



A MEMÓRIA DOS MEUS PAIS



**A MINHA MULHER**

**AOS MEUS FILHOS**



AOS MEUS MESTRES



AO DR. MÁRIO CORTESÃO CASIMIRO



### Nota de Agradecimentos

Este trabalho de Tese de Doutoramento, agora apresentado, prende-se com motivações pessoais e profissionais que tomaram forma a partir da observação clínica atenta onde, de maneira empírica, verificámos a existência do sofrimento psicológico que antecedia os acidentes.

Devemos ao Prof. Doutor José Henrique FERREIRA MARQUES, Presidente do Conselho Directivo desta Faculdade, a oportunidade que nos deu de apresentar, em reunião científica, um primeiro trabalho com inferências teóricas sobre o tema, bem como o encorajamento que nos transmitiu para prosseguirmos uma investigação.

O nosso empenhamento teria ficado em estado embrionário se não tivesse tido a aceitação e a valia do Prof. Doutor Carlos AMARAL DIAS da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Com efeito, o Prof. Doutor Carlos AMARAL DIAS, ao longo de oito anos, a par da sua amizade, manifestou-nos um zelo, um saber e uma disponibilidade inexcedíveis na orientação deste trabalho.

Pelo estímulo que nos transmitiu, cada vez que lhe demos conta do trabalho em curso e das dificuldades que surgiam, pelo apoio que nos deu e por tudo quanto nos ensinou exprimimos-lhe a mais profunda gratidão.

Dentro desta Faculdade de Psicologia, aceitou ser responsável pelo nosso trabalho o Prof. Doutor Danilo RODRIGUES SILVA, Presidente do Conselho Científico. Além dos seus ensinamentos indispensáveis sobre a metodologia, dispensou-nos um apoio e uma confiança incomensuráveis. Inteirou-se desde o início dos nossos objectivos e tudo fez para que o conteúdo e a forma fossem dignos do seu empenho e saber: o nosso profundo reconhecimento.

Agradecemos à Prof. Doutora Maria Helena BACELAR-NICOLAU a orientação que nos deu, desde o início, com vista ao tratamento estatístico deste trabalho. Foi na sua pessoa, na sua generosidade e no seu saber que nos apoiámos para não cometermos erros de estrutura na recolha dos resultados.

A disponibilidade e o interesse que manifestou pela nossa investigação foram decisivos na orientação do tratamento estatístico dos dados e na sua interpretação.

Cabe-nos agradecer também à Dra Isabel DÓRIA a amabilidade da execução da Análise Factorial das Correspondências que só foi possível graças ao seu esforço e paciência empreendidos no Centro de Cálculo da Faculdade de Ciências.

Na pessoa do Prof. Doutor José Henrique FERREIRA MARQUES, queremos agradecer ao Conselho Directivo e ao Conselho Científico desta Faculdade todo o apoio que nos foi prestado durante a realização deste trabalho.

Agradecemos particularmente ao Prof. Doutor Pedro FORMIGAL LUZES o grau de liberdade que nos concedeu na organização das nossas responsabilidades dentro da Faculdade, o que nos permitiu conciliar docência e investigação na parte final do trabalho de dissertação.

Os nossos agradecimentos à Prof. Doutora Maria Rita MENDES LEAL pelo modo como colocou à nossa disposição o seu próprio material de informática, na Área Clínica da Faculdade, e pela ajuda que nos deu na coordenação dos estágios. Foi um auxílio importante em tempo que consagramos a esta tese.

Obrigado a todos os colegas da Faculdade que acarinharam o nosso trabalho, em particular ao Dr. João JUSTO que passou inúmeras horas connosco no tratamento estatístico dos dados.

Sobre a perspectiva implícita na compreensão da adolescência, nos seus aspectos normais e patológicos, neste trabalho, devemos muito ao Dr António Ayres COIMBRA de MATOS. Ao longo de oito anos de responsabilidade partilhada nas cadeiras de Psicopatologia Dinâmica da Criança e do Adolescente e Psicopatologia Dinâmica do Adulto, imprimiu-nos um gosto pela investigação, pelo saber e pela compreensão da mente humana sem igual. É para nós um mestre, digno da maior consideração.

As provas psicológicas que aplicámos aos nossos sujeitos tiveram a amável autorização dos seus autores. Honra-nos referir a autorização que recebemos do Prof. Doutor Adriano VAZ SERRA, Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para a utilização da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de W.W.K. Zung e a autorização para utilizarmos a Escala de Risco Suicidário de J. Stork concedida pela Dra Otília MONTEIRO FERNANDES, co-autora da sua adaptação para a população portuguesa juntamente com a Dra Isabel Cristina LOPES, Dra Marta EUFRÁSIO, Dra Ana Rosa REIS e sob supervisão do Prof. Doutor Carlos AMARAL DIAS.

A concretização da parte experimental deste trabalho só foi possível graças aos adolescentes que aceitaram ser examinados. A todos eles, o nosso obrigado.

Obrigado, ainda, a todos os colegas que responderam ao nosso apelo de colaboração movidos apenas pelo gosto do conhecimento. Gratificaram-nos com a sua colaboração amigável, entre outros, Maria João FIUZA, António MAIA, Ângelo de SOUSA e Renato PESCADINHA.

Um último agradecimento, e não o menor, a Sandrine RODRIGUES de OLIVEIRA que colocou no nosso trabalho muito da sua inteligência e do seu tempo disponível. Ao nosso lado, a sua dedicação e paciência foram muito importantes na dactilografia e no manejo dos programas do computador. Sem ela não teríamos cumprido o nosso dever nos prazos impostos.



## INTRODUÇÃO

Há dez anos que nos interessamos pelos aspectos psicopatológicos que podem estar subjacentes ao acontecer dos acidentes, sejam eles quais forem, sofridos ou provocados, se é que é lícito fazer esta diferença.

O nosso interesse centrou-se progressivamente sobre os acidentes de motorizada na adolescência, na medida em que a atracção dos adolescentes pela "moto" constituiu uma realidade pungente com consequências imprevisíveis.

O ensino e a prática clínica revelaram-nos, de facto, a importância dos aspectos preventivos em saúde mental. Mas se a prevenção se impõe ao nível das perturbações relacionais, impõe-se de maneira ainda mais clara quando as perturbações psicopatológicas podem ter repercussões ao nível da integridade física imediata e, às vezes, de uma maneira irreversível.

A vida tem-nos ensinado que aquilo que designamos de acaso tem mais de desconhecimento do que de imprevisível e prever só tem sentido depois de averiguar, de admitir hipóteses e de experimentar.

O nosso trabalho é um estudo, por definição procura de conhecimento. Não tem outra pretensão. Embora assente em pressupostos teóricos e práticos aceites cientificamente.

Fazemos aqui um estudo sobre os acidentes de motorizada nos adolescentes com base no pressuposto teórico de que os acidentes ocorrem com maior frequência em adolescentes com perturbações psicopatológicas e que, de algum modo, os acidentes de "moto" podem ser comportamentos de natureza autodestrutiva, para-suicidários.

Este raciocínio traduz-se no delineamento da nossa tese, no título dos capítulos, nos instrumentos de avaliação que empregamos e nas provas estatísticas que utilizamos.

No Capítulo I fazemos uma síntese sobre o suicídio e os equivalentes de suicídio onde prevalece o ponto de vista psicodinâmico sobre aquilo que leva um indivíduo a excluir-se da vida, total ou parcialmente.

Porque o nosso estudo diz respeito aos jovens, fazemos uma revisão teórica sobre a adolescência no Capítulo II.

Sendo a adolescência a idade de risco por excelência, pretendemos demonstrar, no Capítulo III, que a psicopatologia na adolescência passa, predominantemente, por comportamentos. Estes seriam a expressão da insuficiência dos processos de mentalização dos conflitos relacionais e intrapsíquicos. Aí enquadramos a anorexia, a delinquência e o agir, a toxicodependência e as tentativas de suicídio na adolescência.

O Capítulo IV é aquele em que se procura transmitir uma realidade, bastante conhecida mas pouco estudada, quanto às variáveis humanas que predisõem aos acidentes de trânsito. Aí somos levados a admitir que a condução de motorizada na adolescência é um comportamento de risco multifacetado, mas onde é possível levantar hipóteses sobre a relação directa entre perturbações psicopatológicas e a predisposição aos acidentes de "moto".

Nasce daqui o Capítulo V em que, à luz de uma revisão de trabalhos de alguns dos autores que se debruçaram sobre a diátese traumatológica, nos é possível alicerçar hipóteses sobre a influência eventual da ansiedade, do risco suicidário e das distorções do sistema relacional do adolescente no número de acidentes de "moto", embora convictos de que o fenómeno dos acidentes seja plurideterminado.

A nossa contribuição específica, sob forma experimental (Capítulo V), caracteriza a amostra, descreve e justifica os instrumentos de avaliação psicológica que utilizamos, define os critérios em que nos baseamos para compararmos os sujeitos entre si naquilo que têm de comum e naquilo em que diferem.

Os resultados que encontramos, e que são objecto do Capítulo VI, têm o valor relativo inerente a qualquer investigação em ciências humanas em que a importância dos factores postos em evidência se pode ficar a dever a variáveis não controladas e aos critérios que adoptamos. Contudo, ao nível da discussão dos resultados e das conclusões (Capítulos VII e VIII), pensamos ter encontrado matéria para reflexão, para o prosseguimento de outros estudos e, sobretudo, para serem tomadas medidas imediatas no campo da prevenção.

Apesar das características de mutabilidade na adolescência, que tornam relativa a validade das quantificações, pretendemos articular a teoria psicodinâmica com os aspectos experimentais da psicologia, em nada contraditórios com a psicologia clínica, bem ao contrário enriquecedores.

O fio condutor deste trabalho é o de rejeitar os acidentes de "moto" como fortuitos, tentar antes compreendê-los numa perspectiva dinâmica, eventualmente auto-destrutiva, como consequência das distorções da evolução

psicológica do adolescente, sobretudo no seio familiar.

Pretende-se tornar objectivo, a partir daqui, e tanto quanto possível, apenas um dos múltiplos comportamentos de risco na adolescência: o da condução de motorizada.



CAPITULO I

O SUICÍDIO E EQUIVALENTES DO SUICÍDIO



## 1.1 Introdução

Neste capítulo iremos tecer algumas considerações pessoais acerca da coexistência entre apego à vida e saúde mental por oposição às práticas anulatórias onde predomina a doença psíquica.

Assim, depois de breves definições de suicídio e equivalentes do suicídio, consoante a perspectiva científica de cada autor, faremos uma rápida alusão à atitude de penalização do acto suicida que vigorou e foi defendida enquanto o fenómeno não foi objecto de investigação científica.

Referir-nos-emos, ainda e com brevidade, às aproximações sociológicas e médico-psicológicas pondo em destaque alguns autores portugueses que estudaram o problema do suicídio e as tentativas de suicídio no nosso país.

Terminaremos com o ponto de vista psicodinâmico na medida em que nos abre o horizonte à compreensão de outros comportamentos autodestrutivos, e não apenas ao suicídio. Este seria "apenas" a última manifestação de um processo psicopatológico evolutivo.

Finalmente encaminhar-nos-emos para o estudo de algumas tendências autodestrutivas na adolescência, com uma pequena reflexão pessoal após o resumo do capítulo.

## 1.2 Considerações gerais

Se perscrutarmos os comportamentos humanos, no seu conjunto ou individualmente, nas mais diversas situações de encontro com a natureza ou perante a sua adversidade, o homem lúcido, "saudável", manifestou sempre um querer: a vida. Teme a morte, a enfermidade e a velhice. Colocado perante a noção clara da sua finitude, se é lúcido, apreende a vida como um prazo. Se o não é poderá abreviar esse prazo destruindo-se total ou parcialmente.

Numa atitude conscientemente sã, procura o bem estar pela via científica e tecnológica, adiando a morte e diminuindo o sofrimento. Pode ainda, por mecanismos psíquicos complicados, negar a morte ou até inventar, imaginar, a vida depois dela.

Este facto esteve sempre tão presente no pensamento humano que, ainda hoje, quando o homem se refere à morte, é na dos outros que pensa e não na sua. Quando faz alusão à sua própria morte fá-lo em termos abstratos ou sob forma de metáfora: "a última viagem..." e quanto à sepultura chama-lhe "a última morada".

E. MORIN, 1970, [180], diz-nos a esse respeito:

"A morte, nos vocabulários mais arcaicos, não existe ainda como conceito: fala-se dela como de um sono, de uma viagem, de um nascimento, de uma doença, de um acidente, de um malefício, de uma entrada para a morada dos antepassados". op. cit. p.25

Quando não pode ignorar mais a única certeza que tem na vida recorre à ideia de ressurreição, por definição "acto de reaparecer vivo depois de ter morrido".

Estamos em querer que a aspiração máxima do homem é a da sua imortalidade como a sua maior angústia é a da morte, único acontecimento irremediável.

Porém, o tema da morte não é o objectivo da nossa investigação. Referimo-nos apenas a ela dada a sua frequência como pano de fundo nos comportamentos autodestrutivos eventualmente presentes nos acidentes de motorizada da população adolescente que iremos estudar na parte experimental desta tese.

Este estudo, por sua vez, longe de constituir um apego aos aspectos mórbidos e sensacionalistas, tantas vezes presentes em relatos numéricos e soltos, é uma modesta contribuição no sentido daquilo que tem vindo a ser recomendado pela O.M.S., 1980, [188], 1984, [190], em matéria de compreensão e prevenção das causas da morte e da deficiência.

É nossa intenção ir além das constatações compreendendo algumas das características psicológicas dos adolescentes envolvidos em frequentes acidentes de viação e, se possível, tirar daí alguns ensinamentos no campo da prevenção desses acidentes e do consequente evitamento da invalidez parcial ou total das pessoas. Em última análise afastar a morte, prolongar a vida... e o bem estar nela.

De todos os fenómenos autodestrutivos o mais grave é, indubitavelmente, o suicídio. Falemos, pois, dele em primeiro lugar e em linhas gerais.

A tendência actual do pensamento humano é para encarar a sua vida como um período de existência, um prazo. Podemos dizer que o suicida abrevia esse prazo.

O fenómeno do suicídio, pela sua complexidade, presta-se a diferentes aproximações teóricas. As opiniões e as doutrinas sobre o assunto têm variado consoante o momento histórico, a cultura, a religião e o meio científico.

Trata-se de um fenómeno universal que tem atravessado todas as sociedades e em todas as épocas, embora com diferentes graus de incidência.

O suicídio é, antes de mais, um acontecimento individual, do homem preocupado consigo próprio, reduzido às suas próprias forças e, de certo modo, convencido de ser mestre do seu destino.

É um acto altamente significativo em que o sujeito exprime a relação consigo próprio, na família, na sociedade, com repercussões tanto no grupo familiar como no grupo social e, em grande parte dos casos, imprevisível.

A O.M.S., 1984, [190], considera o suicídio como uma das dez primeiras causas de morte nos países industrializados. No Reino Unido e nos Estados Unidos da América calcula-se que a relação entre tentativa de suicídio e suicídio conseguido seja de 8 a 10 para 1, respectivamente.

Para A. VAZ SERRA, 1971, [206], a incidência do suicídio é avaliada segundo os valores encontrados para 100.000 habitantes: é elevado acima de 20, intermédio se entre 10 e 20 e baixo quando inferior a 10/100.000, o que coloca Portugal entre os países de baixa incidência suicidária.

Em Portugal, J. FRAGOSO MENDES, 1973, [170], considera as tentativas de suicídio ou gestos suicidas cerca de 7 a 8 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados.

E. FREITAS, 1981, [078], numa recolha de elementos empíricos, sobre o suicídio em Portugal, considera a existência de uma taxa de 8.6 suicídios para 100.000 habitantes no nosso país.

Esta média não tem sofrido alterações significativas desde os últimos 30 anos em Portugal, considerando ambos os sexos e sem determinação da faixa etária.

Segundo D. SAMPAIO, 1985, [201], em Portugal, como em França, a morte por suicídio ocupa o 2º lugar nas causas de morte da população jovem (dos 15 aos 24 anos), logo atrás das mortes por acidentes. Entre 1980 e 1983 a taxa de suicídio na população jovem tem mostrado uma subida na faixa etária dos 15 aos 19 anos, no sexo masculino. A taxa passou de 3.5 a 7.1/100 000 habitantes. Refere, ainda, que em Portugal se observam as mesmas características globais que nos outros países da Europa quanto ao sexo, idade e estado civil.

E. FREITAS, 1985, [080], acha que não existem dados estatísticos que permitam avaliar o número de tentativas de suicídio no nosso país; deduzem-se apenas através dos suicídios consumados. Quanto ao suicídio na população jovem, ocupa também o 2º lugar nas cinco primeiras causas de morte na classe etária dos 15-19 anos entre 1980 e 1983.

### 1.3 Breves definições

Suicídio significa morte dada a si mesmo. O acto e o sujeito da acção ficam intimamente associados no vocábulo suicida, «sui coedere».

O termo teria sido empregue a primeira vez pelo abade Desfontaines em 1737.

E. DURKHEIM, 1897, [060], define-o como:

"... todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima; acto que a vítima sabia dever produzir esse efeito." op. cit. p. 10

Assim sendo, só haveria suicídio desde que o sujeito, antes, tivesse a representação mental da sua própria morte.

O suicídio, como acto consciente e como escolha pela morte em vez da vida, é postulado pela grande maioria dos autores.

G. DESHAIES, 1947, [049], define-o como "acto de se matar", geralmente consciente, tomando a morte como meio ou como fim.

Para A. VAZ SERRA, 1971, [206], o suicídio é a autodes-truição por um acto deliberadamente realizado para atingir esse fim. Reserva, com base em WATTS, 1966, o termo de tentativa de suicídio para o acto deliberadamente autodestrutivo que não chegou a ser fatal.

Para o autor, os comportamentos autodestrutivos que não sejam acompanhados da ideia de morte não devem ser considerados actos suicidas.

J. BAECHLER, 1975, [017], perspectiva o suicídio como um acto que visa a resolução dos problemas existenciais.

P. MORON, 1977, [181], segue a definição de M. QUIDU, 1964, definindo o suicídio como o acto de se matar, a tentativa de suicídio como o acto incompleto e a ideia de suicídio como esboço do acto. Também aqui, estamos perante atitudes comportamentais e psíquicas conscientes variando apenas o grau de gravidade.

Se considerarmos o significado que lhe atribui J. PINTO da COSTA, 1983, [046], este significaria, não o desejo de morte mas o de reviver; o acto seria a solução encontrada perante a perda do sentido transcendente da existência.

Somos de opinião que cada um define o acto suicidário segundo a perspectiva teórica em que se coloca. Tratando-se de um fenómeno irreversível as melhores definições são aquelas que tentam compreender o que está subjacente ao acto e em que contexto. Além disso o suicídio é um acto negativo perante a vida. Nesse sentido convém pensar naquilo que o suicida não quer. Talvez não seja errado dizer que o suicida, à semelhança do doente mental, em maior ou menor grau, ou do adolescente nos períodos de maior conflito, sabe apenas o que não quer. Perante isto pensamos que, na maior parte dos casos, o suicida deixa de utilizar a linguagem verbal, regride ao acto motor e termina nele convicto de não ser compreendido.

Qualquer definição é, por natureza, genérica. Assim, toda a definição de suicídio que não tenha em conta as características do indivíduo, nomeadamente quanto à sua história pessoal, sexo, idade, estado civil, religião, o grau de autonomia ou de dependência em que vive, o sistema relacional onde evoluiu e aquele em se encontra, será sempre incompleta e corre o risco de ser limitativa na compreensão dos processos psíquicos do indivíduo, subjacentes ao fenómeno. Isto parece-nos igualmente válido e indispensável na definição e compreensão das tentativas de suicídio ou nos comportamentos de natureza suicidária.

Por alguma razão a melhor prevenção do acto é o falar dele numa relação psicoterapêutica, com toda a autenticidade.

A partir do momento em que o homem é capaz de colocar, a si próprio, o problema da sua finitude está predisposto à ideia suicidária.

Talvez sejam mais frequentes as ideias de suicídio no adolescente, daquele que está na idade do crescimento, do que no adulto, isto é, daquele que terminou o seu crescimento. É nestas duas situações, de crescimento ou crescido, que a vida adquire ou não sentidos, que o problema da morte se coloca e levanta com ele as ideias de suicídio, a tentativa de suicídio ou o suicídio propriamente dito.

Quanto aos equivalentes do suicídio referimos o trabalho mais antigo que encontrámos. É da autoria de C. BLONDEL, 1906, [026], um dos primeiros trabalhos sobre o comportamento anómalo das automutilações.

Estuda-as numa perspectiva psiquiátrica ao mesmo tempo que critica a severidade das medidas judiciais reclamadas contra os que se automutilam.

O grande número de casos de automutilação que cita ocorreram entre meados do século XVIII e finais do século XIX. Seguindo a doutrina de ESQUIROL, também por oposição a DURKHEIM, considera as automutilações como resultantes de manifestações vesânicas, isto é relativos a qualquer doença mental, e não hesita, já então, em considerar o eunuquismo, ou automutilação genital, como uma forma de suicídio, expressão psicopatológica do sujeito.

Se é certo que uma grande parte desses indivíduos justificavam as automutilações num contexto de misticismo religioso, não é menos verdade que a religiosidade servia aqui de justificação aparente aos que cometiam o acto, tanto mais que o cristianismo proibia o suicídio.

Sendo os homens que criam as religiões, e não o contrário, vem a propósito citar o autor:

"Si nos conceptions religieuses étaient autres, nos délirants ne s'en castreraient pas moins: ils trouveraient dans d'autres conceptions religieuses ou non d'autres raisons pour justifier leur acte."

op. cit. p. 36

L. URTUBEY, 1984, [221], não é da mesma opinião quando se refere à obra de J. DELUMEAU sobre o papel da religião católica na exacerbação dos sentimentos de medo e de culpa, afirmando que no mundo ocidental, mesmo depois do Concílio de Latrão, ela tem um discurso depressivo e culpabilizante, contribuindo largamente para a estruturação de um Super-Eu sádico.

H. SCARBACH, 1986, [202], define a automutilação como:

"Atteinte portée à l'intégrité du corps... blessure ou ablation totale ou partielle d'un organe soit des manoeuvres pouvant compromettre sa vitalité et son fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort."

op. cit. p. 5

As formas maiores corresponderiam à autocastração, enucleação ocular, à imolação pelo fogo, entre outras. Mas não podemos excluir daqui certas perturbações hipocondríacas, C.

AMARAL DIAS, 1976, [051], ou até de intervenções de natureza cirúrgica evocadas como correcções estéticas, K.A. MENNINGER, 1938, [174], ou ainda certas formas de ascetismo, entre outras.

Todos sabemos a que ponto os mecanismos psicológicos subjacentes ao ascetismo, quando além do seu limiar funcionante, correspondem ao delírio em que o homem deixa de ser "mestre" dos seus comportamentos de autoconservação e passa a depender de forças intrapsíquicas que desconhece e que o movem no sentido da autodestruição, total ou parcial, sem disso ter consciência nem autocontrolo.

Queremos com isto dizer que as práticas anulatórias nem sempre são evidentes como o não são muitas tentativas de suicídio. STENGEL e CRUMLEY 1982, citados por C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], definem a tentativa de suicídio como:

"... qualquer acto autolesivo com intento autodes-  
trutivo mesmo que vago e ambíguo. Por vezes esta si-  
tuação tem de ser deduzida do comportamento do paci-  
ente." op. cit. p.95

D. BROOKSBANK, 1985, [036], distingue o suicídio do para-suicídio sendo este um acto de danificação do próprio e em que as atitudes para-suicidárias tomam aspectos diferentes segundo o sexo: as raparigas recorrendo mais frequentemente à ingestão medicamentosa, enquanto a alternativa para os rapazes é o comportamento agressivo. O para-suicídio ocorre, por norma, a partir

dos 12 anos, sendo a média de idade, para ambos os sexos, entre os 15 e os 19 anos. Para o autor, a depressão, a hiperactividade e a agressividade estão no centro dos problemas para-suicidários.

#### 1.4 Da condenação à compreensão científica

No mundo ocidental, até princípios do Sec XX, o suicídio é objecto de condenação, tanto do ponto de vista jurídico como religioso.

Quem o praticava ofendia a religião e a humanidade. Suicídio e homicídio eram equivalentes, (P.MOROM, 1977, [181]).

J.G. d'OLIVEIRA e SILVA, 1917, [210], dá-nos conta, e toma posição a favor, de um "pacto" celebrado entre a Igreja Católica e a Imprensa da época que proibia a publicação de notícias sobre o suicídio, após a não aprovação pela Câmara dos Pares de um projecto de lei nesse sentido em 1894.

Até às primeiras décadas do século XX os jornalistas signatários do acordo com a Igreja Católica designavam o suicídio de «acto de cobardia social» querendo, portanto, silenciar o problema e enviezar a realidade.

Tudo se passa como se a posição de cada um exprimisse o modo de agir ou de pensar como resposta, adequada ou não, às ansiedades recrutadas perante a ideia da morte.

A atitude de condenação era uma medida autoritária. Longe

de ter qualquer efeito, em nosso entender, escondia, isso sim, a angústia do homem perante a morte, escamoteava os seus sentimentos de culpa e protelava a abordagem científica do problema, nomeadamente no que diz respeito à previsibilidade.

Em Portugal, TEIXEIRA BASTOS, 1885, [021], era de opinião que o que devia prevalecer socialmente era a proibição severa do suicídio defendida pela Igreja Católica e insurgia-se contra o jornalismo da época quanto à publicação de notícias sobre o assunto.

A. d'AZEVEDO, 1904, [015], atribuía a este acordo um efeito benéfico na medida em que teria existido uma baixa no número de suicídios em Lisboa entre 1886 e 1903.

Com a lei do silêncio pretendia-se a "regeneração da sociedade, a erradicação da crise social e a eliminação do suicídio".

Factos semelhantes não devem ser alheios à falta de credibilidade que PIRES de LIMA, 1905, [132], atribui aos números oficiais apresentados pelas estatísticas sanitárias da última década do século passado. Tomando a gripe e a febre tifóide como termos de comparação quanto à mortalidade, considera que o suicídio viria em primeiro lugar na cidade do Porto.

E. FREITAS, 1986, [081], numa recolha bibliográfica no âmbito de um projecto de estudos do suicídio como indicador de saúde mental, dá-nos conta de um reduzido número de trabalhos entre 1881 e 1961.

A gravidade do acto suicidário presta-se a tomadas de posição radicais fora do âmbito científico. Assim, enquanto prevaleceram conceitos não científicos sobre a morte dada a si próprio, escassearam os trabalhos sobre o problema e este era, quando era, tratado pela imprensa.

O que nos parece estar em primeiro plano não seria tanto o que é condenado, penalizado, isto é, o suicídio, mas a falta de conhecimento científico de quem o condenava ou penalizava como ainda hoje sucede.

As atitudes de condenação cederam perante os trabalhos de investigação.

Sendo as primeiras considerações acerca do suicídio de ordem social, moral e religiosa, é compreensível que o primeiro trabalho importante sobre o assunto surja no âmbito da Sociologia, com E. DURKHEIM, e no primeiro país da Europa (França) a despenalizar o acto.

Segundo P. MORON, 1977, [181], em França o suicídio é despenalizado em 1810. No Reino Unido a atitude de condenação vigorou até 1961, embora não fosse de aplicação rigorosa. Nos Estados Unidos da América, salvo em alguns estados, o suicídio nunca foi considerado um crime. Em Portugal, nos finais do século passado, reinava a mesma atitude de condenação, acrescida do receio de "contágio moral" através da divulgação de trabalhos e de informação sobre o assunto. Ainda hoje se pensa que existe uma dissimulação maior do suicídio no norte do país, por razões de ordem cultural, nomeadamente religiosas, E. FREITAS, F. RAMOS,

N. AFONSO RIBEIRO, 1985, [083].

No nosso país o suicídio só é despenalizado em 1982.

Segundo F. CAROLI e G. VIDON, 1984, [037], o problema do suicídio é um dos que se presta ao maior leque de aproximações teóricas. De entre elas destacamos, em resumo, as perspectivas sociológica, médico-psicológica e psicodinâmica.

#### 1.4.1 Perspectiva sociológica

Nos finais do século XIX, E. DURKHEIM estuda o suicídio como fenómeno de influência social, religiosa e familiar. Tenta demonstrar que ele varia segundo organização social e que não é devido à alienação nem à loucura. Para este autor, o suicídio é um acto eminentemente social, sem relação com a patologia mental e, ao considerar o suicídio dos alienados, afirma que se trata apenas duma "variedade do suicídio".

A. FERREIRA MACHADO, 1919, [138], chama mesmo à atenção para a importância dos factores externos nas causas do suicídio que, embora em aparência fossem devidos a factores individuais, tratar-se-ia de uma doença social.

M. HALBWACHS, 1930, [101], refere-se ao vazio social como único responsável pelo suicídio anómico, isto é, que está relacionado com a ausência de organização legal. Na perspectiva deste autor, como para DURKHEIM, o excesso de individualização

criado pela desintegração do grupo social estaria na origem do "suicídio egoísta". Por oposição existiria a integração social excessiva em que o sujeito "perde" o sentido da individualidade, comprometendo o seu equilíbrio pessoal ficando, aqui também, exposto ao suicídio, neste caso, altruísta.

Convém referir que a concepção de loucura não tinha a dimensão que tem nos nossos dias: era concebida como uma tara psicológica orgânica. Hoje sabemos que assim não é. A dimensão relacional do sujeito com ele próprio, com a família e com a sociedade é responsável pela saúde ou pela doença mental, consoante o relacionamento é ou não adequado.

Numa perspectiva sociológica e estatística é de realçar, no nosso país, o contributo de E. FREITAS, 1981, [078], e segundo o qual desde o princípio do século se verifica, em Portugal, uma sobremortalidade masculina por suicídio sem que isso se deva a efeitos de conjuntura social. O mesmo autor, 1983, [079], faz um estudo do fenómeno, compreendendo o período de 1931 a 1982 em que não se confirma a hipótese de relação inversa entre homicídio e suicídio.

Noutro trabalho, 1985, [080], contrariando notícias alarmistas da imprensa escrita dos nossos dias acerca do suicídio, diz-nos que ele nem é a primeira causa de morte dos jovens no nosso país nem teriam existido variações sensíveis do fenómeno entre 1931 e 1983. Segundo os dados estatísticos disponíveis, atribui a primeira causa de morte nos jovens de 15-19 anos aos acidentes de trânsito com veículos a motor.

Em nosso entender as diferentes correntes teóricas acerca do suicídio poderiam, grosso modo, ser resumidas em duas grandes tendências: uma representada pelos seguidores da escola sociológica de DURKHEIM e pelos estudos de psicossociologia actual, segundo a quais as causas do suicídio estão no exterior através do tipo de sociedade, de religião e do momento histórico; outra, representada pela corrente psiquiátrica, pela psicanálise e pela psicologia clínica, segundo os quais as causas do suicídio devem ser procuradas nas características de personalidade dos sujeitos.

Actualmente, a metodologia de trabalho sobre o suicídio e sobre comportamentos autodestrutivos situa-se no cruzamento dos aspectos psicossociais e individuais com investigações de natureza sociológica e psicopatológica.

#### 1.4.2 Perspectiva médico-psicológica

O interesse pela compreensão do suicídio como fenómeno psicopatológico é iniciado em França por J.E. ESQUIROL em 1838 ao afirmar que os suicidas são alienados e que, por isso mesmo, se tratava de um acto involuntário, razão pela qual não devia ser punido por lei; (P. MORON, 1977, [181]).

A. DELMAS, 1930, referido pelo mesmo autor, achava que de entre os suicidas 90% eram ciclotímicos e 10% hiperemotivos pelo que "era preciso ser mais ou menos louco para que o indivíduo se

suicidasse".

Em Portugal, o primeiro trabalho em perspectiva médico-psiquiátrica surge com A. FERNANDES da FONSECA, 1959, [077], na sua dissertação de tese de doutoramento em que o autor salienta a alta incidência de risco suicidário na consaguinidade do maníaco-depressivo e em que o número de suicídios nesta patologia é maior no homem do que na mulher.

A. VAZ SERRA, 1971, [206], acha que o suicídio está intimamente ligado à patologia mental dada a frequência do fenómeno na população psiquiátrica, sobretudo nos casos de depressão, esquizofrenia, psicopatia e toxicomanias, nomeadamente do alcoólico. Seriam factores predisponentes as características da personalidade: introversão, rigidez, insociabilidade, egocentrismo, imaturidade, exibicionismo, as disposições obsessivas e as tendências para a hipocondria. O autor sugere um perfil de personalidade do indivíduo suicida que se revela, em nosso entender, de grande interesse, em termos de prevenção:

- sujeito do sexo masculino com idade superior a 40 anos, a maior parte das vezes com história de depressão, mal integrado socialmente, com a agressividade virada para si próprio, com exemplos de suicídio na sua própria família, tendo perdido progressivamente a crença religiosa. Vê o seu passado como um fracasso e o futuro sem esperança. O seu acto surge depois de não ter sido compreendida a sua intenção, já anteriormente manifestada aos seus familiares e amigos.

J. FRAGOSO MENDES, 1973, [170], 1975, [171], 1979, [172], considerando os suicídios consumados, as tentativas graves e os gestos pseudo-suicidários ou tentativas leves, faz, em 1973, um estudo de 600 casos referentes aos primeiros seis meses do ano de 1970. Enfatiza a importância das perturbações psiquiátricas, quanto à subdivisão acima referida.

Para o autor os gestos pseudo-suicidários são cometidos, em maior número, por mulheres com personalidades histéricas e nos adolescentes com finalidade apelativa de afecto. Em 1975 debruça-se sobre a necessidade de criação de um serviço preventivo, em S.O.S., de apoio psicológico, perante o aumento de suicídios verificados por causas não psicóticas.

Em 1979 o mesmo autor com M.L. FIGUEIRA, referidos por E. FREITAS, 1986, [081], tentam avaliar a importância da psicopatologia na génese do acto suicida. Estabelecem, através de uma análise multifactorial, dois grupos de problemas no que diz respeito ao gesto suicida: os sociais e os pessoais.

Numa amostra de 1200 doentes, onde se verificaram 132 gestos suicidas, é atribuído o maior índice da ocorrência na idade média da vida e devido a factores psicogénicos em sujeitos com síndromes depressivas.

Os mesmos autores, 1979, e em colaboração com M.H. NICOLAU, [173], estudaram a relação suicídio/esquizofrenia a partir de uma amostra de 165 doentes e 31 sintomas como variáveis. Utilizando uma análise factorial de correspondência demonstram que não são as síndromes delirantes e alucinatórias que mais frequentemente conduzem ao suicídio.

J. PINTO da COSTA, 1983, [045], num estudo sobre a relação entre depressão e suicídio, enfatiza a importância dessa patologia no acontecer suicidário e a sua maior frequência no homem do que na mulher. Nesse mesmo trabalho, considera que o fenómeno não é sensível a variações sócio-económicas.

O mesmo autor, num outro trabalho do mesmo ano, [046], apreciando os factores desencadeantes do suicídio, considera que eles são de natureza multifactorial. Segundo ele, o suicídio deve ser encarado quer numa dimensão "extrínseca" quer "intrínseca".

Sugere, como metodologia de trabalho, que se faça uma análise longitudinal e transversal com uma abordagem multidisciplinar no cruzamento de factores biológicos, psicológicos e culturais, como já o tinha sugerido em 1973, [044].

Segundo C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], embora o suicídio e a depressão não sejam totalmente sobreponíveis, é maior o risco de autodestruição na população deprimida ou com episódios anteriores dessa natureza do que na população em geral.

No âmbito da patologia mental franca, os autores estabelecem quatro grandes grupos de risco suicidário em função da patologia prévia dos sujeitos que tentam mais tarde o suicídio, e das quais destacamos, por agora, apenas dois:

- Grupo I (alto risco) sem grande evidência de tentativas de suicídio anteriores ocorrendo em personalidades relativamente bem integradas mas cuja gravidade, incurabilidade de doença física ou psicológica, empurram o indivíduo para o acto autodes-

trutivo como meio de acabar com o sofrimento.

- Grupo II (risco elevado), por norma em sujeitos com psicoses e cujos sintomas de alucinações e ideias delirantes desencadeiam o suicídio.

Convém referir que não existe em qualquer destes grupos intento manipulativo e que segundo POLDINGER, 1964, citado pelos autores, este último grupo representaria apenas 7.3 % na percentagem total de suicídios.

Pervalecem, em qualquer destes grupos, os suicídios de indivíduos adultos.

Como podemos verificar, nos trabalhos que referimos, embora a patologia mental esteja presente em maior ou menor grau em muitos suicídios e tentativas de suicídio, não podemos afirmar que o fenómeno se enquadre apenas nas categorias nosológicas em que a patologia seja evidente na grande maioria das ocorrências suicidárias.

#### 1.4.3 Perspectiva psicodinâmica

A doutrina de ESQUIROL, se bem que tenha sido um marco importante na psiquiatria quanto à compreensão científica do suicídio e das automutilações, só explicava os casos em que existiam perturbações psiquiátricas francas.

Entre esta perspectiva e a de E. DURKHEIM existia um hiato que vem a ser preenchido com a teoria psicanalítica na compre-

ensão de outras formas de suicídio bem como do significado que certas tentativas ou comportamentos de equivalência suicidária podiam ter.

A teoria psicodinâmica do suicídio e dos actos autodestrutivos surge com o evento da psicanálise, nomeadamente com os primeiros trabalhos de FREUD sobre a depressão, 1910, [086], embora, e segundo H. ROSENFELD, 1959, [197], a primeira referência a este problema tenha sido feita por FREUD em carta a FLIESS, em 1897, por K. ABRAHAM, 1912, [004], e de novo FREUD em 1915, [088], em "Luto e melancolia"; neste refere-se às contribuições de K. ABRAHAM, evidenciando o problema do sadismo virado contra o próprio, como resultado dos processos psíquicos inconscientes, alargando as concepções psiquiátricas clássicas existentes então.

Ao distinguir o luto, o trabalho do luto e a melancolia, refere-se a este estado psicopatológico em termos de "depressão profundamente dolorosa, desinteresse pelo mundo exterior, perda de capacidade de amar, diminuição do sentimento de auto-estima e de auto-injúrias que podem ir até ao sacrifício de si próprio.

Contributo igualmente importante se deve a K. ABRAHAM, 1924, [006], no artigo "Contribuição à psicogénese da melancolia" em que o autor demonstra, teórica e clinicamente, que os aspectos acima referidos não seriam senão a vertente visível da doença. Assim, o melancólico teria também um sentimento de grandiosidade.

Na edição francesa das obras completas deste autor podemos ler:

"On voit s'opposer dans le tableau de la mélancolie, l'amour de soi et la haine de soi, la surestimation et la sous-estimation... expressions d'un narcissisme positif et d'un narcissisme négatif."

op. cit. 280-281

Deparamo-nos, portanto, com uma marcada ambivalência e com os sintomas alternantes da psicose maníaco-depressiva onde se evidencia, no quadro das perturbações psicopatológicas, o mecanismo circular da compulsão à repetição em que o indivíduo em vez de recordar, compreender e elaborar, repete compulsivamente pela execução, S. FREUD, 1914, [087], e se move na antítese entre instinto de vida e instinto de morte, S. FREUD, 1920, [089].

Como veremos, em momento oportuno, estes mecanismos podem estar presentes quer no suicídio, quer nas sucessivas tentativas de suicídio, quer, e no que de essencial nos interessa, nos múltiplos acidentes de "moto" como eventuais comportamentos auto-destrutivos tanto no que diz respeito ao risco excessivo, vertente maníaca, como na exposição ao risco, vertente depressiva.

O mínimo que podemos dizer é que aqui estavam já esboçadas as principais linhas que a clínica viria a utilizar para a compreensão do suicídio, quer nos diferentes quadros psicopatológicos quer à margem destes. Entretanto a psiquiatria podia sair da sua perspectiva organicista, abrindo-se à via psicodinâ-

mica e na qual, para além dos aspectos qualificativos, se realçam os de natureza quantitativa e a persistência dos aspectos mórbidos.

Até hoje, e no ponto de vista psicodinâmico, é difícil encontrar trabalhos sobre o suicídio que, de uma maneira ou de outra, não tenham em linha de conta o que FREUD enunciou, então, em "Luto e melancolia":

"Sabíamos, há muito, que um neurótico não sente intenção suicidária que não seja o resultado de um impulso mortífero contra outrém virado sobre si mesmo... o eu não pode matar-se senão quando ele mesmo se trata a si próprio como um objecto."

op.cit p. 163

Este aspecto da agressividade contra o próprio é também referido por M. KLEIN, 1934, [121], em termos de incriminação que o sujeito faz ao objecto interiorizado e que explica, segundo a autora, o sentimento de não valor e o seu desespero.

Esta teoria, sem perder a sua importância, é complementada quando a própria psicanálise se demarca da teoria dos instintos e, com R. FAIRBAIRN, 1940, [070], 1941, [071], 1943, [072], D. WINNICOTT, 1951, [230], 1971, [237], M. BOUVET, 1956, [032], entre outros, acentuam a importância das relações objectais no devir da mente saudável ou enferma.

A noção de equilíbrio homeostático entre impulso de vida e

impulso de morte, cada vez menos aceite, baseava-se na libido como uma energia "quantificável" e vem a ser posto em causa "definitivamente" por R. FAIRBAIRN, 1941, [071], a propósito da revisão da teoria da libido e segundo a qual:

"... não é a atitude libidinal que determina a relação de objecto mas a relação de objecto que determina a atitude libidinal". op. cit p. 52

FURST e OSTOV, 1979, citados por D. SAMPAIO, 1985, [201], referem-se à autodestruição como equivalente à destruição do objecto interno, como forma de vingança face ao objecto de amor não gratificante.

Para K. MENNINGER, 1938, [174], o suicídio engloba três desejos entre-cruzados: o de matar, o de ser morto e o de morrer.

O desejo de matar inicialmente dirigido a outrém mas podendo inesperadamente virar-se contra o próprio.

O desejo de ser morto no qual estaria presente um Super-Eu rígido que dirigiria a agressividade ao próprio com a mesma seriedade com que o Eu desejaria atacar ou destruir alguém afectivamente próximo.

O desejo de morrer emanante da energia autodestrutiva.

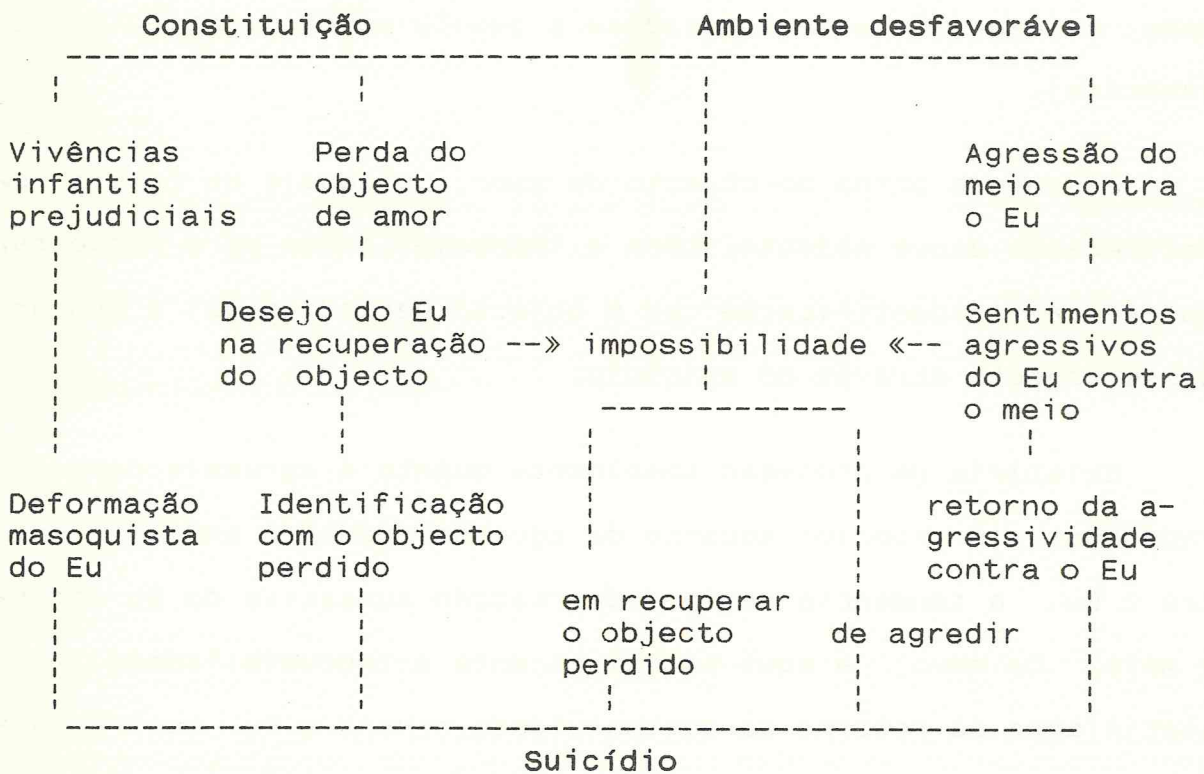
A. GARMA, 1973, [093], tem, a propósito do suicídio, uma visão que integra três aspectos fundamentais, defendidos pela grande maioria dos autores de orientação psicodinâmica a saber: o da sua relação quanto à perda objectal, quanto à impossibili-

dade de exprimir a agressividade e quanto ao meio ambiente desfavorável.

Perante a perda do objecto de amor, o desejo do Eu é o de recuperação desse objecto. Dada a impossibilidade de o recuperar dar-se-ia a identificação com o objecto perdido e daí a procura desse objecto através do suicídio.

Existiria um processo semelhante quanto à agressividade virada contra o próprio: aquando da agressividade do ambiente contra o Eu, a tendência seria a da reacção agressiva do Eu contra o meio. De novo, e aqui também perante a impossibilidade, assistiríamos ao retorno da agressividade contra o Eu manifestada no suicídio.

Em ambiente desfavorável, isto é, sem a compreensão deste fenómeno e sem intervenção psicológica adequada, agravada ainda por vivências precoces prejudiciais, com eventuais deformações masoquistas do Eu, teríamos a mesma saída evidenciada no seguinte diagrama:



Nunca nos pareceu infrutífero conduzir os pacientes com histórias de práticas autolesivas a esclarecer as múltiplas variantes desta esquematização, quer na dimensão intrapsíquica estruturada a partir da realidade externa, quer na realidade observável como resultante da realidade interna.

Como podemos verificar existem aqui três condições anulatórias: submissão, perda e contenção.

L. GRINBERG, 1983, [097], entre outros, considera que as experiências de perda são factores desencadeadores da tentativa de suicídio: perdas de pessoas amadas por morte, divórcio, separação; perda de trabalho, de dinheiro, de prestígio, de estatuto, de saúde; que, no fundo, e segundo C. AMARAL DIAS, 1979, [052], são situações predisponentes à depressão de culpa e de

inferioridade.

Para GRINBERG o núcleo central do suicídio é a culpa persecutória. O seu acto equivale à fantasia inconsciente de conseguir orientar a hostilidade contra os perseguidores, projectando a culpa nesses objectos:

"Intervienen en esa fantasía mecanismos mágicos y omnipotentes, para aniquilar à los objetos perseguidores, junto con sentimientos maníacos basados en la negación de la propia muerte." op. cit. p. 116

Ora, sendo os objectos internos, quando o sujeito recorre à projecção confunde objecto externo com interno. Com a fantasia de hostilizar, hostiliza-se. Pensando destruir, destroi-se. O que justifica plenamente a afirmação segundo a qual todo o suicida seria um "homicida". Se pensarmos na génese dos mecanismos projectivos, típicos da posição esquizo-paranóide descrita por M. KLEIN, 1946, [122], tratar-se-ia, em última análise, de um "matricídio" na medida em que destroi o objecto interno.

A. COIMBRA de MATOS, 1982, [150], faz uma abordagem psicanalítica do suicídio afirmando que a motivação para desejar a morte deduz-se da vivência depressiva. Tanto morre quem se suicida como quem opta por "viver morto" na submissão, arrastando-se na vivência depressiva. O narcisismo deficitário e a consequente depressão narcísica empurram o indivíduo para um adiar da vida em prazer e alegria; perante a incapacidade para conciliar o dever e o prazer. O suicídio tanto pode surgir como morte he-

róica, expressão da inferioridade negada pela megalomania, pela euforia que antecede o acto último, como pelo deixar-se matar na vivência masoquista.

### 1.5 Resumo:

A importância do fenómeno autodestrutivo total pelo suicídio, após uma abordagem moral, religiosa e jurídica onde prevalecia a penalização do acto, é objecto de aproximações científicas. Estas começam em meados do século XIX em duas perspectivas inicialmente opostas: a linha psiquiátrica de ESQUIROL e a linha sociológica de DURKHEIM e seus respectivos continuadores.

Dada a frequente ocorrência do fenómeno suicidário, das automutilações e das numerosas tentativas de suicídio que precedem o acto fatal na população psiquiátrica, é na perspectiva médico-psicológica que têm incidido o maior número de estudos epidemiológicos em Portugal.

As investigações decorrem, hoje, observando metodologias de trabalho multidisciplinares tendo em conta os aspectos do sujeito e os inerentes ao seu meio exterior.

Pretende-se com isto uma compreensão psicodinâmica com especial ênfase nos aspectos relacionais do sujeito, quer na dinâmica intrapsíquica, com os seus objectos internos, quer na dimensão interpsíquica, isto é, com os objectos de relação externa.

Sendo o fenómeno do suicídio vasto e complexo, é óbvio que só poderá ser compreendido cientificamente na medida em que fôr delimitado, no mínimo, quanto ao sexo, idade, meio sócio-cultural, sócio-económico, e no âmbito da prevenção.

O fenómeno suicidário é raro nas crianças como é raro nelas, antes dos nove anos, o conceito exacto de morte, D.J. DUCHE, 1978, [058], 1981, [059].

K. HAWTON, 1986, [105], considera que as crianças vêem a morte como um processo reversível das funções do corpo. As noções de irreversibilidade começam a desenvolver-se entre os 5 e os 9 anos; só a partir daí a criança apreende a morte como processo irreversível e só então teria acesso ao conceito de morte.

Há, segundo o autor, uma correlação entre o desenvolvimento cognitivo na perspectiva piagetiana e a noção de morte como fenómeno irreversível. Esta seria uma das razões pela qual os comportamentos suicidários seriam raros nas crianças antes dos 12 anos.

A. COIMBRA de MATOS, 1988, não é da mesma opinião quanto à aquisição do conceito de morte na criança. Desde que ela tenha sido confrontada com a perda real da pessoa afectivamente investida (a mãe) estaria apta a adquirir precocemente esse conceito por volta dos 3 aos 5 anos de idade.

Quanto a nós, levantamos a seguinte questão: se antes dos 9-12 anos não temos a noção exacta do conceito de morte, e se este se liga com o facto de não haver suicídio antes dessa idade, perguntamos porque é que o homem intenta contra a sua própria vida precisamente a partir do momento em que apreende a morte como fenómeno irreversível.

Sem termos resposta categórica para a pergunta que colocámos, ocorre-nos pensar que o suicídio, ou as tentativas de suicídio, se prendem mais com fenómenos de natureza afectiva, da ordem da depressão e da ansiedade do que com noções cognitivas.

Se, como pensamos, a aspiração máxima do homem é a da sua imortalidade e a sua maior angústia a da sua morte, ao ponto de M. ABADI, 1973, [001], nos falar dela em termos de angústia fundamental do homem, e na base de todas as ansiedades, é lógico pensarmos:

1º - o facto do conceito de morte ser adquirido o mais tardar aos 12 anos não significa que todas as pessoas o tenham adquirido a partir daí;

2º - os indivíduos que se suicidam ainda não teriam atingido, no sentido da convicção psíquica interna, o conceito de morte em termos de fenómeno irreversível;

3º - quem se suicida nega, ao mais profundo dele mesmo, a sua finitude, como se, apesar da constatação objectiva da morte, uma parte da psique do suicida persistisse na negação da sua (dele) morte.

Assim seria relativamente fácil depreender como, perante a angústia de morte, o sujeito procura, paradoxalmente, dar conscientemente a morte a si mesmo enquanto uma parte do próprio sujeito imagina que não vai morrer, que é imortal.

Deste modo estaríamos perante um sentimento megalómano. Em primeiro lugar porque é ele que decide da sua morte e não a natureza, o acaso, o acidente, a enfermidade, a idade ou outra; em segundo lugar porque nega a sua pertença ao comum dos mortais.

O objecto da angústia torna-se objecto de fascínio, o medo da morte na procura da morte.

Tudo se passaria como se o indivíduo utilizasse uma técnica contrafóbica pela aproximação do objecto do medo familiarizando-se com a morte, com o perigo, com o risco. Este mecanismo contrafóbico de "procura do perigo a fim de provar a onipotência" fôra já identificado por T. SAZSZ, em 1958, e referido no Self grandioso do tóxico por C. AMARAL DIAS em 1980, [053].

Seria neste contexto de familiaridade e procura de risco que poderíamos entender as tentativas de suicídio, como acto suicida incompleto, bem como outros comportamentos equivalentes.

Pelo que acabámos de expôr parece claro que ideia de suicídio, tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito, não sendo obviamente a mesma coisa, são diferen-

tes graus do mesmo problema e, em nosso entender, ligados à imaturidade dos processos psíquicos em que prevalece o comportamento como sintoma.

Não nos parece abusivo emitir a opinião segundo a qual os comportamentos autodestrutivos no adolescente se situariam na intersecção da ausência do conceito de morte na criança e da noção clara e definida que dela têm os adultos.

Foi nossa intenção, ao longo deste primeiro capítulo, evidenciar os aspectos psicopatológicos implícitos no suicídio. Verificámos, segundo os autores em que nos apoiámos, que a depressão é um fenómeno central tanto nas tentativas de suicídio como no suicídio propriamente dito.

Sendo a adolescência o período particularmente propenso às manifestações depressivas, coexistindo com o primado da acção, debruçamo-nos, agora, sobre a importância do fenómeno autodestrutivo na adolescência no intuito de salientar a importância do comportamento, como sintoma e como consequência, dos aspectos psicopatológicos subjacentes.



CAPITULO II

A ADOLESCÊNCIA



## 2.1 Introdução

Neste capítulo vamos abordar algumas características da adolescência que nos parecem mais relacionados com a nossa investigação.

Da leitura dos diferentes autores sobre os aspectos normais e patológicos da adolescência, e da nossa própria experiência com adolescentes, poderíamos afirmar que se trata de uma fase da evolução humana caracterizada por mudanças profundas ao nível interno, relacional e social.

Obviamente que estes aspectos se interligam e inter-influenciam. Daí a nossa preferência pela abordagem, no seu conjunto, das características psicodinâmicas mais evidentes na adolescência em vez de tratarmos qualquer aspecto separadamente.

"Ceux qui explorent ce domaine de la psychologie doivent d'abord savoir que l'adolescent - garçon ou fille - ne désire pas être compris."

D.W. WINNICOTT (1962)

## 2.2 A adolescência

Etimologicamente, adolescência significa idade de crescimento. É um período da vida humana que se situa entre o fim da infância e o princípio da vida adulta. Em termos cronológicos esse período situa-se entre os 12-14 e os 18-20 anos.

Como o próprio termo designa, adolescer é crescer. Crescimento físico, visível pela estatura e aparecimento dos caracteres sexuais secundários e crescimento psicológico. Na maior parte dos casos, assistimos a uma discrepância entre o crescimento físico, rápido, e o crescimento psicológico, de evolução mais lenta mesmo na evolução psíquica normal. Alteram-se as proporções das diversas partes do corpo e a primeira ideia com que se fica é de desarmonia, volubilidade, inconstância.

Segundo M. DEBESSE, 1984, [047], o primeiro trabalho científico sobre a adolescência aparece nos E.U.A. com BURNHAM, 1891, "The study of adolescence". Obra de impacto mundial vem a ser a de Stanley HALL, 1905, sobre a adolescência e com o qual se inicia a Hebelogia.

O estudo da adolescência é recente. Se pensarmos no trabalho de Ph. ARIES, 1973, [012], 1981, [013], verificamos que até ao princípio do século existiam apenas duas idades: a infância e a vida adulta.

Nas duas últimas décadas, os trabalhos de índole psicológica sobre a adolescência esforçaram-se por compreender os processos psíquicos inerentes aos próprios adolescentes, as dimensões relacionais e comportamentais.

S. FREUD, 1905, [085], publica os "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade". O terceiro ensaio refere-se às transformações da puberdade, a saber: a substituição da sexualidade infantil pelo primado das zonas genitais, a remodelação libidinal com o predomínio da libido objectal sobre a libido narcísica, com a consequente procura do objecto sexual adequado e a diminuição da intensidade dos laços familiares que existiam durante a infância.

"... la société fait alors usage de tous les moyens, afin que, en chacun de ses membres, et particulièrement chez l'adolescent, se relâchent les liens familiaux qui existaient seuls pendant l'enfance."

Em nota a esta afirmação, datada de 1915, Freud chama a atenção para o esforço que o adolescente deve fazer no sentido de vencer as tendências incestuosas que o ligam à sua família.

A. ABERASTURY, 1978, [002], considera que existem três momentos fundamentais na evolução humana: 1) o nascimento; 2) a aquisição da posição vertical, da marcha e da linguagem; 3) a adolescência como etapa decisiva de um processo de desprendimento.

O adolescente move-se ora no sentido do desprendimento, ora na luta contra ele por medo da perda e do desconhecido.

Podemos conceber a adolescência como uma fase de preparação do abandono da dependência e de acesso à autonomia que deve caracterizar a vida adulta. Este processo supõe adaptações sucessivas do ponto de vista social, familiar e individual, nomeadamente no que diz respeito à preparação intelectual e técnica. Pela complexidade e evolução das sociedades actuais, o adolescente tem acesso à maturidade biológica cada vez mais cedo e necessita cada vez mais de tempo para preparar e atingir a autonomia familiar económica e social. Esta realidade prolonga a adolescência no que se refere à dependência e cria um dessincronismo entre os limites de idade estabelecidos como o seu fim.

H. DEUTSCH, 1967, [050] diz-nos a esse propósito:

"O início daquilo a que chamamos «crise da adolescência» é mais facilmente definido do que o seu fim (...)."

op. cit. p. 38

Citando P. Blos, refere que no fim da adolescência os conflitos não estão resolvidos senão em parte. Na maior parte dos casos, o adolescente tem consciência disso e vive numa situação psicológica insustentável.

O adolescente demarca-se a um nível etário da infância, mas mantém ou aumenta a sua dependência familiar, já com características de adulto, sem os instrumentos de autonomia próprio da adultícia, caracterizada por A. COIMBRA de MATOS, 1981, [145], como a passagem da família de orientação para a família de procriação, transmitindo a herança cultural e biológica.

O desencontro observável entre maturidade biológica e imaturidade do Eu não é alheia à definição pela negativa que se faz da adolescência: "...«aquele que já não é uma criança mas não é ainda um adulto», e daí o carácter impreciso e fluido dos limites nos quais se situa a adolescência.", J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042].

Segundo L.J. STONE e J. CHURCH, 1969, [216], esta realidade estaria presente na nossa própria linguagem, na medida em que não nos poderíamos dirigir aos jovens, em termos de saudação, como "Senhoras e Senhores", demasiado formal, nem como "Meninos e Meninas", demasiado hostil.

Estes autores consideram 4 factores necessários para delimitar o fim da adolescência:

- 1 - o momento em que deixa a família;
- 2 - o momento em que começa a trabalhar;

3 - a idade em que se casa;

4 - a idade em que se estabelece por conta própria e constitui uma unidade económica.

Numa perspectiva sócio-cultural, e segundo Ph. ARIES, 1981, [013], antes da Sociedade Industrial, a criança passava do meio familiar restrito ao mundo do trabalho. O saber era transmitido pela "praxis" com os adultos e a "adolescência" correspondia ao tempo de aprendizagem. Com a industrialização, nos finais do século XIX, princípios do século XX, o saber é assegurado pela escola, a adolescência corresponde ao tempo da escolaridade. Contudo, hoje, "nem o fim de um curso universitário nem o casamento são sinónimos de fim da adolescência", como refere o autor.

Podemos então dizer que, nesta perspectiva, a adolescência dura enquanto durar a escolaridade. Talvez dê sinais de abrandamento quando os filhos se vêm, por sua vez, responsáveis como progenitores.

Segundo E. ERIKSON, 1963, [065], 1968, [066], a adolescência, sendo a última fase da infância, constitui "quase um modo de vida entre a infância e a vida adulta". Na incerteza dos pais que o esperam na vida adulta, o adolescente precisa que os pais e a sociedade lhe concedam um tempo de espera psicológica e um tempo de espera social, designado de moratória psicossocial.

Este tempo de espera varia de sociedade para sociedade e constitui, também, e em nosso entender, um período de expectativas por parte dos adultos e da sociedade que esperam ver o resultado do seu investimento, tolerância e flexibilidade; quando

é caso disso.

O adolescente é assim confrontado com a necessidade de procura de uma identidade social, ocupacional, e de uma identidade individual.

De identidade social na medida em que esse compasso de espera, quanto aos compromissos adultos, supõe um tempo de escolaridade e aquisição de conhecimentos técnico-profissionais numa base de "tolerância social selectiva" e na aceitação dos aspectos lúdicos, agitados, e turbulentos; desde que terminem progressivamente, dando lugar aos compromissos sociais e culturais institucionalizados.

De identidade individual na medida em que deve servir-se dos elementos de identificação anteriores à adolescência, sem que a nova identidade corresponda à simples soma dessas identificações e, antes pelo contrário, obrigue a uma reformulação dos parâmetros identificatórios que prevaleceram até aí. Este processo lança o adolescente no sentimento de perda da identidade conhecida, enquanto outra não está ainda adquirida. É aquilo que ele designa de difusão da identidade.

A. COIMBRA de MATOS, 1980, [143], diz-nos que a construção da identidade resulta, fundamentalmente, de dois processos: o de auto-assimilação com base no conhecimento que o adolescente tem de si mesmo em termos de necessidades, impulsos, desejos, fantasias, projectos e do reconhecimento da sua imagem ao espelho; e o de alo-assimilação, isto é, assimilação da identidade do outro com base na identificação ao objecto "primário" pré-edipiano, identificação ao objecto "secundário" edipiano e a identificação

ao "irmão" ou duplo narcísico.

Identificação e identidade são processos autónomos no período crucial da existência humana que é a adolescência: o processo de identificação é, em grande parte, inconsciente e dependente da relação que oferecemos ao jovem no passado e no presente.

"O normal e o patológico têm o significado adaptativo e adaptante do sintoma ou do comportamento em causa (...) como modelador da personalidade social no seu esforço de integração." op. cit p. 73

J. MILHEIRO, 1986, [175], refere-se ao problema da identidade no adolescente como denominador comum de toda a psicopatologia. Embora a adolescência seja uma crise normativa, "é sempre uma crise de identidade" (op. cit. p. 59).

O sentimento de identidade pessoal e social faz contrastar o adulto e o adolescente. No primeiro, esse sentimento está organizado perante o próprio e perante a sociedade, no segundo, e enquanto a adolescência dura, a identidade resume-se a "equilíbrios precários" que comprometem o sentido de continuidade na história do sujeito.

Esta noção parece-nos fundamental. De facto, quando o sentido de continuidade do sujeito, na sua própria história, está comprometido, o adolescente não pode deixar de se sentir invadido por sentimentos de vazio, ansiedade e depressão e, a partir daí, manifestar toda uma sintomatologia inespecífica, porque não estruturada, colocando a adolescência no limiar do normal e do patológico.

H.E. ERIKSON, 1968, [066], situa a adolescência numa perspectiva de desenvolvimento que ele define em função das tarefas que lhe são inerentes. Assim a moratória psicossocial é conseguida se, do ponto de vista das realizações concretas, o adolescente adquire uma identidade reconhecida por aqueles que o rodeiam e por si próprio.

"... o processo adolescente só está inteiramente concluído quando o indivíduo subordinou as suas identificações da infância a uma nova espécie de identificação, realizada com a absorção da sociabilidade e a aprendizagem competitiva com (e entre) os companheiros da sua idade." op. cit. p.156

É óbvio que quando este processo de desenvolvimento não se dá emergem formas psicopatológicas, mais ou menos graves.

A sua expressão social é muitas vezes a marginalidade, a delinquência, os comportamentos de risco, como reflexo de um desespero instalado, da descrença generalizada em que os valores, eventualmente recebidos, estiolaram e se "opta" pela escolha da identidade negativa.

"A perda de um sentimento de identidade expressa-se frequentemente numa hostilidade desdenhosa e esnobe em relação aos papéis que lhe são oferecidos como adequados e desejáveis na família ou comunidade imediata do paciente." op. cit. p 173

Esta afirmação pela negativa, em vez de ser o fruto de uma oposição pessoal construtiva, que marque a diferença e a criatividade, é um mero "não querer".

"... escolhem uma identidade negativa, isto é, baseada em todas aquelas identificações e papéis que, em momentos críticos do desenvolvimento, lhes foram apresentadas como sumamente indesejáveis ou perigosas." op. cit. p. 175

Do nosso ponto de vista, estas escolhas por vingança devem ser entendidas à luz de "liquidações", no sentido de resoluções e remodelações que o adolescente pretende fazer dentro de si, sem contudo se liquidar.

C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], são de opinião que todo o adolescente se vê confrontado à necessidade de efectuar remodelações no aparelho psíquico da infância, através de cinco lutos. Esses lutos comprometem, enquanto duram, a adaptação à realidade, sendo indício de patologia quando vividos, fundamentalmente, como percas. São, e segundo a nossa leitura, equivalentes a novas formas de adaptação e equilíbrio quando bem sucedidos.

1 - Luto pela fonte de segurança: afastamento do refúgio materno, sentido até aí como "local-pessoa" de protecção, na procura da autonomia e da individualidade.

2 - Luto renovado do objecto edipiano: baseado no desinvestimento dos aspectos edipianos dos filhos pelos pais, na presen-

ça deles, e na criação de um novo estilo de relação aos pais, tanto de um ponto de vista interno como externo.

3 - Luto pelo Ideal do Eu: operação psíquica pela qual se dá um decréscimo da imagem dos pais idealizados e onipotentes com as remodelações concomitantes perante a realidade exterior.

4 - Luto pela bissexualidade: abandono da dupla tendência sexual e dupla orientação libidinal (masculina e feminina) conducente à escolha do objecto de amor heterossexual, passo indispensável para a organização do psiquismo infantil; e isto por oposição a qualquer forma de transexualismo, transvestismo ou homossexualidade. Constroi a sua identidade sexual em consonância com a identidade de género em que a função sexual é o protótipo do comportamento sexual procriador, R. STOLLER, 1968, [215].

5 - Luto pelo grupo: renúncia a uma identidade pendente do grupo de pertença e aquisição da «capacidade de estar só» no sentido que lhe é dado por D.W. WINNICOTT, 1958, [233].

Luto e depressão são noções diferentes mas contíguas. Com efeito, no luto existe a perda real do objecto investido, e com ela todos os atributos desse objecto; na depressão o sujeito sente-se desinvestido, sem que tenha havido, forçosamente, perda real do objecto. Assim, pode haver depressão sem luto mas não haverá luto sem depressão.

A existência dos lutos, anteriormente descritos, permitem aos seus autores afirmar que não existe adolescência normal sem depressão.

J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042], com base na noção de "organizadores" de R. SPITZ, 1953, desenvolve a noção de luto das imagos parentais e a de escolha do objecto heterossexual e exogâmico como dois organizadores da vida psíquica do adolescente.

O luto das imagos parentais é o processo intrapsíquico através do qual o adolescente remodela os ideais infantis. Consiste na remodelação das imagos que o adolescente tem dos pais, remodelação das imagos que os pais têm do adolescente e que o adolescente tem de si próprio.

A escolha do objecto heterossexual e exogâmico corresponde à renúncia às tendências incestuosas infantis e à procura de um objecto de amor heterossexual desligado de graus de parentesco, na realidade e na fantasia. É, no fundo, e em simultâneo, um processo de desinvestimento libidinal das figuras parentais e de investimento sexual de objectos de amor compatíveis com a sua idade.

E. SALGUEIRO, 1987, [199], é de opinião que a problemática central da adolescência é de natureza narcísica. A boa qualidade, mais do que a quantidade das relações objectais da mãe com o seu bebé, fornecem à criança uma dimensão qualitativa e estrutural ao narcisismo, conseguida através da organização narcísica com o objecto interno primordial materno, com o objecto interno primordial paterno e com o objecto interno primordial conjugado.

O autor pensa que as figuras de identificação da infância não são objecto de "luto" ou de "liquidação" na medida em que nunca desaparecem; relativizam-se ajudando a remodelar os objectos internos primordiais.

Nesta relativização destaca a importância do "ódio positivo + 0", usando a terminologia de BION, o que facilita os investimentos afectuosos do adolescente fora da família, ao mesmo tempo que permanece o amor pelos pais. Este ódio positivo em nada compromete a evolução do adolescente se ele se sentir apoiado na confiança dos seus objectos internos primordiais; antes pelo contrário, dá novo fôlego ao processo de separação-individação.

Esta perspectiva merece a melhor atenção para não tomarmos como patológicos os movimentos de autonomia e afirmação do adolescente na procura de um narcisismo autárcico, e tomarmos como saudável a quietude morna e passivizante do lar que atrofia os movimentos de valorização do adolescente através de si próprio.

M. VINCENT, 1988, [222], retoma o último dos três ensaios sobre a teoria da sexualidade de S. FREUD e propõe três posições sucessivas no processo psíquico da adolescência: o caos pubertário, a posição narcísica central e a redescoberta do objecto.

- O caos pubertário resulta da mobilização dos mecanismos de defesa projectivos que presidiram à organização infantil edípica, perante a tentativa de organização pubertária;

- a posição narcísica central em que a depressão é uma constante após o abalo do "caos pubertário" e o consequente retraimento narcísico, portanto, depressão narcísica;

- a redescoberta do objecto que consiste no abandono do objecto de amor da infância, ambivalente, na escolha de um objecto de amor pós-ambivalente, marcado pelo desejo sexual, e pela actividade do sujeito com um projecto de vida inscrito no seu meio social, conjugando o amor e o trabalho.

P. BLOS, 1962, [027], considera a adolescência como o processo psicológico de adaptação à pubescência onde se podem identificar movimentos semelhantes aos da «separação-individualização» descritas por M. MAHLER, 1952, [139].

Verifica-se um crescimento desarmónico das diferentes partes do corpo dando origem a uma discrepância entre a realidade externa, "física", particularmente no que diz respeito às transformações ao nível dos caracteres sexuais, e a realidade interna, "psíquica". O crescimento psicológico, que é lento, não acompanha o ritmo do crescimento biológico, que é rápido.

Se pensarmos que o primeiro Eu é um Eu corporal, conforme demonstra P. SCHILDER, 1950, [203], compreenderemos melhor o termo de comparação entre adolescência e a «separação-individualização» em que a maturidade das funções biológicas acarreta modificações psicológicas e vice-versa.

Para P. BLOS, 1962, [027], o adolescente vê-se confrontado com um esbatimento da imagem de si próprio e com a necessidade de estabelecer novas acomodações às condições internas e externas. Por outras palavras, obrigado a recorrer a processos de acomodação-assimilação ajustando o seu comportamento às novas realidades externas e internas, assimilando o actual ao passado. Também aqui encontramos conceitos próximos daquilo que J. PIAGET, 1945, (1), descreve no desenvolvimento da inteligência sensorio-motora da criança durante os dezoito primeiros meses de vida.

(1) J. Piaget La naissance de l'intelligence chez l'enfant  
Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. 1968. 370 p.

E. FIGUEIREDO, 1985, [075], tem uma visão crítica da adolescência estudada à luz da repetição das fases de desenvolvimento infantil que apelida de "perniciosa teoria da recapitulação". Concordamos, em grande parte, com a sua posição.

Como muitos autores, P. BLOS refere-se à grande plasticidade do sistema psíquico do adolescente que o faz depender do meio e ser influenciado por ele.

Não estamos certos de que o adolescente manifeste essa plasticidade. O que verificamos, na maior parte das vezes, é um afastamento do meio familiar, uma recusa dos valores que até aí lhe serviram de parâmetros. Daqui resulta uma procura exterior, no grupo, de novos valores e limites em substituição daqueles que sentiu ter necessidade de abandonar. Isto parece-nos mais relacionado com a permeabilidade como resultante do vazio que se instala após o abandono de valores antigos e da precaridade de novas aquisições do que com a plasticidade que marca, isso sim, o período de latência e eventualmente a pré-adolescência. Por norma o adolescente é teimoso, insolente, conflituoso.

Vendo as coisas neste prisma conseguimos compreender que o adolescente tenta criar algo de novo ainda que para isso manifeste sentimentos de superioridade que tantas vezes o fazem cair no que mais teme: o ridículo.

Trata-se de uma singularidade defensiva contra a ansiedade resultante da ambivalência entre o desejo de preservar uma imagem de si e o de a abandonar; da fuga à dependência que reaviva

conflitos afectivos da primeira infância e da criação de novas dependências, ainda que temporárias, até conseguir a sua autonomia.

A esse propósito cabe aqui referir C. AMARAL DIAS, 1988, [054], nos seu estudo sobre os grupos. Para o autor, o adolescente na família confronta-se com a necessidade de separação dos pais e à renúncia a eles como eu auxiliar da criança que foi. Experimenta, por isso, na família, sentimentos de saturação e ansiedades claustrofóbicas e rejeita o meio familiar como contentor (quando ele o é). Perante a ameaça da perda surge o grupo como função de luta «contra as ansiedades agorafóbicas», grupo esse que vai funcionar como «charneira entre a rigidez da latência e a vida adulta».

"O grupo permite ao jovem ensaiar-se nos outros e com os outros, através do jogo de identificações projectivas, cruzadas, em que cada um se projecta em outro e aceita de outro as suas projecções (...) é no grupo que o adolescente vive o conflito de gerações".

op. cit. p. 208

D.W. WINNICOTT, 1962, [234], acha que o adolescente não quer ser compreendido e que a adolescência é um período de vida que tem de ser vivido como tal. Para o adolescente, compreender esse processo é, de certo modo, impedi-lo de viver essa fase da vida de evolução pessoal. Fase que não se pode acelerar nem travar. A intervenção do adulto, em qualquer desses sentidos, cor-

reria o risco de interromper ou destruir este momento evolutivo.

Estaríamos perante modificações psíquicas importantes em que as lutas contra a ansiedade estão insuficientemente organizadas. A adolescência comportaria sempre resíduos de comportamento infantil, tanto mais que é comum ver no adolescente movimentos progressivos alternarem com movimentos regressivos que o autor designa de atitude de desafio e atitude de dependência.

A atitude de desafio dá-se, em nosso entender, pela aderência maciça do adolescente ao grupo, como se este constituísse a estrutura intermediária entre o meio familiar e a sociedade.

Em 1971, D.W. WINNICOTT, [235], refere-se ao medo experimentado perante o desenvolvimento da autonomia, medo esse que é ainda maior se não fica aberta uma via de retrocesso, em que ser de novo aceite é ser ainda amado e admirado.

Para o autor, 1962, [234], os adolescentes são "um grupo de isolados juntos". Esforçam-se para formar uma identidade e um gosto grupal. Agrupam-se mais facilmente se se sentem atacados como grupo, reagindo sob forma de organização paranóide. Logo que a persecussão cessa voltam a um agregado isolado.

"Ils peuvent se grouper s'ils sont attaqués en tant que groupe mais c'est là une organization paranoïde en réaction à l'attaque; (...)". op.cit. p. 259

Por outras palavras, o grupo e a sua influência são inevitáveis. Não há nada a fazer, o melhor é não fazer nada no sentido do agir, mas pensarmos e ajudarmos o adolescente a pensar.

Depreendemos facilmente a importância dos mecanismos paranoídes como reflexo da fragilidade individual e grupal e da vulnerabilidade narcísica. O mal-estar no adolescente é evidente. No entanto, ele raramente formula, por si só, um pedido de ajuda. Se o faz, deseja que a cura seja imediata. O tempo não tem para o adolescente o mesmo valor que tem para nós, adultos. Tanto deseja que o relógio galope, como se esquece dos meses e dos anos que vão passando.

WINNICOTT postula que todo o adolescente passa por uma fase de futilidade perante a qual nós, adultos, devemos estar expectantes e vigilantes, oferecendo-lhes um meio familiar estável como ponto de referência, local de onde se pode afastar se tiver a certeza de que pode voltar.

Enquanto isto, devemos lembrar-nos de que a adolescência dos filhos põe à prova o valor da relação do casal que lhes serve de base, quer pelos conflitos emergentes da relação pais-adolescente, quer pelo modo como obrigam cada um dos pais a retroceder à sua própria adolescência; o que só é possível se ela foi vivida e resolvida.

"La menace que représente l'adolescent s'adresse à cette partie de nous qui n'a pas eu réellement son adolescence, (...). Si nous les soutenons, nous avons tort; si nous retirons notre soutien, nous avons tort aussi."

op. cit. p. 266

A adolescência é, no dizer de Mário CASIMIRO, "o tempo em que os pais têm de ter a coragem de ver os seus próprios filhos pôr a vida em perigo... para que eles se encontrem".

H. DEUTSCH, 1967, [050], evidencia a importância do grupo na adolescência e debruça-se sobre a sua formação na luta contra a ansiedade e na procura de uma identidade social.

Na luta contra ansiedade, predomina a revolta e o protesto contra a geração precedente e o que ela tem de instituído, sob formas agressivas e em exibição de comportamentos socialmente condenáveis ou mal tolerados, como sejam as tendências à delinquência ou a ostentações da falta de higiene.

Na nossa leitura, estes comportamentos estão impregnados de vestígios da analidade quanto ao conteúdo manifesto e da luta pela separação-individuação, quanto ao conteúdo latente, na medida em que constituem, no essencial, uma demarcação quanto aos progenitores, à geração precedente e quanto aos parâmetros que ela instituiu e aos quais se submeteu.

O adolescente adere ao grupo na procura da sua identidade social com o sentimento de fragilidade inerente à sua impossibilidade de estar sozinho.

Os grupos são, fisicamente, agregados de indivíduos onde predomina a imitação mas, não raras vezes, e do ponto de vista psíquico, em que cada um se vive como uma parte de um todo (o grupo), cada elemento desse agregado mais não faz do que auto-imitar-se.

Na fuga à dependência, procura um sentimento de identidade que partilha com os outros, "auto-afirmando-se":

"En fait, c'est une société d'égaux mais qui ne vise à rien d'autre qu'à la «recherche d'une identité»". op. cit. p.77

Assim sendo, procuram uma identidade própria que lhe permita o sentimento de individualidade aceitando, antes do mais, identificar-se com os outros e com os seus comportamentos onde encontra forças para fazer em conjunto o que não seria capaz de fazer só:

"Seul, je suis perdu; ensemble, nous sommes forts. C'est le nous qui donne le sentiment d'une identité social et, par conséquent, me garantit contre l'angoisse." op. cit. p. 74

Em nosso entender, e à semelhança do que descreve D.W. WINNICOTT, 1958, [233], sobre as crianças que não atingiram a capacidade de estar só, a aderência do adolescente ao grupo reflecte a sua dificuldade ou impossibilidade de estar só perante si próprio. Com o grupo conseguem, momentaneamente, lutar contra a ansiedade, contra o vazio depressivo.

J. BERGERET, 1976, [024], é de opinião que a gregaridade dos adolescentes é uma necessidade vital contra os riscos de depressão e afirma que tanto é problemática a fuga ao grupo como

é problemático só se sentir bem nele.

A identificação é um problema central na adolescência. Segundo H. SEGAL, 1964, [205], a identificação do indivíduo começa com o início da relação do recém-nascido com a sua mãe. Comporta dois processos inicialmente distintos:

- a identificação introjectiva - que consiste num movimento de integração no Eu de uma parte ou da totalidade do objecto;
- a identificação projectiva - ou seja, a exteriorização de uma parte do seu Eu (mais precisamente do seu sentir) sobre o objecto.

A identificação propriamente dita é o resultado final destes dois movimentos (introjectivo/projectivo). Logo que a identificação predomina no seu aspecto projectivo ela torna-se patológica e com características paranóides. A identificação projectiva é caracterizada por uma desintegração mínima do Eu, isto é, de vivências intrapsíquicas do sujeito, enviadas para o exterior e sobre os objectos. Assim se compreenderia como cada pessoa pode ver, sentir ou apreceber-se, em geral, de coisas completamente diferentes numa mesma situação. A título de exemplo, podemos lembrar o tema e o conteúdo das respostas perante os testes projectivos, o sentir durante as sessões de psicoterapia (transferência/contratransferência) e o modo de funcionamento mental "sui generis" de cada sujeito na vida de relação.

Segundo J. LAPLANCHE e J.B. PONTALIS, (2), S. FREUD utilizou indistintamente, na "Introdução ao narcisismo", em 1914, e em "O Eu e o Id", 1923, os conceitos de Ideal do Eu e Eu Ideal.

Seria H. NUMBERG, em 1932, quem viria a considerar estes dois conceitos como formações intrapsíquicas diferentes. O Eu Ideal, como formação intrapsíquica ainda não organizada nem distinta do Id, seria um ideal de onipotência narcísica. Tratar-se-ia de uma identificação ao objecto primário sentido como objecto onipotente e estaria na base da identificação ao herói. O Ideal do Eu seria uma instância mais evoluída ao serviço do Super-Eu na medida em que resulta das identificações aos pais, seus substitutos e ideais colectivos.

É fácil depreender que na adolescência, através da remodelação de ideais, ou o indivíduo estrutura novos ideais a partir da identificação com os pais, seus substitutos e ideais colectivos na evolução normal, ou, pelo contrário, e nas identificações patológicas, regride a modelos de funcionamento megalómanos e grandiosos como reflexo da sua fragilidade e vulnerabilidade narcísicas. É a identificação "heróica", da acção em detrimento do pensar elaborado. O mesmo é dizer do predomínio dos processos primários sobre os processos secundários.

Na adolescência a fantasia desempenha um papel importante na passagem dos processos primários aos processos secundários e na remodelação e ajustamento dos ideais.

(2) J. Laplanche e J.B. Pontalis Vocabulaire de la psychanalyse Paris: PUF, 1976.

Segundo A. COIMBRA de MATOS, 1987, [142], a fantasia na adolescência tem um valor afectivo elaborante no processo relacional do indivíduo.

Sendo a adolescência o momento da evolução humana que melhor põe em evidencia o confronto entre o instinto e a realidade, o jovem deve recorrer à imaginação criadora, não só para se adaptar ao meio mas sobretudo para adaptar a si as condições de vida e intervir activamente.

A fantasia, como cerne da actividade mental, tem uma função adaptativa. A capacidade de criar projectos fica comprometida se a agressividade ataca as ligação do pensar. Nesse caso não existe o pensamento dirigido à acção, porque o Id ou o inconsciente não fantasia nem dispõe de fantasias; age.

Chegada a adolescência, indo ao encontro do que é afirmado por C. AMARAL DIAS, 1979, [052], e J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042], 1988, [043], parece evidente a insuficiência dos processos identificatórios até aí existentes, e a necessidade de novas e diferentes identificações predispondo o adolescente, num primeiro tempo, ao sentimento de perda: «deixo de ser eu para ser nós» na perspectiva de vir a ter uma identidade própria.

Pensamos que é no vazio decorrente desta equação psíquica paradoxal que o adolescente corre o risco de aderir ao que lhe é nefasto, de absorver do meio o que não presta se o seu grupo de pertença e de modelo identificatório é, em si mesmo, perturbado. Inversamente, ou seja, se adere a um grupo estruturado, estão lançadas as bases para a passagem de uma identificação xenomórfica à identificação idiomórfica conforme a define A. COIMBRA de

MATOS, 1986, [157].

A. COIMBRA de MATOS, 1988, [159], apelida a adolescência de processo de emancipação psicossocial. Trata-se de um fenómeno evolutivo onde é necessário distinguir puberdade e adolescência. A puberdade como fase de maturação sexual e a adolescência como fase de maturação do Eu.

Embora considere que a adolescência é uma fase de separação-individação, distingue a separação infantil da separação adolescentil. Na separação infantil está em causa a individuação entre o sujeito e o outro, entre o Eu e o Objecto. Na separação da adolescência está em causa o desapego dos pais (objectos formadores) e o apego a outros objectos de relação, com os quais o adolescente procura organizar a sua vida amorosa e a criação da sua independência.

Num trabalho de 1988, P. BLOS, [029], retoma a fase de «separação-individação» para expôr uma "nova" noção que ele designa de "relação diádica com o pai". Este acrescento à teoria da simbiose mãe-criança parece-nos de invulgar importância para compreender a identidade sexual do adolescente, particularmente do rapaz, evitando o recurso às teorias sobre a adolescência que acentam, fundamentalmente, sobre o pressuposto básico de que ela é, antes de mais, um reviver dos conflitos infantis da relação com a mãe.

A grande maioria dos autores de orientação psicodinâmica enfatizam a importância da relação primária com a mãe no devir do indivíduo. O pai é objecto de estudo sobretudo no que diz

respeito à triangulação edipiana. As últimas conclusões a que chega P. BLOS é que, antes da vivência edipiana, particularmente o rapaz, tem necessidade do pai como agente separador da simbiose mãe-criança mas deve, também, estabelecer com o filho uma relação diádica no momento em que não representa, ainda, nenhuma ameaça de retaliação para a criança mas sim uma função de suporte, "não contaminada pelos processos simbióticos". O pai seria aí percebido pela criança como o objecto de relação mais adequado, sobretudo depois dos dezoito meses de vida.

"Porteur de ce nouveau rôle, le père est perçu désormais (du moins de façon intermittente) comme étant plus compétent, plus puissant, plus fiable, plus digne de confiance que le partenaire symbiotique originaire, (...)." op. cit. pg. 25

Embora o assunto principal deste capítulo seja a adolescência, destacamos este aspecto da relação primária e do papel do pai no início da vida na medida em que ele vai ter um impacto da maior importância na identidade sexual do adolescente. A este respeito o autor recorre a R.J. STOLLER, 1968, [215], destacando as duas componentes da identidade sexual: o género e o sexo. O género prende-se com a consciência de pertença ao masculino ou feminino, enquanto o sexo está relacionado com a função. Daí que se fale de identidade genérica desde o primeiro ano de vida e de identidade sexual a partir do momento em que o sujeito é capaz de exercer a sua sexualidade segundo as características biológicas que o diferenciam do outro sexo. Ora, para P. BLOS, como pa-

ra a generalidade dos autores, o momento em que o adolescente acede às relações heterossexuais e exogâmicas, em sintonia com o próprio Eu, é decisivo no processo adolescentil e na entrada na vida adulta.

R. DIATKINE, 1981, [057], diz-nos, sob forma de desafio ao nosso pensamento, que a adolescência "não existe" na medida em que nunca viu um adolescente pôr a si próprio o problema da adolescência. Assim, ela seria, antes de mais, um problema para os adultos, nomeadamente pais, professores e terapeutas.

O interesse que os adultos manifestam pela compreensão deste período da vida humana reflecte a perplexidade com que nos defrontamos perante, afinal, uma infância psicologicamente ignorada, um período de latência banalizado, mal compreendido.

Refere-se, tal como A. COIMBRA de MATOS, 1988, [159], à puberdade como fenómeno distinto da adolescência mas como determinante na sua compreensão atendendo às alterações biológicas que a impulsionam.

"... a adolescência é totalmente incompreensível, se a isolarmos, se a transformarmos num grupo etário a estudar especialmente, porque a adolescência (...) é fundamentalmente um dos momentos de verdade do ser humano." op. cit. p. 97

E. FIGUEIREDO, 1985, [075], analisa a adolescência com base no conflito de gerações. Define assim a adolescência:

"... é o período de desenvolvimento que vai da puberdade até à maturação biopsicológica do indivíduo, tornando-o capaz não só de reproduzir biologicamente a espécie, mas também de contribuir pelo seu trabalho e estabilidade psicológica para a manutenção da família humana." op. cit p. 67

É uma definição abrangente. Tem em conta os aspectos da maturidade biológica e psicológica individual bem como dos aspectos familiares e sociais no seio dos quais o autor coloca o conflito de gerações como uma invariância da espécie humana; em maior ou menor grau e em todas as épocas.

Nesta linha de pensamento, E. FIGUEIREDO, 1985, [075], enfatiza a família como palco dos conflitos intergeracionais e, à semelhança de A. GREEN, 1969, [096], toma as tragédias gregas como paradigmáticas dos conflitos que afectam a família: os conflitos agressivos entre membros do mesmo sexo, e segundo o modelo de relação pai-filho; e as ligações eróticas entre membros do sexo oposto, segundo o modelo pai-filha; ambos conduzindo a situações trágicas e, algumas vezes, à morte como consequência dos conflitos agidos e dos factos consumados.

No cerne dos conflitos agidos sob forma de tragédia nas famílias míticas está, também, a rejeição precoce do filho como consequência da patologia dos próprios pais. Segundo R. GRAVES, 1990, (3), em duas das versões do mito de Édipo, a criança é re-

(3) R. Graves, Os mitos gregos. vol. II. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1990, pp. 100-105

jeitada pelo pai à nascença, maltratada e nem sequer lhe é atribuído nome. Édipo é um enjeitado. A sua patologia tem como origem a patologia dos pais.

H. STIERLIEN, 1974, referido por M. FLEMING, 1986, [076], aborda a problemática da separação entre pais e adolescentes. Desenvolve o conceito de acorrentamento afectivo ("binding") e o de expulsão, abandono e rejeição ("expelling"). Trata-se de estilos relacionais de natureza psicopatológica que reflectem o problema das separações reais e afectivas dos pais em relação aos adolescentes.

No acorrentamento existe entrave, por parte dos pais, aos movimentos de autonomia esboçados pelo adolescente.

Na expulsão, abandono ou rejeição os pais lançam o adolescente numa separação, "autonomia", precocemente.

Ainda que estes dois procedimentos sejam, em aparência, opostos, resulta de qualquer deles uma distorção no processo de emancipação psicológica e social do adolescente, na medida em que obedecem a um tempo e um ritmo determinado pelos pais sem atenderem à maturidade egoica dos jovens.

O autor descreve outro processo de entrave à autonomia e que ligaria "eternamente" o adolescente aos pais: trata-se da delegação ("delegating"), isto é, em que os pais delegam nos filhos a tarefa de fazer na vida o que eles, pais, não conseguiram fazer quando iniciaram a sua trajectória de adultos.

Se analisarmos este processo, verificamos que o adolescente se vê confrontado com o querer dos pais, na dependência deles. Ou se revolta e corre o risco da perda de "estima" dos pais, ou

adopta o que lhe é prescrito. No primeiro caso deprime-se em consequência do sentimento de culpa pela sua agressividade sentida e pela ameaça da perda do amor do objecto, (depressão e culpa). No segundo caso vai desempenhar um papel que nunca será o seu e vê-se confinado ao esvaziamento narcísico, na medida em que o que faz, fá-lo para os pais e não para si. Na ilusão de ser, assim, amado, adiará os seus projectos, anular-se-á psicologicamente (depressão narcísica).

Este procedimento dos pais em relação aos filhos é semelhante e contíguo a outra noção, desenvolvida por H.E. RICHTER, 1963, [194], 1970, [195], chamada parentização em que os filhos têm como principal papel a protecção dos seus próprios pais. Implicitamente, esbatem-se as imagos parentais, lança-se o adolescente numa mensagem paradoxal que, numa situação de dependência e imaturidade, constitui, segundo H. SEARLES, 1977, [204], uma das maneiras de tornar o outro louco.

H.E. RICHTER, 1963, [194], (4), um dos primeiros autores a empreender a compreensão da adolescência a partir da patologia do grupo familiar, desenvolve a teoria dos papéis (rôle).

Entende o autor por papel o que é esperado, consciente ou inconscientemente, de um membro da família por outro. A atribuição de um papel por parte dos pais a um adolescente tem por fi-

(4) A sua obra nasce do trabalho de ligação entre as consultas de psicologia do Hospital Psiquiátrico Municipal de Berlim-Wedding e a Clínica Psiquiátrica da Universidade Livre de Berlim.

nalidade desembaraçar aquele que o atribui de uma ansiedade incontrolável de outro modo.

De entre os papéis mais frequentemente observáveis constam os papéis do sósia, do bode expiatório, do frágil e o da criança ou adolescente como substituto do cônjuge.

No papel do sósia um dos pais, por norma a mãe, faz dele próprio um "auto-retrato", e vive-o na sua fantasia narcísica. O filho endossa, então, esse papel de "cópia conforme" ao auto-retrato desse pai e vê-se na obrigação do desempenho de um papel que corresponda àquilo que esperam dele. Para que o filho não tenha consciência disso, os pais esforçam-se por esconder esses projectos defensivos, porque o não cumprimento desse papel, por parte do filho, seria igual a um desmantelar dos mecanismos de defesa de quem os atribuiu.

Poderíamos exemplificar do seguinte modo: o pai não conseguiu realizar os seus projectos de ascensão social, demasiado ligados a um Ideal do Eu grandioso e delega no filho esse papel. Se o filho, em termos vocacionais, fica aquém do esperado pelo pai ao mesmo tempo que mantém uma relação de dependência, surgem aspectos de patologia narcísica no grupo familiar com particular evidência no adolescente.

No papel de bode expiatório um dos pais (ou ambos) endossa as suas pulsões agressivas no filho. Este, por sua vez, vai agi-las e, em função disso, pode ser punido. Enquanto isto, o pai pode negar que esses aspectos lhe pertençam e confirma no exterior que existe um culpado. Na realidade trata-se de um processo de índole projectiva em que o filho serve de objecto exterior

que materializa as partes negativas do pai, sem que este tome consciência disso.

A situação complica-se, ainda, quando o casal faz entre si uma aliança em que um arrasta o outro no seu próprio processo projectivo patológico deixando o adolescente sem objecto de recurso.

No papel do frágil, tendo pelo menos um dos pais aspectos de fragilidade psíquica, faz com que o filho encarne essa face. Assim sendo, desembaraça-se dela e pode, mais facilmente, negá-la a si mesmo, porque é o filho que a manifesta. O pai vai tirar benefícios secundários desse funcionamento na medida em que compreende o que se passa mas tem o papel do forte, do activo. Por sua vez o filho coloca-se numa relação de dependência, aprecia os cuidados de que é objecto e aprás-se na fragilidade.

A criança substituto do cônjuge é o processo através do qual o adolescente é tomado inconscientemente como o objecto de amor, por norma após separação ou morte do outro membro do casal. Este papel é, também, atribuído em caso de desarmonia conjugal. Observam-se, então, comportamentos hiperprotectores da mãe, mesclados do registo simbiótico e/ou de incesto disfarçados pelos mais diversos racionalismos. O pano de fundo desta patologia é, normalmente, a imaturidade do pai e a ausência da imago paterna na personalidade da mãe.

É óbvio que estes papéis são configurações tipicamente patológicas. Muitas vezes só os encontramos disfarçados perscrutando a relação do casal, directamente ou através do discurso do adolescente.

J.C. LEMAIRE, 1971, [128], 1979, [129], na linha de pensamento de J. WILLI, 1970, [227], e A. EIGUER, 1981, [063], acham que a escolha mútua de cada membro do casal, quando a título definitivo, comporta desejos e necessidades defensivas e que o casal, frequentemente, se forma a partir de autênticos mecanismos de defesa. Assim, em vez de uma escolha do parceiro amoroso com base na autonomia, na diferenciação e na cooperação, a escolha do outro obedece à procura da sua complementaridade patológica.

A hora da verdade da adolescência vai abalar a constituição patológica do casal, em maior ou menor grau, com repercussões sobre o adolescente.

A. BOUCHARD, 1979, [030], faz uma reflexão sobre aquilo que se designa de filho sintoma/filho culpado.

Relembra os aspectos inconscientes na constituição do casal e o modo como, em certas circunstâncias, nomeadamente de conflitos, o diálogo entre dois adultos implicados numa relação passa, alternada e reciprocamente, por uma mensagem de um adulto às partes infantis do outro.

O adolescente vive e vive-se aqui. Algumas vezes em risco.

Para nós, em última análise, não pode haver interesse pela adolescência que não corresponda, de algum modo, ao fascínio obstinado da procura do adolescente e da criança que nos habitam.

Segundo S. WHITING, 1981, [226], a influência familiar é determinante na patologia dos adolescentes. O autor afirma que é

raro encontrar doença mental que se restrinja ao adolescente. Referindo-se a ACKERMAN, 1958, afirma que a imagem do Self e a imagem da família são reciprocamente interdependentes. A auto-estima do adolescente e a sua segurança dependem muito daquelas que sentem nos seus próprios pais. Citando JERSILD, 1963, diz-nos:

"There is an intimate relationship between a person's image of his parents and his image of himself...". op. cit. p. 71

Afinal, adolescentes são também todos aqueles adultos que recorrem a uma psicoterapia e que, no decurso da qual, conseguem significativas mudanças no seu estilo de relação objectal. A partir daí organizam-se do ponto de vista afectivo, familiar e sócio-económico. Substituem a ansiedade pela segurança, a depressão pelo amor, a dependência dos pais pela sua autonomia e a posição predominante de filhos pela situação de progenitores.

Nessa altura, compreenderão que terá valido a pena interessarmo-nos por quem, à partida, não se manifestava interessado por si próprio.

### 2.3 Resumo:

Quer em termos de normalidade quer em termos de patologia, a compreensão da adolescência obriga-nos a uma reflexão sobre o passado, o presente e o futuro dos jovens.

Explícitamente ou não, cada autor privilegia mais um ou outro destes aspectos em termos de fases:

- fase de retorno à infância;
- fase de transição da infância para a vida adulta;
- fase de afirmação.

É óbvio que nenhuma destas fases pode ser abordada isoladamente. Referimo-nos a elas apenas por uma necessidade de síntese.

Vão no sentido de retorno à infância, os trabalhos que consideram aquela fase da vida como recrudescência dos fenómenos psicológicos do desenvolvimento infantil. A crise da adolescência engloba então fenómenos regressivos em que se destacam os problemas inerentes à separação-individação, o desinvestimento libidinal dos pais, os processos de luto, entre outros.

Vão no sentido de uma fase de transição, sobretudo, os trabalhos que põem em destaque a importância do grupo como plataforma entre a família e a sociedade, que consideram o tempo da adolescência como o da aprendizagem, um tempo de espera e de crise normativa. Aqui o nível escolar, cultural e técnico profissional que o sujeito venha a adquirir têm uma importância relevante.

Enfim, como fase de afirmação, em que prevalecem as teorias sobre a aquisição da identidade própria, tendo em conta o fenómeno pubertário, a identidade sexual, os conflitos intergeracionais, por um lado, e a aquisição de uma identidade social por outro.

Somos de opinião que nada se consegue na adolescência se ela não for predominantemente uma fase de afirmação e, por inerência, um momento de reformulação do passado e projecção no futuro.

Não é possível fazer face a esta exigência sem que se exacerbem a depressão e a ansiedade perante a necessidade e a ameaça de roturas da continuidade.

O adolescente é um ser em risco constante. Enquanto a adolescência durar, dura o risco.



CAPITULO III

O COMPORTAMENTO COMO SINTOMA NA ADOLESCÊNCIA



### 3.1 Introdução

Como vimos no capítulo anterior, os problemas que se põem ao adolescente e ao seu meio mais próximo ou alargado, são inerentes, fundamentalmente, à afirmação e emancipação psicossocial.

Na sequência da maturidade biológica e da imaturidade do Eu por um lado, das exigências sociais e da precaridade do sistema adaptativo no adolescente por outro, prevalece o comportamento como sintoma, e daí o domínio do agir sobre o pensar.

De um modo geral, e do ponto de vista psicopatológico, todas as patologias que não as do comportamento propriamente dito são características de todas as idades. Tanto podemos encontrar a psicose, a pré-psicose (patologia "borderline") ou dos diferentes quadros neuróticos na criança, como no adolescente ou no adulto. Quer isto dizer que essas patologias, da infância à vida adulta, atravessam a adolescência, mudando apenas, e nalguns casos, o seu aspecto. Daí que se fale, frequentemente, de modo de funcionamento psicopatológico na infância e na adolescência e de estrutura patológica na vida adulta.

Embora a prevalência dos comportamentos na adolescência possa surgir associada e como reflexo de uma patologia específica, por norma, o comportamento surge inopinadamente.

Do ponto de vista etimológico, comportamento deriva do latim "comportare" e, como verbo reflexo, tem o valor de procedimento. Do ponto de vista psicológico significa o conjunto das reacções acessíveis à observação exterior, sinónimo de conduta.

Quando o comportamento não é de natureza adaptativa, podemos observar diferentes gradações que comprometem a vida ou a saúde dos indivíduos.

Debrucemo-nos sobre alguns desses aspectos que comprometem mais claramente a existência, em que prevalece o comportamento sobre o pensar: a anorexia, a delinquência e o agir, a toxicodependência e as tentativas de suicídio na adolescência.

"L'anorexie mentale est en effet une maladie scandaleuse. Elle nous met brutalement en présence d'une organisation psychique tournée vers la mort, mais d'une mort qui, au contraire de ce qu'il en est pour les mélancoliques, n'est ni désirée ni entrevue."

E. KESTEMBERG, J. KESTEMBERG e  
S. DECOBERT (1972)

### 3.2 A anorexia

O termo anorexia significa privação do apetite e deriva etimologicamente do grego "orexis", apetite. Por definição, é uma perda anormal do apetite.

Segundo E. KESTEMBERG, J. KESTEMBERG e S. DECOBERT, 1972, [118], foram SOLTMANN e KISSEL, nos finais do século XIX, os primeiros pediatras a falar da anorexia mental e a debruçarem-se sobre a compreensão dos mecanismos psicológicos subjacentes a este comportamento.

R. DEBRE e colaboradores, citados por J. de AJURIAGUERRA, 1977, [010], distinguem a fome do apetite: a fome é um estado somático devido à privação de alimento; o apetite é o estado consciente de desejo de um ou outro alimento estritamente condicionado por uma experiência anterior.

L. KREISLER, M. FAIN e M. SOULE, 1974, [124], Ph. MAZET e D. HOUZEL, 1978, [168], entre outros, distinguem a anorexia da infância da anorexia da adolescência. Na infância existem a anorexia essencial precoce, que aparece nas primeiras semanas de vida como uma atitude passiva da criança em relação à alimentação; e a anorexia do segundo semestre, provavelmente relacionada com o desmame e a introdução de alimentos sólidos aos quais a criança reagiria negativamente.

Da leitura destes autores fica-nos a ideia que estas formas de anorexia se tornam perniciosas e se agravam na medida em que a mãe obriga a criança a comer e que desaparecem, ou mudam de figura, se a mãe respeita o apetite da criança e diminui a sua ansiedade como mãe, centrada no alimentar do bebé.

A anorexia da adolescência, e como o próprio termo indica, surge imediatamente após o fenómeno pubertário em ambos os sexos (entre os 14 e os 21 anos). Predomina no sexo feminino. A sua frequência nos rapazes é, segundo J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042], entre outros, de 7 a 10% dos casos gerais de anorexia.

É, portanto, um fenómeno da adolescência.

Como quadro psicopatológico, a anorexia mental da adolescência caracteriza-se pela tríada anorexia, emagrecimento, hiperactividade que, no caso da rapariga, se completa com a amenorreia embora, e segundo H. BRUCH, citada por E. KESTEMBERG e colaboradores, [118], possa oscilar, às vezes, em bulimia, obesidade e passividade. Contudo não se restringe à recusa alimentar: estende-se ao amuo, morosidade, negativismo, falta de cooperação, reivindicação, chantagem, manipulação, e outras atitudes bem específicas da adolescência.

O comportamento anoréctico na relação corresponde a um autêntico desafio passivo entre o adolescente e os pais. Passivo, dizíamos, em aparência porque, na realidade, o grau de exigência e de manipulação dos pais, o modo como o jovem chama à atenção sobre as suas atitudes, evocam o desejo de uma relação de absoluta exclusividade, embora rejeitando essa relação que exige.

"La manipulation active de l'entourage s'accompagne d'un comportement de passivité totale et constante aussi bien au travers de ce qui a trait à l'alimentation qu'au travers de l'aspect corporel perpétuellement mis en cause." op. supra cit. p. 101

Assim, a marcada ambivalência relacional transforma-se num ciclo sado-masquista, passageiramente perverso e caracterial. Este estilo relacional prolonga-se ao nível da relação médico/doente.

Num registo intrapsíquico o sujeito agarra-se a uma imagem do corpo como inesgotável (não precisando de ser alimentado) evocando algo que mais se parece com uma percepção delirante do corpo.

Na medida em que a anorexia atinge, em casos extremos, a desidratação e a morte podemos vê-la como um comportamento auto-destrutivo sem que o indivíduo tenha consciência disso.

A recusa alimentar como expressão de uma tendência suicidária em relação estreita com a depressão fora já evidenciada por K. ABRAHAM, 1924, [007].

O estilo relacional e a vivência intrapsíquica dizem-nos que o comportamento anoréctico tem algumas semelhanças com aquilo que M. KLEIN, 1934, [120], definiu como tríada maníaca: controlo, desprezo e triunfo.

Ora a mania é a defesa mais característica contra a depressão e, segundo A. COIMBRA de MATOS, 1982, [151], corresponde à externalização momentânea do Super-Eu, recolocando-o no seu local original, isto é, fora e sobre o objecto. Contudo, fazendo isso, projecta aspectos parciais do seu Super-Eu, sem qualquer elaboração mental, na medida em que o objecto da sua rebelião não são os pais reais mas as imagos arcaicas desses pais.

O aspecto megalómano da personalidade tanto se observa no sentimento de dependência absoluta face ao objecto, maciçamente negado, como na hiperactividade (intelectual e motora) exigida

a um corpo depauperado e, em casos extremos, quase caquético, exaurido.

Compreende-se, assim, a justeza da afirmação de E. e J. KESTEMBERG e S. DECOBERT, acima referidos, e segundo os quais existe nestes adolescentes um permanente confronto entre Ideal do Eu e Eu Ideal.

As opiniões divergem quanto à classificação nosológica da anorexia na adolescência.

M. SELVINI, 1963, citado por J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042], acha que se trata de uma psicose «mono-sintomática», sendo esse sintoma a distorção do significado do corpo.

Para este último autor, e na obra referenciada, a anorexia:

"... é um sintoma secundário que expressa um conflito central ao nível do corpo (...) e não pode, clinicamente, ser classificada como uma identidade nosológica específica." op. cit. p. 56-57

R. PAIXÃO e C. AMARAL DIAS, 1986, [191], acham que é necessário não confundir flutuações reversíveis do funcionamento egóico, típicos da adolescência, com a psicose. Enquanto na primeira se assiste a transformações rápidas do corpo durante as quais a representação unitária do corpo não perde nunca a ligação funcional entre as diferentes partes; na psicose existe uma destruturação tal que as diferentes partes do corpo perdem a li-

gação entre si.

O adolescente recorre à identificação projectiva com uma finalidade desenvolvimental, enquanto na psicose a identificação projectiva afecta os mecanismos de defesa mais elaborados e compromete a unidade do Eu.

A. COIMBRA de MATOS, 1982, [149], num caso de anorexia feminina, põe em evidência o conflito permanente, reivindicativo e sádico em relação aos pais, sobretudo com a figura paterna, a consciência da aversão aos homens, a vontade de os humilhar, com as respectivas consequências negativas sobre organização afectiva e sexual.

Na sua opinião, o problema central da anorexia mental reside num "delírio de identidade" na medida em que compara a anorexia da rapariga ao transvestismo do rapaz por existir em ambos os sexos uma recusa do corpo sexuado e da identidade de género.

Para E. e J. KESTEMBERG e S. DECOBERT, 1972, [118], na anorexia mental não existem sinais de psicose ou de perversão nem de deterioração psíquica ou qualquer síndrome deficitária. Do ponto de vista neurótico existem elementos da série histórica e obsessiva mas não estruturados. Predominam elementos fóbicos e uma organização caracterial com comportamentos tirânicos em relação ao seu meio familiar.

Como podemos verificar, o problema nuclear do adolescente anoréctico é em relação ao próprio corpo, mormente no que diz respeito ao corpo sexuado. O corpo é maltratado, desprezado e objecto de vergonha.

Existe uma discordância entre corpo idealizado e corpo real. A idealização do corpo é uma defesa contra uma falha narcísica profunda. A manutenção dessa defesa, palpável pela dificuldade de desidealização, reflecte a inoperância dos processos psíquicos indispensáveis à edificação do Ideal do Eu em detrimento do Eu Ideal, grandioso e megalómano.

A recusa da genitalidade prolonga, além do tempo, o estilo de relação pré-genital com mecanismos de defesa do mesmo tipo adjacentes e inoperantes. De entre eles parecem-nos relevantes os mecanismos fóbicos como expressão da ansiedade.

Em nosso entender, os mecanismos fóbicos são responsáveis pela fixação do adolescente ao círculo familiar restrito. Impedem a vivência alargada ao grupo e a procura do objecto de amor heterossexual e exogâmico, processos indispensáveis ao desenvolvimento adolescentil.

Como vimos no capítulo anterior, a adolescência é uma fase da evolução humana caracterizada por profundas mudanças a nível interno, relacional e social que, só por si, suscitam ansiedades. Essa ansiedade deve ser suficiente para incitar o jovem às tarefas inerentes à adolescência, mas não pode ser excessiva ao ponto de o paralisar numa atitude de evitamento fóbico: evitamento alimentar, sexual, grupal ou outro.

Fica-nos a ideia que, no adolescente anoréctico, o primeiro e o maior dos medos é o de crescer, de resolver o "caos pubertário", de encetar os movimentos de separação-individação, de construir uma identidade própria, de experimentar sentimentos de

perda, de fazer lutos.

Embora a anorexia na adolescência possa estar associada a outros quadros psicopatológicos (psicose, "borderline", perversão, neurose), ela pode, também, desaparecer com a resolução da própria adolescência, deixando, contudo, traços indelévels.

Assim, entendemos a opinião de J. de AJURIAGUERRA:

"L'anorexie mentale peut aussi représenter une crise d'adolescence passagère évoluant ultérieurement vers une alimentation normale".

op. supra cit p. 222

A anorexia mental da adolescência leva-nos às seguintes considerações:

- trata-se, afinal, de uma patologia específica da adolescência focalizada ao nível da recusa alimentar;
- é uma das formas de patologia na passagem da infância à vida adulta onde prevalece o comportamento como sintoma;
- grande parte dos sintomas psicopatológicos evidentes na anorexia não deixam de o ser, também, na evolução normal ou frequente no processo maturativo da adolescência. No entanto, diferem em qualidade porque são manifestações específicas ao nível da alimentação como expressão de um conflito relacional grave ao ponto de pôr a vida em perigo;
- existe na anorexia uma componente depressiva importante embora escamoteada, negada;
- recusa, enfim, do corpo sexuado na medida em que o ado-

lescente se sente incapaz de integrar as alterações pubertárias e de construir a identidade sexual perante novas e bruscas remodelações psíquicas.

E. JACOBSON, 1964, [110], a propósito das experiências de identidade em relação com as alterações pubertárias, diz-nos:

"L'adolescence est une période marquée par une rupture douloureuse avec le monde de l'enfance - c'est-à-dire le soi et les objets du passé - et par un franchissement progressif, plein d'angoisse, ceci exige (...) une révision brutale de toute l'organisation psychique." op. cit. p. 165

"Na horda selvagem mais errante, tal como na mais civilizada das nações da Europa, o homem é apenas o que dele fizerem."

J.M. GASPARD ITARD (1801)

### 3.3 A delinquência e o agir

O termo deriva do latim "delinquentia". Refere-se a acto praticado por quem delinuiu; isto é, por quem cometeu delito ou falta em relação ao meio e à sociedade.

Segundo J.P. CHAPLIN, (5), trata-se de um desrespeito relativamente menor e frequente contra o código legal.

Nenhum comportamento na adolescência depende mais do que está socialmente instituído, normalizado, aceite, do que a delinquência.

O comportamento delinquente surge em relação às normas socialmente aceites e legisladas que exigem ao jovem um esforço de integração e compromissos sociais.

(5) J.P. Chaplin. Dictionary of psychology. N.Y. Dell Publishing. 1972

Segundo H. EY, 1960, [068], a apreciação relativa aos aspectos jurídicos e aos aspectos psicopatológicos é difícil de discernir. O autor diferencia as reacções anti-sociais, mórbidas, como objecto da psiquiatria e os actos delituosos como objecto da criminologia.

Põe-se aqui o problema do normal e do patológico, cujos parâmetros são cada vez menos claros à medida que nos apoiamos sobre os aspectos psicodinâmicos do funcionamento mental, atendendo à necessária compreensão das motivações inconscientes que impellem o sujeito à acção. Essa acção, com efeito, escapa, por vezes, à própria vontade e consciência do sujeito, comprometendo a socialização.

Para R. MUCCHIELLI, 1979, [182], a socialização:

"Não é essencialmente a aprendizagem do repertório de condutas julgadas aceitáveis num meio de existência, mas a aquisição da aptidão para efectuar os esforços da adaptação social contínua e a capacidade de resistência aos traumatismos sociais."

op. cit. p. 46

R. MUCCHIELLI é de opinião que o comportamento delinquente é uma variante daquilo que A. AICHORN, 1948, citada pelo autor, designou de dissociabilidade, ou seja, "a perturbação do vínculo social".

Os estudos mais recentes revelam que a socialização se inicia no seio materno e que as experiências de privação afectiva conduzem irremediavelmente à morte.

A. de AJURIAGUERRA, 1977, [011], dá-nos conta da primeira experiência de privação afectiva conhecida escrita pelo cronista SALÍMBENI, contemporâneo de Frederico II, Imperador Alemão (1194-1250), o qual, querendo saber se as crianças falavam espontaneamente o hebreu, o grego, o latim ou a língua dos pais, ordenou às amas que tratassem das crianças mas que não lhes falassem. Assim fizeram e as crianças morreram todas.

Segundo M. CASIMIRO, 1985, [039] a prematuridade do humano quando nasce precisa de ser compensada "por uma espécie de gestação extra-uterina" e apego simbiótico à progenitora que compensa a imaturidade do recém-nascido.

A criança mostra uma capacidade para pôr a vinculação afectiva em continuidade e se esta continuidade falta procura-a insaciavelmente. A vinculação, autêntica reacção primária do bebé que se inicia com o nascimento, já existia imaginariamente da parte da mãe, indo desenvolver-se no seio materno - primeiro objecto de vinculação amorosa.

J. BOWLBY, 1958, [033], influenciado pela etologia e pela corrente da relação objectal na psicanálise demonstra que existe no bebé humano uma necessidade de vínculo primário ao objecto de

relação caracterizado por cinco comportamentos observáveis no desenvolvimento psicológico ao longo do primeiro ano de vida: sugar, agarrar, seguir, chorar e sorrir; valorizando, assim, a importância do apego primário ao objecto como primeira manifestação de socialização. Sugar, agarrar e seguir estão relacionados com a alimentação e a proximidade com a mãe. Chorar e sorrir são desencadeadores sociais de respostas instintivas da mãe.

H.F. HARLOW, 1958, [102], demonstra, nas conhecidas experiências com macacos, a importância do contacto físico agradável como a primeira e a mais importante necessidade do recém nascido. A necessidade de afecto existe como tal e não como derivada ou aprendida pela alimentação ao seio ou ao biberão.

Ainda que a mãe seja um redutor da ansiedade quando alimenta, a tensão interna só se reduz de facto se esses actos da mãe estiverem ligados ao afecto sentido pela criança, inicialmente através da pele.

A. MONTAGU, 1971, [179], debruça-se sobre a importância da pele e das sensações cinestésicas no desenvolvimento psicológico harmonioso ou, pelo contrário, no desenvolvimento patológico em crianças que tiveram a infelicidade de serem atingidas pela civilização do "non-toucher", da privação da estimulação cutânea, particularmente na falta de relação pele a pele entre a mãe e o bebé no período pré-verbal.

Segundo o autor, a privação táctil na infância é sentida como uma falta de afecto e um contra-senso:

"... on n'est pas surpris de constater qu'un enfant mal aimé est balourd, non seulement dans ses démonstrations affectives, mais aussi dans son propre corps.

Il a le don de prendre les autres à rebrousse-poil parce qu'il n'a pas eu lui-même la chance d'être caressé dans le bon sens." op. cit. p. 207

M.S. AINSWORTH, 1969, [008], faz uma revisão da teoria das relações objectais, iniciada por FERENCZI (1924), desenvolvida por A. e M. BALINT (1939), D. WINNICOTT (1948), R. FAIRBAIN (1952) e J. BOWLBY (1958). Considera que todos os autores com experiência de observação fizeram notar a existência de uma ligação social primária. No entanto, ao teorizarem o que viram, não deram a devida ênfase à interacção social como tal.

"Tal como as relações objectais a vinculação ocorre em todas as idades e não significa necessariamente imaturidade e insegurança". op. cit. p. 157

Este primeiro passo da socialização exige uma continuidade relacional e cuidados maternos suficientes e adequados à criança.

Quando existem descontinuidades relacionais ou insuficiências afectivas, essas crianças ficam demasiado vulneráveis, carentes, sentem-se em desespero, não desenvolvem laços afectivos e organizam-se num funcionamento delinquente.

P.C. RACAMIER, 1956, [193], acha que as crianças privadas precocemente de afecto se tornam incapazes de amar e ser amadas; sendo, contudo, e segundo a sua própria expressão famintas de amor.

Segundo K. FRIEDLANDER, 1951, [091], os primeiros sintomas de delinquência surgem durante a latência por volta dos 7-9 anos, sob forma de pequenos delitos, em crianças que se submetem contra a sua própria vontade às exigências que lhe foram impostas. Os actos são-lhes ditados pela procura imediata do prazer e para a qual recorrem ao grupo com semelhantes interesses.

J. BERGERET, 1976, [024], ao considerar aquilo que designa de caracteropatia, diz-nos que se trata de «arranjos defensivos desarmoniosos» da personalidade para evitar o risco depressivo.

Segundo o autor, para o caracteropata a melhor defesa é o ataque e assim evita a depressão:

"... en accusant systématiquement l'autre, le parent, le conjoint, le patron, le pouvoir et la société de tous les tourments dont il souffre intérieurement..."

op. cit. p. 926

J.H. KASHANI, T.F. HENRICHS, J.C. REID e C. HUFF, 1982, [117], com base em GLASER, 1967, segundo o qual a delinquência é uma das manifestações de depressão, investigaram a sua incidência, segundo o critério do DSM III, em 120 rapazes delinquentes de um reformatório nos E.U.A. Embora os autores não tenham en-

contrado diferenças significativas quanto à prevalência da depressão entre subtipos socializados e com menor grau de socialização, agressivos e não-agressivos, a depressão é mais frequente nos delinquentes do que na população de jovens, em geral, tal como a agitação psicomotora. O "acting" aparece com um significado de apelo em desespero de causa. Verificaram que um terço dos pais desses adolescentes eram depressivos.

C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], distinguem a delinquência juvenil como «identidade mórbida» e as perturbações do comportamento, como o roubo ou a fuga, que podem estar relacionados apenas como uma certa forma de inadaptação momentânea.

Chamam, assim, a nossa atenção para os riscos de confusão entre «perturbação psíquica» e «crise de desenvolvimento» na medida em que se esbatem os limites do normal e do patológico durante a adolescência.

Para estes autores, o maior problema da adolescência relaciona-se com a impossibilidade de aceitação das perdas e pela concomitante incapacidade de fazer lutos elaborados em relação aos objectos investidos afectivamente, até aí.

A. COIMBRA de MATOS, 1986, [156], distingue o delinquente neurótico e o delinquente "borderline". No primeiro existe um comportamento inibido com repressões do desejo pessoal em obediência a um Super-Eu demasiado exigente. O comportamento delinquente surge, aí, como expressão de descargas agressivas episódicas (passagens ao acto) resultantes de privações e frustrações

acumuladas. No segundo o comportamento delinquente corresponde a uma deficiência narcísica primária, na linha daquilo que M. BALINT, 1977, [018], designou de "falha básica". Resulta daqui uma deficiente e específica organização do Super-Eu, ou Super-Eu lacunar, como reflexo de um Self ora grandioso ora diminuído (de facto, sempre diminuído), uma estrutura de personalidade binária, oscilando alternadamente entre impulso/contra impulso, amor/ódio, resultante da «ausência da constância do amor do objecto» quanto à génese, e na ausência de amor pelo objecto na relação que vêm a estabelecer em seguida.

Na génese da delinquência neurótica, encontramos um meio familiar passivizante fomentando a obediência e a acomodação com «obediência automática à lei do outro», enquanto na delinquência "borderline" encontramos distorções relacionais precoces prestadas por objectos abandonantes:

"... insuficiência ou má qualidade dos cuidados maternos, relações extremamente frustrantes com os pais, separações precoces e prolongadas, marcada distorção das relações pais-criança, negligência e indiferença parental, defeito psicótico ou carácter perverso dos pais, instabilidade familiar e falta de apoio do meio ambiente." op. cit. p. 80

Estando inteiramente de acordo com o autor quanto às classificações anteriores e respectivas géneses, verificamos, no entanto, que durante a adolescência, e mesmo que os indivíduos não

tenham na sua história vivências tão adversas, surjem comportamentos de natureza delinquente, pelo simples facto de se ser adolescente.

Na génese da delinquência, o que acaba por ser decisivo são as perdas afectivas ou abandono real, a falta de modelos de identificação capazes e a organização lacunar do Super-Eu encaminhando os jovens para uma "autonomia precoce" que disfarça a rejeição precoce.

C. AMARAL DIAS, T. NUNES VICENTE e A. COIMBRA de MATOS, anteriormente citados, são os que melhor demonstram a que ponto a vivência depressiva é a face escondida do comportamento visível no adolescente. Esta perspectiva parece-nos de extrema importância na medida em que a atitude técnica, e do senso comum, face à depressão é radicalmente diferente e oposta àquela que se tem face ao comportamento agido do adolescente.

Se compreendermos o comportamento no adolescente como depressão agida, colocamo-nos numa posição terapêutica e de prevenção. Se assim não fizermos, de uma maneira ou de outra, respondemos à acção pela acção com todas as suas consequências.

Em psicanálise a passagem ao acto é sinal da transferência agida em vez de verbalizada, compreendida e elaborada. A sua prática revela um desconhecimento, por parte do próprio, da fantasia que está subjacente ao acto e, concomitantemente, a uma confusão temporal entre o passado e o presente.

J. NAIMAN, 1966, [185], faz um historial do conceito de "acting-out" desde 1905, altura em que foi visto por S. FREUD, quando os doentes "reproduziam" o passado, não com a memória mas agindo o facto, e põe em evidência a necessidade do doente em encontrar uma expressão directa para o instinto. O "acting" opõe-se, nesse caso, ao pensamento e à capacidade de adiar a expressão instintiva.

O "acting" traduz, segundo A. COIMBRA de MATOS, 1984, [155], a intolerância à frustração, à incapacidade de adiar a satisfação. Reflecte a fraqueza do Eu e dos mecanismos do recalçamento. A impulsividade é a manifestação do Super-Eu insuficientemente organizado. O "acting" é o "vestígio seguro de intenso sofrimento pré-edipiano, designadamente pré-verbal" e em que o sujeito se confrontou a um objecto predominantemente narcísico e sádico, em "ambiente familiar tenso e taleónico".

O agir subentente uma ansiedade, sob forma de tensão, que impele o sujeito a desembaraçar-se dela, agindo. Obviamente que, quando age, encontra fora de si o alvo das suas projecções, logo, representa uma confusão entre o interior e o exterior.

Projectando e agindo o sujeito esvazia-se do seu conteúdo psíquico embaraçante. Contudo, aliena essas partes de si ao mesmo tempo que diminui a ansiedade necessária para passar do acto à compreensão psíquica. Com o agir, deste modo, empobrece-se e cria as condições para repetir compulsivamente a acção.

O comportamento do delinquente pode ser compreendido nesta perspectiva de passagem ao acto. Sob o ponto de vista legal, coloca-se fora da lei. Apropria-se, eventualmente, de qualquer

objecto material que não lhe pertença porque não compreende que aquilo de que carece é do afecto que não teve em vez do objecto que agora possui. Fá-lo compulsivamente, e sem capacidade de adiar a satisfação. Foi precocemente privado e frustrado não sendo, agora, capaz de esperar mais; daí o carácter irresistível, e imediato no tempo, do seu comportamento cujo controlo ou consciência escapa ao adolescente.

Verifica-se, por norma, que este e outros procedimentos semelhantes se ligam com a imaturidade psicológica do adolescente e com as remodelações psicológicas inerentes ao processo adolescente.

O termo "acting-out" é inglês. Em francês diz-se "mise en acte", em português, significa agir. G. BLANCK e R. BLANCK, 1983, (6), vêem no "acting" dois processos distintos: a actuação e a acção, com etimologias diferentes. A actuação refere-se ao acto (do latim «actum») e a acção (do latim «actio») tem o sentido geral de aplicação de uma força à obtenção de um resultado. Assim, por actuação, entende-se o que foi vivido, reprimido e recalcado, observa-se na transferência sob forma de actualização da patologia e do passado. O comportamento é motivado por fantasias inconscientes relacionadas com o objecto e cessam quando são interpretadas e elaboradas.

Na acção assiste-se a uma descarga directa do impulso por falta de capacidade de elaborar e diferir, como reflexo do que não foi mentalizado; o que é diferente de o ter sido e de se ter tornado inconsciente, como sucede na neurose ou na depressão.

Somos de opinião que o comportamento na adolescência reflecte, frequentemente, actuações que não devemos confundir com o agir.

Esta é também a opinião de A. BARBIER, 1987, [019], segundo o qual o termo mais adequado naquilo que se designa de "acting-out" seria o de actualização.

M. FIELDS, 1985, [074], referindo-se a GREENACRE, 1950, considera que o agir, tendo a sua origem na organização pré-verbal do indivíduo, é necessário deixá-lo aparecer e tolerá-lo temporariamente na relação terapêutica até que o sujeito consiga ligar as actuações às configurações psíquicas, de modo a estabelecer a ligação entre o acto e o seu significado .

Nos adolescentes impulsivos o "acting" e a acção têm de ser "permitidos" para ser compreendidos.

Segundo J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042], a passagem ao acto no adolescente pode corresponder simplesmente a uma fase do processo maturativo da adolescência em que o jovem precisa de experimentar as suas forças e capacidades de autonomia.

P. BLOS, 1979, [028], diz-nos que o comportamento delinquente pode corresponder a um estilo adaptativo em que as manifestações ansiosas são externalizadas pelo "acting".

Os aspectos positivos do "acting-out" são, a maior parte das vezes, ignoradas, o que se prende com a história do conceito de acting-out, visto que inicialmente foi entendido como uma

descarga impulsiva e a uma falha do Super-Eu.

O "acting-out" pode estar ao serviço do desenvolvimento adolescente, na medida em que tem um valor de comunicação.

"... the symbolic system of language and thought has become partially lost to the adolescent as an expressive instrumentality for thought and feeling; consequently, he employs a particular modality of coded communication through action". op. cit. p. 219

Para C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], o agir do delinvente corresponde a uma defesa anti-depressiva:

"... uma forma malograda do aparelho psíquico se libertar de uma angústia depressiva não integrada no plano egóico, isto é, o reconhecimento in vivo de uma impossibilidade de realização face ao facto cumprido da perda." op. cit. p. 90

Para A. COIMBRA de MATOS, 1986, [155], o acto ilícito alivia, momentaneamente, a tensão acumulada resultante das privações e frustrações em face do que foi reprimido e recalçado.

Não esqueçamos que durante a adolescência assistimos a uma remodelação do Super-Eu e que qualquer adolescente, à margem de qualquer patologia específica, tanto pode mostrar-se severo e crítico em relação a si mesmo utilizando mecanismos de defesa

severos e rígidos (Super-Eu exigente) como, e de um momento para o outro, recorrer a mecanismos de defesa da série lábil e a comportamentos totalmente ditados pelo princípio do prazer. Assim, o Super-Eu lacunar de que fala o autor na delinquência "borderline", pode aparecer simplesmente porque o sujeito é adolescente. Está em plena mutação física e psicológica, em plena remodelação da identidade e o que se vê é o comportamento como via privilegiada.

Pensamos que a passagem ao acto é susceptível de aparecer em todo aquele que, parecendo consentir porque se cala, cala mas não consente.

M. KLEIN, 1927, [119], põe o problema de saber quais os factores que contribuem, em maior ou menor grau, para a componente criminosa nas crianças normais e fá-lo segundo a sua leitura da problemática edipiana.

Segundo a autora, o recalçamento rege-se pelo Super-Eu e os recalcimentos mais profundos são aqueles que dizem respeito às tendências anti-sociais, em que a personalidade oscila entre a sua parte punitiva «que se opõe radicalmente à parte civilizada».

A mesma autora, em 1934, [120], é de opinião que as crianças manifestam tendências anti-sociais e criminosas tanto mais facilmente quanto temem as represálias por parte dos pais. Na sua origem, não estaria a fraqueza do Super-Eu ou ausência de consciência moral, mas sim a severidade do Super-Eu. Esta seria a característica essencial das pessoas anti-sociais.

Quanto à ideia, generalizada, de que o sujeito anti-social não teria sentimentos de bondade, benevolência, como todo o ser humano, a autora afirma que isso é apenas aparente.

"... Lorsque au cours d'une analyse, on parvient jusqu'au conflits les plus profonds d'où jaillissent la haine et l'angoisse, on trouve aussi l'amour. (...) La haine est souvent utilisée comme le masque le plus efficace de l'amour. op. cit. p. 310

D. MELTZER, 1967, [169], distingue o "acting-out" parcial, que pode ocorrer em qualquer análise, e o "acting-out" total, que revela graves fixações à posição esquizo-paranóide. O "acting" corresponde à necessidade do sujeito encontrar no exterior um objecto que possa conter as suas projecções servindo assim, e segundo a sua expressão, de "seio-latrina", bem como a de W.R. BION, citado pelo autor, e segundo o qual:

"... a forma mais primitiva de alívio do sofrimento psíquico é conseguida pela evacuação, no objecto externo, das partes angustiadas do Eu (Self)."

op. cit. p. 30

No delinquente, tal como faltou a continuidade relacional, faltou também a função contentora da mãe que, segundo L. GRINBERG, 1983, [098], permite à criança transformar as emoções primitivas (elementos beta) em elementos alfa; responsáveis pela

elaboração do pensamento, da imaginação, dos sonhos, das recordações que caracterizam a função alfa, base do pensamento elaborado que se contrapõe ao agir.

Segundo P. LUZES, 1983, [136], durante a adolescência reaparecem poderosos fenómenos emocionais que foram, no período pré-verbal, responsáveis pela comunicação inter-individual. A angústia, a depressão, a vergonha, a culpa, a agressividade são «emoções negativas que accionam muito mais facilmente defesas destinadas a obter modificações emocionais sentidas como desintegradoras da personalidade». op.cit. p. 636

Para o autor, não só não existem perturbações psicopatológicas sem perturbações do pensamento como, em certos casos, as alterações do pensamento aparecem como sintoma de primeiro plano como resultado de lacunas entre as ideias e a acção. Essas lacunas observam-se na percepção isolada dos acontecimentos da vida quotidiana, sem ligação com o que outrora lhe deu origem, como autêntica recusa do pensar; típica do delinquente.

Segundo D.W. WINNICOTT, 1956, [232], o acto anti-social subentende a esperança de uma tomada a cargo a tempo.

"... l'acte antisocial exprime un espoir car il arrive souvent qu'on laisse ce moment d'espoir se perdre ou se gacher par l'intolérance ou parce qu'on ne prend pas les choses en main comme il faut."

op. cit. p. 178

O acto anti-social pode ocorrer em qualquer indivíduo e em qualquer idade; existindo uma relação directa entre a tendência anti-social e a privação. O autor sublinha o facto de se registar sempre uma vivência anterior boa até determinada idade (por norma o desmame).

A tendência anti-social tem duas vertentes: uma o roubo, outra o destruir. Mas o comportamento anti-social deve ser entendido como a procura do objecto perdido. Insere, assim, o comportamento anti-social na base de uma boa experiência primitiva perdida. O facto de o comportamento ser anti-social reflecte a concepção do jovem segundo a qual a causa da sua infelicidade reside numa falha atribuível ao meio.

A estabilidade do meio é factor indispensável para o tratamento.

"... c'est l'environnement qui doit donner une occasion nouvelle à la relation au moi puisque l'enfant a perçu que c'était une carence de l'environnement dans le soutien du moi qui a suscité à l'origine la tendance antisociale." op. cit. p. 184

A oportunidade que devemos ao adolescente pode ser a de entendermos os seus comportamentos, por muito anti-sociais que pareçam, mais à luz da actualização do que da acção.

Como vimos em momento oportuno (Cap 2), a adolescência, como processo maturativo é um momento de procura da identidade social e individual, de difusão da identidade e, por vezes, de es-

colha da identidade negativa (E.ERIKSON, 1968, [066]), de procura da identidade própria (J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042]), passagem da identificação xenomórfica à identificação idiomórfica (A. COIMBRA de MATOS, 1986, [157]), sempre uma crise de identidade e de equilíbrios precários (J. MILHEIRO, 1986, [175]), de insuficiência de processos identificatórios até aí existentes em consequência de lutos inevitáveis (C. AMARAL DIAS, T. NUNES VICENTE, 1984, [056]).

Entre um passado sempre problemático, em maior ou menor grau, e um futuro sempre incerto, o adolescente é abalado na essência do seu ser, na sua identidade.

Embora a gravidade das manifestações de natureza delinquente dependa, como vimos, da patologia das relações objectais da primeira infância, qualquer adolescente na procura da vida adulta passa por uma desintegração do seu sistema psicológico em que o comportamento é o sintoma.

E. JACOBSON, 1964, [110], referindo-se aos problemas que se colocam ao adolescente na procura da estabilidade das identificações, das relações objectais, da permanência do Self, lembra que a doença mental se declara fundamentalmente na adolescência, perante o perigo dos processos regressivos, dos conflitos passionais e da resolução da ambivalência.

"En vérité, leur maîtrise requiert toute la force potentielle inhérente au moi et au surmoi, même quand ces conflits ne dépassent pas les limites de la normalité."

op. cit. p. 209

Do que dissemos, parece claro que a adolescência é um período de esforço e de selecção humana em que o problema central é a busca da identidade, busca da coesão, integração e continuidade do próprio ao mesmo tempo que se diferencia dos objectos formadores. O sentimento de identidade existe na medida em que o sujeito se sente sempre o mesmo, enquanto muda, conforme refere I. CARNEIRO LEÃO, 1985, [126]:

"La capacidad para continuar sintiéndose uno mismo en el curso de todos estos cambios internos e externos constituyen el fundamento de la experiencia emocional de la identidad."

op. cit. p. 161

"Os toxicómanos aparecem-nos pura e simplesmente, como jovens pior armados para fazer face, sob o plano pessoal familiar e social, às realidades, às dificuldades e às solicitações que constituem o quotidiano dos seus contemporâneos."

C. AMARAL DIAS (1980)

### 3.4 A toxicodependência

Segundo L. COLONNA, 1971, [041], a toxicodependência insere-se num triplo ponto de vista: social, médico-psiquiátrico e jurídico. Encontra-se em sujeitos com estruturas psicológicas diversas, sem que possamos enquadrá-las numa entidade clínica unívoca. No entanto é sempre uma conduta patológica, já em si de natureza suicidária que aumenta os riscos de suicídio, propriamente ditos, como consequência dos impulsos agressivos virados contra si próprio.

"Le toxicomane vit sur un mode d'apparente toute puissance en réalisant le jeu de la vie et de la mort."

op. cit. p. 1083

Para P. DENIKER e M. HANUS, 1971, [048], a toxicomania aparece em todos os meios sociais com relações familiares perturbadas, nomeadamente onde predominam conflitos com a imagem paterna. Aparece no grupo cujo sistema de valores é o da rejeição do sistema social, na "opção" da passividade e não violência. As motivações são a evasão, curiosidade e participação no grupo.

O comportamento toxicómano encontra-se preferencialmente em personalidades imaturas, regredidas, recorrendo a uma satisfação oral narcísica como defesa contra a imaturidade.

Para H. LÔO e J.R. SUSINI, 1976, [133], é necessário distinguir as experiências com tóxicos como acto isolado e a verdadeira toxicomania como acto autodestrutivo; por outras palavras, e segundo J.M. OUGHOURLIAN, 1976, citado pelos autores, tudo depende do modo como os jovens investem a droga, «aqueles para quem a droga é um meio e aqueles para quem a droga é um fim».

Os autores põem a questão de saber se a toxicomania deve ser vista como desvio psicológico, desvio sócio-cultural e/ou desvio de natureza delinquente.

Como desvio psicológico, o comportamento toxicómano resultaria da ansiedade e depressão inerentes à etapa de maturação que é a adolescência. Na procura da autonomia, na aceitação da realidade, no acesso às responsabilidades da vida adulta, no abandono da dependência e inserido nos processos de luto que atravessam toda a adolescência.

A ansiedade ultrapassaria os limites do tolerável comprometendo a adaptação e o processo maturativo. O comportamento toxi-

cómano seria aí uma saída, uma «solução», uma defesa.

Em todo o caso, e em nosso entender, seria um meio para suportar a vida embora o acto fosse paradoxal, na medida em que o sujeito se autodestruiria para existir e sofreria para encontrar o prazer.

Vida ou morte, prazer ou sofrimento é esta a grande questão.

Devemos referir que o "ou" como conjunção indica alternativa (vida "ou" morte/prazer "ou" sofrimento) o que supõe uma resolução da ambivalência.

Na medida em que verificamos que o comportamento do toxicómano é simultaneamente de procura do prazer e do sofrimento, de procura da existência e da autodestruição, a conjunção "e" liga partes iguais da mesma preposição, com o significado de "mais". Isto supõe uma marcada ambivalência entre termos que, para nós, se opõem.

Como desvio sócio-cultural, a toxicomania obedece a uma leitura política, sociológica e ideológica com base em dois critérios:

- primeiro o de não considerar o tabagismo e o alcoolismo como hábitos toxicómanos;

- segundo de existirem, até hoje, menos hábitos toxicómanos na Europa de Leste do que na Europa Ocidental.

Os autores referem que as motivações políticas e ideológicas não transparecem no discurso do próprio toxicómano. Os seus interesses estão ligados à procura do prazer e manifestam desin-

teresse pelas questões sociais e políticas.

Parece-nos uma maneira simplista de evitar a abordagem dos factores sócio-culturais, dificilmente controláveis. Com efeito, não podemos deixar de ter presente os factores patogénicos da fragmentação da célula familiar, a perda da autoridade do pai, o estiolamento dos valores culturais, morais e religiosos como perda de referências sociais e suas consequências no devir toxicómano, ligados precisamente aos factores sócio-culturais.

Como desvio de natureza delinvente, a passagem da delinquência à toxicomania e desta à delinquência é um problema central, na medida em que se cruzam problemas de ordem psicológica e social quanto à génese e de influência do grupo na propagação e agravamento de ambas as patologias.

"Certains délinquants parmi leurs comportements antisociaux sont attirés par la toxicomanie alors que des jeunes non délinquants sous la pression des nécessités de la toxicomanie se marginalisent et deviennent délinquants." op. supra cit. p. 2974

C. AMARAL DIAS, 1979, [052], 1980, [053], 1984, [056], acha que o factor comum a ambas a patologias se prende com «o transtorno das identificações» e que, nos delinquentes, existe «um agravamento da criminalidade com o início da toxicomania», e uma modificação favorável dos comportamentos delinquentes aquando do tratamento do toxicómano.

C. AMARAL DIAS, 1980, [053], na sua tese de doutoramento, elaborada numa perspectiva clínica e preventiva do comportamento toxicómano, privilegia o modelo de investigação psicossocial e sócio-cultural: modelo psicossocial em que o uso das drogas corresponde «a um comportamento como qualquer outro e que só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo» (op. cit. p.36); modelo sócio-cultural em que a droga corresponde a «um comportamento desviante que varia necessariamente de cultura para cultura e de uma sub-cultura para outra» op.cit p. 37.

O autor passa em revista os estudos efectuados sobre a toxicomania, nomeadamente, e no que de momento nos interessa, quanto à personalidade e à família.

Tece, acerca de cada uma destas abordagens, considerações relevantes ora na convergência ora na divergência das teorias e conclui, por norma, com uma visão ampla acente na sua experiência clínica e no valor relativo daquilo que é veiculado nas teorias como contributo à compreensão do toxicómano.

Assim, a propósito da personalidade, refere-se à «inexistência de uma estrutura de base única» específica do toxicómano e pela «enorme variabilidade nosográfica no mesmo indivíduo».

Lembra que a maior parte dos sujeitos que se drogam são adolescentes, isto é, sujeitos em devir, cujos comportamentos devem ser entendidos como modos de funcionamento actuais e não como reflexo de uma estrutura psicológica já definida:

"... é uma constatação que pensamos comum à clínica, a verificação que muitos destes jovens, depois de um itinerário dramático pela farmacodependência, saem sem grandes sequelas e cicatrizes psicológicas."

op. cit. p. 60

No que diz respeito à família, sublinha o valor da coesão familiar como prognóstico favorável aquando do encontro dos jovens com a droga, hoje quase inevitável, e de mau prognóstico as distorções familiares, as famílias desfeitas e a patologia dos pais.

A família amputada ou diminuída pela «distorção do anel familiar» não estaria em posição de fornecer ao jovem o papel de suporte indispensável que a adolescência requer, nem de facilitar os processos identificatórios.

A constelação psicopatológica por excelência parece ser a ausência do pai, definitiva ou temporária, «a fraqueza da figura paterna» quando o pai existe, ou a desvalorização da imagem de pai, transmitida ao filho, em consequência da imago paterna da mãe, também desvalorizada.

Com efeito, os estudos de DE FOREST e colaboradores em 1974, citados pelo autor, são em favor da tese da falta de pai na mente da mãe. Nesses estudos são comparadas 31 mães de toxicómanos com 31 mães de não toxicómanos. No primeiro grupo, e embora as mães não revelassem perturbações graves ou desajustamentos, consideravam os maridos «como fortes, críticos e arrogantes, (p < 0.05), ou ainda como homens que usam o seu poder para

humilhar ou diminuir os outros» enquanto «no grupo comparativo os maridos eram descritos como "leaders" e seguidos porque respeitados».

Como se depreende, e em nossa opinião, a fraqueza do pai é também patente quando ele não consegue contrariar, na relação com o próprio filho, e, através de uma imagem real, sólida e construtiva, a imagem que a mãe transmite dele ao filho. E isto tanto na sua incapacidade de abrir e resolver o conflito como na imaturidade que demonstra na relação de casal colocando-se em figura de segundo plano aos olhos do filho, provavelmente como reflexo de um peso excessivo da sua própria imago materna.

Na parte experimental da sua tese, C. AMARAL DIAS, 1980, [053], constitui uma amostra de 205 toxicómanos que frequentaram o Centro de Estudos e Profilaxia da Droga de Coimbra, sendo 166 do sexo masculino e 39 do sexo feminino. A média de idades era de 20 anos para os homens e de 18 para as mulheres. Eram oriundos do meio urbano, semi-urbano, rural e vindos das ex-colónias. Na sua grande maioria eram solteiros. As habilitações literárias tinham a seguinte distribuição: 40 com a instrução primária, 82 com o ensino preparatório concluído, 65 com um dos 3 primeiros anos do ensino secundário e 18 nos últimos anos do ensino complementar ou ensino superior. Quanto ao tipo de ocupação, 34 não tinham profissão, 39 estavam desempregados, 65 eram estudantes e 67 trabalhavam. O agregado familiar tinha a seguinte dimensão: pai, mãe e um filho - 32; pai, mãe e dois filhos - 54; pai, mãe e três filhos - 27; pai, mãe e mais de três filhos - 38; 54 eram

provenientes de famílias onde se registavam distorções do agregado familiar predominantemente por morte do pai ou divórcio.

O autor faz uma análise factorial das correspondências com 205 sujeitos e 32 variáveis constituídas a partir de um questionário, elaborado para o efeito, de modo a responder à «Influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano».

Verificam-se duas grandes formas de toxicomania: consumo de drogas "duras" e "leves". A primeira relacionada com o agir delinquente de carácter aquisitivo a par de uma situação sócio-económica baixa, grande mobilidade geográfica da família, entre outras razões por regresso das ex-colónias e por uma distorção frequente do anel familiar por morte do pai ou por separação. A segunda relacionada com o consumo de drogas leves em indivíduos com uma situação económica mais elevada do que a primeira, frequência de conflitos familiares e por uma ausência da figura paterna, às vezes de carácter profissional.

A atitude dos pais na relação com os filhos parece determinante quanto ao consumo de drogas: a «indiferença ou o desconhecimento» tem uma correspondência estreita com o consumo de opiáceos, enquanto a atitude de «preocupação ou condenação» tem uma correspondência com o consumo de cannabis. Embora a preocupação e condenação sejam de ordem conflituosa e ambivalente, revelam um investimento libidinal do jovem, enquanto a indiferença ou desconhecimento acaba por funcionar como uma rejeição ou ausência de investimento libidinal, sendo esta atitude de mau prognóstico na passagem das drogas leves para as duras.

A mobilidade geográfica da família e o retorno das ex-colónias, constitui um factor de alto risco.

O grupo tem, indiscutivelmente, uma influência muito importante no comportamento toxicómano na medida em que as identificações juvenis se fazem no e com o grupo. Por um lado é no grupo que o jovem procura a droga e se inicia nela, por outro, é o grupo que fornece, pelos seus hábitos, linguagem e modos de estar, uma autêntica «sub-cultura».

A influência do grupo é um facto indiscutível no devir do toxicodependente desde que a família ou não exista ou, existindo, abdique da responsabilidade e autoridade que lhe cabe.

"A perda do afecto familiar e do reconhecimento social leva as pessoas fragilizadas a serem susceptíveis ao grupo de iguais." op. cit. p. 77

Por fim, a patologia delinquencial relaciona-se com o consumo de narcóticos, em que o roubo para a aquisição das drogas é um comportamento desviante.

O comportamento toxicómano está estreitamente relacionado com a falência do processo de identificação, à ausência da figura paterna e com os consequentes agravamentos relacionais intra-familiares.

"(...) devendo a toxicomania ser encarada numa perspectiva de disrupções do desenvolvimento situada nos processos de separação-individuação (...) compreender-se como uma forma do sistema oposicional adolescente no conflito de gerações (...) forma extrema que assume a depressão desenvolvimental no adolescente."

op. cit. p. 200

"O amor do jovem é sem maturidade, e é por falta de maturidade que odeia os homens e a terra. Tem ainda presas e trôpegas a alma e as asas do espírito."

NIETZCHE (1885)

### 3.5 As tentativas de suicídio na adolescência

E. FREITAS, 1985, [080], tentando compreender a incidência do comportamento suicidário na população jovem do nosso país com base em dados estatísticos colhidos entre 1963 e 1983, e à luz das mudanças sociais e políticas ocorridas após a revolução de 1974, assinala uma taxa crescente do suicídio na faixa etária dos 10 aos 24 anos a partir de 1977.

Apreciando o contraste geo-cultural norte-sul evidencia uma taxa de mortalidade por suicídio de 5 a 10 para 100.000 habitantes a sul.

No que se refere à faixa etária dos 15-19 anos, o mesmo autor, 1987, [082], verifica a mesma tendência de maior incidência do suicídio na região sul do que na região norte do país, no mesmo período de tempo.

Destaca a importância da religião católica e a forte coesão familiar no norte do país como factores que contribuem para uma menor taxa de morte por suicídio nos adolescentes.

Apoiando-se na percentagem de casamentos católicos dos pais, no total de celebrados no país, assinala uma percentagem superior a 85% acima da linha Coimbra-Castelo Branco e inferior a 70% na linha Lisboa-Vila Real de Santo António.

Quanto à dicotomia meio urbano, meio rural, o suicídio é mais frequente no meio rural que no meio urbano excepto na classe de 15-19 anos. Para estas idades as taxas são de 4.5/100.000 habitantes no meio rural contra 5.4/100.000 habitantes no meio urbano.

Se, em 1982, [078], o autor afirma que, de um modo geral e desde o princípio do século, a sobremortalidade masculina por suicídio não se devia a efeitos de conjuntura social, o mesmo não se passaria na faixa etária dos 15-19 anos e para o período após 1977.

E. FREITAS chama a atenção para dois factores, a seu ver sintomáticos: o primeiro ligado à degradação do sistema educativo com aumento do insucesso escolar no ensino secundário: 20% de reprovações entre 1974 e 1976 atingindo cerca de 50% a partir daí e até 1980; o segundo ligado à desfuncionalidade de sistema económico que provocou um aumento do desemprego na população dos 15-19 anos, a mais atingida entre 1975 e 1981. Para essa população, e nesse espaço de tempo, a taxa de desemprego passa de 4.2 a 17.2% depois de ter atingido 23.7% da população considerada em 1978.

Estes dados permitem um reencontro com as teorias sociológicas do suicídio. O autor conclui da sua análise:

"A evolução do suicídio em Portugal permite levantar a hipótese explicativa de que as variações mais significativas da incidência suicidária se acham associadas a estados sociais de acentuada anomia... que terão afectado particularmente a população jovem... vulnerabilizados devido a factores de ordem psicossocial tornam-se mais expostos ao risco do suicídio."

op. cit p. 150

Esta análise merece-nos a maior atenção e levanta com ela outras questões, a saber: como é que cada um destes factores atua no sujeito para que ele intente ou consiga suicidar-se? Agem estes factores de imediato ou "a posteriori"?

Se é verdade que os momentos de crise sócio-económicos e educativos, entre outros, e os estados sociais de anomia podem precipitar os jovens no suicídio, não é menos verdade que é também em momento de crise que existe o terreno mais propício à inovação e à criatividade.

Pensamos que o mais provável, e de acordo com a perspectiva clínica, é que a influência de mudanças sociais importantes sejam sentidas por cada um em função da especificidade da sua organização psíquica. Seriam sentidos como estímulo positivo nos que têm uma organização psíquica e um meio familiar favorável à evolução e negativamente em sujeitos onde já existissem proces-

sos mórbidos latentes e em meio familiar desfavorável, patogénico.

Embora estas considerações sejam teóricamente conhecidas e geralmente aceites confirmam-se clinicamente: primeiro porque é sempre o próprio que toma uma atitude de vida ou contra ela, a seu favor ou contra si mesmo; segundo porque não há atitude do próprio boa e/ou má que não seja presidida pelos seus próprios processos psíquicos; terceiro porque, salvo raras excepções, quando o indivíduo deseja atentar contra a própria vida, pelo suicídio ou por actos autodestrutivos francos, isola-se, fá-lo sozinho. Se a tentativa falhar ou a lesão do acto estiver à vista esconde-a. Fala do que sucedeu com sentimento de culpa, de vergonha, de inferioridade... sentimentos que não teriam muita razão de ser se o acto fosse predominantemente social. Finalmente porque os autores actuais de quem adiante falaremos verificam que a dimensão depressiva e/ou ansiosa da personalidade de cada um é diferente consoante o indivíduo tem ou não tendência para agir e a intentar contra si próprio. O facto de existir uma taxa crescente de comportamentos suicidários nesta faixa etária parece-nos compatível com a afirmação que temos vindo a fazer e segundo a qual o comportamento é a forma privilegiada de procedimento no adolescente.

C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], em complemento aos dois grupos de risco que referimos no capítulo I, salientam dois outros grupos de sujeitos em que ocorrem tentativas de suicídio:

- Grupo III (médio e baixo risco) em sujeitos predominantemente impulsivos e imaturos onde prevalece o comportamento suicidário com carácter apelativo e pedidos de ajuda. Não estaria em causa o desejo de destruir-se mas de destruir o sofrimento. As repetidas tentativas de suicídio são apelos que, ao não serem compreendidos como tal, desencadeiam mesmo a autodestruição. Importa, portanto, mostrar pelo comportamento o que de outro modo não é dito.

- Grupo IV (menor risco) onde o intento manipulativo é evidente com comportamentos aparentemente autodestrutivos. Neste grupo não haveria depressão nem sequer vivência depressiva.

Vemos assim que, pelas características de impulsividade, carácter apelativo e manipulativo, estes dois grupos dizem respeito a adolescentes e jovens adultos e sem patologia específica.

S.R. MOLIN, 1986, [178], acha que os comportamentos agidos do adolescente são formas de suicídio disfarçados, que a família se recusa a ver. Estes comportamentos autodestrutivos sobrevêm em famílias em contexto de crise e não podem ser entendidos como sintoma individual. O seu significado é de chamada de atenção, depressão e pedido de ajuda externo.

O autor considera que a tentativa de suicídio do adolescente na família corresponde a uma perda drástica da comunicação, que a família pode "propor" ou "induzir" o suicídio do adolescente quando o coloca em instituições psiquiátricas ou reformatórios. Esta atitude faz com que os adolescentes percepcionem que são o "bode expiatório" e agem.

D. SAMPAIO, 1980, [200], numa compreensão sistémica dos adolescentes nas famílias verifica um índice elevado de síndromes depressivas nos adolescentes que intentam contra a própria vida sem que possam ser enquadrados, nosológicamente, quanto a perturbações psiquiátricas específicas.

Realça a influência das perturbações do meio familiar, das diferenças de ordem sócio-cultural entre os adolescentes e respectivas famílias, e das dificuldades de comunicação nas vivências afectivas como desencadeadores dos comportamentos suicidas nos adolescentes.

Segundo o autor, é de grande importância a entrevista nas famílias na medida em que o suicídio do adolescente só é susceptível de compreensão quando se tem em conta a rede de interacções no meio familiar.

Assinala que a própria família tem capacidade para resolver as crises desde que se estabeleça a comunicação entre os seus membros.

Dando continuidade a esta linha de pensamento, D. SAMPAIO, 1985, [201], na sua tese de doutoramento, faz um estudo sistemático de 52 adolescentes de ambos os sexos (38 raparigas e 14 rapazes) com tentativas de suicídio. Privilegia a entrevista e a técnica do genograma com todos os jovens e seus familiares numa perspectiva teórica sistémica. Embora a faixa etária desses adolescentes seja a dos 12-21 anos, a maioria tem entre 15 e 18, são solteiros e habitam a área geográfica da grande Lisboa. Comparando esses adolescentes a um grupo testemunho, criado para o efeito, com 104 sujeitos de ambos os sexos.

Na patologia dos 52 adolescentes evidencia, por ordem decrescente, as perturbações depressivas, perturbações de natureza histriónica, personalidades anti-sociais, perturbações da identidade e estados-limite.

Para D. SAMPAIO, o adolescente suicida fracassou no seu processo de desenvolvimento, na relação com os pais, com os companheiros e no estabelecimento de uma identidade sexual. Estes fracassos determinam uma visão negativa de si próprio num processo que se organizou desde a infância e vem eclodir na adolescência, sob a forma de comportamento. O gesto suicida representaria uma metacomunicação, isto é, uma comunicação sobre a comunicação familiar num apelo à mudança. À semelhança das investigações do grupo de PALO-ALTO atribui quatro funções ao gesto suicida todas elas visando a mudança:

1 - Função de apelo - utilizada como desejo de mudança pelos sujeitos que se encontram numa situação de complementaridade e numa relação baseada na maximização da diferença; isto é, numa situação em que o sujeito se considera tudo ou nada na relação com o outro;

2 - Função de desafio - em que o sujeito pretende a mudança situando-se numa posição de simetria face ao outro, isto é, de igualdade e minimização da diferença;

3 - Função de renascimento - através da qual pretende redefinir as relações do sistema familiar e sem negociação com os outros;

4 - Função de fuga - pretende a mudança excluindo-se, de modo a obrigar o sistema a redefinir-se.

A tentativa de suicídio no adolescente é uma situação grave e o índice de gravidade é considerado a partir de três tentativas. Está relacionado com o sexo masculino, com a ausência de traços de personalidade correspondentes ao perfil histriónico, presença de traços de perfil "limite" e anti-social da personalidade, má relação com a figura materna, sentida como distante ou autoritária. Enfim, isolamento social e má relação com os companheiros.

E isto sem sintomas patológicos francos, do ponto de vista nosológico.

A tentativa de suicídio do adolescente organiza-se à volta do apelo e desafio, quanto à dinâmica familiar, e de fuga e renascimento na dinâmica intrapsíquica. Representa um triplo fracasso (individual, familiar e social) do jovem, que não consegue realizar as tarefas maturativas da adolescência.

Em nosso entender o adolescente age e privilegia o acto perante a dificuldade de elaboração dos processos psíquicos dolorosos. Pensa, provavelmente, que a solução dos problemas internos passa, antes de mais, por comportamentos que atinjam o objectivo que pretende.

Segundo J.C. DIAS CORDEIRO, 1975, [042], o suicídio deve-se à fragilidade psíquica criada pelo próprio processo adolescente. Aqui, o luto das imagos parentais e a escolha do objecto heterossexual e exogâmico predispõem a sentimentos de perda objectal e narcísica; ponto de vista bastante contestado na medida em que pode deixar supôr que o evoluir é doentio.

Os factores do meio ambiente não podem ser considerados como causa de suicídio mas sim como desencadeadores do processo autodestrutivo.

Salienta, como a maior parte dos autores, a dissociação familiar, a ausência paterna ou o abandono da mãe como ocorrência frequente no adolescente suicidário. A ausência de figuras de identificação válidas que ajudem o adolescente na passagem da realidade edipiana para o processo de socialização é outro dos factores apontados.

Jogam como factores anti-suicidários a mobilidade própria da adolescência e a capacidade de estabelecer relações afectivas compensadoras evitando o isolamento e a insegurança. Para este autor a dificuldade de integração dos princípios da realidade precipita o sujeito na acção, na fuga ou no suicídio como reflexo da incapacidade de resolver as situações conflituosas.

BACHLER, 1975, [017], estabelece quatro tipologias de suicídio:

1 - O suicídio de afastamento por sua vez subdividido em suicídio pela fuga, pelo luto e pelo castigo, isto é, fuga a circunstâncias de vida insuportáveis, luto patológicos em que o trabalho de luto é inviabilizado pela importância de que se revestia o objecto desaparecido para o sujeito e pelo castigo como expressão do sentimento de culpa face à perda.

2 - O suicídio agressivo em que a finalidade é a expressão da agressividade contra outrem sob a forma de vingança no intuito de culpabilizar o outro, a chantagem para que o seu gesto seja sentido como uma privação, ou o de apelo no sentido de avisar

o outro e de operar mudanças no seu meio vivencial.

3 - O suicídio oblato em que o sujeito se coloca ao serviço de outrém ou de um ideal. Entenda-se o sacrifício inerente à concepção da morte como uma passagem a um estado mais "agradável".

4 - Suicídio lúdico que se subdivide em ordálico; isto é, num comportamento em que o sujeito se põe à prova perante si próprio e perante a sociedade (na Antiguidade perante o julgamento dos Deuses, P. MORON, 1975); e o jogo em que se brinca com a vida.

Como o próprio autor refere, as patologias e suas subdivisões só existem separadamente em teoria e devem ser vistas como estratégias. Como comportamentos mórbidos, acrescentemos. O contacto com doentes em situações de desespero leva-nos a afirmar que existe sempre, em cada um deles, um predomínio de um ou vários destes aspectos.

Por nossa parte não teríamos dificuldades, e segundo os ensinamentos de A. COIMBRA de MATOS, 1983, [153], [154], 1987, [158], em considerar a tentativa de suicídio à luz da patologia depressiva em que a fuga às situações e o luto enquistado correspondem à idealização do objecto, inviabilizando o trabalho do luto, e a agressividade correspondente à consciência culposa como reflexo de uma interiorização da malevolência do objecto. Concomitantemente teríamos o suicídio oblato como vertente masoquista da depressão em que o sacrifício é a expressão de submissão do sujeito ao seu objecto sádico.

Quanto ao suicídio designado de agressivo, em que predomina a vingança, a chantagem, o apelo ou qualquer destes aspectos, podem ser entendidos como típicos da depressão neurótica ou depressão histérica em que a imaturidade do sujeito e a dependência anaclítica perante o objecto conduzem a manobras evitando o confronto com a necessidade de estar momentaneamente só para não viver mais na condição de depressividade; A. COIMBRA de MATOS, 1979, [141], 1982, [147], [148], e J. BERGERET, 1976, [024].

Também aqui, o que prevalece é o comportamento e a ilusão da sua eficiência. Na tentativa de resolução dos problemas internos, recorrem ao comportamento agido na esperança de mudar internamente, mudando apenas por fora.

Segundo K. HAWTON, 1986, [105], os aspectos mais relevantes nas tentativas de suicídio nos adolescentes devem-se a factores de natureza familiar. Os lares desfeitos, a perda de suporte familiar por separação ou divórcio, cada vez mais frequente e mais cedo na história dos indivíduos, a desorganização psicológica provocada pelas rupturas relacionais, que se estendem a alterações nos parâmetros sociais do adolescente (mudanças de residência, de escola, etc.) exigindo novos tipos de relação. Estes acontecimentos na vida dos adolescentes, sendo inseparáveis da depressão, são de natureza a transformar as ideias de suicídio em actos.

Segundo S. WHITING, 1981, [226], a depressão na adolescência está encoberta por comportamentos. Referindo-se a CAPLAN e

LEBOVICI, 1969, afirma que o "acting-out" e o desajustamento social na idade escolar são as suas principais expressões, podendo os problemas de comportamentos ligados à depressão desaparecer com a saída da adolescência.

Obviamente que a depressão não desaparece sem ser tratada. Manifesta-se pelo comportamento e é essa forma de expressão que desaparece ou diminui com a saída da adolescência.

L.S. WRIGHT, 1985, [238], investigou a incidência de francas ideias de suicídio numa amostra constituída por 201 estudantes de liceu e 901 jovens universitários, a sua relação com o "stress" na família, problemas de abuso de álcool e de drogas e com a delinquência.

Conclui que mais de 10% dos estudantes de liceu e de 6% dos estudantes universitários (população jovem) manifestaram ideias de suicídio.

No interior de qualquer destes dois grupos, os factores que mais contribuem para a tendência suicidária são os conflitos conjugais dos pais ( $p < 0.001$ ), pobreza da relação do sujeito com o pai ( $p < 0.001$ ), o facto dos filhos sentirem pelo menos um dos pais zangado a maior parte do tempo ( $p < 0.001$ ) e/ou deprimido ( $p < 0.001$ ) e do sujeito se ver, ele próprio, com problemas de abuso de álcool ou de droga ( $p < 0.001$ ).

S.M. LEESE, 1980, [127], faz um estudo retrospectivo do meio familiar de 20 adolescentes internados numa unidade de psiquiatria que tiveram comportamentos suicidários. verifica que

esses adolescentes contam na sua história familiar, lares desfeitos, que a maior incidência se verifica naqueles que vivem só com a mãe (nenhum caso de sujeitos com comportamento suicidário que vivam só com o pai), e que, quando esses adolescentes vivem com ambos os pais, um deles pelo menos tem invalidez física total ou parcial, ou perturbações psiquiátricas.

Segundo F.V. WENZ, 1979, [223], nos E.U.A. 12% do total de suicídios são praticados por adolescentes. O suicídio é a quarta causa de morte na adolescência, na faixa etária dos 15-18 anos (excluindo as mortes devidas a acidentes).

Propõe-se o autor estudar as correlações eventualmente existentes entre os factores sócio-familiares que enquadram institucionalmente o adolescente e as tentativas de suicídio na adolescência.

Constitui uma amostra de 200 sujeitos (26% do sexo masculino e 76% do sexo feminino) que tentaram o suicídio, a partir de uma população que telefonava em pedido de ajuda ao "Crisis Intervention Center" da área metropolitana do norte dos E.U.A. e entre uma lista de sujeitos que receberam tratamento de emergência após comportamentos suicidários.

Utilizou a "Dean's alienation scale", constituída por 20 itens, e um conjunto de 18 variáveis sócio-familiares.

Em termos de resultados, o autor encontra fortes correlações entre as variáveis sócio-familiares institucionalizadas e os comportamentos suicidários, que organizámos do seguinte modo:

- do ponto de vista social - nível sócio-económico dos pais elevado ( $p < 0.001$ ), mais de três mudanças de residência nos últimos cinco anos ( $p < 0.001$ ), relacionamento com um grupo com as mesmas características ( $p < 0.001$ );

- no âmbito pessoal - destaca o baixo nível de escolaridade ( $p < 0.001$ ), hábitos alcoólicos ou toxicómanos do grupo ( $p < 0.001$ );

- ao nível familiar - encontram-se os lares desfeitos ( $p < 0.001$ ) e conflitos conjugais entre os pais, também com igual nível de significância ( $p < 0.001$ );

- quanto ao relacionamento - são indivíduos com conflitos com os pais ( $p < 0.001$ ), dificuldade de comunicação com os mesmos ( $p < 0.001$ ) e que tiveram desenlaces amorosos infelizes ( $p < 0.001$ ).

Convém referir que a variável sexo não apresenta diferenças significativas ao nível do  $X^2$ , ou seja, a tentativa de suicídio do adolescente, como comportamento sintoma, nesta investigação, é independente do sexo dos sujeitos.

F. FACY, M. CHOQUET e J. LECHEVALLIER, 1979, [069], constituíram uma amostra representativa de 535 adolescentes com comportamentos suicidários, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, a partir de casos observados nos Centros Hospitalares Universitários (CHU) de Lião, Paris e Estrasburgo.

Na procura de tipologias de adolescentes com esses comportamentos, elaboraram um questionário com 27 perguntas de ordem sócio-familiar, 31 de ordem psicológica, 30 sobre o modo de vida do adolescente e 16 perguntas de ordem médica.

Utilizaram uma análise factorial das correspondências no tratamento estatístico dos dados e estabeleceram quatro tipologias de sujeitos com actos suicidários considerando:

- a) situação sócio-demográfica;
- b) antecedentes familiares;
- c) características pessoais;
- d) características das tendências suicidárias.

Salientam-se quatro grupos de adolescentes que sintetizamos separadamente: I e II - adolescentes suicidários propriamente ditos, III e IV - adolescentes que privilegiam esse comportamento embora sem a mesma gravidade.

#### Tipo I

Ao nível familiar - sujeito com família numerosa onde existem antecedentes de suicídio, doença mental e alcoolismo.

Ao nível pessoal - já não habitam com os pais, têm dificuldades escolares e caracteriais, não têm um diploma conducente a uma profissão e têm um baixo nível cultural. Na sua história existem hospitalizações por doenças graves, perturbações psiquiátricas e foram medicados com psicofármacos. Manifestam aborrecimento e têm hábitos alcoólicos e tabágicos.

Quanto à tentativa de suicídio - já fizeram duas ou mais tentativas, por norma de modo violento, e têm intenção de recommear.

#### Tipo II

Ao nível familiar - pais separados, presença de meios irmãos, patologia familiar com suicídios, doença mental e alcoolismo.

Ao nível pessoal - já não habitam com os pais, não foram educados por eles na primeira infância, têm dificuldades escolares e caracteriais, sem diploma de estudos que permita uma saída profissional válida. Manifestaram fragilidade na saúde física com várias hospitalizações, tomam psicofármacos. O aborrecimento e o tabagismo são uma norma.

Quanto à tentativa de suicídio - contam apenas uma tentativa, de modo violento, para a qual alegam motivos escolares e profissionais. A família reagiu agressivamente.

### Tipo III

Ao nível familiar - nível sócio-económico dos pais médio ou elevado, registam-se suicídios e falecimentos na família.

Ao nível pessoal - os sujeitos são, por norma, estudantes, têm menos de 18 anos, vivem com os pais, têm boa relação com eles, não têm dificuldades escolares ou caracteriais e têm um diploma de estudos médio que permite uma saída profissional equivalente.

Quanto à tentativa de suicídio - tiveram comportamentos suicidários alegando problemas de autonomia ou sentimentais. A família teve uma atitude compreensiva e os sujeitos consideram-se satisfeitos por não terem morrido.

### Tipo IV

Ao nível familiar - pais agricultores ou operários, sem patologia na família.

Ao nível pessoal - trata-se, por norma, de uma adolescente, com 15 anos ou menos, estudante e vivendo com os pais, educada até aí por ambos, sem doenças graves, hospitalizações ou dia-

gnóstico psiquiátrico. Manifestaram aborrecimento e sentimentos de vazio por falta de ocupação exterior.

Quanto à tentativa de suicídio - tratou-se da primeira vez, utilizando um único medicamento e sem violência manifesta. Os motivos evocados foram são os problemas com a família e com a sua autonomia. A família reagiu agressivamente e a adolescente não se pronunciou sobre o acto que praticou.

Como podemos verificar, e no que nos interessa neste momento do nosso raciocínio, os grupos III e IV revelam sintomas da ordem da depressão e manifestam preocupações de autonomia em relação aos pais.

Os autores desta investigação salientam a grande frequência de recurso à tentativa de suicídio nos jovens em França: 3 a 5/1000, embora, e nos sujeitos com menos de 25 anos, apenas daí resulta 1 falecimento em cada 25 tentativas nos rapazes e 1 em cada 160 nas raparigas.

Segundo a O.M.S., 1984, [190], no Reino Unido e nos E.U.A., a taxa entre tentativas de suicídio e falecimentos é de 8 a 10 para 1, respectivamente. T. HAENEL e P. KIELHOLZ, 1983, [100], que se referem a 1.000 suicídios diários no mundo, consideram que existe um número de tentativas cinco a quinze vezes superiores e que estes factos são indissociáveis da depressão.

No que se refere a França, F. FACY, M. CHOQUET e Y. LECHEVALLIER encontram uma relação de 1.5/1 para os homens entre os 55 e os 65 anos e de 6/1 para as mulheres, na mesma faixa

etária.

No que diz respeito ao nosso país, FRAGOSO MENDES, 1973, [170], encontra uma relação de 7-8/1.

Como podemos verificar na investigação que resumimos, essa taxa é de 25/1.

Pelo número relativamente pequeno de mortes resultantes de tentativas de suicídio na adolescência, deduzimos que elas não têm o mesmo fim e o mesmo significado que nos adultos.

À semelhança do que temos vindo a afirmar, os adolescentes desta investigação, tentam a resolução dos seus problemas vivenciais através de comportamentos porque a psicopatologia do adolescente é, fundamentalmente, uma patologia que passa pelo primado da acção, insuficientemente mediatizada pelo pensamento elaborado, como se o sujeito não conseguisse utilizar o que ainda está a construir, o pensamento.

### 3.6 Resumo:

Vimos, até aqui, como a adolescência é, por si só, uma idade de risco.

As múltiplas remodelações do sistema psíquico do adolescente e a precaridade do seu sistema adaptativo aumentam a sua exposição ao risco.

Ao debruçarmo-nos sobre as manifestações patológicas sob a forma de anorexia, delinquência/agir, toxicomania e sobre as tentativas de suicídio, verificámos que todas elas têm como denominador comum o facto de constituírem condutas de risco.

Em qualquer destas formas psicopatológicas sobressaem as dificuldades de enquadramento nosológico, específico e sem equívoco, e a ausência de estruturação dos sintomas o que leva a grande maioria dos autores a abordar a psicopatologia do adolescente em termos de modo de funcionamento. E isto por duas razões principais: primeiro porque, frequentemente, existe mais de uma forma patológica associada, como é o caso da toxicomania e da delinquência; segundo porque, quando é dado ao adolescente o tempo e a oportunidade de maturação psicológica, a patologia desaparece.

Teríamos em favor da tese do comportamento como sintoma na adolescência o facto de todas as patologias, anteriormente referidas, terem uma compreensão e tratamento com base no pressuposto teórico segundo o qual a diferença entre o normal e o patológico varia, a maior parte das vezes, apenas em aspectos quantitativos. É assim ao nível da ansiedade e dos comportamentos contra fóbicos, da fragilidade narcísica escamoteada por sentimentos megalómanos e de grandiosidade, que o levam a sobreestimar as suas capacidades e a pôr a própria vida em risco através de comportamentos temerários. O mesmo podíamos dizer do binómio adolescência/depressão, quando é sabido que a depressão diminui a vitalidade e aumenta a exposição às situações agressivas exteriores, nomeadamente nos acidentes, como adiante veremos.

A reorganização psíquica do adolescente expõe-no a manifestações ansiosas e depressivas responsáveis por comportamentos, incompreendidos por ele próprio, com impacto familiar e social como seja a necessária desobediência do adolescente no sentido de se desfazer das identificações até aí existentes.

A família, o grupo e a sociedade vão ser os palcos privilegiados para a actualização e actuação dos conflitos. Com efeito a inserção social e a construção de uma via própria vêm pôr a claro a fragilidade das identificações até aí adquiridas, muitas vezes contra a sua própria vontade, por submissão e/ou medo da perda do su-

porte afectivo, familiar e económico. Surge, então, o acto como tal, em vez do acto comedido, mediatizado pelo pensamento elaborado. Esse acto acresce a sua exposição ao risco com comportamentos anti-socais à laia de estratégia apelativa de compreensão.

Contribuem, ainda, para o risco a impulsividade do adolescente perante a emergência dos fenómenos pubertários, a dificuldade de comunicação manifesta na família, na sociedade; centrados no conflito de gerações.

Poderíamos, então, afirmar que a grande vulnerabilidade do adolescente, em vez de uma retração do comportamento e de um evitamento dos riscos, lança-o, bem ao contrário e na maior parte das vezes, na procura do risco ainda que ele comprometa a própria vida e lhe pareça procurar o prazer, a liberdade e a valorização.

É nesta óptica que empreendemos, a seguir, a condução de velocípedes motorizados como comportamento de risco na adolescência.



**CAPITULO IV**

**A CONDUÇÃO DE VELOCIPEDES MOTORIZADOS COMO  
COMPORTAMENTO DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA**



#### 4.1 Introdução

A primeira bicicleta construída no mundo deve-se ao alemão K.L. DRAISE, inventor da primeira máquina de andar, em 1795. Nela, conseguia percorrer numa hora o que a pé demoraria quatro.

Em 1825, o francês P.E. MICHAUX constrói uma bicicleta com pedais na roda da frente; enorme em relação à roda de trás.

Aparece, em 1869, a primeira bicicleta com rodas de borracha e, em 1873, surge a primeira com roda pedaleira independente.

A primeira motorizada foi construída pela alemão DAIMLER em 1885 e, em 1897, os russos Michael e Eugene WERNER fabricam as primeiras unidades motorizadas, cujos princípios de funcionamento ainda hoje perduram; N. LIMA, 1980, [131].

Encurtar as distâncias, diminuir o esforço e o isolamento e aumentar o grau de liberdade foram, certamente e desde sempre, os principais motivos da invenção dos transportes.

Com o aperfeiçoamento, o conforto e a dimensão do prazer vieram associar-se à utilidade. Satisfeitos os fins de utilidade, hoje o uso do veículo de duas rodas a motor (desde a motorizada à moto propriamente dita) encontra no jovem, por norma solteiro, o seu principal utilizador.

Através da "moto", os adolescentes de hoje procuram um objecto que lhes dê liberdade de acção, possibilidade de afirmação, de autonomia, de individualidade e de adesão ao grupo de iguais. Conseguem, com esses engenhos, exhibir-se, fazerem demonstrações de potência, de domínio do perigo, chamando inevitavelmente a atenção sobre si através da poluição sonora, da originalidade.

Os aspectos de controlo do perigo, desprezo das regras e triunfo da acção atraem os agentes da autoridade como medidas repressivas. No entanto, é provável que se pense pouco no significado do seu comportamento como condutores, na luta contra a submissão, contra a ansiedade, a inibição, a depressão, na procura de uma identidade própria face à família e à sociedade.

"Quoi de plus mécanique qu'un traumatisme? Et pourtant combien d'accidents sont-ils des actes manqués entrant dans le cadre de la psychopathologie quotidienne."

J. BERGERET (1979)

#### 4.2 Investigações e perspectivas

Acidente é um acontecimento fortuito, dependente do acaso, isto é, sem causa aparente. Por essência é imprevisível.

No serviço de psicologia clínica do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, durante um período de 3 meses, ficámos impressionados pelo grande número de adolescentes e jovens adultos que sofriam de lesões vertebro-medulares irreversíveis (tetraplegias e paraplegias) em consequência de acidentes de trabalho, de viação e, particularmente, de motorizada.

Apercebemo-nos, então, M. PIRES MATOS, 1981, [161], através da entrevista clínica e do seguimento de casos na Instituição que, por detrás de cada acidente, existiam circunstâncias que mereciam ser esclarecidas em vez de aceitarmos o acidente como acontecimento meramente fortuito.

Os acidentes, nomeadamente os de motorizada, ocorriam em indivíduos cuja dinâmica familiar revelava uma disfunção acentuada quando construíamos o genograma e estabelecíamos a rede de interacções do sujeito na família.

Ao nível individual, e após uma exclusão dos sujeitos com sinais de organicidade, despistados através da WECHSLER, da figura de REY e do BENTON, apurámos a existência de aspectos psicopatológicos que pudemos corroborar através da prova de RORSCHACH.

Nasceu aí, e então, o novo interesse por esta área de investigação, considerando os acidentes de motorizada como um sintoma psicopatológico, M. PIRES MATOS, 1983, [162], como pano de fundo da patologia depressiva e da patologia do grupo familiar.

Num relatório da O.M.S., 1982, [189], sobre a epidemiologia dos traumatismos e a sua importância na génese de deficiência, o "Bureau Regional pour l'Europe" salienta que o número de acidentes aumenta nos países em desenvolvimento. As principais vítimas dos acidentes são as crianças e os adolescentes do sexo masculino, particularmente na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

Os traumatismos e ferimentos devidos a acidentes de circulação, excepção feita aos acidentes englobados na rubrica "domésticos" com iguais valores, são responsáveis por 30 milhões de pessoas deficientes no mundo, isto é, 5.8% da população do planeta em 1979.

Nos Países Baixos, 37.2% das deficiências e incapacidades físicas são devidas a acidentes de circulação. Em 1979, dos 1 205 acidentados, 559 foram devidos a acidentes de circulação e

134 desses sujeitos viram os seus dias reduzidos a uma cadeira de rodas.

Segundo o mesmo relatório, em França, e apenas para o departamento do "Rhône", a incidência de lesões vertebro-medulares é de 18.5 por milhão de habitantes. 42.8% dessas lesões são devidas a acidentes de circulação dos quais 30.7% causadas por automóveis e 12.1% por veículos de 2 rodas. A incidência da tetraplegia é de 33.2% no caso dos acidentes de automóveis e de 20.3% no caso de acidentes com veículos de duas rodas a motor.

Embora exista uma tendência à diminuição dos acidentes na Europa, Portugal, Espanha, Grécia e Jugoslávia continuam a registar acréscimos.

Salientou-se que nestes países o número de mortos nos 30 dias após os acidentes aumentou, em média, de 20% entre 1970 e 1979. Enquanto isto, estes valores baixaram para 4 e 6% na França e na Itália, respectivamente.

No conjunto dos países da Europa Ocidental, entre 1970 e 1979, a diminuição do número de acidentes foi de 14%.

Portugal regista, nesse mesmo período de tempo, um aumento de 54%.

P.C. HOLINGUER, D. OFFER e E. OSTROV, 1987, [107], revelam-nos que, nos E.U.A., os acidentes de trânsito são a primeira causa de morte vindo em seguida as mortes por cancro, doenças cardio-vasculares, suicídios e homicídios.

No Japão, embora o parque automóvel tenha registado um aumento de 158% nesse mesmo período, a redução do número de mortos e feridos por acidente foi de 50%.

Na Europa Ocidental, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Japão, 50 a 70% dos acidentados são condutores de motociclos e têm idades entre os 15 e os 25 anos.

O Governo Japonês, 1980, [112], entre as medidas de prevenção dos acidentes, proibiu a utilização de motociclos de grande cilindrada, sendo este país o primeiro fabricante mundial destes veículos.

Segundo W.A. MACDONALD, 1985, [137], semelhante medida foi tomada na Austrália, onde o uso de motociclos com cilindrada superior a 250 cc foi interditado entre 1974 e 1979. Durante esse período, os acidentes diminuíram em 40%.

Segundo o Boletim Mensal de Estatísticas do I.N.E., 1988, [108], entre Julho de 1986 e Dezembro de 1987, registaram-se 3302 mortes por acidentes de trânsito com veículo a motor, no nosso país.

1986 foi o ano da Prevenção Rodoviária. O Jornal Expresso de 4 de Fevereiro de 1989, num artigo de J.M. FERNANDES, com base em números fornecidos pela Brigada de Trânsito da G.N.R. e da Prevenção Rodoviária Portuguesa referentes a 1988, dá-nos conta de 2 512 mortos em acidentes de viação, e de 13 000 feridos graves dos quais se supõe que um terço tenha falecido.

Não é novidade para ninguém que Portugal regista o maior índice de sinistralidade com 91 210 acidentes em 1988.

Segundo a fonte acima referenciada, e com base na última Conferência Europeia dos Ministros dos Transportes em 1988, Portugal teve, em 1987, 1171 mortos/milhão de veículos, a par da Jugoslávia com 1169 mortos/milhão de veículos, contra 207 na Noruega (o índice mais baixo da Europa), 243 no Japão, 261 nos Estados Unidos da América, 280 no Canadá, 307 na Austrália.

Quanto ao número de mortos por milhão de habitantes, no mesmo ano, e segundo a mesma fonte, a tendência é semelhante; Portugal conta 304 mortos por milhão de habitantes em consequência de acidentes de viação, no extremo oposto do Reino Unido com 94.

Segundo E. FREITAS, 1985, [080], e a informação estatística existente sobre Portugal, os acidentes de trânsito com veículo a motor são a primeira das cinco principais causas de morte entre 1980 e 1983 na classe etária dos 15-19 anos.

Principais causas de morte em Portugal nos jovens de  
15-19 anos entre 1980 e 1983

Causas de morte	1980	1981	1982	1983	Total
Acidentes de trânsito com veículo a motor	329	389	374	355	1447
Suicídios	38	45	39	57	179
Quedas acidentais	33	36	40	34	143
Afogamento e submersão acidentais	29	54	43	22	148
Leucémia	22	23	23	20	88
Total de óbitos na classe	916	1083	991	917	3952

Fonte: Risco, nº 1, 1985, pp. 57-67.

Entre 1980 e 1983, os acidentes de trânsito com veículo a motor representam 29.02% do total de óbitos na classe.

No Centro de Documentação da Prevenção Rodoviária Portuguesa, 1987, [192], tivemos acesso ao número de acidentes com veículos de duas rodas, fornecidos pela G.N.R. ao nível do País e pela Polícia de Segurança Pública em relação a Lisboa.

Verificamos que, de 1983 a 1985 inclusivé, foram registados, em média, 12 326 acidentes por ano. Os velocípedes com motor, as ditas "motorizadas" (designação dada a "motos" com motor de 49 cm<sup>3</sup> de cilindrada, mas cujo aspecto e velocidade estão bastante desenvolvidos, atingindo, nalguns casos, mais de 90 km/h), contribuíram para essa sinistralidade com uma média de

11 299 acidentes por ano, conforme podemos verificar no quadro abaixo:

Número de acidentes em Portugal segundo o tipo de veículos de duas rodas entre 1983-1986

Ano	Tipo de veículo de duas rodas			Total
	Motociclo	Velocípede com motor	Velocípede sem motor	
1983	604	11 462	505	12.571
1984	472	11 079	459	12.010
1985	484	11 357	498	12.399
1986 *	329	8 139	399	8.877

Fonte: PRP Prevenção Rodoviária Portuguesa

\* números apenas referentes até ao mês de Agosto inclusivé

As motorizadas são, e segundo estes números, responsáveis por 91% dos acidentes nos veículos de duas rodas a motor.

Só em Lisboa, e segundo dados fornecidos pela P.S.P., sem discriminação do tipo de veículo de duas rodas motorizadas, os números são os seguintes:

## Número de acidentes e de óbitos em Lisboa entre 1983-86

Ano	Número de acidentes	Óbitos
1983	624	109
1984	602	78
1985	536	55
1986*	410	58

Fonte: PRP Prevenção Rodoviária Portuguesa

\* até Agosto de 1986, inclusivé

Consideremos agora os velocípedes com motor e os motociclos quanto ao número de mortos e feridos, em consequência de acidentes ocorridos em peões, condutores e passageiros. Os valores referentes ao ano de 1987, apresentados por Portugal na Conferência Europeia dos Ministros dos Transportes de 1988, revelam que as motorizadas são os veículos onde se regista o maior número de vítimas, conforme podemos verificar no quadro que se segue:

## Vítimas por tipos de veículos em 1987

		Velocípedes	Motociclos	Totais
Mortos				
	Peões	37	10	47
	Condutores	654	45	699
	Passageiros	79	13	93
Feridos				
	Peões	1 768	184	1 952
	Condutores	15 461	891	16 352
	Passageiros	3 498	1 401	4 899

Fonte: Conferência Europeia dos Ministros dos Transportes

De entre as vítimas (condutores, passageiros e peões), são os condutores dos veículos que têm maior índice de mortalidade. Quanto aos ferimentos, são também os condutores de velocípedes com motor os mais atingidos. O condutor é a principal vítima, as consequências recaem sobre ele próprio.

Segundo um relatório do Governo Japonês em 1980, [112], os casos fatais de acidentes com motociclos representam 12.6% das mortes. 34.5% desses casos têm lugar nos fins de semana (15.6% ao sábado, 18.9% ao domingo). Os acidentes com condutores de velocípedes e motociclos têm maior incidência na faixa etária dos 16-19 anos com uma taxa de 129.5 por 100.000 habitantes, e menor incidência na faixa etária dos 25-29 anos com 32 por 100 000 habitantes. 73.3% dos acidentes ocorrem durante o dia. Contudo, e entre 1977 e 1980, esta tendência, quanto à hora dos acidentes, começa a inverter-se com 50.8% dos acidentes a ocorrerem durante a noite. A idade de 16-19 anos é apontada como idade de risco do acidente fatal. Os condutores faltosos (automobilistas e motociclistas) representam 16.99% na faixa etária dos 16-19 anos, e 20.4% nos sujeitos de 20-24 anos. O meio urbano e suburbano é aquele em que se dão maior número de acidentes (28% na cidade, 17% no meio suburbano). Os veículos de duas rodas motorizadas são os maiores responsáveis por acidentes com 10.1 por 10 000 habitantes.

A.F. WILLIAMS, 1985, [228], revela-nos que os E.U.A. proibiram temporariamente, em alguns estados, com uma lei de 1977, a condução aos adolescentes ao amanhecer e ao entardecer, atenden-

do às seguintes constatações:

- a faixa etária dos 16 anos nos rapazes abarca o maior número de acidentes fatais na proporção acidente por milha percorrida de manhã e à noite;
- os jovens percorrem menos distâncias que os condutores adultos mas fazem-no mais frequentemente de noite;
- 43% dos acidentes com jovens de 16 anos ocorrem no período das 21h às 06h;
- de um modo geral, a idade de riscos mais elevados é a de 17 anos para os rapazes e de 18 para raparigas.

Na Bélgica, a "Association National pour la Prévention des Accidents de la Route", 1983, [014], considera que a condução de "moto", nos jovens de 18-24 anos, sobretudo nas 48 horas de fim-de-semana e altas horas da noite, foi o maior responsável por acidentes relativos ao ano de 1981. Segundo dados apurados pelas Brigadas de Trânsito e pela Polícia, as causas dos acidentes mais frequentes são: velocidade excessiva, perda de controlo, derrapagens, desrespeito da prioridade no "virar à esquerda". Apontam como causas profundas de acidente: a inexperiência, a atracção pela aventura, endeusamento da moto, necessidade de se "défouler" nos fins-de-semana.

Segundo A.B. JONAH, 1986, [113], [114], no Canadá e nos E.U.A., e segundo as estatísticas de 1984, a primeira causa de morte nos 16-24 anos são os acidentes de circulação. No Canadá 17% da população tinha, nessa altura, entre 16 e 24 anos, representava 31% do total de acidentes fatais e 33% dos feridos

(condutores e não condutores). No que respeita à implicação dos condutores nos acidentes, esta faixa etária conta 58% do total dos mesmos. Apenas 21% destes condutores têm a carta de condução. É apontado como a maior causa de acidentes nos jovens o facto de serem eles que têm comportamentos arriscados.

Segundo o mesmo autor, os acidentes de moto são as causas mais frequentes de morte nos jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos, tanto no Canadá como nos E.U.A.

C. LEVY, 1980, [130], faz um estudo sobre a mortalidade das crianças e dos adolescentes em consequência de acidentes em oito países desenvolvidos (Canadá, Espanha, França, Reino Unido, Israel, Itália, Japão e Noruega). Este trabalho, levado a cabo no Instituto Nacional de Estudos Demográficos em França, abrange valores que dizem respeito aos períodos de 1960-64, 1965-69 e 1970-74.

Sobressai desta investigação uma sobremortalidade masculina por acidentes de circulação nos jovens de 15-19 anos como condutores e nas crianças de 1 a 4 anos como peões, também do sexo masculino.

Refere que os progressos da medicina e da cirurgia, que têm contribuído para diminuir a mortalidade das crianças com menos de 14 anos, perdem a sua eficácia a partir desta idade quando se trata de acidentes de circulação.

Conforme demonstra C. LEVY, assiste-se a um aumento acelerado da taxa de mortalidade dos jovens do sexo masculino (15-16 anos) juntamente com o aumento da motorização nos países referidos.

Comparando as taxas de mortalidade dos adolescentes (15-19 anos) referentes aos períodos de 1960-64 e 1970-74, respectivamente, os valores passam de 48 a 115 no Canadá; 44 a 84 em França; 39 a 67.5 em Itália; 26 a 57.8 no Japão; 47 a 76.2 na Noruega; 44 a 52.7 no Reino Unido; 11 a 37.8 em Espanha e 14.7 a 11.5 em Israel.

A taxa de mortalidade dos adolescentes (15-19 anos) em Espanha passa, de 1960-64 a 1970-74, de 10.8 a 19/100 000 habitantes.

Em França, as motorizadas são responsáveis por 49% das mortes nos jovens de 16-19 anos. Só em 1975, e no mesmo país, morreram 50 rapazes e 13 raparigas com idades entre os 10 e os 14 anos em consequência de acidentes de motorizada.

D.M. HARRINGTON, 1972, [103], num estudo iniciado em 1964 e que decorreu até finais de 1970, tenta avaliar a influência do factor humano nos acidentes que ocorreram nos quatro primeiros anos de condução de 13 915 jovens com menos de 20 anos. O autor utilizou um questionário sobre o sexo, idade, local de acidente, dia da semana, hora do dia, visibilidade. Segundo o autor, os acidentes são mais frequentes no meio urbano ( $p < 0.05$ ), de sexta a domingo ( $p < 0.05$ ), das 18 às 24h ( $p < 0.001$ ) e com condições atmosféricas de visibilidade ( $p < 0.1$ ). Através da entrevista e servindo-se das referências existentes na caderneta escolar dos jovens, conclui que os grandes acidentes e violações das regras de condução ocorrem mais frequentemente em sujeitos com baixo nível de escolaridade ou escolaridade interrompida do que com sujeitos com nível escolar universitário. Estabelece um parale-

lismo entre a boa integração social e o facto de se ser bom condutor e mais capaz na prevenção do acidente. A idade de 20 anos é estabelecida como o limiar da condução temerária e emotiva.

Também D.M. HARRINGTON e R.S MACBRIGE, 1970, [104], consideram, num estudo sobre 1 000 condutores, que a partir dos 21-22 anos aumenta o respeito pelas regras de trânsito e pelos limites de velocidade, sendo a faixa etária até aos 20 anos a que mais viola os limites da velocidade em indivíduos predominantemente solteiros e do sexo masculino.

Para B.W.E. BRAGG e P. FINN, 1986, [034], os jovens estão sobre representados no envolvimento dos acidentes de tráfego e nos acidentes fatais. Partindo do princípio que o excessivo risco que tomam pode ser o maior responsável pelos acidentes, fazem um estudo sobre a percepção do risco entre condutores jovens e condutores adultos em que cada um deles se devia pronunciar sobre eles próprios e sobre os outros.

Os autores fazem perguntas gerais sobre o envolvimento nos acidentes apresentando 10 situações de perigosidade específicas de risco, ilustradas por fotografias, e 15 ilustradas por vídeo.

Os jovens consideram para eles próprios as situações de risco como pouco prováveis e mais prováveis para os mais velhos (adultos). Estes viram as suas hipóteses de envolvimento nos acidentes semelhantes às dos seus pares e menores ou iguais às dos condutores mais jovens.

Os autores concluem que o jovem sobreestima as suas capacidades perceptivas nas situações de condução de risco, enquanto o adulto atribui igual risco a ambas as idades.

M.L. MATTHEWS e A.R. MORAN, 1986, [165], fazem um estudo com dois grupos de sujeitos (18-25, 35-50 anos) sobre o papel da percepção na habilidade para conduzir. Os sujeitos são submetidos a um mesmo estímulo, ao "video-tape" e a um mesmo questionário sobre a percepção do risco. Segundo os resultados, a habilidade para conduzir é igual em ambos os grupos. Os mais jovens consideram que os mais velhos teriam menos habilidade do que eles na condução. Dentro da sua própria faixa etária, os mais jovens consideram os seus pares como podendo ter mais riscos do que eles próprios, isto é, como se o acidente só sucedesse aos outros.

Os autores consideram que os mais jovens revelam duas perturbações características:

- 1 - notável dissociação entre percepção do risco e habilidade de condução;
- 2 - tendência para se verem eles próprios imunes ao efeito do risco elevado e sempre preparados para atribuir considerações desfavoráveis sobre os outros mas não sobre eles próprios.

É provável que estejamos perante uma discrepância entre habilidade para conduzir e capacidade de percepção do risco como aquela que se observa no adolescente entre maturidade fisiológica e imaturidade psíquica.

J. WHITAKER, 1976, [225], faz um estudo sobre a importância da velocidade nos acidentes de motociclos. Com uma amostra de 425 acidentes declarados à polícia, abrangendo uma área de 1 500 km<sup>2</sup> (Berkshire e Buchinghamshire), referentes ao ano de 1974. O autor considera que 63% dos acidentes de motociclos ocorrem em sujeitos de 16-19 anos, que a velocidade tem um valor significativo na gravidade dos prejuízos para o próprio, tendo a grande percentagem desse tipo de acidentes ocorrido a alta velocidade. 34% desses acidentes sucederam com veículos a motor cuja cilindrada é inferior a 50 cc; 78% envolveram outras pessoas e outros veículos e ocorreram em entroncamentos e desvios. A velocidade dos motociclos envolvidos nos acidentes com vários veículos situava-se na casa dos 33 a 48 km, embora se verifiquem acidentes a velocidades inferiores a 16 km/h. Este estudo revelou-se representativo, a nível nacional, no Reino Unido.

Para A.W. MacDONALD, 1985, [137], o factor humano é o que mais contribui para os acidentes. Segundo ele, e na linha de JOHNSTON e PERRY, citados pelo autor, os condutores mais jovens expõem-se demasiadamente e procuram a condução arriscada, nomeadamente através da velocidade excessiva, no prazer sensual de conduzir no trânsito.

M. LUCET, 1965, [134], aborda os aspectos psico-sociológicos da velocidade. Constituiu uma amostra com 624 condutores de veículos ligeiros (312 homens e 312 mulheres), agrupa os sujeitos segundo o sexo e a idade (menos de 25 anos, 25-40, 41-55 e mais de 55 anos). Elaborou um questionário que visava obter res-

postas sobre a avaliação da velocidade, evolução do comportamento dos sujeitos em relação à velocidade e o sistema de valores ligado à velocidade. As respostas foram recolhidas por psicólogos, na residência dos próprios condutores, em seis regiões diferentes da França e em três tipos de urbanização (grandes cidades, vilas e zonas rurais).

O teste do  $\chi^2$  mostra diferenças significativas segundo as quais a velocidade está fortemente ligada à idade sendo mais elevada nos jovens do que no adulto ( $p < 0.001$ ), diminuindo à medida que avança a idade ( $p < 0.01$ ) e segundo o sexo, sendo mais baixa na mulher do que no homem ( $p < 0.01$ ).

Da análise qualitativa das respostas, o autor conclui que os jovens se mostram mais orgulhosos da velocidade do que a média dos condutores. Num dado percurso, a tendência a conduzir cada vez mais depressa é mais frequente nos jovens do que nos adultos. A velocidade é apresentada como objecto de valor e utilizada de um modo diferente pelos jovens e pelas pessoas de mais idade: os jovens preferem utilizar toda a potência disponível do motor, enquanto as pessoas acima dos 25 anos preferem ter uma potência de reserva para uso útil em momento adequado. A condução veloz é vivida como uma valorização do indivíduo. São os homens jovens que mais se excedem na velocidade. Contudo, embora as mulheres possuam um limiar de referência de velocidade mais baixo do que os homens, no conjunto das idades são elas que valorizam mais a velocidade.

No que se refere à velocidade como sistema de valores, os condutores, em entrevista livre com os investigadores, referem-

-se à velocidade em termos de prazer, medo e orgulho.

Os jovens mostram mais orgulho na velocidade do que os mais velhos e o homem é também mais impelido para a velocidade por uma pressão do grupo social masculino (que tem tendência a exagerar sobre a média de km/h num percurso).

"Les jeunes se jugeraient en position d'infériorité; ils exprimeraient dans la vitesse une certaine avidité qui mettrait en valeur leurs capacités, pour compenser un statut qu'ils n'ont pas encore acquis."

op. cit. p. 20

Segundo a Prevenção Rodoviária Internacional, 1977, [125], com base nas estatísticas de 1974, a condução nocturna corresponde a 20% da circulação total e é responsável por 45.8% dos mortos.

Para 1 000 acidentes de dia registam-se 40 mortos contra 85 mortos em cada 1 000 acidentes ocorridos durante a noite.

D.R. MAYHEW, A.C. DONELSON, D.J. BEIRNESS e H.M. SIMPSON, 1986, [166], tentam avaliar a influência relativa da taxa de alcoolémia nos adolescentes e do risco de envolvimento nos acidentes (de 0 a 1.9 g/litro de sangue). Encontraram as taxas mais elevadas de álcool (1.65 g/l) nos condutores de 16-17 anos, de 0.70 g/l na idade de 18-19 anos, de 0.31 nos sujeitos com 20-24 anos, e consideraram a elevada taxa de alcoolémia dos condutores como factor de risco associado aos acidentes.

Segundo os autores, os jovens que bebem correm maior risco quando conduzem do que os adultos com igual valor de concentração de álcool no sangue. Concluem que o jovem é inexperiente a conduzir e a beber e que esses comportamentos afectam mais a idade de maior risco (16-19 anos). Verificam um decréscimo no risco de acidentes a partir dos 20-25 anos.

Como causas mais frequentes dos acidentes apontam o álcool e a agressividade, embora os acidentes nos adolescentes se devam a múltiplos factores. Segundo JONAH, também citado pelos autores, a tomada de risco, como característica dos adolescentes, é o maior responsável pelos grandes acidentes.

O jovem atribui ao álcool um valor simbólico de maturidade e de estatuto de adulto.

Neste momento do nosso raciocínio, podemos perguntar se o beber excessivamente e correr, voluntariamente, riscos excessivos na adolescência não são apenas aspectos de uma manifestação mais profunda, isto é, de comportamentos de natureza auto-destrutiva entre os quais se encontram, também, a atracção pelo álcool; e pela expressão de comportamentos agressivos na justa medida em que representam o acesso ao proibido e à violação das normas.

L.B. JAMES e D.L. CHAMBLESS, 1986, [111], num estudo sobre doentes agorafóbicos, tentaram determinar a natureza do uso e abuso do álcool na relação com os sintomas fóbicos.

Compararam 22 sujeitos com sintomas alcoólicos e agorafóbicos a 21 sujeitos alcoólicos não agorafóbicos.

O consumo do álcool apareceu como um auto-remédio para encontrar a euforia em 91% dos alcoólicos agorafóbicos e em 43% dos alcoólicos não agorafóbicos.

Parece, portanto, existir uma relação estreita e directa entre o consumo do álcool e redução da ansiedade.

R.E. MAYER e J.R. TREAT, 1977, [167], em colaboração com o Instituto de Investigação para a Segurança Pública, em Bloomington (E.U.A.), a partir de uma população de 600 estudantes da Universidade de Indiana, constituíram uma amostra com 30 jovens condutores que disseram ter estado envolvidos em três ou mais acidentes nos últimos três anos, e 30 condutores que disseram nunca ter tido acidentes, mas de igual sexo e idade dos acidentados. Passaram a todos eles uma bateria de testes sobre consumo de álcool e drogas, ansiedade manifesta, cidadania, participação social, socialização escolar, mudanças de residência, delinquência juvenil, psicopatologia em geral, beligerância, negativismo, tendência anti-social, impulsividade, atitude religiosa, tendência do condutor para tomadas de risco.

O grupo com muitos acidentes revelou diferenças significativas em relação ao grupo controlo, pontuando mais desajustamentos pessoais ( $p < 0.10$ ), sociais ( $p < 0.05$ ), impulsividade ( $p < 0.05$ ), beligerância ( $p < 0.10$ ), tomada de risco ( $p < 0.05$ ).

Concluem que existe uma relação significativa entre vários acidentes e mau ajustamento pessoal e social.

H.D. EGBERINK, P.F. LOURENS e H.H. MOLEN, 1986, [062], verificam que, entre 1978 e 1979, um terço da mortalidade na R.F.A. entre os 5 e os 14 anos é devido a acidentes de tráfego. No âmbito da prevenção, efectuaram um estudo sobre o modo como os condutores dizem que se comportam e como se comportam realmente em situações de tráfego intenso nos quais estão envolvidas crianças. Utilizaram gravações em "video" que registavam o comportamento dos condutores numa hora padrão de trânsito e um questionário sobre as expectativas acerca do comportamento típico das crianças nas situações de perigo para elas. Compararam condutores jovens e condutores adultos e verificaram que não existiam diferenças de velocidade nos dois grupos etários quando passa uma criança (29.9 e 30.5 km/h respectivamente). No entanto, e quando se trata da detecção de crianças, existem diferenças significativas: enquanto os condutores adultos detectam as crianças em 63% dos casos, os jovens apenas o fazem em 51% das situações ( $p < 0.0001$ ). Calcularam um potencial de risco a partir da idade, velocidade e tipo de estrada em que se dão os encontros súbitos com crianças. Os jovens têm um potencial de risco mais elevado do que os adultos nas estradas de acesso principal ( $p < 0.001$ ) e estradas de acesso ( $p < 0.02$ ); diferenças que não se verificam em estradas de meio residencial.

Quanto à repartição geográfica dos acidentes, a Prevenção Rodoviária Internacional, 1977, [125], aponta também as aglomerações como locais de menor percentagem de acidentes: 39.2% em aglomeração e 60.8% fora das aglomerações. Destes acidentes, 17.5% têm lugar nos cruzamentos e 82.5% fora de cruzamentos.

C. TETARD, 1983, [220], faz uma revisão bibliográfica sobre os acidentes de motociclos e conclui, com as devidas reservas por falta de dados exactos, que os motociclistas estariam mais implicados com acidentes físicos do que outros condutores e que a gravidade dos acidentes, considerando a percentagem de mortos por acidentes, é mais elevada nos motociclistas. O risco de se verem envolvidos num acidente aumenta com a cilindrada da "motot".

Considera que, nos acidentes que ocorrem entre motociclos e outros veículos ou pessoas, a velocidade-trajectória dos motociclos seria a que mais contribui para os acidentes, na medida em que o espaço e a velocidade em que conseguem fazer uma manobra surpreende os outros condutores e os peões.

A falta de experiência com o veículo é outro dos factores determinantes nos acidentes em que o motociclista é o único atingido, na medida em que esses engenhos são cada vez mais complexos e sofisticados, exigindo uma experiência sem a qual a queda e as suas consequências são quase inevitáveis.

Refere-se, como a grande maioria dos autores consultados, às multiplas consequências dos acidentes na população jovem.

M. HUTEAU, 1985, referido por A. BARROS de OLIVEIRA, 1986, [187], empreende um estudo quanto ao estilo cognitivo da personalidade sobre a dependência-independência de campo; entendendo-se por campo o contexto da percepção ou o contexto da representação. Os indivíduos dependentes de campo são fortemente influenciados pelo contexto tendo, em relação a este, uma atitude perceptiva global. Os independentes de campo recorrem a uma per-

cepção mais analítica e são, portanto, menos dependentes do contexto exterior utilizando, prioritariamente, pontos de referência psíquica interna. Cada indivíduo, ao utilizar a percepção global ou a percepção analítica, pondera a informação externa ou a informação interna respectivamente.

Segundo o autor, os independentes de campo são mais eficientes numa tarefa e menos emotivos; enquanto os dependentes de campo seriam menos eficientes e mais emotivos.

Em aplicação destes conceitos, M. HUTEAU diz-nos que os condutores de automóveis dependentes de campo estão mais sujeitos a acidentes do que os independentes de campo.

Num estudo psicológico sobre a velocidade, P.E. BARJONET e F. SAAD, 1986, [020], definem as condições de segurança em termos de capacidade do condutor em fazer face ao imprevisto. Segundo eles, 50% dos acidentes ocorrem quando o indivíduo se vê em sobrecarga de tarefa.

Determinam como factores causais de acidentes de circulação, em França, as seguintes percentagens: 45% atribuíveis ao condutor, 39% às infra-estruturas e meio ambiente, 9% à circulação e 7% ao veículo.

Como se vê, o factor humano é, de longe, o mais importante.

Nos factores ligados ao condutor, o cansaço, o alcoolismo e o excesso de velocidade são responsáveis em 35% dos acidentes e devem-se a problemas não específicos em 25% dos casos.

Também estes autores se referem à velocidade em termos de desejo de liberdade, de transgressão apoiados pelos "mass-media"

que dão da velocidade e do risco uma imagem positiva ao mesmo tempo que servem de modelo de identificação aos jovens.

M. SIMONET, 1975, [211], tendo em conta a grande percentagem de acidentes nos condutores jovens, e durante os primeiros tempos de carta de condução, empreende um estudo longitudinal, durante 14 meses, com 10 condutores, 8 rapazes e 2 raparigas, com idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos. O objectivo do estudo era:

1º - detectar as lacunas mais evidentes na formação dos condutores;

2º - compreender as motivações e comportamentos de tomada de risco e a evolução pós-aprendizagem;

3º - propôr, em termos de prevenção, entre outras coisas, modalidades de aconselhamento psicológico e social.

A cada condutor foi dado um diário de bordo onde anotou em cada saída: o dia, a hora, as condições atmosféricas, quilometragem feita, percurso, tipo de estrada utilizada, consumo de bebidas, número de passageiros transportados e sua identidade, uso ou não de cintos de segurança. Estas notas eram apresentadas ao investigador e discutidas numa entrevista, uma vez por mês.

Cada condutor foi submetido a uma prova de condução num circuito de 45 km na região de "Monthléry" (França) com a indicação de conduzir como o fazia habitualmente. Cada sujeito foi ainda submetido a um teste de conhecimento sobre o código da estrada e um outro sobre a acuidade visual.

A recolha dos resultados pelo experimentador teve em conta: circunstâncias dos incidentes ocorridos durante os dois primeiros meses, a reacção dos condutores perante os incidentes e as consequências.

Os resultados sob forma de conclusão revelam:

1º - o que se aprende na escola de condução é nitidamente insuficiente tendo em conta tudo o que espera o jovem e que os primeiros 500 km como condutor são vividos com grande ansiedade;

2º - após estes km percorridos, aparecem aspectos lúdicos na condução com desafio a si mesmo e aos outros. Em simultâneo aparecem comportamentos de provocação e agressividade numa etapa que se situa entre os 500 e os 3 000 km percorridos;

3º - depois dos 3 000 km instala-se uma fase de retracção relativa daqueles comportamentos e de menor implicação no risco.

O autor propõe, como acção sistemática nos primeiros tempos de condução, uma ou duas sessões de apoio psicológico de modo a diminuir e a canalizar a ansiedade evitando a condução agressiva ou de "tipo mágico".

Segundo A. ENGSTROM, 1979, [064], os acidentes de motociclo mais comuns envolvem apenas o condutor e o seu veículo. A pouca idade e a falta de experiência são as causas mais frequentes, bem como a condução sem carta.

Apenas 16.1% dos ferimentos por acidente se dão com tráfego útil. 48% dos acidentes têm lugar ao sábado, 31% ao domingo e cerca de 20% ocorrem nos outros dias da semana.

Os meses do ano em que se registam menor incidência de acidentes são os de Janeiro, Fevereiro, Março e Dezembro; e os de maior incidência entre Abril e Novembro com o índice mais elevado no mês de Agosto.

Quanto ao tempo de experiência na condução, o autor refere que, em 193 acidentes, durante o ano de 1978, 25.4% dos motociclistas conduzia há menos de 30 dias; 29% conduzia há mais de 1 mês e menos de 6; 38% conduzia há mais de 6 meses.

Embora a Suécia seja o segundo país com menor índice de sinistralidade da Europa, o autor apurou, no Serviço de Ortopedia e Cirurgia do Hospital Universitário de Upsália (Estocolmo), que 64.8% dos motociclistas acidentados precisam de intervenções cirúrgicas com tempo médio de 3h30m, uma média de 43 dias de internamento em Ortopedia e uma perda de 83 dias de actividade útil.

Em finais de Janeiro de 1980 o "Bureau Regional" da O.M.S. para a Europa, [188], através do Governo Belga, reuniu um grupo de técnicos sobre factores psicossociais e os acidentes, nas crianças e nos adolescentes, onde estavam representados 11 países, (Argélia, Bélgica, E.U.A., França, Jugoslávia, Países Baixos, Reino Unido, R.F.A, Suécia, Suíça e Turquia). Da análise de um relatório do ano anterior sobre o assunto, salientou-se:

"Une des causes profondes de la fréquence élevée des accidents, notamment durant l'adolescence était de nature psychosociale." op. cit. p. 1

Em termos de prevenção dos acidentes é aconselhado o estudo de factores psicossociais na base da constatação segundo a qual os acidentes são «a principal causa de mortalidade, de morbili-  
dade e de invalidez nesse grupo populacional».

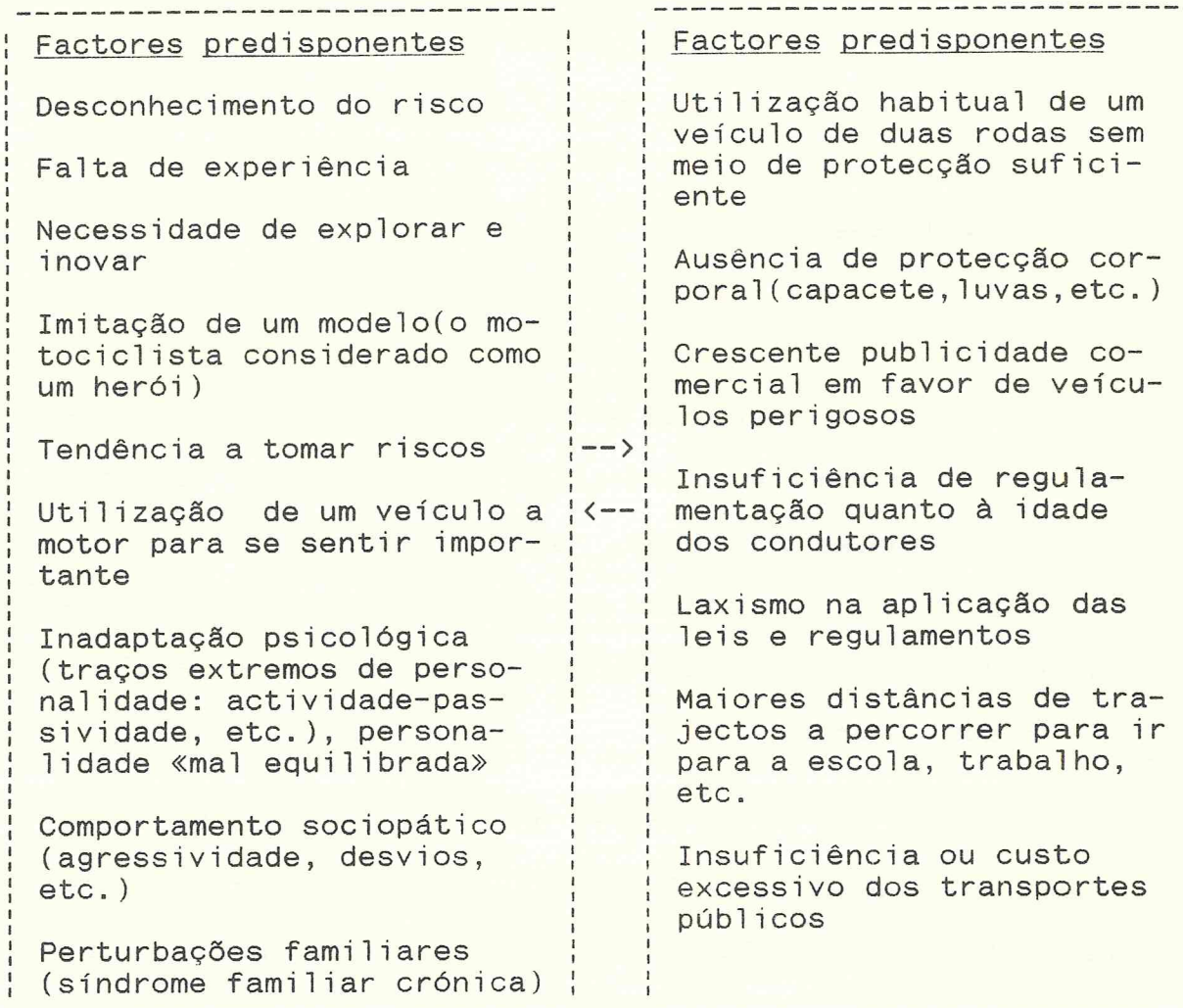
Aí se propõem, entre outros objectivos:

- a elaboração de um quadro analítico definindo as relações entre factores de risco psicossociais e os acidentes;

- as medidas precisas para minorar ou prevêr os acidentes escolhendo os factores psicossociais sobre os quais seja possível actuar.

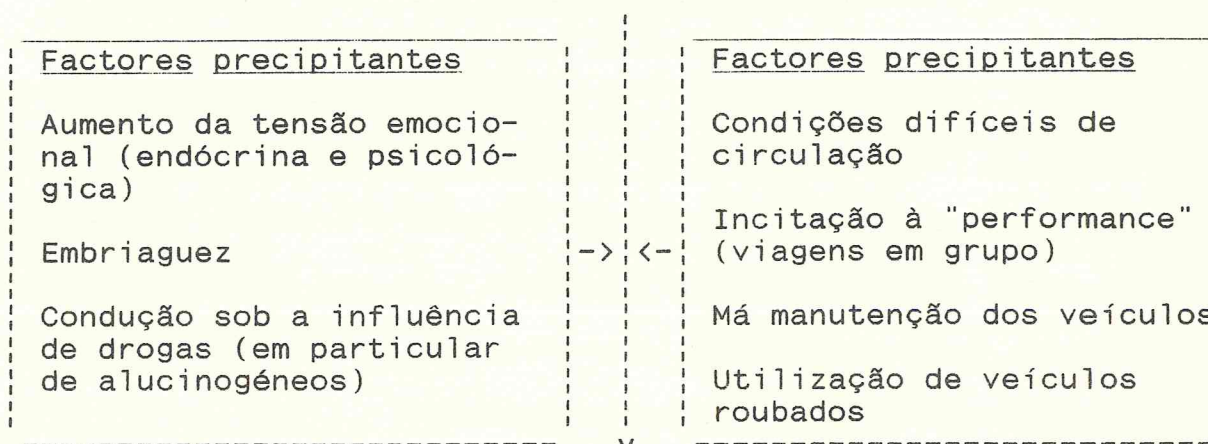
Assim, a O.M.S. considera como causas primárias dos acidentes os factores psicossociais (endógenos) e factores do meio ambiente (exógenos), cuja interacção entre eles aumenta a vulnerabilidade ao risco e que, por sua vez, no encontro com estados emocionais momentâneos e circunstanciais do meio, também ocasionais, precipitam os sujeitos no acidente, conforme o seguinte esquema:

Factores primários dos acidentes em crianças e adolescentes  
 Fact. psicossociais (endógenos)      Fact. do meio (exógenos)



↓

aumento da vulnerabilidade e/ou do risco



↓

acidentes

#### 4.3 Resumo:

Vimos até aqui que em Portugal, como noutros países do mundo com menor índice de sinistralidade do que nós, os acidentes de viação, particularmente os de motociclos e de velocípedes com motor, são a maior causa de mortalidade e morbidade nos jovens do sexo masculino dos 15 aos 19 anos.

Esta é a faixa etária do risco por excelência e os acidentes estão interligados a comportamentos arriscados, desrespeito pelas regras de segurança e dos limites de velocidade.

A par da maturidade fisiológica adquirida e da capacidade para conduzir, muitas vezes com perícia, encontramos a imaturidade psicológica e a insuficiente percepção do risco.

O valor hedónico na condução temerária, em que a velocidade é, também, objecto de medo e orgulho, fazem com que a inexperiência da condução, em vez de motivo de cautela, se transforme em comportamento de risco a título contrafóbico e de valorização narcísica.

A imagem positiva que os "mass-media" transmitem dos comportamentos de risco reforça a emotividade do adolescente que, na procura do prazer e de modelos de identificação sociais aumentam o seu potencial de risco com consequências imprevisíveis para o próprio e para os outros, em caso de acidente.



**CAPITULO V**

**CONTRIBUIÇÃO EXPERIMENTAL**



### 5.1 Posição do problema

C. BLANCHARD e M. BENOIT, 1980, [025], definem a competência para conduzir como o resultado da intercepção de dois conjuntos: o conjunto das regras formais (código) e o conjunto das regras de acção (atitude).

A actividade psicológica do condutor, com base nas regras de condução e sobre o que é necessário fazer, apela às capacidades de percepção, previsão, decisão e acção em simultâneo, determinando a atitude. Esta atitude é determinada pelo querer evitar o risco ou então aceitá-lo.

A ideia segundo a qual os acidentes, de um modo geral, não se devem ao acaso não é nova.

D. SROUR, 1969, [214], refere trabalhos de GOLDSTEIN, 1920, MacFARLAND, 1955, PRESTON, 1964, entre outros, sobre as variáveis humanas nos acidentes de circulação. O autor dá-nos conta do insucesso dos meios utilizados para compreender e prevenir os acidentes com base em duas realidades: por um lado o problema não se coloca ao nível dos "bons" e dos "maus" condutores na medida em que a maior parte dos acidentes ocorre em condutores "médios"; por outro os instrumentos de avaliação mais utilizados (Driver Attitude Scale, MacGuire Safe Driver Scale) detectam as características estáveis do indivíduo sem ter em conta as carac-

terísticas transitórias ou momentâneas que podem desencadear os acidentes.

Mais recentemente, em 1988, E. SOUETRE, [212], faz um estudo longitudinal, de um período de oito anos, sobre o suicídio e os acidentes de tráfego em França. Não encontra covariações positivas entre a época de maior incidência do suicídio (Maio e Setembro) e maior número de acidentes de tráfego (Outubro) com base nas perturbações mais frequentes nos distúrbios psiquiátricos, nomeadamente alcoolismo, hostilidade, também evocados por diversos autores como causas de acidente, e conclui pela necessidade de aprofundar a relação entre perturbações psiquiátricas e acidentes de tráfego.

A perspectiva psicodinâmica da compreensão dos acidentes é, no fundo, iniciada por S. FREUD, 1904, [084], num trabalho em que ele afirma que o indivíduo que se acidenta não compreende nem o significado nem a intenção do seu acto, na medida em que, inconscientemente, deseja o acidente e este tem valor de acto sintomático.

Este mesmo aspecto é reafirmado por K. ABRAHAM, 1907, [003], naquilo que ele designa de «diátese traumatológica de certas personalidades histéricas e depressivas» em que o acidente aparece com uma atitude inconsciente de suicídio.

Também K. ABRAHAM, 1918, [005], se refere à predisposição aos acidentes em personalidades neuróticas na «ilusão narcísica da sua imortalidade e invulnerabilidade».

Para K. MENNINGER, 1938, [174], os acidentes «não acontecem, são provocados», obedecem a causas inconscientes e constituem uma autodestruição focal embora o Eu se negue a aceitar a responsabilidade da autodestruição. O descuido evocado quer na condução quer na via pública pelos peões, aquando de acidentes, é equivalente a um descuido com a própria vida e relaciona-se com impulsos autodestrutivos.

J.S. BAKER, 1929, citado pelo autor, é dos primeiros a formular a interrogação e a dúvida sobre o acaso nos acidentes de trânsito. Com base em dados da "National Safety Council", segundo os quais 30% dos condutores eram responsáveis por 44% do total dos acidentes, o autor afirma que os indivíduos com 4 acidentes são 14 vezes mais numerosos do que deveriam ser se fosse considerada a teoria do acaso; e que os indivíduos com 7 acidentes são nove vezes mais frequentes do que o que se poderia esperar segundo a lei das probabilidades. Já em 1927, e segundo os dados estatísticos da "National Safety Council", se calculavam os prejuízos económicos por mortes, lesões e danos materiais provocados por acidentes de automóveis, em 3 biliões e meio de dólares por ano. Morriam mais pessoas com idades compreendidas entre os 3 e os 20 anos por acidente do que por qualquer outra enfermidade. Já nessa altura, em cada 5 minutos morria um indivíduo por acidente e calculava-se que existia 1 falecimento por cada 100 feridos.

J. BERGERET, 1974, [023], distingue comportamentos autopunitivos de comportamentos de insucesso e dos comportamentos masoquistas. Segundo o autor, os comportamentos de insucesso cor-

respondem a uma impossibilidade de satisfazer o impulso inconsciente; os mecanismos masoquistas a um ataque contra si próprio e as atitudes autopunitivas a lesões que o sujeito impõe a si mesmo para satisfazer um Super-Eu exigente.

C. LEVY, 1980, [130], quer perante a crescente mortalidade dos adolescentes do sexo masculino em consequência dos acidentes de "moto" quer pelo número cada vez maior de acidentes nas raparigas, à medida que elas adoptam comportamentos tipicamente masculinos, atribui ao comportamento masculino características autodestrutivas inconscientes e não hesita em considerá-los de natureza suicidária.

"(...) on ne décèlera jamais les accidents qui sont en réalité des suicides déguisés d'adolescents."

op. cit. p. 310

O autor atribui ao sexo masculino uma fragilidade particular com base no gosto pelos comportamentos de risco e gosto pela violência, ambos relacionados com a educação no sexo masculino e em que as atitudes beligerantes correspondem a uma imagem de virilidade.

LEVY acha que a droga e o álcool são bastante menos responsáveis pelos acidentes do que a imprudência, a velocidade e as manifestações psicológicas de comportamentos tipicamente masculinos.

"Le problème le plus grave concerne actuellement les adolescents de 15-19 ans des deux sexes de tous pays car, même si, les jeunes filles sont beaucoup moins touchées, leur mortalité tend à augmenter avec la masculinisation de leurs activités.

op. cit. p. 315

O. BOURGUIGNON, 1984, [031], recorda-nos que os acidentes de circulação em França são a primeira causa de mortalidade nos jovens. A "moto" é responsável por 49% dos acidentes nos sujeitos de 16-19 anos. A autora, num estudo sobre a morte das crianças e estrutura familiar, evoca a falência do meio familiar no aumento da vulnerabilidade das crianças, dos jovens e da sua exposição ao risco de acidentes. Citando estudos de LANGSFORD, 1953, e MANHEIMER, 1967, refere-se às crianças hiperactivas e impulsivas que se desorganizam e, em função disso, minimizam os sinais de perigo de acidente, bem como da falta de vigilância dos pais que é entendida pela criança como desinteresse por parte destes levando-a a expôr-se ao acidente para ter o amor dos pais.

A autora coloca a hipótese segundo a qual existem modelos de interacção familiar que se associam à morte das crianças. A sua investigação engloba 100 famílias (70 com crianças mortas e 30 sem crianças mortas). Entrevistou as famílias nos seus domicílios, com uma metodologia semi-directiva, e fez um estudo da topografia familiar sobre três gerações. Considerou como variáveis essenciais a influência da idade, sexo, número de irmãos,

separações na infância, carácter, estrutura do poder no casal e atmosfera familiar. O que sobressai nas entrevistas são os aspectos relacionais, nomeadamente as relações agressivas e os desentendimentos no casal, a saúde mental dos pais e ausência do pai na educação dos filhos.

Os resultados salientam, antes de mais, uma sobremortalidade masculina, risco de morte acrescido no filho mais velho. Considera a autora que existe uma relação estreita entre a morte das crianças e a patologia do casal. A dupla vida conjugal de um dos cônjuges, a ausência do pai na educação dos filhos, a violência na família, entre outros, comprometem o equilíbrio familiar, geram instabilidade facilitando a morte ou o acidente.

O desentendimento conjugal reflecte-se de tal modo na vida dos jovens que eles são capazes de se colocar na situação de vítimas emissárias:

"«Je donnerais bien ma vie pour que mes parents se remettent ensemble»". op.cit. p. 131

Segundo a autora é possível caracterizar melhor as famílias com filhos falecidos do que aqueles sem filhos falecidos, nomeadamente pela ausência de ligações sólidas com a criança e por rupturas familiares precoces.

E.J. ANTONY, C. CHILAND, C. KOUPERNIK, 1980, [009], acham que a criança vulnerável vem, ela própria, de uma família vulnerável. As crianças de famílias monoparentais têm uma frequência

de acidentes duas vezes maior do que as crianças que vivem com ambos os pais.

P.A. RYDELIUS, 1988, [198], dá-nos conta de um estudo feito com base nos nascimentos de 1967 onde verifica que, em 1985 (18 anos depois), 13% dos rapazes e 10% das raparigas tinham morrido. As três maiores causas de morte foram os acidentes com veículos a motor seguidos do suicídio e de morte por causas incertas. Quanto ao sexo são, de longe, os rapazes os mais atingidos na proporção de 18/20 nos acidentes, 21/28 nos suicídios, 25/30 nas mortes por causas incertas.

Segundo o autor, e com base nas estatísticas de saúde da Suécia, existe uma relação directa entre as mortes repentinas e o ambiente familiar desfavorável durante a infância, bem como do desenvolvimento de comportamentos anti-sociais.

M. DUVIVIER, 1986, [061], acha que o suicídio não é mais do que a meta final a que vão chegando todos aqueles que tiveram ao longo da vida comportamentos de natureza suicidária. Esses comportamentos não foram, a maior parte das vezes, abordados como tal. A autora refere como equivalentes suicidários as mutilações voluntárias, abuso de medicamentos, toxicomanias propriamente ditas, o alcoolismo e os acidentes.

A população adolescente, sendo uma população de alto risco suicidário, é-o também de alto risco para-suicidário para o qual contribuem a depressão, o comportamento impulsivo e a vulnerabilidade na adolescência. Na luta contra essa vulnerabilidade

sobressai a função ordálica na procura do sentimento de invulnerabilidade em que a passagem ao acto auto e hetero-agressivo se desenrola sob um estado de ansiedade e de perturbação emocional. Poderíamos dizer de confusão, onde se esbate a lucidez, se apaga o pensamento e aumenta a insegurança.

D. WINNICOTT, 1952, [231], em comentário a um artigo de C. F. RYCROFT, do mesmo ano, sobre as vertigens, aborda a angústia associada à insegurança como reflexo de uma procura do equilíbrio e da posição vertical, experimentada quando a criança, depois do gatinhar, dá os primeiros passos, agarrando-se à mãe e aos objectos.

As angústias primitivas ligam-se à maneira inadequada de segurar e de conter o bebé por parte da mãe. A terra, ou o piso firme onde desenvolve mais tarde as suas actividades, simboliza a segurança que o objecto materno lhes transmitiu ou quando, ao contrário, o objecto materno lhes transmitiu insegurança, como sucede nos sonhos de queda da organização "borderline" que, e segundo A. COIMBRA de MATOS, 1988, [160], revela «atraso na maturação do Eu, dificuldades de separação dos pais, "acting-out", predomínio da cólera sobre outras manifestações afectivas, medo e desconfiança, má qualidade das relações afectivas, sentimentos de solidão e vazio». op.cit. p.6

M. FRIEDMAN, M. GLASSER, M. LAUFER e al., 1972, [092], à semelhança de outros autores, são de opinião que os comportamentos para-suicidários são mais frequentes nos adolescentes e jovens adultos, assumindo uma carácter silencioso e subtil no sexo

feminino e espectacular, com maior violência, no sexo masculino.

Os actos automutilatórios relacionam-se com a necessária quebra dos laços afectivos com os objectos originais; inserem-se num contexto depressivo, com o sentimento de possuir um corpo apreendido como fonte de impulsos agressivos e levam o adolescente à procura de meios para eles vingarem.

P. HEIMAN, 1952, [106], numa revisão dos conceitos de impulso de vida/impulso de morte, segundo S. FREUD (1920), considera a tendência aos acidentes como resultado do impulso de morte que ataca a própria pessoa tanto no comportamento «grosseiramente masoquista como no suicídio».

Este aspecto é também referido por J.L. WEINBERGER, 1965, [224], que designa o silêncio, o masoquismo e a depressão de «triada do silêncio», mas aqui como resultado da perda da relação estreita com a mãe entre os 18 e os 36 meses, acrescentando que, paralelamente ao silêncio, aparecem defesas agidas como expressão da ansiedade narcísica.

A. GARMA e E. GARMA, 1973, [094], acham que os comportamentos de aparência libertadora, impulsionados por um Super-Eu sádico, levam o sujeito a entregar-se masoquisticamente à autodestruição.

S. FREUD, 1925, [090], ao considerar o sintoma como sinónimo de processo psicopatológico, confere-lhe um valor de negação da ansiedade:

"Lorsque celui qui chemine dans l'obscurité chante, il nie son anxiété, mais il n'en voit pas pour autant plus clair". op. cit. p. 12

Quando se refere à "ilusão narcísica" que o obsessivo retira do seu perfeccionismo ou aos "benefícios secundários" da personalidade histérica faz, ainda, alusão ao apego inconsciente, ao sofrimento no qual coexistem «resistências que conciliam o Eu e os sintomas».

No adolescente, a imaturidade do Eu e a maturidade fisiológica são susceptíveis de induzir o sujeito para a acção e conciliar ainda melhor o comportamento autolesivo e a "ilusão narcísica" na luta contra a ansiedade; narcísica precisamente.

Do mesmo modo, e porque a depressão é uma constante no processo normativo da adolescência, C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056], também o comportamento auto-agressivo pode ter o valor inconsciente de chamada de atenção, coexistindo, aqui também, o sintoma agido como luta contra o processo depressivo.

Assim sendo, o adolescente, na procura da vida e do amor por parte do meio, aflora o limiar entre a vida e a morte.

B. JOSEPH, 1977, [115], mostra como diferentes tipos de ansiedade podem ser agidos a título de partes do Self projectados no exterior. A mesma autora, 1981, [116], considera que existem formas perniciosas de autodestruição com o mesmo valor do que a

toxicomania e cuja finalidade é a de «frôler la mort, irrésistiblement».

"Ces patients sont littéralement «ensorcelés» par ce phénomène (...) aucun des plaisirs ordinaires, genitaux ou autres, ne peut offrir autant de delices que cette auto-annihilation, terrible et excitante, qui annihile également l'object." op. cit. p. 1149

Segundo a autora, nestas situações, o corpo é identificado ao objecto agressor.

Um doente nosso, adulto, em tratamento por depressão, condutor de moto nos fins-de semana, diz-nos: "Não pode imaginar a sensação agradável que é, em estrada livre, com bom tempo, fazer uma aceleração, curvar em inclinação, dominar a moto, e provar a si próprio que tocámos à tangente o último perigo e que o vencemos..."

B. GRUNBERGER, 1984, [099], é de opinião que muitos acidentes mortais, transgressões e avarias ocorrem sob o entusiasmo do inconciente narcísico de sujeitos que se julgam possuidores de privilégios divinos, «mestres da vida e da morte». Quanto à admiração, que recebem dos outros, ela equivale ao narcisismo projectado, como o que sucede no caso da imagem da vedeta de espectáculos.

Para H. WILLIAMS, 1983, [229], a violência contra si próprio tem origem nas experiências psicologicamente traumáticas não elaboráveis em relação à ansiedade persecutória e com os objectos parciais, por oposição à ansiedade depressiva, relacionada com o objecto total. É mais fácil exprimir a agressividade em relação ao objecto, visto sob o ângulo dos seus aspectos parciais. Estes aparecem como detonadores da violência, enquistados desde a primeira infância naquilo que o autor designa de «limbos emocionais»; agem como detonadores em momentos de "stress", de crise, como por exemplo na adolescência, luto, divórcio, perdas que afectam a auto-estima; embora a automutilação possa aparecer subtilmente como uma doença hipocondríaca ou psicossomática.

T. HAENEL, P. KIELHOLZ, 1983, [100], chamam a nossa atenção para a depressão oculta sob a forma de somatização e de risco autodestrutivo.

Os depressivos transferem as queixas psíquicas para o plano físico. Assim, ao nível somático aparece o abatimento e a opressão, ao nível psíquico a frustração, perda da afectividade, ansiedade; ao nível das funções vitais, a inibição ou a agitação.

J. STORK, 1972, [217], estabelece uma ligação estreita entre um perfil de personalidade depressiva (com sentimentos de tristeza profunda, desencorajamento, desespero, sensação de estar num impasse, insucesso, resignação, angústia, culpabilidade e impulsividade) e os comportamentos anti-sociais, as toxicodependências, as somatizações e os acidentes múltiplos.

A. COIMBRA de MATOS, 1981, [144], distingue a depressão clínica no indivíduo deprimido e a depressão latente cujo mecanismo psíquico é o da depressividade, que se traduz pela morosidade e adiamento das decisões ou pela inquietação ansiosa que conduz ao agir. Frequentemente existe alternância entre condutas de inibição e de passagem ao acto, irreflectida e intempestiva.

M. SPERLING, 1967, [213], considera que existem alternâncias entre manifestações de natureza psicossomática e comportamento de "acting-out". No primeiro caso como expressão de uma agressividade para dentro, sobre o corpo e sobre os objectos internos; no segundo, para fora, sob a forma de "acting". Ambas as manifestações reflectem uma hiperactividade, embora camuflada quando é para dentro, e uma baixa tolerância às frustrações que obrigam a uma descarga urgente perante uma incapacidade de diferir a acção.

Este aspecto da descarga emocional é relacionado com a depressão por C. AMARAL DIAS, 1976, [051], e por A. COIMBRA de MATOS, 1981, [144].

C. BRENNER, 1973, [035], E. JACOBSON, 1964, [110], são de opinião que o "acting" reflecte um grau considerável de pressões inconscientes do Super-Eu, e enfatizam a necessidade dos doentes se autopunirem em razão da culpa depressiva.

Nos próprios, em 1986, [163], nos referimos ao comportamento para-suicidário sob a forma de exposição ao risco em que o impulso agressivo é virado contra o próprio, alternadamente, sob a

forma de somatização e comportamentos masoquistas. A somatização exacerba-se com a perda do objecto sadizante.

H. KOHUT, 1978, [123], considera o "acting" à luz das perturbações narcísicas precoces, na «falta de respostas confirmadoras» ("especulares") por parte do objecto e que comprometeram a coesão do Self.

Na sua opinião, o que domina nesses indivíduos não é o sentimento de culpa mas sim o sentimento de vergonha. A automutilação corresponderia a uma tentativa de eliminar partes do Self corporal desagregado.

Na adolescência ocorrem remodelações da imagem corporal, e não é só o esquizofrénico que se mira ao espelho tentando integrar partes do Self. Em nossa opinião, qualquer adolescente o faz embora com menor ansiedade, do mesmo modo que recorre a uma actividade física, por vezes exagerada, ao ruído, à velocidade excessiva como forma de se sentir vivo e coeso, podendo perder, momentaneamente, o sentido do perigo e, em função disso, ocorrer o acidente.

Não seria, pois, a depressão de culpa mas a depressão de inferioridade, A. COIMBRA de MATOS, 1982, [152], que contribuiria mais para o acidente.

Segundo J.J. LUSTIN, 1972, [135], «o agir tem má reputação». Para o autor, o agir é uma forma de expressão e um modo de investimento e tem, na adolescência, um papel importante no processo maturativo. Contudo, existem acidentes graves com valor

equivalente ao suicídio em certas perturbações narcísicas e perturbações psicossomáticas por escassez de mentalização da angústia depressiva.

Está na mesma linha de pensamento a opinião de I. FAST, 1970, [073], que distingue o agir das personalidades "as if", correspondendo a anomalias na estruturação do Self; do agir na adolescência normal, cuja função é a de assegurar a passagem progressiva da fantasia à realidade. Tem, no fundo, e segundo D.W. WINNICOTT, 1971, [237], o mesmo valor do que o jogo e o brincar para atingir a actividade criativa como meta, ainda que perigosa, dizemos nós, na passagem do agir ao pensar e na construção de uma identidade própria.

S.A. YUSIN, 1973, [239], faz uma revisão teórica da depressão segundo S. FREUD, K. ABRAHAM, M. KLEIN e E. BIBRING, considerando que, nas defesas agidas, o impulso agressivo ocupa o primeiro plano como destruidor dos bons objectos.

M.C. CARVALHO, M.I. KEATING, C. PERDIZ, I. SOUSA e C. AMARAL DIAS, 1983, [038], utilizaram uma amostra de 50 adolescentes com queixas psicossomáticas a quem passaram o Inventário Depressivo de BECK e a Escala de Ansiedade de ZUNG. Para os autores, o agir defensivo no adolescente, como expressão da incapacidade de mentalizar e de elaborar os conflitos psíquicos, é mais frequente e mais permitido no rapaz do que na rapariga.

J. CHASSEGUET-SMIRGEL, 1987, [040], entende o "acting-out" na base da matriz arcaica do complexo de Édipo enquanto objectualização da luta do princípio do prazer contra o princípio da realidade.

Para a autora, o Ideal do Eu é o projecto do Eu com duas vias possíveis: uma demorada que tende a integrar as etapas da evolução edipiana e a identificação ao pai; outra acelerada que, tentando a mesma coisa, escamoteia a resolução do conflito edipiano, a maturação e a identificação ao pai, a maior parte das vezes como reflexo da mensagem da mãe à criança, segundo a qual ela em nada deve invejar o pai, a realidade, a autoridade.

Isto constituiria um curto-circuito que daria expressão ao desejo primário da criança de redescobrir um «universo sem obstáculos», sem asperezas nem diferenças, ao qual se pode ter livre acesso e que, ao mesmo tempo, corresponderia a um desejo de encontrar um «nível de pensamento sem entraves», próprio ao princípio do prazer, destruindo o que representa a realidade.

A facilidade procurada em certas ideologias e grupos activam maneiras de pensar sem entraves, com base no "acting-out", por oposição ao pensamento elaborado. Nesta medida, o "acting-out", não só privilegia a acção mas também a destruição de obstáculos à satisfação. O "acting" apresenta-se, fundamentalmente, como agressivo, tendo como fantasia o reencontro do corpo da mãe sem obstáculos.

S. WHITING, 1981, [226], chama a atenção para a depressão na adolescência encoberta por comportamentos de "acting" e de desajustamento social. Faz referência aos acidentes e aos comportamentos autodestrutivos, típicos do processo depressivo que se intensifica entre os 14 e os 19 anos.

Também K. TARDIFF e A. SWEILLAN, 1980, [219], num estudo sobre jovens depressivos, concluem que o comportamento violento, concomitante à depressão, precede o comportamento suicidário e é mais frequente no adolescente ou jovem adulto.

Segundo L.M. MILLER, A.J. CHILES, E.V. BARNES, 1982, [176], a acção, para o adolescente, tem mais valor do que as palavras como resposta aos impulsos, o que é reforçado pela falta de comunicação das famílias, nomeadamente pela ausência de evocação do seu passado, da sua importância no presente e nos projectos de futuro. A perda do pai por separação ou divórcio na infância, ou o seu desaparecimento por morte antes dos 12 anos, predispõe a comportamentos de risco de natureza suicidária relacionados com a depressão e com a falha narcísica.

E. RINGEL, 1986, [196], considera que os adolescentes em conflito e em confronto com o meio são pessoas em risco suicidário. O autor definiu a síndrome pré-suicidária através de três comportamentos fundamentais:

1 - limitação da esfera vital, cujo eixo é a limitação dinâmica provocada pela depressão, angústia, desespero e a pobreza das relações inter-individuais em que o sujeito perde o sentido

da autoconservação e se precipita na autodestruição;

2 - o recalçamento da agressividade, sob forma de raiva impotente, autêntico fenómeno de implosão, tentando, pelo acto autodestrutivo, vingar-se também dos outros;

3 - fuga para o imaginário em que o sujeito renuncia a influenciar o mundo, caindo no círculo vicioso de quanto mais foge mais se isola e se distancia do mundo real, mais se refugia no imaginário ao ponto de as fantasias autodestrutivas se tornarem autónomas e empurrarem o indivíduo para o suicídio; ou equivalente de suicídio, acrescentemos.

Na leitura de A. COIMBRA de MATOS, 1983, [153], sobre a agressividade e a depressão e sobre a deflexão da agressividade, 1982, [147], sobressaem dois tipos de risco:

- a contenção da agressividade - em que os indivíduos demonstram uma incapacidade de querer como consequência de um Super-Eu inconsciente, que esmaga e retira a vontade própria, e em que a agressividade é dirigida contra o próprio sob uma forma anulatória, parcial ou total;

- a deflexão da agressividade - que consiste em restituir a agressividade à sua origem, na procura da restauração do amor próprio.

No adolescente, e através do uso deste processo, se não existe compreensão da génese dessa agressividade, não existe elaboração e o indivíduo age, sem fazer a distinção indispensável entre os pais e as suas imagos.

O autor distingue duas linhas de desenvolvimento da relação objectal e desenvolvimento psicológico:

- a linha da ansiedade - em que o mau permanece no exterior sob a forma de medo;

- a linha da depressão - em que o mau é interiorizado e o impulso agressivo se reconverte por degradação entrópica, em destruição de si próprio e dos outros.

Na linha da ansiedade tem lugar, a maior parte das vezes, a acção como comportamento contrafóbico; na linha da depressão prevalece a tendência auto-anulatória por expiação do sentimento de culpa.

De notar que existem passagens e oscilações entre o funcionamento na linha da depressão e na linha da ansiedade.

S.A. STUART, 1965, [218], relaciona claustrofobia e depressão e põe em relevo não só os aspectos passivos da depressão, mas também aquilo que designa de depressões agitadas, como luta contra a ansiedade claustrofóbica.

Também R. GEHL, 1963, [095], relaciona sintomas depressivos e claustrofóbicos que aparecem no mesmo indivíduo, às vezes em alternância. Na claustrofobia existe uma projecção do conflito num claustro, conservando o objecto, mas, se o limiar do suportável é ultrapassado, desencadeia-se o pânico e a passagem ao acto.

Creemos que na ansiedade claustrofóbica, o medo de ficar fechado com os objectos de insegurança no seu claustro é susceptível de desencadear o movimento desordenado, comparável à velocidade excessiva, nos jovens condutores, como modo de escapar às ameaças internas. Em vez da projecção num objecto exterior dessa ameaça interna, num objecto contentor e adequado, o adolescente agita-se, exhibe o ruído ensurdecido do escape da "moto", equilibra-se em alta velocidade, às vezes apenas sobre uma roda, perícia designada, na linguagem do grupo, como o "cavalinho".

Se, à partida, podíamos aceitar o carácter fortuito e imprevisível dos acidentes, agora parece-nos indispensável investigar alguns aspectos psicológicos dos condutores de motorizada.

Com essa contribuição pessoal, pretendemos identificar eventuais distorções psicológicas a um nível individual, relacional, familiar, e as suas prováveis influências na ocorrência dos acidentes, com o intuito de os prevenir.

A condição de depressividade em que o adolescente evolui, a ansiedade perante os fenómenos pubertários e a remodelação da sua identidade, entre outros, são factores de natureza intrapsíquica que aumentam a vulnerabilidade do adolescente e o expõem quer declaradamente ao risco de suicídio, quer a comportamentos de índole autodestrutiva, algumas vezes disfarçados de heroísmo, a par da emotividade não controlada.

A imaturidade que acorrenta o adolescente à dependência familiar, aquando do processo de separação psicológica entre ele e os pais, são também factores de depressão e de ansiedade.

Na grande maioria dos casos, os problemas do adolescente embatem na patologia dos próprios pais, ora pela exacerbação de conflitos manifestos, ora pela indiferença, ambas sentidas como rejeição, ora ainda, nunca será demais dizê-lo, na dificuldade dos pais em deixarem os filhos crescer e autonomizarem-se.

O precário equilíbrio familiar existente nos dias de hoje, ou a fragmentação da célula familiar, são, incontestavelmente, factores de risco e eventuais desencadeadores de comportamentos autolesivos.

A insuficiência de mecanismos de autonomia social, a par da influência do grupo e da dependência do meio, são de natureza impeditiva quanto à organização afectiva dos jovens. Perante um futuro incerto, e tantas vezes sem esperança, tanto se vê confrontado à desistência, ao recuo e à perda de auto-estima (depressão sentida), como acalenta esperanças vãs, projectos de vida nulos ou sem consistência, aderindo a ideais megalómanos e fora da realidade (depressão agida).

Estes aspectos, embora de natureza exógena, não nos parecem de menor influência na eclosão de comportamentos autodestrutivos.

Dito isto, e se nos detivermos atentamente sobre os capítulos precedentes, verificamos que os acidentes de condutores de motorizada podem ocorrer na confluência de perturbações de natureza depressiva, ansiosa e de distorções relacionais na família justificando, por isso, a avaliação do risco suicidário dos condutores, da ansiedade e da compreensão da matriz familiar dos sujeitos suportando as hipóteses que orientam a nossa contribuição pessoal, na parte experimental deste trabalho.

## 5.2 Hipóteses

- 1) Nos jovens condutores de motorizadas, há uma propensão para os acidentes de motorizada como consequência de comportamentos de índole autodestrutiva e do grau de ansiedade do condutor.
- 2) Os acidentes de motorizada ocorrem em maior número nos sujeitos depressivos e ansiosos, com valores acima da média na escala de risco suicidária e/ou na escala de ansiedade.
- 3) O sistema familiar e relacional em que os sujeitos estão inseridos, quando de natureza psicopatológica ou distorcidos, favorecem o acidente.
- 4) Os acidentes, nos jovens condutores de motorizada são comportamentos agidos de natureza para-suicidária.

### 5.3 Caracterização da amostra

Na falta de valores estatísticos que nos permitissem conhecer o número de sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que possuíssem motorizada e circulassem nela na região de Lisboa, guiámo-nos por um critério de ordem prática na escolha da amostra.

Esse critério foi o da proximidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, onde desenvolvemos este trabalho; pela proximidade da nossa própria residência e, obviamente, pelo grande número de jovens que vemos, de dia e de noite, em circulação mais ou menos turbulenta e arriscada no meio urbano e suburbano de Lisboa.

Na organização da amostra tivemos também presente o que nos refere M.J. MIRANDA, 1983, [177], sobre a organização de uma amostra onde a autora demonstra que na região sul de Portugal (meio urbano e rural) se encontra 50.1% da população e que dois terços da população jovem vive nos centros urbanos. Assim, Lisboa e Porto têm um quarto da população escolar urbana nos três primeiros anos do Ensino Secundário; isto é, 7<sup>o</sup>, 8<sup>o</sup> e 9<sup>o</sup> anos de escolaridade. Quanto à população escolar do 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos, 52% deles estão na zona sul do país, e desses, 84.4% pertencem ao meio urbano. Além disso, dois terços dos estabelecimentos secundários estão situados nos meios urbanos e recebem mais de 80% das inscrições do ensino secundário oficial.

De certo modo, a nossa amostra miniaturiza a população de onde foi extraída. À semelhança do que aconselha A. ANASTASI, 1982, referido pela autora, poderíamos, eventualmente, extrapolar os resultados encontrados na nossa amostra para a população de onde foi extraída.

Entrámos ainda em linha de conta com os dados fornecidos pelo Centro de Estudos Demográficos de I.N.E., 1984, [109], referentes ao recenseamento de Março de 1981, quanto à população residente, por sexos e idades, em Portugal continental e Regiões Autónomas. Verifica-se que Lisboa é o segundo maior distrito em população de 15-19 anos com 76 400 jovens, depois do Porto com 78 240.

Fizemos uma prospecção prévia e empírica junto de Escolas Secundárias dos concelhos de Lisboa, Almada, Amadora, Oeiras e Cascais, averiguando do número provável de sujeitos que aí encontraríamos em função do número de motorizadas estacionadas à entrada das escolas. Assim, o estudo incidiu sobre sujeitos procurados junto de estabelecimentos de ensino nos concelhos de Almada, Amadora, Cascais, Lisboa e Oeiras. No total da amostra (189), contam-se 174 sujeitos estudantes (92.06%) e apenas 15 sujeitos (7.93%) que, entretanto, deixaram de estudar.

Teóricamente, tudo parecia facilitado quanto à selecção dos sujeitos se pensássemos que, pela faixa etária (15-19 anos) e por viverem no meio urbano e suburbano de Lisboa, os sujeitos seriam estudantes e, em função disso, poderíamos pedir apoio aos Conselhos Directivos das escolas.

Se por um lado obtivemos autorização de alguns Conselhos Directivos para abordarmos os sujeitos nos pátios das escolas; por outro, e na grande maioria dos casos, não nos foi dado acesso às salas de aulas como tínhamos previsto.

Merece-nos especial agradecimento "Monsieur le Proviseur du Lycée Français Charles Lepierre" que mandou seleccionar 7 sujeitos e reuni-los numa sala num dia e hora marcada.

Ficamos reconhecidos aos membros dos Concelhos Directivos das Escolas Secundárias da Cidade Universitária e D. Pedro V que, sendo sensíveis ao nosso pedido, nos permitiram proceder, durante as aulas, a algumas aplicações de provas; 4 e 2 respectivamente.

Os restantes sujeitos foram encontrados, com algumas dificuldades, quer à porta das escolas quer em locais onde normalmente se reuniam.

Não foi fácil encontrar sujeitos que reunissem as condições necessárias para constituir a amostra, sobretudo porque são raras as situações de sujeitos condutores de "moto" parados, disponíveis e aceitando responder a uma aplicação de provas relacionadas com eles e com os acidentes de motorizada.

Escolhemos a abertura do ano lectivo de 1987/88 por haver maior disponibilidade dos sujeitos e professores, em termos de tempo, e com menos probabilidade de pontos escritos.

Entrámos em linha de conta com as condições atmosféricas, escolhendo os dias de sol ou sem chuva em que a circulação de

"motos" é mais frequente. A aplicação de provas decorreu durante todo o mês de Outubro de 1987 e a primeira quinzena de Novembro do mesmo ano.

O quadro A1, a seguir, resume o número de sujeitos da amostra por concelho e a respectiva percentagem de estudantes e não estudantes.

**Efectivos e percentagens de sujeitos estudantes e não estudantes por concelhos**

Quadro A1

Concelho	Sujeitos estudantes		Sujeitos não estudantes		Totais	% por concelho
	N	%	N	%		
Almada	24	12.69	2	1.05	26	13.75
Amadora	30	15.87	5	2.64	35	18.51
Cascais	31	16.40	-	-	31	16.40
Lisboa	73	38.62	5	2.64	78	41.26
Oeiras	16	8.46	3	1.58	19	10.05
Totais %	174	92.06%	15	7.93%	189	100%

### 5.3.1 Sujeitos

Os sujeitos são todos do sexo masculino, solteiros, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. São condutores da sua própria motorizada e já percorreram mais de 3 000 Km nessa condição.

### 5.3.2 Idades

A maior parte dos condutores de motorizada da amostra (148 dos 189 sujeitos) têm idades compreendidas entre 16 e 18 anos. Em menor número estão os de 15 anos (11), seguidos imediatamente pelos sujeitos de 19 anos (30). O maior efectivo é o dos sujeitos de 17 anos (57).

#### Distribuição dos sujeitos da amostra por idades e respectivas percentagens

Quadro A2

Idades	N	%
15	11	5.82
16	47	24.87
17	57	30.16
18	44	23.28
19	30	15.87
Total	189	100 %
Média de idades		17.18
Desvio padrão		1.14

Existe uma percentagem equilibrada no efectivo dos sujeitos de 16, 17 e 18 anos que, por si só, correspondem a 78.31% da amostra.

### 5.3.3 Habilitações literárias

Os sujeitos da amostra são, na sua quasi totalidade, estudantes. Contam-se apenas 15 que não frequentam, actualmente, nenhum estabelecimento de ensino. Têm como escolaridade concluída, em média, o 9º ano do ensino secundário. Existem apenas 2 sujeitos com o nível de instrução primária, 4 com o ciclo preparatório e 9 com o 12º ano.

#### Níveis culturais dos sujeitos da amostra efectivos e percentagens

Quadro A3

Nível cultural	N	%
Instrução primária	2	1.06
Ciclo preparatório	4	2.12
7º ano	21	11.11
8º ano	23	12.17
9º ano	50	26.46
10º ano	53	28.04
11º ano	27	14.29
12º ano	9	4.76
Total	189	100%

Média de anos de escolaridade: 9.24

Desvio padrão: 1.50

#### 5.3.4 Residência

Os sujeitos habitam na região urbana e suburbana de Lisboa, abrangendo os concelhos de Lisboa (63), Cascais (33), Amadora (32), Almada (25) e Oeiras (22). Fora destes concelhos contam-se 7 sujeitos pertencentes a Loures, 4 a Sintra e 3 ao Seixal; sujeitos esses que só entram na amostra por frequentarem as Escolas Secundárias num dos cinco primeiros concelhos que seleccionámos.

Effectivos dos sujeitos e percentagem por concelho de residência

Quadro A4

Concelho	N	%
Lisboa	63	33.33
Cascais	33	17.47
Amadora	32	16.93
Almada	25	13.23
Oeiras	22	11.65
Loures	7	3.70
Sintra	4	2.10
Seixal	3	1.59
Total	189	100 %

No que diz respeito ao concelho de residência, Lisboa é o que tem maior representatividade com 33.33% dos sujeitos.

Os concelhos limítrofes Cascais e Amadora aparecem com percentagens semelhantes, 17.47 e 16.93% respectivamente. O mesmo sucede nos concelhos de Almada com 13.23% e Oeiras com 11.65%.

### 5.3.5 Tipo de residência

Pela idade e pelo nível sócio-económico que é suposto existir em sujeitos desta idade, possuidores e utilizadores de veículos motorizados de duas rodas, caros na aquisição e manutenção, na situação de estudantes, não foi difícil inferir e confirmar que viviam na dependência económica e habitacional dos próprios pais.

Embora o nosso questionário incluísse seis tipos de residência possíveis (moradia, apartamento grande, apartamento normal, quarto, lar ou internato), verificámos que a residência dos sujeitos e dos próprios pais se resumia às três primeiras categorias. Apenas dois sujeitos viviam num quarto alugado por eles próprios tendo, por isso, sido excluídos da amostra. Designámos a moradia, o apartamento grande e o apartamento normal, respectivamente, por residência tipo 1, 2 e 3.

Verificámos que 71 sujeitos da amostra (37.57%), habitam uma moradia, 43 sujeitos (22.75%), residem num apartamento que consideram grande, enfim, 75 sujeitos (39.68%), moram num apartamento que consideram normal (nem grande nem pequeno).

### Percentagem de sujeitos por tipo de residência

Quadro A5

R.T.	N	%
1	71	37.57
2	43	22.75
3	75	39.68
Total	189	100 %

Legenda: 1 - Moradia  
 2 - Apartamento grande  
 3 - Apartamento normal

#### 5.3.6 Residência propriedade

Quanto à residência e a quem ela pertence, admitimos, no questionário, cinco possibilidades: propriedade dos pais, propriedade do sujeito, alugada pelos pais, alugada pelo próprio e pertencente a outros.

Como todos os sujeitos vivem na dependência habitacional dos pais, não encontramos nenhum sujeito cuja residência fosse propriedade sua ou vivesse numa alugada por si próprio.

A grande maioria dos pais dos sujeitos da amostra, 149 (78.84%), é proprietária da sua habitação. Contam-se 35 casos de sujeitos, isto é, 18.52%, cujos pais vivem em habitação alugada e apenas 5 (2.65%) em que a habitação pertence a outros.

**Percentagem de sujeitos por tipo de propriedade**

Quadro A6

R.P.	N	%
1	149	78.84
3	35	18.52
5	5	2.65
Total	189	100 %

Legenda: 1 - Propriedade dos pais  
 3 - Alugada pelos pais  
 5 - Pertencente a outros

A residência é, na grande maioria dos casos, propriedade dos pais dos sujeitos da amostra. Em termos percentuais traduz-se em 78.84% dos sujeitos cujos pais são proprietários da residência.

**5.4 Instrumentos de avaliação psicológica, modo e sequência de aplicação**

Como é óbvio, o tipo de provas aplicadas teve em conta as hipóteses e a idade dos sujeitos em estudo.

O nosso pressuposto básico é o de que o acidente, embora possa existir como acontecimento fortuito, quando frequente supõe uma dimensão psicopatológica do sujeito.

Sabemos, hoje, que não há psicopatologia psíquica sem dimensão depressiva.

Não existe nenhum trabalho de investigação psicopatológico, de inspiração psicodinâmica que, de um modo ou de outro, não se refira ao conceito de depressão como dimensão indissociável dos diferentes tipos de patologia de comportamento.

O comportamento do adolescente deve ser entendido a partir da dimensão depressiva em que ele evolui, seja ela sentida como tal ou negada. Tanto pode dormir além da necessidade para não pensar no que sente, como se pode agitar em comportamentos que lhe diminuam o sofrimento depressivo. Em ambos os casos, e numa situação extrema, a tendência autodestrutiva pode emergir.

Nesta óptica, procurámos um instrumento de avaliação psicológica que evidenciasse a dimensão depressiva do adolescente, quer de uma forma sentida quer agida, em que a sua eventual tendência suicidária pudesse ser avaliada quantitativamente.

A Escala de Risco Suicidário de J. STORK, 1972, [217], reduzida e adaptada para a população portuguesa por M. EUFRÁSIO, O. MONTEIRO FERNENDES, I.C. LOPES, A. REIS e C. AMARAL DIAS, 1986, [067], pareceu-nos ser aquela que melhor respondia às nossas necessidades como podemos verificar no conteúdo dos itens que a constituem (ver anexo 2). Utilizámos esta escala mediante a amável autorização dos seus autores.

Citemos alguns itens na vertente sentida: - "sinto-me muitas vezes melancólico e deprimido", "não tenho muita estima por

mim próprio", "sinto-me muitas vezes oprimido com o peso de destino", "a morte tem algo de tranquilizante, de pacífico".

Citemos outros itens na vertente agida com comportamento de natureza autodestrutiva: "a temeridade e a embriaguez de velocidade seduzem-me", "tenho tendência para estar nervoso, instável e versátil", "sinto-me, por vezes, possuído por cóleras violentas e destrutivas", "uma pessoa pode castigar-se a si próprio com a morte".

Outro pressuposto teórico do nosso trabalho é o de que a ansiedade acima de um limiar médio predispõe os sujeitos aos acidentes de motorizada.

A ansiedade como fenómeno psíquico está intimamente ligada à imaturidade. Etimologicamente, adolescente é aquele que está a crescer. Encontra-se, por isso, sobre todos os pontos de vista, sujeito a manifestações de ansiedade ímpares.

Para avaliar a ansiedade dos sujeitos, escolhemos a Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de W.W. ZUNG, adaptada à população portuguesa por A. VAZ SERRA, E. PONCIANO e J. RELVAS, 1982, [207], [208], com a amável autorização do Prof. Doutor A.S. VAZ SERRA (Anexo 15).

#### 5.4.1 Pré-teste

Efectuámos um pré-teste com 20 sujeitos, nas localidades de Linda-a-Velha e Carnaxide. Esta primeira fase foi indispensável.

A primeira reacção dos jovens de motorizada à nossa aproximação foi de desconfiança, apressamento, indisponibilidade de tempo, tendência para não terminarem o preenchimento das provas, receio que os pais viessem a conhecer as respostas dadas. Se estavam em grupo queriam discutir, entre eles, as respostas a dar às perguntas.

Revelou-se "impraticável" outra ordem de apresentação das provas que não começasse pela mais extensa, isto é, pelo questionário. Verificámos ser indispensável estar próximo dos sujeitos, disponíveis mas não intervenientes.

Nenhum sujeito quis dar especificações sobre os acidentes. Muitos manifestaram receios francos que os pais viessem a saber dos acidentes que tiveram, e que passaram por quedas "sem importância". Receavam também que nós pudéssemos indagar sobre a responsabilidade civil dos acidentes em que estiveram envolvidos ou sobre a nossa intenção de sabermos se tinha ou não a licença camarária de condução.

Não foram raras as perguntas como: "o que é que vai fazer com isso"?

Ao tentar aliciá-los com frases do género: "isto pode ser muito útil para você saber se corre maior ou menor risco de acidente", deparávamo-nos com respostas no sentido do desinteresse... "hum!, não sei sequer se quero saber".

Com o pré-teste, verificámos que alguns sujeitos já tinham tido acidentes aos 15 anos. Isto colocou-nos perante um problema metodológico: ou considerávamos apenas os sujeitos cuja idade mínima são os 16 anos, ou criávamos um critério do mínimo de quilómetros percorridos incluindo no nosso estudo os sujeitos de 15 anos.

Esta segunda alternativa revelou-se a mais adequada pelos seguintes motivos:

1º - não podíamos ficar indiferentes ao número de jovens que já conduziam motorizada e que já tinham tido acidentes antes dos 16 anos;

2º - a atribuição da licença de motorizada não exige a frequência de qualquer escola de condução;

3º - indagando junto da Secção de Trânsito Municipal, soubemos que a atribuição da licença de motorizada exigia, num caso de menor de idade, uma declaração de responsabilidade do pai ou da mãe, umas perguntas elementares do código da estrada e uma prova prática, em recinto próprio dos Serviços Municipais para o efeito, em que os jovens levam a sua própria motorizada para o exame;

4º - M. SIMONET, 1975, [211], investigador da Prevenção Rodoviária Francesa, demonstra que, mesmo quando o sujeito tira uma carta de condução, o que se aprende é nitidamente insuficiente para se fazer face aos primeiros perigos da condução. No que diz respeito à quilometragem percorrida, o autor demonstra que os primeiros 500 km são vividos com grande ansiedade e precaução. Dos 500 aos 3.000 km são frequentes comportamentos de provocação e agressividade que desaparecem ou diminuem a partir

daí.

Logo adaptámos o critério do mínimo de 3.000 km percorridos para a selecção dos nossos sujeitos por nos parecer, obviamente, mais fiável do que o facto dos sujeitos terem ou não uma licença de condução de motorizada, o que nos permitiu incluir no nosso estudo também os sujeitos de 15 anos. Além disso, e atendendo a que o nosso estudo pretende avaliar a eventual influência da ansiedade e do risco suicidário nos acidentes, tínhamos de estar minimamente seguros de que se esses factores existissem se deviam a características predominantemente estáveis dos sujeitos e não a características transitórias em função da inexperiência na condução.

Assim, alargámos a faixa etária para os 15-19 anos em vez dos 16-19, como inicialmente previsto.

Foi também a ocasião para modificar a metodologia do nosso trabalho. De início a hipótese proposta era a de testarmos os sujeitos, como o fizemos, e de, seis meses a um ano depois, confrontarmos os resultados com os acidentes ocorridos entre o período de teste e o de levantamento sobre os acidentes. Tinha, portanto, uma ideia de preditividade implícita. Mas o grande número de acidentes já ocorridos na história dos sujeitos orientou-nos no sentido de um estudo transversal, deixando para uma segunda investigação uma fase de reteste que possa constituir um estudo longitudinal.

#### 5.4.2 Escala de Risco Suicidário de J. STORK

A cada sujeito foi aplicada a Escala de Risco Suicidário de J. STORK, adaptada para a população portuguesa por I.C. LOPES, M. EUFRÁSIO, A.R. REIS e O. MONTEIRO FERNANDES, em 1986, [067], sob supervisão de C. AMARAL DIAS.

Na adaptação da escala de J. STORK para a população portuguesa foram utilizados 484 sujeitos (209 do sexo masculino e 275 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos. Estes sujeitos foram recrutados aleatoriamente, em locais e circunstâncias diferentes e em estabelecimentos de ensino secundário em Castro Daire (47.93%), Coimbra (29.33%) e Castelo Branco (12.60%). Apenas 3% pertenciam ao ensino universitário de Coimbra e Aveiro. 59.36% eram do meio rural e 40.64% do meio urbano. 87.39% com religião (católica predominantemente e protestante) e 12.60% sem religião.

Foi feito um estudo comparativo seguindo os mesmos parâmetros e percentagens que tinham sido utilizados por J. STORK, 1972, [217], na aferição da escala para a população francesa e alemã, isto é, com grupos de sujeitos com ideias suicidárias (I), grupos de não suicidários ou normal (N), grupos de indivíduos com tendência para o suicídio (TS) e finalmente grupos de sujeitos com tendências suicidárias verdadeiras, concretizadas (TV).

Em termos de percentagem, em cada uma destas categorias, as normas foram também semelhantes às de J. STORK:

	N	I	TS	TV
Aferição de J. STORK	50%	10%	30%	7%
Adaptação portuguesa	39.6%	24.7%	27.5%	8%

Também no que diz respeito aos itens de J. STORK houve a preocupação de manter a temática dos itens: perda objectal (6 itens) angústia (17), culpabilidade (8), agressividade (4), Ideais do Eu (15), situação familiar (11), relação com a mãe (9), relação com o pai (4), toxicodependência (1), psicossomática (1).

A escala foi reduzida de 175 para 76 itens sem que se tivesse alterado a sua validade segundo os níveis de confiança testados pelo X<sup>2</sup>: (0.05-0.02 confiança, 0.02-0.01 muita confiança, superior a 0.001 extrema confiança).

Esta escala dá-nos cinco níveis de risco em função do número de pontos obtidos nas respostas dos sujeitos:

0 - 63	estado "normal"
64 - 79	estado intermédio ou duvidoso
80 - 97	fraco risco
98 - 107	risco suicidário importante
> a 107	risco suicidário extremamente importante

Por comodidade designámos estes valores em termos de categoria. Sendo a categoria de risco 1 "normal" e as restantes de risco suicidário propriamente dito, com grau de gravidade crescente de 2 a 5.

#### 5.4.3 Escala de Ansiedade de W.W. ZUNG

A cada condutor de motorizada foi passada, também, Escala de Auto-Avaliação da ansiedade de W.W.K. ZUNG, designada originalmente pelo autor de "Self Anxiety Scale" (S.A.S.), foi a prova aplicada para avaliarmos a ansiedade dos condutores.

Esta escala foi aferida para a população portuguesa por A. S. VAZ SERRA, E. PONCIANO e J. RELVAS, em 1982, [207], conforme referimos anteriormente.

A amostra de aferição foi constituída com 1000 sujeitos de ambos os sexos. Entre estes, 469 do sexo masculino, divididos em quatro faixas etárias: 15-20 anos (206), 21-25 anos (204), 26-30 anos (40), e, com idade superior a 30 anos (19).

A quase totalidade dos sujeitos eram solteiros (412). Dos 469 apenas 56 eram casados e havia um divorciado. Mas, na faixa etária dos 15-20 anos (206 sujeitos), eram todos solteiros. O grau de instrução dos sujeitos da faixa etária dos 15-20 anos era de ensino secundário ou superior (116 e 88 respectivamente), recrutados, portanto, na camada social de estudantes.

A escala é constituída por 20 itens. Cada item tem uma pontuação que varia entre 1 e 4 pontos. A nota final oscila, portanto, entre o mínimo de 20 e o máximo de 80 pontos. Traduzido em percentagem de ansiedade, o valor mínimo corresponde a 25% e o máximo a 100%, com um intervalo de 1.25%.

Também por comodidade optámos pelos resultados numéricos em termos de percentagem; opção que é, aliás, proposta pelos autores da adaptação da escala.

A média de ansiedade total para o sexo masculino, na comparação com o sexo feminino, é de 31.6055 e 34.9981, respectivamente, o que equivale a 39.50% nos homens e a 43.74% nas mulheres, o que faz com que os autores afirmem que a média de ansiedade para os homens é de 40%, variando segundo a idade, e de 44% nas mulheres, sem que se observem variações com a idade. Assim vimo-nos na obrigação de considerar os valores médios da ansiedade na faixa etária dos 15-20 anos, em que se enquadra a nossa população.

Para o sexo masculino, e para as idades de 15-20 anos, a ansiedade total média é de 32.194 com um desvio padrão de 5.527 o que, em termos percentuais, equivale a 40.24%.

Atendendo à hipótese formulada quanto à ansiedade, considerámos "normais" os valores inferiores ou iguais a 40% e "anormais" os valores superiores ou iguais a 41.25%.

Numa aplicação desta escala como instrumento de medida a 1000 indivíduos de população não doente e a 100 indivíduos com manifestações clínicas de ansiedade, A. VAZ SERRA, E. PONCIANO e J. RELVAS, 1982, [208], concluem que a escala faz uma boa discriminação entre população normal e indivíduos doentes, revelando fidedignidade e validade com correlações positivas (0.782) e nível de significância, de  $p < 0.01$  no t de Student, com a "Anxiety Rating Scale" de HAMILTON.

A população normal, a média total de ansiedade é de 33.37, isto é, 41.71%, e de 46.03, ou seja, 57.53% na população psiquiátrica estudada. Neste trabalho, e sob forma de discussão, os autores afirmam: «(...) a S.A.S. de ZUNG revelou-se um bom ele-

mento discriminador entre uma população normal e uma população doente, com indivíduos ansiosos.» op.cit. p. 210

#### 5.4.4 Questionário Psicossocial

O questionário psicossocial utilizado foi constituído por nós próprios para o efeito que nos propúnhamos. Inspirámo-nos num semelhante elaborado, e já utilizado noutras investigações com adolescentes, por J. BERGERET e C. AMARAL DIAS, nomeadamente no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga de Coimbra.

Semelhante tipo de questionário foi também utilizado por R.E. MAYER e J.R. TREAT, 1977, [167], numa investigação nos E.U.A. sobre as características psicológicas e sociais do alto risco na condução de veículos.

O nosso questionário (Anexo I) é composto por 120 perguntas umas fechadas em que a resposta é sim (1) ou não (0), outras abertas com mais do que uma alternativa, como por exemplo: o tipo de residência (1,2,3,4,5,6, respectivamente moradia, apartamento grande, apartamento normal, quarto, lar e internato) que abrangem: a identificação, residência, pai, mãe, o casal, a fratria, a escolaridade, acidentes, hospitalizações, a saúde mental, o sistema relacional, hábitos do sujeito, relações objectais heterossexuais, actividades associativas e os Ideais do Eu do sujeito.

O questionário tem duas finalidades: por um lado recolher elementos sobre o sujeito e o meio sócio-económico e sócio-familiar dos pais que nos permitam comparar os sujeitos entre si segundo as características de homogeneidade; por outro lado pôr em evidência dimensões psicológicas específicas de cada sujeito.

Assim, para além da identificação dos sujeitos, a sua idade, de escolaridade concluída ou em curso, o estado civil, local e tipo de residência, fomos conhecer o enquadramento sócio-familiar dos sujeitos. Quer de uma maneira genérica quer mais específica, as perguntas visam esclarecer também o modo como o próprio sentiu ou sente os aspectos que são, geralmente, mais significativos na organização psicológica do indivíduo.

Se é importante saber com quem e onde vive, não é menos necessário saber o número de vezes que mudou de residência, a idade que tinha e as razões pelas quais tal facto ocorreu. A mudança de residência é uma mudança de parâmetros e de locais investidos; frequentemente reflecte perdas que são sentidas como factores de instabilidade.

A situação conjugal dos progenitores, a percepção da felicidade ou infelicidade entre eles, são índices de segurança ou de insegurança, respectivamente, sobre o qual se pode garantir o presente ou o futuro, ou, caso contrário, viver o presente como uma fase transitória, com uma dimensão depressivante e ansiogénica.

Quisemos saber se o pai e/ou a mãe eram vivos, a sua actividade profissional, e se o sujeito vivia com eles ou se estava privado de contacto permanente com algum dos pais por morte ou por viver permanentemente no estrangeiro.

O levantamento sobre a fratria interessou-nos na medida em que foi necessário perceber se o sujeito se inseria numa fratria reduzida por ser filho único, por ter irmãos falecidos ou estar separado de outros irmãos. Não menos indispensável foi o conhecimento sobre a fratria numerosa, a presença de meios irmãos na fratria, ou filhos de pais diferentes a viverem em conjunto.

As perguntas mais necessárias, no âmbito deste trabalho, foram as respeitantes à história de acidentes do sujeito, quer tratando-se de acidentes gerais, quer de acidentes de motorizada e se esses acidentes foram motivo de tratamento ou internamento hospitalar.

Quisemos, ainda, conhecer aspectos da saúde mental do próprio, nomeadamente da dimensão depressiva e ansiosa, bem como da presença ou ausência destes dois aspectos na família.

Considerámos de importância fazer perguntas sobre o sistema relacional do sujeito com os pais, com os irmãos e com os professores.

Os hábitos do indivíduo foram explorados através de perguntas que reflectissem, fundamentalmente, os seus interesses culturais e sociais e a prática ou não de uma religião.

Elaborámos perguntas sobre as aspirações do próprio em termos de ideais e de projectos de vida que reflectissem ou não a consistência do Ideal do Eu.

Apresentamos, resumidamente, o tipo de perguntas em 15 rúbricas:

**I - Estado civil, naturalidade e profissão**

- 1 - Estado civil
- 2 - Nascido ou não em Portugal
- 3 - Vivendo ou não em Portugal desde sempre
- 4 - Natural de uma cidade, vila ou aldeia
- 5 - A ocupação

**II - Sobre a residência [R]**

- 6 - Tipo de residência
- 7 - Residência propriedade
- 8 - Com quem reside
- 9 - Onde reside
- 10 - Se passou ou não por mudanças de residência
- 11 - Quantas mudanças de residência
- 12 - Causas da mudança de residência
- 13 - Dimensão do agregado familiar
- 14 - Se tem um quarto só seu
- 15 - Se partilha o quarto com alguém ou dorme noutro espaço da casa

**III - Sobre o pai [P]**

- 16 - Se o pai é vivo ou não
- 17 - A idade do pai
- 18 - Profissão do pai
- 19 - Situação profissional do pai
- 20 - Se considera o pai um homem activo ou não
- 21 - Se o pai é emigrante ou vive no estrangeiro
- 22 - Com quem vive o pai no estrangeiro
- 23 - Se o pai faleceu, que idade tinha o sujeito então

**IV - Sobre a mãe [M]**

- 24 - Se a mãe é viva
- 25 - Idade da mãe
- 26 - Profissão da mãe
- 27 - Situação profissional da mãe
- 28 - Se considera a mãe uma mulher activa ou não
- 29 - Se a mãe é emigrante ou vive no estrangeiro
- 30 - Com quem vive a mãe no estrangeiro
- 31 - Se o mãe faleceu, que idade tinha o sujeito nessa altura

**V - Sobre o casal [C]**

- 32 - Situação conjugal dos pais
- 33 - Como sente os pais um com o outro
- 34 - A agressividade no casal
- 35 - Em caso de separação ou divórcio dos pais, que idade tinha o sujeito então

**VI - Sobre a fratria [F]**

- 36 - Se é filho único
- 37 - Se é gémeo
- 38 - Quantos filhos são ao todo
- 39 - Se são todos filhos do mesmo pai e da mesma mãe
- 40 - Se tem meios irmãos
- 41 - Fratria conjunta ou separada
- 42 - Falecimentos na fratria
- 43 - Idade do sujeito aquando de falecimentos na fratria
- 44 - Falecimentos na fratria por doença
- 45 - Falecimentos na fratria por acidente

**VII - Escolaridade [E]**

- 46 - Fugas à escola
- 47 - Como se considera em termos de disciplina como aluno
- 48 - Escolaridade concluída
- 49 - Se teve ou não insucessos escolares
- 50 - Idade dos insucessos escolares
- 51 - Reprovações escolares e causas
- 52 - Quem o apoia nas dificuldades escolares
- 53 - Quem se interessa pelos resultados escolares
- 54 - Com quem fala das dificuldades escolares

**VIII - Acidentes [A]**

- 55 - Se já teve acidentes
- 56 - Quantos acidentes
- 57 - Se os acidentes foram de "moto"
- 58 - Se os acidentes foram de carro
- 59 - Se os acidentes foram de bicicleta
- 60 - Se já teve acidentes de trabalho
- 61 - Se já teve acidentes por quedas, outros que não os citados
- 62 - Se já teve acidentes por mergulho
- 63 - Se já teve ferimentos graves com objectos
- 64 - Idade dos acidentes gerais
- 65 - Se era o próprio que conduzia aquando dos acidentes de "moto"
- 66 - Se ia sozinho no acidente em que era condutor
- 67 - Sendo o sujeito o condutor, que idade tinha quando ocorreram os acidentes
- 68 - Compreensão por parte dos pais antes dos acidentes
- 69 - Compreensão por parte dos pais depois dos acidentes

**IX - Hospitalizações [H]**

- 70 - Internamento em consequência de acidente de "moto" como condutor

- 71 - Internamento por doença grave e qual
- 72 - Tratamento em serviço hospitalar ou centro de saúde por acidente de "moto" como condutor
- 73 - Internamento por doença nervosa ou depressão

#### X - Saúde mental [S]

- 74 - Se já consultou especialista por doença nervosa ou depressão
- 75 - Se a mãe sofre de doença nervosa ou depressão
- 76 - Se o pai sofre de doença nervosa ou depressão
- 77 - Se algum irmão ou irmã sofre de doença nervosa ou depressão
- 78 - Se em criança se sentia tímida e/ou inibida
- 79 - Se em criança se sentia agitada ou inquieta
- 80 - Se era uma criança alegre
- 81 - Se era uma criança triste

#### XI - Sistema relacional [Sr]

- 82 - Se os pais são agressivos com o sujeito
- 83 - De qual dos pais sente mais compreensão
- 84 - Se os sentimentos do sujeito são respeitados na família
- 85 - Se sente falta de comunicação na família em caso de conflito
- 86 - Se sente que é sobre ele que convergem os conflitos da família
- 87 - Se os pais lhe batiam em criança
- 88 - Se se sente excluído na família
- 89 - Se se sente acorrentado na família
- 90 - Se pode receber amigos em casa sem oposição dos pais
- 91 - Como é o seu relacionamento com o pai
- 92 - Como é o seu relacionamento com a mãe
- 93 - Como é o seu relacionamento com os irmãos
- 94 - Se o seu relacionamento com colegas é satisfatório
- 95 - Como é o seu relacionamento com os professores

#### XII - Hábitos [h]

- 96 - Sobre os hábitos alcoólicos do sujeito
- 97 - Sobre os hábitos alcoólicos dos pais
- 98 - Hábitos de leitura
- 99 - Hábitos de teatro
- 100 - Hábitos de cinema
- 101 - Hábitos de fuga do meio familiar
- 102 - Hábitos desportivos individuais
- 103 - Hábitos de desporto em equipa
- 104 - Se é membro de um conjunto musical
- 105 - Hábitos televisivos
- 106 - Hábitos de música rock

**XIII - Relações objectais heterossexuais [Roh]**

- 107 - Se tem uma namorada
- 108 - Se passa muito tempo com ela

**XIV - Actividades associativas [aa]**

- 109 - Se é membro activo de uma associação
- 110 - Se tem uma actividade sindical
- 111 - Se tem uma actividade política
- 112 - Se pratica uma religião
- 113 - A que religião pertence

**XV - Ideais do sujeito [I]**

- 114 - Aspirações de liderança de uma associação
- 115 - Aspirações a dirigente sindical
- 116 - "Leader" religioso
- 117 - "Leader" político
- 118 - Ideal profissional
- 119 - Ideal profissional do pai em relação ao sujeito
- 120 - Ideal profissional do sujeito em relação ao pai

**5.4.5 Critério de agrupamento e selecção das variáveis do questionário**

Com as 120 perguntas formuladas no questionário conseguimos apurar as respostas que nos permitiram fazer a distribuição dos sujeitos em Grupo Controlo e Grupo Experimental segundo a idade dos sujeitos, estado civil, habilitações literárias, concelho de residência, tipo de residência, residência propriedade, grupo profissional do pai, grupo profissional da mãe, número de acidentes (gerais e de motorizada) e idade desses acidentes.

Houve perguntas feitas no questionário que se revelaram sem interesse porque não discriminativas como por exemplo os hábitos televisivos ou o gosto pela música rock. No primeiro caso porque os hábitos televisivos são uma regra, no segundo porque teria

sido mais adequado questionar os sujeitos sobre o gosto pelo "Heavy Metal". Outras houve que nos pareceram de interesse menor como por exemplo o tipo de religião do sujeito.

Das 15 rúbricas do questionário e, em vez de considerarmos os 120 itens isolados, decidimos agrupá-los em 25 variáveis para a análise factorial das correspondências (Ver Anexo VIII).

Decidimos o agrupamento de variáveis como método para condensarmos numa mesma variável respostas a perguntas que, sendo diferentes, enviam para a compreensão de um mesmo registo de funcionamento mental ou para parâmetros semelhantes na história dos sujeitos.

Este procedimento evita uma dispersão de variáveis e dá, em nosso entender, maior coerência ao que se pretende investigar.

O método de agrupamento de variáveis tem sido usado por vários autores, e em diferentes investigações, como é exemplo L.S. WRIGHT, 1985, [238].

Cotámos com valor 1 (sim) a presença de uma ou mais variáveis em cada agrupamento e com o valor 0 (não) a ausência de qualquer uma delas.

Considerámos 12 agrupamentos de variáveis distintos segundo o seguinte critério:

**- Fi - Factores de instabilidade**

Toda ou qualquer situação de mudança de país ou de numerosas mudanças de residência ocorridas durante a infância e até à pré-adolescência inclusivé, susceptíveis de provocarem alterações nos parâmetros sócio-culturais e económicos do sujeito. Ocorrência de separações do casal que tenham obrigado o indivíduo a sentir-se privado da relação contínua e estável com um dos progenitores (excepto por falecimento), que possam ter comprometido o equilíbrio emocional do sujeito.

Assim agrupamos em factores de instabilidade as 5 seguintes variáveis:

- Nve: nasceu e/ou viveu no estrangeiro
- Rnm: três ou mais mudanças de residência
- Csi: separação do casal durante a infância ou pré-adolescência
- Rsm: reside só com a mãe
- Rsp: reside só com o pai

**- Pfe - Pai ou mãe falecidos ou a viver no estrangeiro**

Situação de perda do contacto real e contínuo com um dos pais por falecimento ou ausência permanente no estrangeiro ocorrido na história do sujeito.

Agrupámos em "pai ou mãe falecidos ou a viver no estrangeiro" as seguintes variáveis:

- Mf: mãe falecida
- Pf: pai falecido
- Mve: mãe a viver no estrangeiro
- Pve: pai a viver no estrangeiro

**- Fr - Fratria reduzida**

Situação de filho único, de falecimentos e/ou de separações na fratria que tenha contribuído para uma restrição ou amputamento do leque relacional fraterno do sujeito.

Considerámos aqui as seguintes variáveis:

- F: filho único
- Ff: filhos falecidos
- Fs: filhos separados

**- Fn - Fratria numerosa**

Toda a situação susceptível de agudizar conflitos na fratria quer pela existência de mais de três filhos a viverem em conjunto quer pela presença de meios irmãos ou ainda por filhos de pais diferentes, e sem ligação fraterna entre si, partilhando o mesmo espaço familiar.

Teríamos assim qualquer das seguintes situações:

- Fn>3: mais de três filhos
- Fmi: meios irmãos na fratria
- Fpd: filhos de pais diferentes a viverem em conjunto

**- Sra - Sistema relacional agressivo**

Experiências geradoras de agressividade vividas pelo sujeito indo desde a violência física dos pais sobre ele enquanto criança, até às experiências subjectivas de agressividade e de inculpação por parte dos pais. Agressividade manifesta entre os cônjuges e/ou casal em vias de separação.

Considerámos as seguintes variáveis:

- Sap: sente os pais agressivos
- Scb: foi criança batida
- Sbe: sente-se o bode expiatório
- Ca: casal agressivo
- Cvs: casal em vias de separação

**- Mr - Más relações**

Toda a situação de mau relacionamento do sujeito com qualquer dos pais, com irmãos e/ou com os professores.

Incluimos aqui as seguintes variáveis:

- Mrp: má relação com o pai
- Mrm: má relação com a mãe
- Mri: má relação com os irmãos
- Mrt: má relação com professores

**- Cd - Dificuldades de comunicação**

Distorções da comunicabilidade pelo sentimento de falta de compreensão por parte dos pais ou falta de comunicação manifesta incluindo o constrangimento na verbalização das suas dificuldades escolares.

Agrupámos em dificuldades de comunicação as seguintes variáveis:

- Scp: sem compreensão dos pais
- Sfc: sente falta de comunicação
- Ednc: não fala com ninguém em caso de dificuldades escolares

**- Rej - Rejeições**

Toda a situação de desrespeito, abuso de poder dos pais sobre o filho, perante a dependência afectiva e económica e/ou pelo entrave ao seu desejo de autonomia e privacidade. E ainda falta de apoio, de interesse ou de expectativa quanto às realizações escolares do sujeito.

Pertencem a este grupo as variáveis:

- Se: sente-se expulso da família
- Sa: sente-se preso na família
- Snr: sentimentos não respeitados na família
- Pra: proibido de receber amigos na sua própria casa
- Eap: ninguém o apoia nas dificuldades escolares
- Edp: desinteresse dos pais pela escolaridade do filho

- Fep: falta de expectativas para o filho por parte do pai

- Fda - Factores depressivantes e/ou ansiogéneos

Confronto do sujeito com perturbações psicológicas de um ou ambos os pais, ou irmãos, de invalidez de qualquer dos pais ou de infelicidade conjugal manifesta que possam ter tido repercussões negativas numa evolução psicológica harmónica do sujeito.

Agrupámos aqui seis variáveis:

- Sm: mãe sofre de doença nervosa ou depressão
- Sp: pai sofre de doença nervosa ou depressão
- Sf: irmãos sofrem de doença nervosa ou depressão
- Pdi: pai desempregado ou inválido
- Mo: mãe inválida
- Cf: infelicidade conjugal

- Vd - Vertente depressiva

Sinais manifestos de sintomatologia depressiva ao nível do relacionamento, dos afectos ou do comportamento com eventuais repercussões negativas na escolaridade do sujeito quer tenha ou não procurado consulta em saúde mental.

Este grupo comporta as seguintes variáveis:

- Sci: na infância era uma criança tímida e/ou inibida
- Set: sente que foi uma criança triste
- Sc: consulta em saúde mental do próprio
- Erd: reprovações escolares por desinteresse
- Eds: como aluno sente que é solitário, isolado

- Va - Vertente agida

Comportamentos e hábitos irreflectidos privilegiando a acção, em detrimento do pensamento, eventualmente tendentes a diminuir a ansiedade indo desde a agitação motora à indisciplina passando por hábitos anómalos de consumo de álcool, de fuga ao

meio familiar e ou escolar com consequentes reprovações por faltas.

Interrogámos os sujeitos sobre:

- Sca: na infância era uma criança inquieta e/ou agitada
- Ha: hábitos alcoólicos
- Hf: hábitos de fuga ao meio familiar
- Hfe: hábitos de fuga à escola
- Erf: reprovações escolares por faltas
- Ein: indisciplinado como aluno

**- Fic - Falta de interesses culturais**

Manifesto desinteresse por hábitos de natureza cultural com repercussões negativas, directa ou indirectamente, na evolução psicológica, física e social do sujeito.

Só considerámos falta de interesses culturais quando o sujeito respondeu afirmativamente a pelo menos duas das quatro seguintes variáveis:

- Hln: hábitos de leitura nulos
- Htn: hábitos de teatro nulos
- Hdn: hábitos desportivos nulos
- Aan: actividades associativas nulas

**- Ei - Insucessos escolares**

Uma ou mais reprovações desde a escola primária ao curso complementar.

**- Rohn - Relações heterossexuais e exogâmicas nulas**

Considerámos sim a esta variável desde que o sujeito afirmasse não ter namorada ou ter e não passar muito tempo com ela, como indício de falta de maturação psicológica nos processos de escolha do objecto de amor heterossexual e exogâmico.

- Pyni - Projectos de vida nulos ou irrealistas

Ausência de projecto profissional e/ou escolaridade concluída que estivesse, até agora, aquém dos ideais profissionais do sujeito, ou que, com o ideal profissional verbalizado, mostrasse ignorar a realidade social do nosso país.

- Reln - Religião não praticante

Desde que o sujeito não praticasse nenhuma religião.

#### 5.4.6 Procedimento

Os sujeitos foram procurados, na grande maioria, junto das Escolas Secundárias dos Concelhos que referimos anteriormente.

Alguns sujeitos foram abordados em locais de paragem habitual, frequentemente cafés, nomeadamente em fins de semana.

Todos os sujeitos foram abordados individualmente por mim próprio, embora nalgumas situações tenha sido ajudado por psicólogos clínicos ou estagiários do 5º ano de licenciatura, ex-alunos das Cadeiras de Psicopatologia Dinâmica.

Após uma primeira troca de palavras com os ciclomotoristas nas suas motorizadas (até 49 centímetros cúbicos de cilindrada), tentando averiguar se a motorizada era dele próprio, se já tinha feito nela mais de 3000 Km, se a idade correspondia à faixa etária dos sujeitos em estudo, se era solteiro; passávamos a um pedido de colaboração:

- "Sou psicólogo, estou a fazer uma investigação sobre os acidentes de moto nos jovens da sua idade e do sexo masculino".

As reacções dos sujeitos foram diversas:

- "antes quero não saber, não tenho tempo, vai demorar muito?".

A colaboração só era dada depois de lhe dar-mos explicações acerca da utilidade do inquérito, e das provas, e desde que garantíssemos que os pais não saberiam o conteúdo das respostas dadas.

Adoptámos o critério do mínimo de 3.000 km percorridos por acharmos esse limiar indispensável à prática de condução ou conhecimento suficiente das características do veículo, e também porque M. SIMONET, 1975, [211], considera que a condução sem aspectos lúdicos, sem comportamentos de provocação e com menor agressividade só surge após os primeiros 3.000 km. Assim sendo, os acidentes ocorridos são mais susceptíveis de compreensão à luz dos aspectos depressivos, ansiosos e da dinâmica familiar e menos por motivos de inexperiência.

#### 5.4.7 Ordem de apresentação das provas e instruções

Apresentámos por ordem: o questionário, a escala de risco e a escala de ansiedade.

As instruções, para cada sujeito, foram lidas em voz alta e dadas individualmente:

1º - Este questionário destina-se a uma investigação sobre os acidentes de "moto" em jovens do sexo masculino.

É efectuado para a elaboração de uma tese de doutoramento a apresentar à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Vai ser utilizado em estrita confidencialidade e responsabilidade do investigador.

- Leia o enunciado de cada pergunta.

- Dê imediatamente a primeira resposta que lhe ocorrer.

- Assinale com uma cruz o espaço dentro de cada quadrado.

- Preencha também os espaços em branco representados por uma linha.

- É rápido e fácil.

- Eu esclareço-o se tiver dúvidas.

Uma vez preenchido o questionário passávamos à escala de risco.

20 - Vou-lhe apresentar outras perguntas, mas já falta pouco.

- Leia, com atenção, cada uma das frases pela ordem apresentada.

- Cada questão dispõe de uma alternativa: verdadeiro ou falso.

- Assinale a primeira resposta que a frase lhe sugerir.

- Se a considerar falsa assinale o F rodeando-o com um círculo.

- Se a considerar verdadeira assinale o V rodeando-o com um círculo.

- Trabalhe com rapidez, não pensando muito na resposta a dar.

39 - Já só falta uma folha.

- Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas.
- Assinaie com uma cruz, no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

#### 5.4.8 Critério de classificação de acidentes

Definimos como acidente toda a situação de embate repentino ou casual do próprio, com o seu veículo contra obstáculo (veículo, pessoa ou objecto) que tenham implicado prejuízo humano e/ou materiais significativos, para o sujeito ou para outrem.

São considerados sem acidentes todos os que referiram nunca ter tido acidentes de motorizada como condutores.

São considerados sujeitos com acidentes na idade todos os que referiram ter tido acidentes recentes como condutores da motorizada na idade que tinham na ocasião em que foram examinados ou no ano imediatamente anterior.

Exemplo: contam-se como acidentes nos sujeitos de 18 anos aqueles que ocorreram quando o sujeito tinha 18 e/ou 17 anos. Este critério aplica-se a todas as idades, isto porque o sujeito pode ter 18 anos há poucos dias, e os acidentes ocorridos aos 17 anos serem próximos da idade de aplicação das provas, supondo-se que a sua organização psíquica não tenha sofrido alterações desde a idade em que teve os acidentes até à data de aplicação das provas.

Contámos como acidentes totais todos aqueles que ocorreram na história do sujeito.

Excluimos do estudo todos os sujeitos que não pertenciam a estas categorias, isto é, que tiveram acidentes há mais de um ano mas que não contavam nenhum acidente na idade. Por exemplo: ter 18 anos mas com história de acidentes só aos 16 anos.

### 5.5 Divisão da amostra inicial Sujeitos de 15-19 anos

Dos 189 sujeitos da amostra contam-se, 68 sem acidentes e 121 com acidentes que, por si só, totalizam 200 acidentes como condutores de motorizada.

Dividimos a amostra em dois grupos: os sujeitos sem acidentes e os sujeitos com acidentes. Não tendo sido introduzida nenhuma situação experimental em qualquer dos grupos, não podemos, em rigor, considerar um como grupo controlo e outro como grupo experimental. No entanto, designámos, ainda que abusivamente, o grupo sem acidentes de Grupo "Controlo" e o grupo com acidentes de Grupo "Experimental".

#### 5.5.1 Características do Grupo "Controlo" e Grupo "Experimental"

Para não enviesarmos a distribuição dos sujeitos em cada grupo, procurámos características de semelhança quanto ao meio sócio-económico considerando o local de residência, tipo de residência e tipo de propriedade. Procedemos de igual modo quanto ao nível sócio-económico e familiar dos pais, considerando o grupo profissional do pai e da mãe.

Se o local de residência, o tipo de residência e de propriedade em que os sujeitos residem é indicador do meio sócio-económico a que os sujeitos pertencem, é ainda necessário procurarmos alguns índices de nível sócio-económico e familiar dos pais dos sujeitos. A divisão em grupos profissionais segundo a Classificação Nacional de Profissões, editada pelo Ministério do Trabalho em 1980, não nos parece ser suficientemente discriminativa nos 9 grandes grupos que nos apresenta. Por quanto, e a título de exemplo, no grupo 4 - Pessoal do Comércio e Vendedores - tanto encontramos o Director e Gerente Comercial, como os vendedores sem outra classificação. É óbvio que têm níveis económicos diferentes.

A Classificação Social Internacional estabelecida pelo Prof. GRAFFARD seria a mais adequada na medida em que este método caracteriza o meio sócio familiar a partir de um conjunto de cinco critérios:

- 1 - profissão
- 2 - nível de instrução
- 3 - fonte de rendimento familiar
- 4 - conforto do alojamento
- 5 - aspecto do bairro onde habita.

Este método exigia especificações por parte dos nossos sujeitos quanto aos seus próprios pais que ou desconheciam ou não dariam na situação de recolha dos dados.

Adoptámos o critério de classificação do grupo profissional seguido por C. AMARAL DIAS, 1980, [053], e pelo Centro de Estudos e Profilaxia da Droga de Coimbra, com base em A. SEDAS NUNES e J. DAVID MIRANDA, 1970, [186].

#### Grupo profissional do pai

Grupo 1 - Licenciados, profissões liberais, administradores de empresas, grandes e médios proprietários, altas patentes militares;

Grupo 2 - Bancários, agentes comerciais, empregados de escritório, empregados de balcão, enfermeiros, assalariados por conta de outrem, telefonistas, cabos, sargentos, furrieis do exército, polícia, GNR, economistas, professores, funcionários públicos;

Grupo 3 - Reformados;

Grupo 4 - Desempregados;

Grupo 5 - Emigrantes;

Grupo 6 - Ignorados;

Grupo 7 - Mortos

#### Grupo profissional da mãe

Grupo 1 - Profissões liberais, Administradoras de empresa;

Grupo 2 - Empregadas de escritório, empregadas de balcão, bancárias, enfermeiras, telefonistas, escriturárias, assalariadas por conta de outrem, professoras, funcionárias públicas;

Grupo 3 - Reformadas;

Grupo 4 - Domésticas;

Grupo 5 - Emigrantes;

Grupo 6 - Mortas.

Guiámo-nos pelo mesmo raciocínio quanto à idade e anos de escolaridade dos sujeitos.

### 5.5.2 Local de residência

Os cinco concelhos que considerámos estão representados, por sujeitos quer no grupo controlo quer no grupo experimental. Verificámos que existe também uma representatividade semelhante em termos de percentagens em ambos os grupos e por concelhos.

#### Distribuição dos sujeitos por concelho de residência

Quadro A7

Concelho	Almada	Amadora	Cascais	Lisboa	Oeiras	Total
Grupo Controlo	N 16	13	10	21	8	68
	% 23.52	19.11	14.70	30.88	11.76	100
Grupo Experi- mental	N 12	23	23	49	14	121
	% 9.91	19.00	19.00	40.49	11.57	100

Para podermos demonstrar que o Grupo Controlo e o Grupo Experimental têm características de homogeneidade entre si, colocámos a hipótese de nulidade ( $H_0$ ), segundo a qual existem dife-

renças significativas nos sujeitos quanto ao tipo de residência, residência propriedade, grupo profissional do pai, grupo profissional da mãe, idade dos sujeitos e nível de escolaridade concluída.

Como sabemos, a hipótese nula formula-se com o propósito de ser rejeitada (S. SIEGEL, 1956, [209]). Então, rejeitar a hipótese nula significa aceitar a hipótese alternativa (H1), isto é, que o grupo tem características de homogeneidade nestas variáveis.

### 5.5.3 Tipo de residência

Os três tipos de residência encontrados ao nível da amostra, tipo 1, (moradia), tipo 2 (apartamento grande), tipo 3 (apartamento normal), estão representados tanto nos sujeitos do grupo controlo como nos sujeitos do grupo experimental.

#### Distribuição dos sujeitos por tipo de residência

Quadro A8

Residência Tipo		1	2	3	Total
Grupo Controlo	N	28	15	25	68
	%	41.18	22.06	36.76	100 %
Grupo Experimental	N	43	28	50	121
	%	35.54	23.14	41.32	100 %

Verificamos que as percentagens de sujeitos pertencentes a cada categoria de residência são bastante semelhantes em ambos os grupos.

Fica demonstrado, também, que em nenhum dos sujeitos e em nenhum dos grupos se pôs o problema da exiguidade do espaço habitacional, isto é, nenhum dos sujeitos disse habitar em apartamento que não fosse grande ou normal.

Utilizando a prova do Qui-quadrado, obtivemos o valor .707 com 2 graus de liberdade, e  $p < 0.70$  como nível de significância, pelo que rejeitámos a hipótese nula ( $H_0$ ) quanto à diferença de percentagens de sujeitos em cada tipo de residência e em cada grupo. Assim, não se verificam diferenças significativas entre o grupo controlo e o grupo experimental quanto ao tipo de residência.

#### 5.5.4 Residência propriedade

Na amostra consideramos 3 tipos de propriedade:

- 1 - propriedade dos pais;
- 2 - alugada pelos pais;
- 3 - pertencente a outros.

A distribuição dos sujeitos pelo tipo de propriedade residência em que habitam está representada no quadro A9, abaixo.

## Distribuição dos sujeitos quanto à residência propriedade

Quadro A9

Residência Propriedade		1	3	5	Total
Grupo Controlo	N	54	13	1	68
	%	79.41	19.12	1.47	100 %
Grupo Experimental	N	95	22	4	121
	%	78.41	18.18	3.31	100 %

Tanto num como noutro grupo, e em percentagens praticamente iguais, a habitação como propriedade dos pais abarca cerca de 80% dos sujeitos. Em cerca de 19% dos casos a residência é alugada pelos pais. Apenas uma minoria de 1 a 3% respectivamente no grupo controlo e no grupo experimental, habita em local que não é propriedade dos pais nem alugada por eles.

São evidentes as características de homogeneidade dos grupos quanto à residência propriedade: o  $\chi^2$  tem o valor de 0.738, com 2 graus de liberdade e  $p < 0.69$ , rejeitando a hipótese nula.

### 5.5.5 Grupo profissional do pai

Quer no grupo controlo quer no experimental estão apenas representados os grupos profissionais 1, 2, 3 e 7. A quasi totalidade dos sujeitos tem pais pertencente à categoria profissional 1 e 2. Cada uma destas categorias é praticamente igual em termos de percentagem quer num grupo quer noutro, como podemos

verificar na distribuição do quadro A10, abaixo representado.

Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo profissional do pai

Quadro A10

		1	2	3	4	5	6	7	Total
Grupo Contro- lo	N	27	36	2	0	0	0	3	68
	%	39.71	52.94	2.94	0	0	0	4.41	100
Grupo Experi- mental	N	44	66	2	0	0	0	9	121
	%	36.36	54.55	1.65	0	0	0	7.44	100

Em resumo podemos salientar: no grupo controlo a categoria profissional 1 e 2 equivale a 92.65% dos sujeitos. Apenas 2.94% pertencem ao grupo profissional 3. Três dos 68 sujeitos têm pai falecido ou seja 4.41%; no grupo experimental a categoria profissional 1 e 2 representa 90.91%. Temos apenas 1.65% com pais pertencentes à categoria profissional 3. Neste grupo, que conta 121 sujeitos, 9 têm pai falecido, isto é, 7.44%.

As categorias profissionais do pai 4, 5 e 6 não têm nenhum sujeito, nem no grupo controlo nem no grupo experimental. Assim, e considerando as categorias profissionais 1, 2 e 7 como as mais representativas em termos de percentagens.

Considerando as categorias profissionanis 1, 2, 3 e 7, o X<sup>2</sup> tem o valor de 1.309, com 3 graus de liberdade e  $p < 0.72$ , pelo que rejeitamos a hipótese nula.

Os grupos são muito identicos quanto ao grupo profissional dos pais dos sujeitos.

### 5.5.6 Grupo profissional da mãe

A maior parte das mães dos sujeitos, no grupo controlo e no grupo experimental, distribuem-se pelas categorias profissionais 2 e 4. Somam respectivamente 85.30% e 88.43%. Segue-se em ordem de importância a categoria profissional 1, que é no grupo controlo 8.82 % e no grupo experimental de 9.92%.

Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo profissional da mãe

Quadro A11

		1	2	3	4	5	6	Total
Grupo Contro- lo	N	6	29	2	29	0	2	68
	%	8.82	42.65	2.94	42.65	0	2.94	100
Grupo Experi- mental	N	12	65	1	42	0	1	121
	%	9.92	53.72	0.83	34.71	0	0.83	100

Como podemos verificar no quadro acima representado, também existe uma semelhança próxima da homogeneidade quanto ao grupo profissional da mãe.

As categorias profissionais da mãe 1, 2 e 4 são aquelas que têm a quase exclusiva representatividade e é nas categorias 2 e 4, que se distribuem no grupo controlo e grupo experimental, respectivamente, 85.30% e 88.03% dos sujeitos.

Calculámos o  $\chi^2$  entre as percentagens de sujeitos em cada categoria profissional da mãe, no Grupo Controlo e no Grupo Experimental. O seu valor é de 4.513, com 4 graus de liberdade e  $p < 0.34$ , permitindo rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ).

Em resumo, nos parâmetros que determinámos, não parece haver diferenças significativas entre o grupo controlo e o grupo experimental quanto ao meio sócio-económico e familiar dos sujeitos.

#### 5.5.7 Distribuição etária dos sujeitos

Embora o número de sujeitos no grupo controlo seja de 68 e no grupo experimental 121, todas as idades (15 aos 19) estão representadas na divisão da amostra que efectuámos. O quadro abaixo mostra a divisão detalhada dos sujeitos por idades e efectivo por idades em ambos os grupos.

## Distribuição dos sujeitos e efectivos por idades

Quadro A12

Idades	Grupo Controlo	Grupo Experimental	Ordem Nº a Nº	Efectivos
15 anos	3 -	- 8	1 3 4 11	3 8 n=11
16 anos	20 -	- 27	12 31 32 58	20 27 n=47
17 anos	21 -	- 36	59 79 80 115	21 36 n=57
18 anos	14 -	- 30	116 129 130 159	14 30 n=44
19 anos	10 -	- 20	160 169 170 189	10 20 n=30
Totais	68	121		189

A média de idade dos sujeitos é de 17.18 anos, com um desvio padrão de 1.14. No grupo controlo e no grupo experimental esses valores são praticamente os mesmos conforme o quadro que se segue:

## Médias de idade

Quadro A13

Todos os sujeitos	Sujeitos sem acidentes	Sujeitos com acidentes
M = 17.18	M = 17.11	M = 17.22
DP = 1.14	DP = 1.12	DP = 1.16

Não existem diferenças significativas na idade dos sujeitos entre o grupo controlo e o grupo experimental. O Qui-quadrado tem o valor de 1.684, com 4 graus de liberdade e  $p < 0.79$ . Rejeitamos a hipótese nula.

## 5.5.8 Anos de escolaridade concluída

Conforme indicámos na caracterização da amostra, a grande maioria dos sujeitos é estudante (174 dos 189).

Apenas 6 sujeitos têm um nível escolar inferior ao 7º ano do ensino unificado e 9 com o 12º ano. São também 174 sujeitos os que têm entre o 7º e o 11º ano de escolaridade concluído, representando 92.07% dos sujeitos. A distribuição dos anos de escolaridade dos sujeitos no grupo controlo e no experimental é a seguinte:

## Distribuição dos sujeitos por anos de escolaridade concluída

Quadro A14

Escolaridade	Grupo Controlo		Grupo Experimental	
	N	%	N	%
4ª classe	1	1.47	1	0.83
Ciclo preparatório	1	1.47	3	2.48
7º ano	7	10.29	14	11.57
8º ano	4	5.88	19	15.70
9º ano	17	25.00	33	27.27
10º ano	23	33.82	30	24.79
11º ano	13	19.12	14	11.57
12º ano	2	2.94	7	5.94
Total	68	100%	121	100%

Como podemos observar, no quadro anterior, também a percentagem de sujeitos com escolaridade concluída entre o 7º e o 11º ano concluído representa a grande maioria, com 94.11% no grupo controlo e 90.90% no grupo experimental. O  $\chi^2$  tem o valor de 9.340, 7 graus de liberdade e  $p < 0.22$ . Rejeitámos a hipótese nula.

Quando calculamos a média e o desvio padrão dos anos de escolaridade concluída, obtemos os seguintes resultados:

## Médias de anos de escolaridade concluída

Quadro A15

Todos os sujeitos	Sujeitos sem acidentes	Sujeitos com acidentes
M = 9.24	M = 9.42	M = 9.14
DP = 1.50	DP = 1.47	DP = 1.50

Observamos uma grande semelhança entre os dois grupos quanto à média e ao desvio padrão da escolaridade concluída.

Os grupos são igualmente semelhantes quanto ao nível sócio-económico e familiar quanto à faixa etária e ao nível intelectual.

Podemos, assim, e com menor risco, encontrar valores realmente comparáveis.

## 5.6 Resumo:

Dividimos a amostra dos 189 sujeitos em grupo controlo e grupo experimental com um efectivo de 68 e 121 sujeitos, respectivamente sem acidentes e com acidentes.

Caracterizámos os sujeitos em cada grupo quanto ao meio sócio-económico; entrando em linha de conta com o concelho de residência, tipo de residência e essa residência como propriedade dos pais dos sujeitos ou não.

Procedemos de igual modo quanto ao nível sócio-económico e familiar dos pais considerando o grupo profissional do pai e da mãe.

Por fim atendemos à faixa etária dos sujeitos e dos anos de escolaridade concluída.

Podemos dizer que com esta divisão não se observam enviesamentos nos parâmetros considerados. O grupo controlo e o grupo experimental têm características muito idênticas.

Tal como na amostra, os grupos considerados cada um por si, têm como características individuais: 17 anos como média de idade, com o desvio padrão praticamente igual, o 9º ano de escolaridade concluída. Habitam todos

com os próprios pais em moradia ou apartamento grande ou suficiente em espaço para o número de pessoas comorantes.

O nível sócio-económico e familiar dos sujeitos é predominantemente elevado na medida em que os pais pertencem a um grupo sócio-profissional elevado ou médio.

O critério que seguimos até aqui permite fazer um estudo comparativo ao nível da variável acidentes e das variáveis ansiedade e risco considerados individualmente ou associados.

CAPITULO VI

RESULTADOS



## 6.1 Resultados descritivos

Com efectivos bastante diferentes em cada grupo observamos de imediato percentagens muito equivalentes ao nível do número de acidentes em cada classe etária.

### 6.1.1 Números, percentagens e quociente de acidentes por idades

Quadro A16

	Idades	N	%	Nacd	%	Quoc. A/B
Grupo	15	3	4.41	0	-	-
	16	20	29.41	0	-	-
	17	21	30.88	0	-	-
Controlo	18	14	20.59	0	-	-
	19	10	14.71	0	-	-
Total		68	100%	0	-	-
Grupo	15	8	6.61	11	5.50	1.37
	16	27	22.31	46	23.00	1.70
	17	36	29.75	63	31.50	1.75
Experimental	18	30	24.79	49	24.50	1.63
	19	20	16.53	31	15.50	1.55
Total		121	100%	200	100%	8.00

O quociente A/B, representando a média de acidentes por sujeitos dentro de cada idade, mostra que é nas classes de 16, 17 e 18 anos que se apresenta o quociente mais elevado.

### 6.1.2 Resultados descritivos na Escala de Risco de STORK

A maior parte dos sujeitos incluem-se nas categorias de risco 1, 2 e 3 conforme o quadro A17, que representa os efectivos e a percentagem dos sujeitos em cada categoria de risco, segundo os valores obtidos na Escala de Risco Suicidário de J. STORK.

#### Percentagem de sujeitos por categoria de risco

Quadro A17

Cat.Risco	Nº de suj.	%
1	139	73.50
2	29	15.30
3	15	8.00
4	3	1.60
5	3	1.60
Total	189	100 %

Isso também se verifica se considerarmos os sujeitos dentro de cada faixa etária.

Categorias de risco por idades no total da amostra

Quadro A18

		IDADES					TOTAL
		15	16	17	18	19	
CAT. DE RISCO	1	6	36	40	37	20	139
	2	1	6	9	4	9	29
	3	3	4	5	2	1	15
	4	1	1	0	1	0	3
	5	0	0	3	0	0	3
TOTAL		11	47	57	44	30	189

Dentro de cada classe de idade a grande maioria dos sujeitos, no total da amostra, enquadra-se na categoria de risco "normal" (risco 1).

No quadro que se segue (A19) podemos verificar que as percentagens de sujeitos na categoria de risco 1 variam entre 54.54 e 84.09%.

Percentagem de sujeitos por idades em cada categoria de risco

Quadro A19

		IDADES				
		15	16	17	18	19
CAT. DE RISCO	1	54.54	76.59	70.17	84.09	66.66
	2	9.09	12.76	15.78	9.09	30.00
	3	27.27	8.51	8.77	4.54	3.33
	4	9.09	2.11	0.00	2.27	0.00
	5	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00
TOTAL %		100 %				

Assim:

- 45.45% dos sujeitos de 15 anos;
- 23.41% dos sujeitos de 16 anos;
- 29.83% dos sujeitos de 17 anos;
- 15.91% dos sujeitos de 18 anos;
- 33.33% dos sujeitos de 19 anos tem risco suicidário acima dos valores normais

Se considerarmos a categoria de risco 1 "normal", como o fazem os autores da escala de risco de STORK, e como risco suicidário as categorias 2, 3, 4 e 5 podemos evidenciar as seguintes diferenças entre os dois grupos (Quadro A20):

Distribuição dos sujeitos por categoria de risco  
e número de acidentes na idade

Quadro A20

	Idade	N	Categoria de Risco					Acid
			1	2	3	4	5	
Grupo Controlo	15	3	1	1	-	1	-	0
	16	20	17	1	2	-	-	0
	17	21	17	3	1	-	-	0
	18	14	13	-	1	-	-	0
	19	10	8	1	1	-	-	0
Total		68	56	6	5	1	-	-
Grupo Experimental	15	8	5	-	3	-	-	11
	16	27	19	5	2	1	-	46
	17	36	23	6	4	-	3	63
	18	30	24	4	1	1	-	49
	19	20	12	8	-	-	-	31
Total		121	83	23	10	2	3	200

Ao agrupar o número de sujeitos em cada categoria de risco e a percentagem desses sujeitos quer no grupo controlo, quer no grupo experimental, começamos a observar diferenças que vão no sentido de uma maior percentagem de sujeitos de categoria 1 (normal) no efectivo do grupo controlo e menor percentagem de sujeitos, na mesma categoria, no efectivo do grupo experimental.

Inversamente, mas no mesmo sentido do nosso raciocínio, as categorias de risco anormais (2, 3, 4, 5) têm maior percentagem de sujeitos no efectivo do grupo experimental do que no grupo controlo; conforme podemos verificar no quadro seguinte:

Comparação de percentagens em cada categoria de risco

Quadro A21

Categoria de risco	Grupo controlo (n=68)		Grupo experimental (n=121)	
	n	%	n	%
1	56	82.35	83	68.60
2	6	8.80	23	19.00
3	5	7.35	10	8.25
4	1	1.50	2	1.65
5	0	0	3	2.50
Total	68	100 %	121	100%

No grupo controlo a maior parte dos sujeitos situa-se na categoria de risco 1 "normal", (56/68, isto é, 82.35%). Segue-se em ordem de importância o risco 2 e 3, respectivamente, intermédio e fraco risco, (11/68, isto é, 16.17%). Apenas 1 sujeito no risco suicidário importante.

Nenhum sujeito na categoria de risco 5, considerada de risco extremamente importante.

No grupo experimental, embora a maior parte dos sujeitos se situe na categoria de risco 1 (83/121) a percentagem desses sujeitos é menor do que no grupo controlo, 68.60%. As categorias de risco 2 e 3 contam (33/121), 27.00%, também superior, em termos de percentagem, ao grupo controlo.

São contempladas todas as categorias de risco, na medida em que as categorias 4 e 5 contam 5 sujeitos, contrariamente ao grupo controlo onde a categoria de risco 4 conta apenas 1 sujeito e a categoria 5 não tem nenhum.

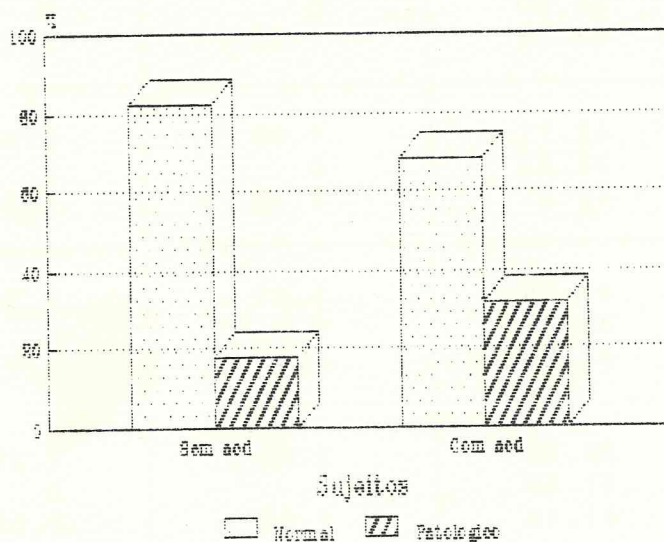
De referir que a principal diferença se observa quando agrupamos as categorias de risco 2, 3, 4 e 5 no grupo controlo e no grupo experimental.

Encontramos 31.40% de sujeitos com risco suicidário no grupo experimental contra 17.65% de sujeitos com o mesmo risco no grupo controlo.

Conforme podemos verificar no quadro A21 e na figura 1, na passagem do grupo Controlo ao grupo Experimental, existe uma tendência decrescente do risco normal e uma tendência crescente no risco suicidário.

### Distribuição percentual do risco normal e patológico nos sujeitos sem acidentes e com acidentes

Figura 1



### 6.1.3 Resultados descritivos na Escala de Ansiedade de ZUNG

Tendo como ponto de partida que a ansiedade igual ou inferior a 40% é considerada normal e que é excessiva quando igual ou superior a 41.25%, apresentamos os valores da ansiedade por idades no efectivo global e, em seguida, também por idades, nas situações de sem acidente e com acidentes.

#### Valores percentuais da ansiedade por idades

Quadro A22

Idades	Médias			N
	Ansiedadex%	Acd na idade	Acd totais	
15	46.25	1	1.27	11
15 s/acd	45.83	0	0	3
15 c/acd	46.40	1.37	1.75	8
16	41.67	0.97	1.02	47
16 s/acd	38.80	0	0	20
16 c/acd	43.70	1.70	1.77	27
17	41.11	1.10	1.40	57
17 s/acd	39.22	0	0	21
17 c/acd	42.21	1.75	2.22	36
18	40.59	1.11	1.38	44
18 s/acd	39.28	0	0	14
18 c/acd	41.20	1.63	2.03	30
19	39.95	1.03	1.36	30
19 s/acd	37.50	0	0	10
19 c/acd	41.18	1.55	2.05	20

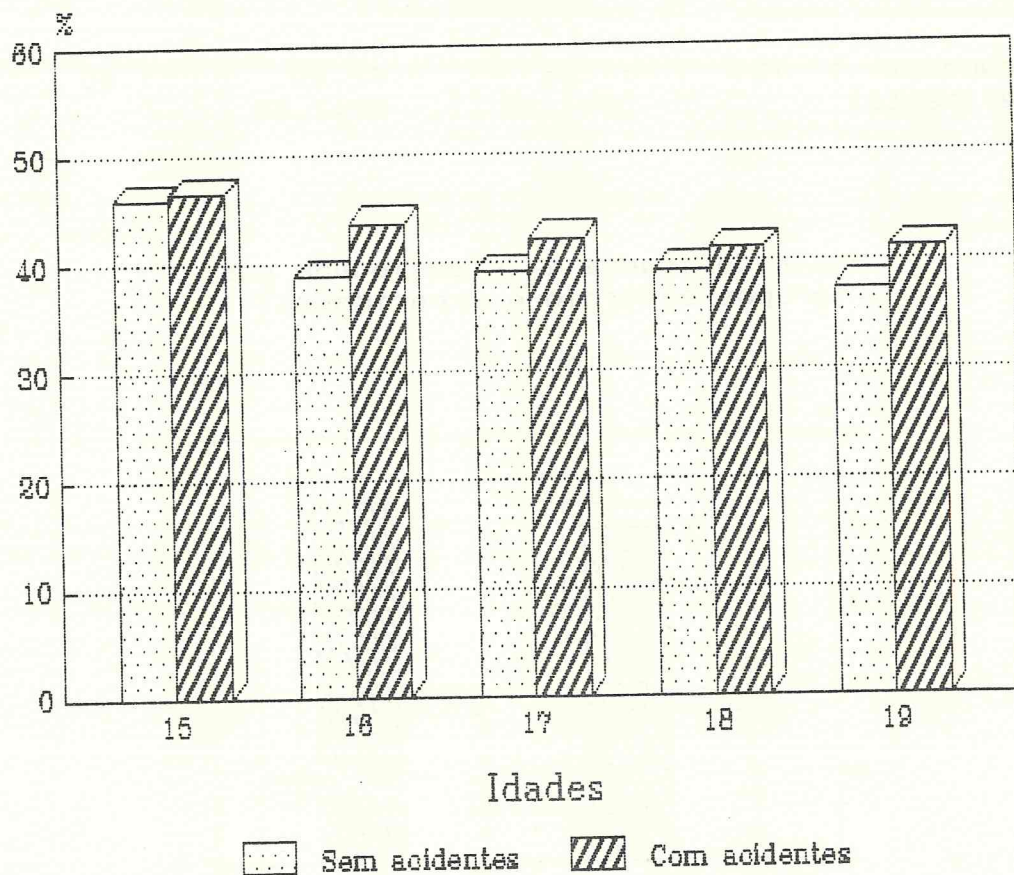
Conforme verificamos no quadro A22 e figura 2, a ansiedade como fenómeno ligado à imaturidade parece ser evidente: mais elevada na classe de sujeitos com 15 anos, decrescendo progressivamente nos sujeitos de 16, 17 e 18 anos para atingir o ponto mais baixo na classe de sujeitos de 19 anos.

A excepção da classe de sujeitos de 15 anos, a maior diferença de valores de ansiedade observa-se na comparação entre os dois grupos de sujeitos: sem acidentes e com acidentes.

A excepção a que aludimos pode atribuir-se ao reduzido número de sujeitos sem acidentes, 3, num efectivo de 11.

Média da ansiedade por idades nos sujeitos sem e com acidentes

Figura 2



Embora os grupos controlo e experimental difiram bastante em termos de efectivos, a média de idades e o desvio padrão são praticamente iguais. O mesmo não podemos dizer quanto aos valores da ansiedade. Com efeito, no grupo controlo esse valor é de 39.19% e no grupo experimental é de 42.40% conforme o quadro A23 e figura 3.

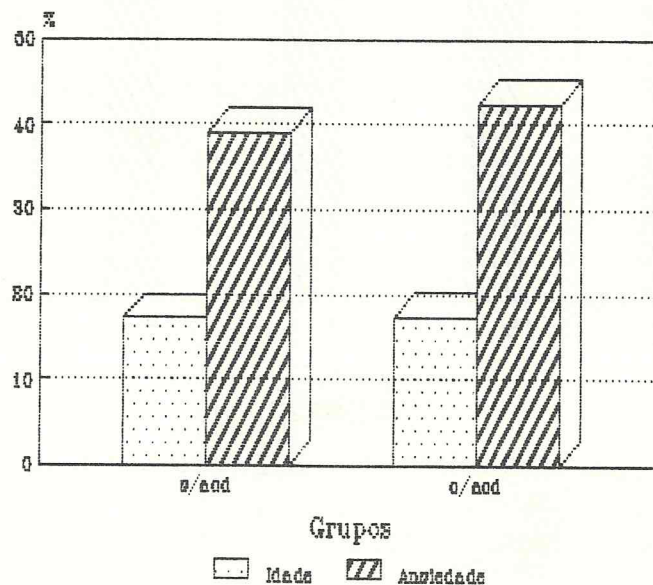
### Médias de idade, ansiedade e número de acidentes

Quadro A23

	N	Idades	Ansiedade	Acidentes
Grupo controlo	68	17.11 DP=1.12	39.19 DP=6.43	0
Grupo experimental	121	17.22 DP=1.16	42.40 DP=7.28	1.65

### Média de idades e de ansiedade nos grupos controlo e experimental

Figura 3



No total da amostra, a média da ansiedade é de 41.25% e o desvio padrão de 7.14. Cerca de 60% dos sujeitos situam-se à volta desta média, à distância de um desvio padrão para cada um dos lados, conforme se pode verificar na figura 4 com uma distribuição de frequência de 1.25%.

**Distribuição de frequência da ansiedade  
com intervalo de classe de 1.25%**

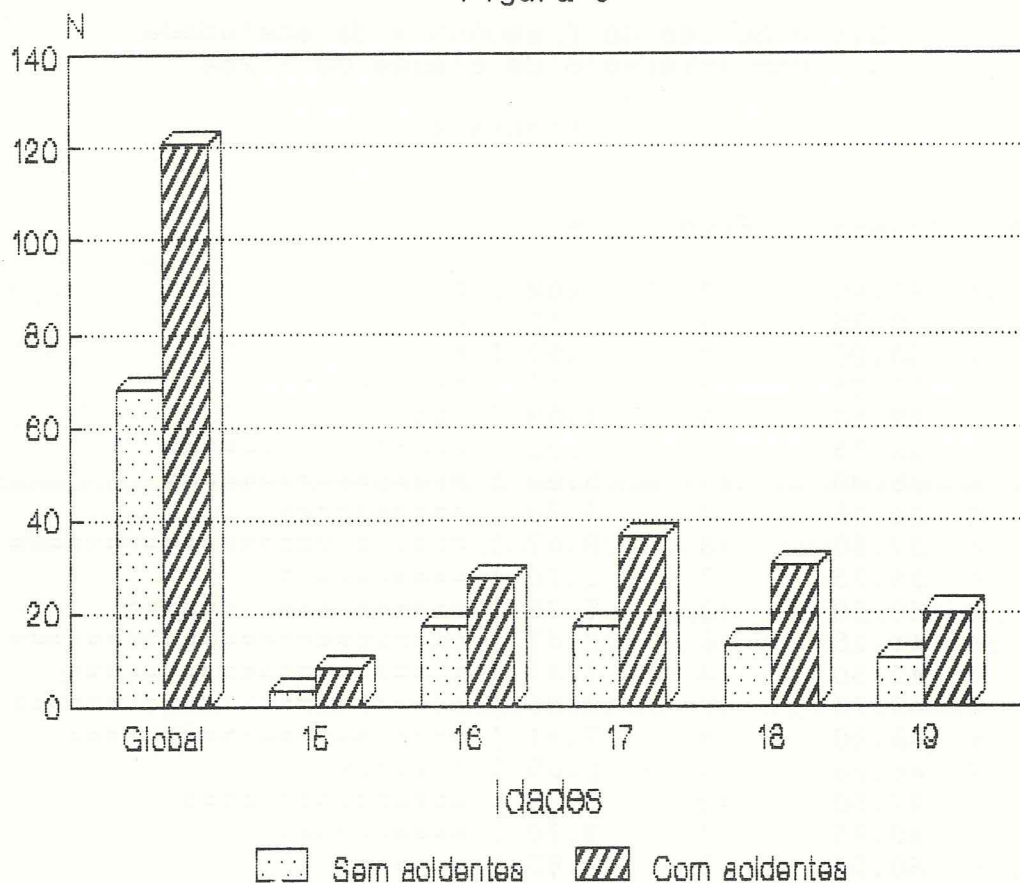
Figura 4

Limite	Classes	Freq.	%	
26.25	< 27.50	1	.53	=
27.50	< 28.75	1	.53	=
28.75	< 30.00	1	.53	=
30.00	< 31.25	6	3.17	=====
31.25	< 32.50	3	1.59	====
32.50	< 33.75	11	5.82	=====
33.75	< 35.00	11	5.82	=====
35.00	< 36.25	7	3.70	=====
36.25	< 37.50	16	8.47	=====
37.50	< 38.75	7	3.70	=====
38.75	< 40.00	12	6.35	=====
40.00	< 41.25	16	8.47	=====
41.25	< 42.50	14	7.41	=====
42.50	< 43.75	19	10.05	=====
43.75	< 45.00	14	7.41	=====
45.00	< 46.25	5	2.65	=====
46.25	< 47.50	10	5.29	=====
47.50	< 48.75	7	3.70	=====
48.75	< 50.00	5	2.65	=====
50.00	< 51.25	7	3.70	=====
51.25	< 52.50	2	1.06	===
52.50	< 53.75	3	1.59	====
53.75	< 55.00	0	.00	
55.00	< 56.25	4	2.12	=====
56.25	< 57.50	1	.53	=
57.50	< 58.75	1	.53	=
58.75	< 60.00	0	.00	
60.00	< 61.25	2	1.06	===
61.25	< 62.50	1	.53	=
62.50	< 63.75	0	.00	
63.75	< 65.00	0	.00	
65.00	< 66.25	1	.53	=
66.25	< 67.50	1	.53	=
	Total	189	100.00	

Na figura 5 temos a representação gráfica quanto ao número de sujeitos sem e com acidentes quer na totalidade da amostra quer por idades.

Representação dos sujeitos da amostra por idades sem e com acidentes.

Figura 5



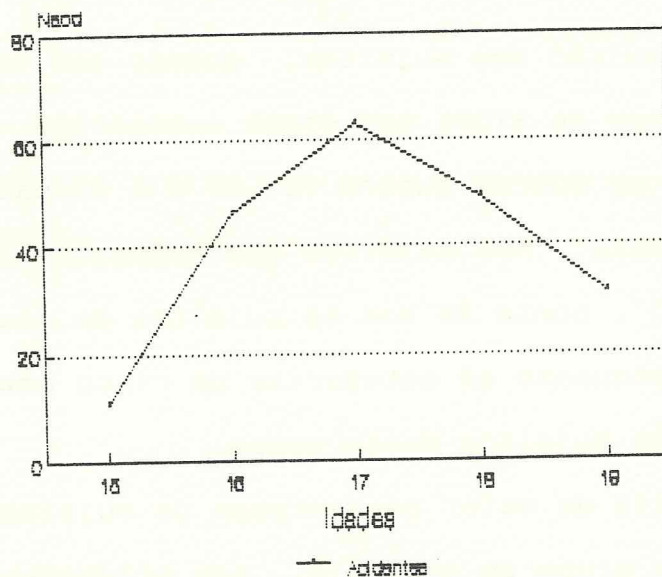
Em todas as idades é maior o número de sujeitos com acidentes do que sem acidentes.

O maior número de acidentes verifica-se na faixa etária dos 16-18 anos.

A classe de sujeitos de 17 anos é a que comporta maior número de acidentes, conforme podemos verificar na figura 6.

## Distribuição dos acidentes por idades

Figura 6



A média de acidentes nos sujeitos do grupo experimental é de 1.64 e o desvio padrão é de 0.91.

Ao considerarmos o número de acidentes por idades verificamos que são os sujeitos dos 16, 17 e 18 anos que têm maior número de acidentes.

Mais precisamente, é na faixa etária dos 16-17 anos que a média de acidentes é mais elevada.

Começa a decrescer na faixa etária dos 18-19 anos, como se verificava um decréscimo semelhante quando nos referimos aos valores da ansiedade no quadro A22 e figura 2.

#### **6.1.4 Resumo dos valores descritivos na Escala de Risco de STORK**

Numa distribuição dos sujeitos, quanto aos valores obtidos na escala de risco de STORK com cinco categorias, sendo a primeira "normal" e as outras quatro (2, 3, 4 e 5) patológicas, observámos o seguinte: nos sujeitos sem acidentes a categoria de risco 1, "normal", conta 56 dos 68 sujeitos do grupo controlo, isto é, 82.35%; enquanto as categorias de risco patológico equivalem a 17.65% dos sujeitos deste grupo.

Esta tendência de maior percentagem de sujeitos na categoria de risco 1 no grupo de controlo, sem acidentes, e de menor percentagem de sujeitos com risco patológico, não se observa no grupo experimental, antes pelo contrário inverte-se.

Nos sujeitos com acidentes a categoria de risco 1, embora englobe 83 dos 121 sujeitos, desce para 68.60%, ao mesmo tempo que a percentagem de sujeitos com risco patológico passa, agora, de 17.65 a 31.40%.

#### **6.1.5 Resumo dos valores descritivos na Escala de Ansiedade de ZUNG**

Fazendo uma descrição e agrupamento dos sujeitos do grupo controlo e do grupo experimental, por idades, valores de ansiedade e número de acidentes, criámos duas categorias de valores de ansiedade em termos de percentagem, conforme A. VAZ SERRA e colaboradores, 1982, [207], [208].

Sendo o valor 40% estabelecido como média, considerámos os valores iguais ou inferiores a esta média como normais e os valores iguais ou superiores a 41.25% como anormais.

Agrupámos os sujeitos nesta base, quer no grupo controlo quer no grupo experimental.

Na totalidade da amostra os limites dos valores da ansiedade, respectivamente inferior e superior, são de 26.25 e 66.25.

No grupo controlo os valores da ansiedade situam-se entre os 26.25 e os 60% e, no grupo experimental, entre os 27.50 e os 66.25%; conforme os quadros A24 e A25.

#### Valores da ansiedade nos efectivos do grupo controlo

Quadro A24

Idade	N	Ans% < ou = 40% (26.25-40.00)	Ans% > ou =41.25 (41.25-60.00)	N.acd
15	3	1	2	0
16	20	12	8	0
17	21	12	9	0
18	14	7	7	0
19	10	9	1	0
Tot%	68 100%	41 60.30%	27 39.70%	0 -

Valores de ansiedade e número de acidentes nos sujeitos  
do grupo experimental

Quadro A25

Id	N	Ans% < ou = 40% (27.50-40.00)	Ans% > ou = 41.25 (41.25-66.25)	nº de suj x nº acd	nº
15	8	2	6	(5x1)+(3x2)	11
16	27	12	15	(17x1)+(4x2) +(3x3)+(3x4)	46
17	36	17	19	(18x1)+(11x2) +(5x3)+(2x4)	63
18	30	12	18	(19x1)+(6x2) +(2x3)+(3x4)	49
19	20	8	12	(11x1)+(7x2) +(2x3)	31
Tot %	121 100%	51 42%	70 58%	200 100%	200 100

Utilizámos a mesma metodologia, de comparação dos valores da ansiedade entre o grupo de controlo e o grupo experimental, usada nos valores da escala de risco suicidária.

Os resultados dos sujeitos quanto à ansiedade vão no mesmo sentido que os observados na referida escala.

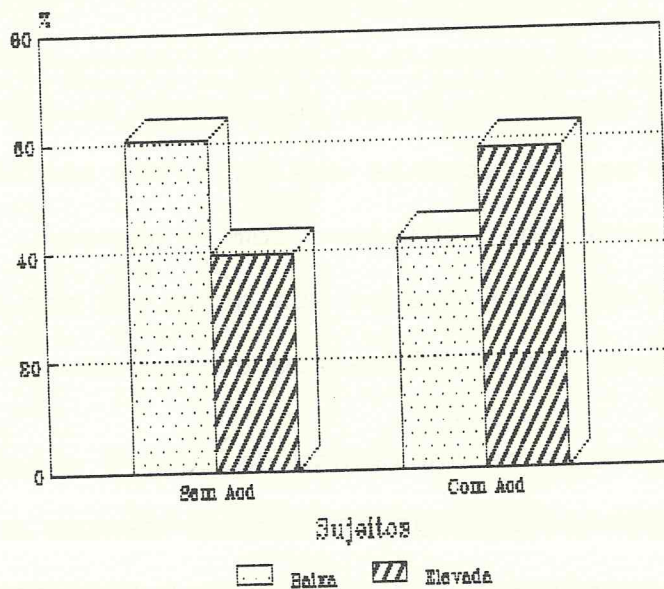
Nos sujeitos com acidentes a ansiedade elevada é mais frequente (58% dos sujeitos), e menos frequente a ansiedade baixa (42% dos sujeitos); como podemos observar no quadro A25 e figura 7.

Nos sujeitos sem acidentes é mais frequente a ansiedade com valores normais (60.30% dos casos) e menos frequente a ansiedade com valores elevados (39.70% dos casos); como vemos no quadro A24

e figura 7.

Percentagem de sujeitos com ansiedade reduzida e ansiedade elevada no grupo controlo e no grupo experimental

Figura 7



Quando comparamos os sujeitos de 15 e 19 anos em relação aos de 16, 17 e 18 anos, começa a evidenciar-se uma macificação quanto ao número de acidentes por um lado e quanto à frequência de 3 e 4 acidentes por outro, nestes últimos, conforme se vê no quadro A25.

#### 6.1.6 Resumo:

Na Escala de Risco Suicidário de STORK, o risco "normal" é mais frequente nos sujeitos sem acidentes e menos frequente nos sujeitos com acidentes. O risco patológico é menos frequente nos sujeitos sem acidentes e mais frequente nos sujeitos com acidentes.

Na Escala de Ansiedade de ZUNG a ansiedade normal é mais frequente nos sujeitos sem acidentes e menos frequente nos sujeitos com acidentes. A ansiedade elevada é menos frequente nos sujeitos sem acidentes e mais frequente nos sujeitos com acidentes.

## 6.2 Resultados estatísticos: acidentes, ansiedade e risco suicidário

As diferenças encontradas entre o Grupo Controlo e o Grupo Experimental, ao nível dos valores da ansiedade e do risco suicidário, justificam a utilização de provas estatísticas nas quais seja possível verificar ou não diferenças significativas, separadamente ou em conjunto, na relação com o número de acidentes de motorizada.

Utilizámos, conforme a situação, a prova do t de Student, como prova de significação na comparação das médias de ansiedade e do risco suicidário; e a prova do  $\chi^2$ , na procura de diferenças significativas entre valores esperados e valores observados, de qualquer das variáveis em estudo, também em relação com o número de acidentes.

Considerámos, em cada uma destas provas, o limiar de significância a partir de  $p < 0.05$ .

Antes de efectuarmos a prova estatística do t de Student, fizemos uma distribuição da ansiedade dos sujeitos considerando os valores da ansiedade "normal" (inferiores ou iguais a 40%) e ansiedade elevada (valores superiores ou iguais a 41.25%). Considerámos as categorias de 0, 1, 2, 3 e 4 acidentes primeiro na globalidade dos sujeitos e, em seguida, por idades.

Distribuição do número de sujeitos por número de acidentes  
segundo a dicotomia da ansiedade

Todos os sujeitos

Quadro R1

	0	1	2	3	4	Total
Ansiedade < ou = a 40% (26.25 - 40.00)	41	30	15	4	2	92
Ansiedade > ou = a 41.25% (41.25 - 66.25)	27	40	16	8	6	97
Total	68	70	31	12	8	189

Sujeitos de 15 anos

Quadro R2

	0	1	2	Total
Ansiedade < ou = 40.00% (32.50 - 40.00)	1	0	2	3
Ansiedade > ou = 41.25% (41.25 - 61.25)	2	5	1	8
Total	3	5	3	11

### Sujeitos de 16 anos

Quadro R3

	0	1	2	3	4	Total
Ans < = 40.00 (30.00 - 40.00)	12	9	1	0	2	24
Ans > = 41.25 (41.25 - 65.00)	8	8	3	3	1	23
Total	20	17	4	3	3	47

### Sujeitos de 17 anos

Quadro R4

	0	1	2	3	4	Total
Ans < = 40.00 (30.00 - 40.00)	12	11	5	1	0	29
Ans > = 41.25 (41.25 - 66.25)	9	7	6	4	2	28
Total	21	18	11	5	2	57

### Sujeitos de 18 anos

Quadro R5

	0	1	2	3	4	Total
Ans < = 40.00 (26.25 - 40.00)	7	7	4	1	0	19
Ans > = 41.25 (41.25 - 51.25)	7	12	2	1	3	25
Total	14	19	6	2	3	44

**Sujeitos de 19 anos**

Quadro R6

	0	1	2	3	Total
Ans < = 40.00 (30.00 - 40.00)	9	3	3	2	17
Ans > = 41.25 (41.25 - 50.00)	1	8	4	0	13
Total	10	11	7	2	30

**6.2.1 Prova do t de Student  
Acidentes - Ansiedade**

Verificámos as características de homogeneidade da amostra e a grande semelhança entre os grupos controlo e experimental quanto ao meio sócio-económico, sócio-familiar bem como da idade dos sujeitos e o seu nível cultural. Consideremos, agora, como variável independente o número de acidentes e como variável dependente a ansiedade; primeiro com todos os sujeitos e em seguida por idades.

Utilizámos primeiro o t de Student como prova de significação da diferença quanto aos valores da ansiedade, sendo o grupo 1 sem acidentes, ou Grupo Controlo, e o grupo 2 com acidentes, ou Grupo Experimental.

Todos os sujeitos

Quadro R7

	Grupo 1 s/acd	Grupo 2 c/acd
M	39.19	42.40
DP	6.43	7.28
Caso	1 - 68	69 - 189
N	68	121

t = - 3.0291  
 gl = 187  
 0.01 < p < 0.001

Significativo

Utilizámos o mesmo procedimento na procura de significação da diferença quanto à ansiedade dos sujeitos por idades.

Sujeitos de 15 anos

Quadro R8

	Grupo 1	Grupo 2
M	45.83	46.40
DP	13.76	9.26
Caso	1 - 3	4 - 11
N	3	8

t = - 0.0811  
 gl = 9  
 p < 0.46

Não significativo

**Sujeitos de 16 anos**

Quadro R9

	Grupo 1	Grupo 2
M	38.93	43.70
DP	6.26	8.12
Caso	12 - 31	32 - 58
N	20	27

$$t = - 2.1843$$

$$g1 = 45$$

$$p < 0.01$$

Significativo

**Sujeitos de 17 anos**

Quadro R10

	Grupo 1	Grupo 2
M	39.22	42.21
DP	6.25	7.93
Caso	59 - 79	80 - 115
N	21	36

$$t = - 1.4772$$

$$g1 = 55$$

$$p < 0.07$$

Não significativo

## Sujeitos de 18 anos

Quadro R11

	Grupo 1	Grupo 2
M	39.28	41.18
DP	6.27	5.73
Caso	116 - 129	130 - 159
N	14	30

$t = - 1.0053$   
 $g1 = 42$   
 $p < 0.16$

Não significativo

## Sujeitos de 19 anos

Quadro R12

	Grupo 1	Grupo 2
M	37.50	41.18
DP	4.67	5.81
Caso	160 - 169	170 - 189
N	10	20

$t = 1.73$   
 $g1 = 28$   
 $p < 0.04$

Significativo

**Em resumo:**

O grupo com acidentes tem, por norma, valores de ansiedade mais elevados.

As médias da ansiedade são significativamente diferentes, consoante os grupos sem acidentes e com acidentes.

Considerando a totalidade dos sujeitos, obtivemos um nível de significância de  $0.01 < p < 0.001$ .

São, ainda, significativamente diferentes os valores para os sujeitos de 16 anos ( $p < 0.01$ ), de 19 anos ( $p < 0.04$ ).

Não existem diferenças significativas nos sujeitos de 15 anos ( $p < 0.46$ ), nos sujeitos de 17 anos ( $p < 0.07$ ) e nos sujeitos de 18 anos ( $p < 0.16$ ).

**6.2.2 Prova do Qui-quadrado ( $X^2$ ):  
Acidentes - Ansiedade**

A segunda prova que utilizámos foi o Qui-quadrado.

Segundo S. SIEGEL, 1956, [209], quando calculamos o Qui-quadrado com número de células superior a 2 e um grau de liberdade superior a 1, só podemos aplicar a prova com validade se o número de células com frequência inferior a 5 é inferior a 20% do total de células.

Por este motivo, cada vez que este fenómeno se observou quando fazíamos o cálculo do Qui-quadrado, agrupámos as categorias de sujeitos com 2, 3 e 4 acidentes numa só célula, tal como

o fizemos, mais à frente, nos sujeitos com risco elevado e com ansiedade quer baixa quer elevada numa só categoria.

Considerando os valores de ansiedade menores ou iguais a 40%, com um intervalo de classe de 1.25, com oscilação entre 26.25 e 40.00% por um lado, e maior ou igual a 41.25%, com variação entre 41.25 e 66.25% por outro, calculámos o Qui-quadrado tendo como variável independente os acidentes e como variável dependente a ansiedade.

Esta prova foi calculada primeiro entre as situações ansiedade e acidentes e, em seguida, entre ansiedade e número de acidentes, observando a dicotomia acima referida.

Situação: Sem ansiedade - Com ansiedade  
Sem acidentes - Com acidentes

Todos os sujeitos

Quadro R13

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ansiedade	Observadas	41	51	92
	Esperadas	33.10	58.90	
Com ansiedade	Observadas	27	70	97
	Esperadas	34.90	62.10	
Total		68	121	189

$X^2 = 5.738$   
 $gl = 1$   
 $p < 0.01$

Significativo

## Sujeitos de 15 anos

Quadro R14

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ansiedade	Observadas	1	2	3
	Esperadas	0.82	2.18	
Com ansiedade	Observadas	2	6	8
	Esperadas	2.18	5.82	
Total		3	8	11

$$X^2 = .076$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.78$$

Não significativo

## Sujeitos de 16 anos

Quadro R15

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ansiedade	Observadas	12	12	24
	Esperadas	10.21	13.79	
Com ansiedade	Observadas	8	15	23
	Esperadas	9.79	13.21	
Total		20	27	47

$$X^2 = 1.113$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.29$$

Não significativo

## Sujeitos de 17 anos

Quadro R16

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ansiedade	Observadas	12	17	29
	Esperadas	10.68	18.32	
Com ansiedade	Observadas	9	19	28
	Esperadas	10.32	17.68	
Total		21	36	57

$$X^2 = 0.522$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.46$$

Não significativo

## Sujeitos de 18 anos

Quadro R17

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ansiedade	Observadas	7	12	19
	Esperadas	6.05	12.95	
Com ansiedade	Observadas	7	18	25
	Esperadas	7.95	17.05	
Total		14	30	44

$$X^2 = 0.389$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.53$$

Não significativo

## Sujeitos de 19 anos

Quadro R18

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ansiedade	Observadas	9	8	17
	Esperadas	5.67	11.33	
Com ansiedade	Observadas	1	12	13
	Esperadas	4.33	8.67	
Total		10	20	30

$$X^2 = 6.787$$

$$gl = 1$$

$$0.01 < p < 0.005$$

Significativo

## Em resumo:

Ao nível do Qui-quadrado, e na situação sem/com ansiedade e sem/com acidentes, encontrámos diferenças significativas apenas quando considerámos todos os sujeitos ( $p < 0.01$ ) e nos sujeitos de 19 anos ( $0.01 < p < 0.005$ ). Não existem diferenças significativas nas outras idades.

Situação: Sem ansiedade - Com ansiedade  
Por número de acidentes

Todos os sujeitos

Quadro R19

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem ansiedade	Observadas	41	30	21	92
	Esperadas	33.10	34.07	24.83	
Com ansiedade	Observadas	27	40	30	97
	Esperadas	34.90	35.93	26.17	
Total		68	70	51	189

$$X^2 = 5.711$$

$$g1 = 2$$

$$p < 0.05$$

Significativo

São os sujeitos com 2, 3, e 4 acidentes que contribuem mais para a diferença que se observa nos valores do Qui-quadrado na oposição entre 0 acidentes por um lado, e 2 ou mais acidentes por outro.

Sujeitos de 15 anos

Quadro R20

Frequências		0	1	2	Total
Sem ansiedade	Observadas	1	0	2	3
	Esperadas	0.82	1.36	0.82	
Com ansiedade	Observadas	2	5	1	8
	Esperadas	2.18	3.64	2.18	
Total		3	5	3	11

$$X^2 = 4.278$$

$$g1 = 2$$

$$p < 0.11$$

Não significativo

## Sujeitos de 16 anos

Quadro R21

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem ansiedade	Observadas	12	9	3	24
	Esperadas	10.21	8.68	5.11	
Com ansiedade	Observadas	8	8	7	23
	Esperadas	9.79	8.32	4.89	
Total		20	17	10	47

$$X^2 = 2.429$$

$$gl = 2$$

$$p < 0.29$$

Não significativo

## Sujeitos de 17 anos

Quadro R22

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem ansiedade	Observadas	12	11	6	29
	Esperadas	10.68	9.16	9.16	
Com ansiedade	Observadas	9	7	12	28
	Esperadas	10.32	8.84	8.84	
Total		21	18	18	57

$$X^2 = 3.301$$

$$gl = 2$$

$$p < 0.19$$

Não significativo

## Sujeitos de 18 anos

Quadro R23

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem ansiedade	Observadas	7	7	5	19
	Esperadas	6.05	8.20	4.75	
Com ansiedade	Observadas	7	12	6	25
	Esperadas	7.95	10.80	6.25	
Total		14	19	11	44

$X^2 = .600$   
 $gl = 2$   
 $p < 0.74$

Não significativo

## Sujeitos de 19 anos

Quadro R24

Frequências		0	1	(2,3)	Total
Sem ansiedade	Observadas	9	3	5	17
	Esperadas	5.56	6.23	5.10	
Com ansiedade	Observadas	1	8	4	13
	Esperadas	4.33	4.77	3.90	
Total		10	11	9	30

$X^2 = 8.400$   
 $gl = 2$   
 $p < 0.01$

Significativo

**Em resumo:**

Na situação sem/com ansiedade por número de acidentes existem diferenças significativas entre frequências observadas e frequências esperadas nos sujeitos de 19 anos ( $p < 0.01$ ) e quando considerados todos os sujeitos, também por número de acidentes ( $p < 0.05$ ).

**6.2.3 Prova do t de Student:  
Risco suicidário - Acidentes**

À semelhança do que fizemos em relação à ansiedade, vamos agora verificar se existem diferenças significativas na prova do t de Student entre os valores da Escala de Risco Suicidário de J. STORK e a situação sem acidentes/com acidentes.

Embora os valores da Escala de Risco sejam "anormais" apenas a partir do somatório de 63 pontos, e a média mais elevada dos valores do risco não exceder 55.33, fomos verificar se existiam diferenças significativas entre o grupo de sujeitos sem acidentes e o grupo de sujeitos com acidentes, considerando primeiro todos os sujeitos e, em seguida, por idades.

Todos os sujeitos

Quadro R25

	Grupo 1 s/acd	Grupo 2 c/acd
M	40.35	52.33
DP	23.17	22.48
Caso	1 - 68	69 - 189
N	68	121

t = - 3.4701  
 gl = 187  
 p < 0.001

Significativo

Sujeitos de 15 anos

Quadro R26

	Grupo 1	Grupo 2
M	69	62
DP	37.32	22.97
Caso	1 - 3	4 - 11
N	3	8

t = 0.3853  
 gl = 9  
 p < 0.35

Não significativo

## Sujeitos de 16 anos

Quadro R27

	Grupo 1	Grupo 2
M	35.00	50.03
DP	24.80	24.16
Caso	12 - 31	32.58
N	20	27

$t = - 2.0858$

$g1 = 45$

$p < 0.02$

Significativo

## Sujeitos de 17 anos

Quadro R28

	Grupo 1	Grupo 2
M	41.85	55.33
DP	20.17	27.03
Caso	59 - 79	80 - 115
N	21	36

$t = - 1.9817$

$g1 = 55$

$p < 0.02$

Significativo

## Sujeitos de 18 anos

Quadro R29

	Grupo 1	Grupo 2
M	36.21	50.36
DP	21.80	17.98
Caso	116 - 129	130 - 159
N	14	30

$$t = - 2.27$$

$$g1 = 42$$

$$p < 0.01$$

Significativo

## Sujeitos de 19 anos

Quadro R30

	Grupo 1	Grupo 2
M	45.30	49.15
DP	20.08	16.65
Caso	160 - 169	170 - 189
N	10	20

$$T = - 0.5575$$

$$g1 = 2$$

$$p < 0.29$$

Não significativo

**Em resumo:**

No grupo de sujeitos com acidentes a média dos valores na Escala de Risco Suicidário é, à exceção dos sujeitos de 15 anos, sistematicamente superior à dos sujeitos sem acidentes, apresentando os seguintes níveis de significância: todos os sujeitos ( $p < 0.001$ ), 16 anos ( $p < 0.02$ ), 17 anos ( $p < 0.02$ ), 18 anos ( $p < 0.01$ ) e 19 anos ( $p < 0.29$ ).

É nas idades de 16, 17 e 18 anos que existem diferenças significativas.

**6.2.4 Prova do Qui-quadrado ( $X^2$ ):  
Risco suicidário - Acidentes**

Vamos agora calcular o Qui-quadrado entre a situação sem e com risco suicidário e sem e com acidentes tendo em atenção que considerámos sem risco todos os valores inferiores ou iguais a 63 pontos e, com risco, os valores superiores ou iguais a 64.

Também aqui, primeiro fazemos um cálculo relativo a todos os sujeitos e depois o cálculo por idades.

Situação: Sem risco - Com risco  
Sem acidentes - Com acidentes

Todos os sujeitos

Quadro R31

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	56	83	139
	Esperadas	50.01	88.99	
Com risco	Observadas	12	38	50
	Esperadas	17.99	32.01	
Total		68	121	189

$X^2 = 4.235$   
 $gl = 1$   
 $p < 0.03$

Significativo

Sujeitos de 15 anos

Quadro R32

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	1	5	6
	Esperadas	1.64	4.36	
Com risco	Observadas	2	3	5
	Esperadas	1.36	3.64	
Total		3	8	11

$X^2 = .749$   
 $gl = 1$   
 $p < 0.38$

Não significativo

## Sujeitos de 16 anos

Quadro R33

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	17	19	36
	Esperadas	15.32	20.68	
Com risco	Observadas	3	8	11
	Esperadas	4.68	6.32	
Total		20	27	47

$$X^2 = 1.372$$

$$gl = 1$$

$$p < 0.24$$

Não significativo

## Sujeitos de 17 anos

Quadro R34

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	17	23	40
	Esperadas	14.74	25.26	
Com risco	Observadas	4	13	17
	Esperadas	6.26	10.74	
Total		21	36	57

$$X^2 = 1.845$$

$$gl = 1$$

$$p < 0.17$$

Não significativo

## Sujeitos de 18 anos

Quadro R35

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	12	24	36
	Esperadas	11.45	24.55	
Com risco	Observadas	2	6	8
	Esperadas	2.55	5.45	
Total		14	30	44

$$X^2 = .210$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.64$$

Não significativo

## Sujeitos de 19 anos

Quadro R36

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	8	12	20
	Esperadas	6.67	13.33	
Com risco	Observadas	2	8	10
	Esperadas	3.33	6.67	
Total		10	20	30

$$X^2 = 1.200$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.27$$

Não significativo

**Em resumo:**

Calculado o  $\chi^2$  com 2 linhas, 2 colunas e com 1 grau de liberdade, encontramos diferenças significativas apenas quando consideramos todos os sujeitos ( $p < 0.03$ ).

Se considerarmos os sujeitos por idades, não existem diferenças significativas.

**Situação: Sem risco - Com risco  
Por número de acidentes**

Vamos agora calcular o  $\chi^2$  entre o risco suicidário e o número de acidentes. Aqui, as linhas correspondem à situação de sem e com risco suicidário e as colunas correspondem ao número de acidentes: 0, 1, 2, 3 e 4.

Quando quisemos efectuar os cálculos, relativos aos sujeitos de 15 anos, entre risco e número de acidentes, verificámos que todas as células tinham valor inferior a cinco, pelo que não os efectuámos. Em relação aos sujeitos de 18 e 19 anos, também não foi possível efectuar os cálculos porque o número de células com valor inferior a cinco era superior a 20% do total de células.

## Todos os sujeitos

Quadro R37

Frequências		0	1	2	3	4	Total
Sem risco	Observadas	56	53	20	8	2	139
	Esperadas	50.01	51.48	22.80	8.83	5.88	
Com risco	Observadas	12	17	11	4	6	50
	Esperadas	17.99	18.52	8.20	3.17	2.12	
Total		68	70	31	12	8	189

$$X^2 = 14.161$$

$$g1 = 4$$

$$0.01 < p < 0.005$$

Significativo

## Sujeitos de 16 anos

Quadro R38

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem risco	Observadas	17	15	4	36
	Esperadas	15.32	13.02	7.66	
Com risco	Observadas	3	2	6	11
	Esperadas	4.68	3.98	2.34	
Total		20	17	10	47

$$X^2 = 9.543$$

$$g1 = 2$$

$$0.01 < p < 0.005$$

Significativo

## Sujeitos de 17 anos

Quadro R39

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem risco	Observadas	17	12	11	40
	Esperadas	14.74	12.63	12.63	
Com risco	Observadas	4	6	7	17
	Esperadas	6.26	5.37	5.37	
Total		21	18	18	57

$$X^2 = 1.978$$

$$g_1 = 2$$

$$p < 0.37$$

Não significativo

## Em resumo:

A prova do  $X^2$  dá-nos uma diferença não significativa no sujeitos de 17 anos ( $p < 0.37$ ) e diferenças significativas entre  $p < 0.01$  e  $p < 0.005$  nas restantes idades.

#### 6.2.5 Qui-quadrado (X<sup>2</sup>): Risco suicidário - Total de acidentes sofridos

Na nossa classificação do número de acidentes, tínhamos considerado os acidentes totais como todos aqueles que tinham ocorrido na história do sujeito. Atendendo a que nos sujeitos de 15 anos não há diferença numérica entre os acidentes na idade e os acidentes totais, excluimos os 11 sujeitos de 15 anos e ficámos com 178 sujeitos, com idades de 16, 17, 18 e 19 anos.

Utilizámos a prova do Qui-quadrado, na situação de sem e com risco suicidário e o número de acidentes totais considerando a categoria de sujeitos na classe de (0), (1) e (2,3,4) acidentes.

Não efectuámos os mesmos cálculos quanto à ansiedade na medida em que a escala de risco evidencia uma depressão e uma eventual tendência autodestrutiva independentemente do momento, enquanto na escala de ansiedade se avalia a ansiedade-estado, isto é, aquela que o sujeito sentia na altura em que foi testado.

Como é óbvio, o cálculo só deve ser feito para todos os sujeitos, e não por idades, na medida em que o que está em causa são os acidentes que os sujeitos já tiveram, noutras idades.

## Qui-quadrado: risco suicidário - Número de acidentes

## Todos os sujeitos

## Quadro R40

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem risco	Observadas	55	36	40	131
	Esperadas	47.84	33.85	49.31	
Com risco	Observadas	10	10	27	47
	Esperadas	17.16	12.15	17.69	
Total		65	46	67	178

$$X^2 = 11.233$$

$$g1 = 2$$

$$0.005 < p < 0.001$$

Significativo

## Em resumo:

Existe uma diferença altamente significativa, ao nível do  $X^2$ , entre o risco suicidário e o número de acidentes sofridos na história do sujeito.

### 6.2.6 Conjugação Risco Suicidário - Ansiedade / Acidentes

Considerando, de novo, os acidentes recentes, e se quisermos conjugar os valores do risco com os valores da ansiedade colocam-se quatro alternativas:

- 1) Risco baixo/ansiedade baixa - risco inferior ou igual a 63 e ansiedade inferior ou igual a 40.00%;
- 2) Risco baixo/ansiedade elevada - risco superior a 63 e ansiedade superior ou igual a 41.25%;
- 3) Risco elevado/ansiedade baixa - risco superior ou igual a 64 e ansiedade inferior ou igual a 40.00%;
- 4) Risco elevado/ansiedade elevada - risco superior ou igual a 64 e ansiedade superior ou igual a 41.25%.

Segundo esta combinação (Ver Anexos 10), e para todos os sujeitos, temos a seguinte distribuição:

#### Distribuição da combinação risco - ansiedade por número de acidentes e efectivos

Quadro R41

Combinação	Nº acd	N	Média	Total
Risco baixo - Ansiedade baixa	71	85	.83	71
Risco baixo - Ansiedade elevada	54	54	1.00	54
Risco elevado - Ansiedade baixa	9	7	1.28	9
Risco elevado - Ansiedade elevada	66	43	1.53	66
Total	200	189	1.05	200

Qui-quadrado segundo a combinatória risco-ansiedade  
nos sujeitos sem acidentes e com acidentes

Quadro R42

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
RB/AB	Observadas	38	47	85
	Esperadas	30.58	54.42	
RB/AE	Observadas	18	36	54
	Esperadas	19.43	34.57	
RE/AB	Observadas	3	4	7
	Esperadas	2.52	4.48	
RE/AE	Observadas	9	34	43
	Esperadas	15.47	27.53	
	Total	68	121	189

$X^2 = 7.346$

gl = 3

$p < 0.06$

Não significativo

Perante este nível de significâncias ( $p < 0.06$ ), se analisarmos os valores em cada combinação de risco com a ansiedade, verificamos que nas categorias risco baixo/ansiedade baixa e risco elevado/ansiedade elevada as frequências observadas e as esperadas diferem pouco entre si, e que, quando as incluimos no cálculo do Qui-quadrado, não encontramos quaisquer diferenças significativas.

Quando calculamos o Qui-quadrado entre o risco baixo/ansiedade baixa e risco elevado/ansiedade elevada, o nível de significância passa de  $p < 0.06$  a  $0.01 < p < 0.005$ , conforme o quadro R43.

Qui-quadrado risco baixo - ansiedade baixa e  
risco elevado - ansiedade elevada / acidentes

Quadro R43

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
RB/AB	Observadas	38	47	85
	Esperadas	31.21	53.79	
RE/AE	Observadas	9	34	43
	Esperadas	15.79	27.21	
Total		47	81	128

$$X^2 = 6.947$$

$$g_1 = 1$$

$$0.01 < p < 0.005$$

Significativo

Utilizando este mesmo raciocínio de comparação entre risco baixo/ansiedade baixa e risco elevado/ansiedade elevada calculá-mos o Qui-quadrado em duas linhas, três colunas (0, 1, e 2, 3, 4 acidentes).

Qui-quadrado risco baixo - ansiedade baixa  
risco elevado - ansiedade elevada  
por número de acidentes

Quadro R44

	Frequências	0	1	(2,3,4)	Total
RB/AB	Observadas	38	29	18	85
	Esperadas	31.21	29.88	23.91	
RE/AE	Observadas	9	16	18	43
	Esperadas	15.79	15.12	12.09	
Total		47	45	36	128

$$X^2 = 8.817$$

$$g_1 = 2$$

$$p < 0.01$$

Significativo

Também perante estes resultados podemos verificar que ao nível dos sujeitos com um acidente as frequências observadas são muito próximas das esperadas, o que não se passa entre os sujeitos com zero acidentes e os sujeitos com 2,3,4 acidentes.

Se fizermos o cálculo com estas situações extremas, o nível de significância vai aumentar:

Qui-quadrado risco baixo - ansiedade baixa  
risco elevado - ansiedade elevada  
entre sujeitos sem acidentes e sujeitos de 2,3,4 acidentes

Quadro R45

Frequências		0	(2,3,4)	Total
RB/AB	Observadas	38	18	56
	Esperadas	31.71	24.29	
RE/AE	Observadas	9	18	27
	Esperadas	15.29	11.71	
Total		47	36	83

$$X^2 = 9.917$$

$$gl = 1$$

$$0.01 < p < 0.005$$

Significativo

O que parece contribuir para as diferenças que encontramos são os sujeitos com risco baixo/ansiedade baixa e risco elevado/ansiedade elevada, comparando os sujeitos de 0 acidentes com os de 2, 3 ou 4 acidentes.

Qui-quadrado segundo a combinatória risco - ansiedade  
por número de acidentes

Quadro R46

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
RB/AB	Observadas	38	29	18	85
	Esperadas	30.58	31.48	22.94	
RB/AE	Observadas	18	24	12	54
	Esperadas	19.43	20.00	14.57	
RE/AB	Observadas	3	1	3	7
	Esperadas	2.52	2.59	1.89	
RE/AE	Observadas	9	16	18	43
	Esperadas	15.47	15.93	11.60	
Total		68	70	51	189

$$X^2 = 12.374$$

$$g1 = 6$$

$$p < 0.05$$

Significativo

Em resumo:

Considerando as quatro combinações possíveis entre risco e ansiedade, na situação de sem acidentes e com acidentes, a probabilidade, no  $X^2$ , é próxima de um valor significativo ( $p < 0.06$ ), conforme podemos verificar no Quadro R42.

Se considerarmos apenas as situações extremas de risco baixo-ansiedade baixa, risco elevado-ansiedade elevada, o nível

de significância é de  $p < 0.01$ , quer na situação de sem acidentes/com acidentes, quer na situação de (0), (1), (2,3,4) acidentes.

Nessa mesma situação, se efectuarmos os cálculos anulando os sujeitos com 1 acidente e opoermos os sujeitos de 0 acidentes, por um lado, aos sujeitos de (2,3,4) acidentes, por outro, o nível de significância do  $X^2$  situa-se entre  $p < 0.01$  e  $p < 0.005$ .

#### **6.2.7 Categoria de risco suicidário - número de acidentes**

Lembramos que na Escala de Risco Suicidário de J. STORK, quanto mais elevada é a categoria, maior é o risco suicidário.

Assim, vamos calcular, agora, o  $X^2$  entre categoria de risco e número de acidentes com três linhas (risco 1 - "normal", risco 2 - duvidoso ou intermédio, risco 3, 4 e 5 - suicidários propriamente ditos) e três colunas (0, 1 e 2, 3, 4 acidentes).

## Qui-quadrado categoria de risco e número de acidentes

Quadro R47

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Cat. risco 1	Observadas	56	53	30	139
	Esperadas	50.01	51.48	37.51	
Cat. risco 2	Observadas	6	13	10	29
	Esperadas	10.43	10.74	7.83	
Cat. risco 3 4 e 5	Observadas	6	4	11	21
	Esperadas	7.56	7.78	5.67	
Total		68	70	51	189

$$X^2 = 12.403$$

$$g1 = 4$$

$$p < 0.01$$

Significativo

## 6.2.8 Resumo:

Encontrámos um nível de significância de  $p < 0.01$  entre categoria de risco e número de acidentes.

Se observarmos atentamente as discrepâncias entre frequências observadas e frequências esperadas, vemos que essas diferenças vão no sentido da confirmação das hipóteses propostas.

A Escala de Risco de STORK parece não deixar lugar a dúvidas quanto à relação entre risco suicidário e número de acidentes.

### 6.3 Resultados estatísticos em função de nova divisão da amostra Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Verificámos, até aqui, que a faixa etária dos 16-18 anos era aquela que comportava maior número de acidentes. É também nesta classe etária que existe maior equilíbrio nos efectivos, 47 com 16 anos, 57 com 17 anos e 44 com 18. As provas do t de Student e do Qui-quadrado dão-nos valores com níveis de significância mais elevados nestes sujeitos.

Os sujeitos de 15 e de 19 anos têm em média 1 acidente, quer por idades quer no seu conjunto. É lógico deduzir que um acidente qualquer pessoa pode ter e/ou que ele pode ser devido a outros factores que não aqueles que pretendemos evidenciar.

Estes valores podem ser compreendidos à luz da seguinte realidade: as médias da ansiedade têm uma tendência decrescente dos 15 aos 19 anos. Os sujeitos de 15 anos e os de 19 são aqueles onde se verifica um menor número de acidentes.

Embora os sujeitos de 15 anos sejam em média mais ansiosos, na nossa amostra temos apenas 11 dos quais 3 no grupo "controlo" e 8 no grupo "experimental", logo com um efectivo bastante menor do que nas outras idades. O número de acidentes nos sujeitos de 15 anos podem estar mais relacionados com a inexperiência do que como resultado dos níveis da ansiedade.

Os sujeitos de 19 anos, com um efectivo de 30 dos quais 10 no grupo "controlo" e 20 no grupo "experimental", contam 31 acidentes. Estes sujeitos são os que têm uma média de ansiedade mais baixa e, pela idade, são os mais experientes.

Com base neste raciocínio considerámos agora apenas os sujeitos de 16, 17 e 18 anos com os mesmos parâmetros utilizados anteriormente e, como vamos verificar, quando dividimos a amostra destes 148 sujeitos em grupo "controlo" e grupo "experimental" os sujeitos continuam a ter características de homogeneidade entre si que nos permitem aperfeiçoar o nosso estudo com menor risco de enviesamentos.

Divisão da amostra dos sujeitos de 16, 17 e 18 anos  
(N = 148)

Distribuição dos sujeitos por concelho de residência

Quadro A26

Concelho	Grupo "Controlo"		Grupo "Experimental"	
	N	%	N	%
Almada	14	25.45	10	10.75
Amadora	10	18.18	16	17.20
Cascais	9	16.36	16	17.20
Lisboa	17	30.90	39	41.93
Oeiras	5	9.09	12	12.90
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Todos os concelhos têm efectivos em ambos os grupos e em percentagens praticamente iguais à primeira distribuição, que englobava todos os sujeitos.

À semelhança do que fizemos quando considerámos todos os sujeitos (dos 15 aos 19 anos), vamos agora, e apenas para a faixa etária dos 16-18 anos, utilizar o Qui-quadrado, colocando a hipótese de nulidade ( $H_0$ ), segundo a qual existem diferenças significativas entre o grupo sem acidentes e o grupo com acidentes quanto à residência tipo, residência propriedade, ao grupo grupo profissional do pai, ao grupo profissional da mãe, à idade dos sujeitos e ao nível da escolaridade.

#### Distribuição dos sujeitos quanto ao tipo de residência

Quadro A27

Residência tipo		1	2	3	Total
Grupo controlo	N	25	12	18	55
	%	45.45	21.82	32.76	100
Grupo experimental	N	33	25	35	93
	%	35.48	26.88	37.63	100

$$X^2 = 2.091$$

$$g_1 = 2$$

$$p < 0.35 \quad \text{Rejeitámos a hipótese nula (H}_0\text{)}$$

### Distribuição dos sujeitos quanto à residência propriedade

Quadro A28

Residência propriedade		1	3	5	Total
Grupo controlo	N	42	12	1	55
	%	76.36	21.82	1.82	100
Grupo experimental	N	70	20	3	93
	%	75.27	21.51	3.23	100

$$X^2 = .404$$

$$g1 = 2$$

$$p < 0.81 \quad \text{Rejeitámos a hipótese nula (Ho)}$$

Também no que se refere à residência tipo e residência propriedade o grupo sem acidentes e o grupo com acidentes têm percentagens tão próximas e equivalentes, entre eles, como anteriormente. Pertencem portanto ao mesmo meio sócio-económico.

## Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo profissional do pai

Quadro A29

Grupo Profis- sional Pai	Grupo "Controlo" N	%	Grupo "Experimental" N	%
1	23	41.82	38	40.86
2	29	52.73	47	50.54
3	1	1.82	1	1.08
4	0	-	0	-
5	0	-	0	-
6	0	-	0	-
7	2	3.64	7	7.53
Total	55	100	93	100

Como podemos verificar o nível sócio-profissional dos pais é predominantemente elevado ou médio quer num grupo quer noutra. As duas primeiras categorias profissionais representam respectivamente no grupo "controlo" e no grupo "experimental" 94.55% e 91.40%. Quanto à categoria 7 representando a percentagem de pai falecido ela é aqui de 3.64% e 7.53% no Grupo Controlo e Grupo Experimental, respectivamente, ou seja, igual à que se verificava quando considerámos todos os sujeitos.

Calculado o Qui-quadrado, o seu valor é de 1.601 com 3 graus de liberdade e  $p < 0.65$ . Rejeitámos a hipótese nula ( $H_0$ ).

## Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo profissional da mãe

Quadro A30

Grupo Profissional da mãe	Grupo "Controlo"		Grupo "Experimental"	
	N	%	N	%
1	5	9.09	12	12.90
2	23	41.82	53	56.99
3	2	3.64	0	-
4	24	42.64	28	30.11
5	0	-	0	-
6	1	1.82	0	-
Total	55	100%	93	100%

À semelhança do que já tínhamos verificado quando dividimos a amostra incluindo os sujeitos de 15 e de 19 anos as categorias profissionais 2 e 4 englobam a maior parte das categorias profissionais das mães dos sujeitos. Representam, respectivamente, e quando somadas 85.46% e 87.00%. Verificamos também aqui que a categoria profissional 1 vem em terceiro lugar para as mães dos sujeitos quer num quer noutro grupo e que no grupo "experimental" essa percentagem é ligeiramente mais elevada do que no grupo "controlo", ou seja de 12.90% contra 9.09%.

Calculado o  $\chi^2$  sobre os efectivos de cada grupo, com 4 linhas, 2 colunas e 3 graus de liberdade, o seu valor é de 6.468 e  $p < 0.09$ . Rejeitámos a hipótese nula ( $H_0$ ), embora estes valores nos alertem para a necessidade de considerar com precaução o

grupo profissional da mãe como uma variável independente das outras.

Com efeito, o que contribui aqui para uma menor homogeneidade dos grupos é o facto da haver mais mães reformadas ou domésticas (no grupo controlo), ao contrário do grupo experimental que tem, proporcionalmente, mais mães empregadas.

Consideremos agora as idades dos sujeitos e os anos de escolaridade concluída em termos de distribuição:

#### Distribuição etária dos sujeitos

Quadro A31

Idades		16	17	18	Total
Grupo "Controlo"	N	20	21	14	55
	%	36.36	38.38	25.45	100
Grupo "Experimental"	N	27	36	30	93
	%	29.03	38.71	32.26	100

	Médias	D.P.
Grupo sem acidentes	16.89	0.78
Grupo com acidentes	17.03	0.78

Considerando o número de sujeitos em cada classe etária e em cada grupo calculámos o Qui-quadrado com 2 linhas e 3 colunas.

O Qui-quadrado é de 1.126, com 2 graus de liberdade e

$p < 0.56$ . Como esperávamos não existem diferenças significativas entre ambos os grupos, quanto à idade. Rejeitámos a hipótese nula.

Distribuição dos sujeitos  
quanto à escolaridade concluída

16, 17 e 18 anos

Quadro A32

Escolaridade Concluída	Grupo "Controlo"		Grupo "Experimental"	
	N	%	N	%
4ª classe	1	1.82	0	-
Ciclo Preparatório	1	1.82	3	3.32
7º ano	4	7.27	9	9.68
8º ano	4	7.27	14	15.05
9º ano	15	27.27	27	29.03
10º ano	22	40.00	24	25.81
11º ano	7	12.73	11	11.83
12º ano	1	1.82	5	5.38
Total	55	100%	93	100%

	Média	D.P.
Grupo sem acidentes	9.34	1.40
Grupo com acidentes	9.21	1.42

Calculámos o Qui-quadrado com 7 linhas e 2 colunas (associando a instrução primária e o ciclo preparatório. O valor do  $\chi^2$

é de 7.977, com 6 graus de liberdade e  $p < 0.23$ . Rejeitámos a hipótese nula.

Com a nova divisão da amostra, em que considerámos apenas os sujeitos de 16, 17 e 18 anos, ficámos com um efectivo de 148; 93 com acidentes, isto é, 62.83%, e 55 sem acidentes, ou seja 37.16%. O mesmo é dizer que, com esta divisão, a percentagem de sujeitos em cada grupo se mantem, na medida em que, com a totalidade dos sujeitos, o grupo com acidentes representava 64.02% (121/189) e o grupo sem acidentes representavam 35.97% (68/189).

Considerámos a combinação risco ansiedade nestes sujeitos, em primeiro lugar na situação de sem acidentes e com acidentes, e em segundo lugar por número de acidentes.

### 6.3.1 Qui-quadrado combinação Risco-Ansiedade / Acidentes Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Quadro R48

	Frequências	Sem acidentes	Com acidentes	Total
RB/AB	Observadas	30	39	69
	Esperadas	25.65	43.36	
RB/AE	Observadas	17	27	44
	Esperadas	16.35	27.65	
RE/AB	Observadas	1	2	3
	Esperadas	1.11	1.89	
RE/AE	Observadas	7	25	32
	Esperadas	11.89	32.00	
Total		55	93	148

$X^2 = 4.441$   
 $gl = 3$   
 $p < 0.21$

Não significativo

Qui-quadrado combinação Risco-Ansiedade / Número de acidentes  
 Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Quadro R49

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
RB/AB	Observadas	30	26	13	69
	Esperadas	25.64	25.18	18.18	
RB/AE	Observadas	17	18	9	44
	Esperadas	16.35	16.05	11.59	
RE/AB	Observadas	1	1	1	3
	Esperadas	1.11	1.09	0.79	
RE/AE	Observadas	7	9	16	32
	Esperadas	11.89	11.68	8.43	
Total		55	54	39	148

$X^2 = 12.579$   
 $gl = 6$   
 $p < 0.05$

Significativo

Como podemos verificar no quadro acima, a categoria de risco elevado e ansiedade baixa conta apenas três sujeitos. S. SIEGEL, 1956, [209], aconselha, nestes casos, a evitar células com valor numérico inferior a 5, desde que no seu conjunto ultrapassem 20% do total de células. Por este motivo fizemos novo cálculo do Qui-quadrado agrupando os sujeitos com risco elevado e com ansiedade quer baixa quer elevada numa só categoria.

Quadro R50

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
RB/AB	Observadas	30	26	13	69
	Esperadas	25.64	25.18	18.18	
RB/AE	Observadas	17	18	9	44
	Esperadas	16.35	16.05	11.59	
RE/AB/AE	Observadas	8	10	17	35
	Esperadas	13.01	12.77	9.22	
Total		55	54	39	148

$$X^2 = 12.173$$

$$g1 = 4$$

$$p < 0.01$$

Significativo

Analisando os valores observados e os esperados, verificamos que as diferenças têm duas grandes tendências. Por um lado, quando se conjuga o risco baixo com a ansiedade baixa, nos sujeitos sem acidentes, é maior número de sujeitos observados do que os esperados; quando se conjuga o risco elevado com a ansiedade elevada, nos sujeitos sem acidentes, é menor o número de sujeitos observados do que os esperados. Por outro lado, quando conjugamos o risco baixo com a ansiedade baixa, nas situações de 2, 3 e 4 acidentes, é menor o número de sujeitos observados do que os esperados, enquanto isto, quando o risco e a ansiedade são elevados, verificamos o contrário.

É nos sujeitos com apenas um acidente que existem menores diferenças entre frequências observadas e esperadas.

### 6.3.2 Qui-quadrado Risco Suicidário / Acidentes Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Considerámos, agora, apenas as variáveis risco suicidário e acidentes nestes sujeitos (148) como o fizemos com a amostra anterior (189).

#### Qui-quadrado Risco Suicidário / Acidentes Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Quadro R51

Frequências		Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem risco	Observadas	47	66	113
	Esperadas	41.99	70.01	
Com risco	Observadas	8	27	35
	Esperadas	13.01	21.99	
Total		55	93	148

$X^2 = 4.017$   
 $gl = 1$   
 $p < 0.04$

Significativo

Quando dividimos o grupo dos 16-18 anos em duas classes quanto ao risco suicidário (sem risco e com risco) e também em duas classes quanto aos acidentes (sem acidentes e com acidentes), encontramos no Qui-quadrado um nível de significância de  $p < 0.04$ , no sentido da confirmação da hipótese proposta.

## Qui-quadrado Risco / Número de Acidentes

Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Quadro R52

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem risco	Observadas	47	44	22	113
	Esperadas	41.99	41.23	29.78	
Com risco	Observadas	8	10	17	35
	Esperadas	13.01	12.77	9.22	
Total		55	54	39	148

$$X^2 = 11.900$$

$$g1 = 2$$

$$0.005 < p < 0.001$$

Significativo

Sendo o agrupamento destes sujeitos (sem risco ou com risco), nas categorias de 0 acidentes, 1 acidente e 2, 3, 4 acidentes, aquelas que melhor os distinguem, verificamos agora que o nível de significância passa de  $p < 0.04$  a  $0.005 < p < 0.001$ , conforme verificamos no quadro R52.

Verificamos, até aqui, que a situação sem acidentes/com acidentes é aquela que nos dá valores menos significativos contrariamente ao que sucede quando discriminamos o número de acidentes. Como já referimos anteriormente, e atendendo a que a escala de risco não se divide em risco e sem risco mas sim em cinco níveis de risco, quisemos calcular o Qui-quadrado entre categoria de risco e número de acidentes. Verificamos, no entanto, que na classe de 16 anos os efectivos se distribuem pelas cinco categorias de risco, o mesmo não sucedendo nos sujeitos de 17

anos em que não há efectivos na categoria de risco 4 nem nos de 18 anos em que não existe nenhum sujeito na categoria de risco 5.

Calculámos, então, o Qui-quadrado entre a categoria de risco e o número de acidentes considerando aqui os sujeitos sem acidentes, com um acidente e com dois, três e quatro acidentes.

Na medida em que agrupámos os sujeitos das categorias de risco 3, 4 e 5 numa só, diminuimos o grau de liberdade e fomos verificar se eram de facto sujeitos com dois e mais acidentes nas categorias de risco suicidárias, propriamente ditas, que contribuíam para o nível de significância.

Qui-quadrado: categoria de Risco / Número de acidentes

Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

Quadro R53

Cat.Risco	Frequências	0	1	(2,3,4)	Total
1	Observadas	47	44	22	113
	Esperadas	41.99	41.23	29.78	
2	Observadas	4	8	7	19
	Esperadas	7.06	6.93	5.01	
3/4/5	Observadas	4	2	10	16
	Esperadas	5.95	5.84	4.22	
Total		55	54	39	148

$$X^2 = 16.193$$

$$g_l = 4$$

$$p < 0.001$$

Significativo

Como podemos verificar, observando na vertical, e nos sujeitos sem acidentes, à medida que aumenta a categoria de risco (quanto maior é o risco suicidário), diminui o número de efectivos; enquanto isto, na categoria de risco 1 / 0 acidentes o efectivo observado é superior ao esperado. No mesmo sentido, e observando na horizontal, a categoria de risco 1 (normal) diminui os efectivos de 47 a 22. Na coluna de 2, 3 e 4 acidentes os efectivos observados são inferiores aos esperados (22 contra 29.78).

Se nos detivermos entre os sujeitos com 0 acidentes e os sujeitos com 2, 3 e 4 acidentes verificamos que nas categorias de risco elevado e sem acidentes os efectivos observados são sistematicamente inferiores aos efectivos esperados, enquanto nos sujeitos com 2, 3 e 4 acidentes os efectivos observados são sistematicamente superiores aos esperados.

### **6.3.3. Importância relativa do risco suicidário no número e na média de acidentes**

Se retomarmos a amostra inicial, agrupando os sujeitos com risco elevado, independentemente da ansiedade ser abaixo ou acima da média (como fizemos já com os sujeitos de 16-18 anos), verificamos que o que parece contribuir mais para as diferenças significativas é o facto de existir risco suicidário, sobretudo se compararmos as colunas de 0 acidentes e de 2, 3 e 4 acidentes, conforme os quadros abaixo (R54 e R55), em que os níveis de significância são de  $p < 0.03$  e  $p < 0.01$ , respectivamente.

## Qui-quadrado combinação risco ansiedade por número de acidentes

Quadro R54

Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
RB/AB	Observadas	38	29	18	85
	Esperadas	30.58	31.48	22.94	
RB/AE	Observadas	18	24	12	54
	Esperadas	19.43	20.00	14.57	
RE/AB/AE	Observadas	12	17	21	50
	Esperadas	17.99	18.52	13.49	
Total		68	70	51	189

$$X^2 = 10.713$$

$$g1 = 4$$

$$p < 0.03$$

Significativo

## Qui-quadrado categoria de risco - número de acidentes

Todos os sujeitos

Quadro R55

Cat. Risco	Frequências	(0)	(1)	(2,3,4)	Total
1	Observadas	56	53	30	139
	Esperadas	50.01	51.48	37.51	
2	Observadas	6	13	10	29
	Esperadas	10.43	10.74	7.83	
3	Observadas	5	4	6	15
	Esperadas	5.40	5.56	4.05	
4/5	Observadas	1	0	5	3
	Esperadas	2.16	2.22	1.62	
Total		68	70	51	189

$$X^2 = 16.540$$

$$gl = 6$$

$$p < 0.01$$

Significativo

Se agrupássemos as categorias de risco 3, 4 e 5 numa única classe reduziríamos o valor do Qui-quadrado para 12.403, o grau de liberdade para 4 e manter-se-ia o nível de significância de  $p < 0.01$ .

Tendo em conta os níveis de significância do Qui-quadrado na combinação risco-ansiedade/número de acidentes e nas categorias de risco/número de acidentes verifiquemos, agora, de entre os sujeitos dos grupos experimentais (todos os sujeitos e sujeitos de 16-18 anos), a média de acidentes por combinação de risco/ansiedade e por categorias de risco.

#### Média de acidentes por combinação de risco e ansiedade

Quadro R56

	Todos os sujeitos (n = 121)			16, 17 e 18 anos (n = 93)		
	N acd	N	Média	N acd	N	Média
RB/AB	71	47	1.50	56	39	1.43
RB/AE	54	36	1.50	42	27	1.55
RE/AB	9	4	2.25	5	2	2.50
RE/AE	66	34	1.94	55	25	2.20
Total	200	121	1.65	158	93	1.69

Desde que se verifique a existência do risco suicidário, na Escala de Risco de STORK, combinado ou não com valores acima da média na Escala de Ansiedade de ZUNG, verifica-se, também, um aumento na média dos acidentes. E isto quer consideremos um efectivo de 121 sujeitos (15-19 anos) com acidentes, quer apenas num efectivo de 93 (16-18 anos), conforme podemos ver no quadro acima (R56).

Abstraindo-nos dos valores da ansiedade e tendo em conta apenas os valores da escala de risco suicidário, nas cinco categorias de risco (1,2,3,4 e 5 respectivamente estado "normal", risco intermédio ou duvidoso, fraco risco, risco suicidário importante e risco suicidário extremamente importante) ao considerarmos o número médio de acidentes segundo a categoria de risco, quer na faixa etária de 15-19 quer na de 16-18 anos, verificamos que a média de acidentes aumenta no mesmo sentido do risco suicidário, sendo mais evidente nas categorias de risco 2, 4 e 5, conforme o quadro R57.

## Média de acidentes por categoria de risco

Quadro R57

	Todos os sujeitos (n = 121)			16, 17 e 18 anos (n = 93)		
	N acd	N	Média	N acd	N	Média
Risco 1	125	83	1.50	98	66	1.48
Risco 2	42	23	1.82	31	15	2.06
Risco 3	17	10	1.70	13	7	1.85
Risco 4	7	2	3.50	7	2	3.50
Risco 5	9	3	3.00	9	3	3.00
Total	200	121	1.65	158	93	1.59

## Em resumo:

O que melhor discrimina os sujeitos entre si não é a situação sem acidentes/com acidentes mas sim o número de acidentes, sendo certo que os sujeitos com dois ou mais acidentes se distinguem dos sujeitos com 0 acidentes. Isto tanto sucede com os sujeitos da amostra global como apenas nos sujeitos de 16, 17 e 18 anos.

Quando combinámos o risco e a ansiedade, obtivemos diferenças significativas ao nível do Qui-quadrado ( $X^2$ ) que vão de  $p < 0.04$  a  $p < 0.001$ , qualquer que seja a dimensão da amostra.

A relação entre risco suicidário e número de acidentes nos sujeitos de 16, 17 e 18 anos tem um nível de significância de

$0.005 < p < 0.001$ .

Se considerarmos a categoria de risco e o número de acidentes, o nível de significância é de  $p < 0.001$  na faixa etária dos 16 aos 18 anos, e de  $p < 0.01$  na faixa etária dos 15-19 anos.

Quando combinamos o risco e a ansiedade, o que parece determinante no aumento médio de acidentes é o risco suicidário. Contudo, quer nos sujeitos de 15-19 anos, quer nos 16-18 anos, a média de acidentes mais elevada é na situação de risco elevado-ansiedade baixa.

Se considerarmos as médias de acidentes por categoria de risco, essa média passa de 1.5 acidentes na categoria de risco 1 ("normal") a 3.5 e 3.0 nas categorias de risco 4 e 5 (risco suicidário importante e risco suicidário extremamente importante), respectivamente.

#### 6.3.4 Resultado do agrupamento de variáveis do questionário

Iniciámos a abordagem destes resultados com a prova do Qui-quadrado numa tabela de 2x2 sem correcção de continuidade.

Considerámos por um lado a presença ou a ausência de um agrupamento de variáveis e por outro a situação de sem acidentes e com acidentes.

Quando não encontrámos diferenças significativas não prosseguimos o estudo com qualquer outra prova.

Quando encontrámos valores significativos ou muito próximos, procedemos como anteriormente, tendo em conta a divisão dos sujeitos em três grupos: 0 acidentes, 1 acidente, 2/3/4 acidentes.

Não encontrámos diferenças significativas nos seguintes agrupamentos de variáveis:

**Agrupamento de variáveis sem diferenças significativas  
no Qui-quadrado**

Quadro R58

Agrupamento	Valor do X <sup>2</sup>	Grau liberdade	Probabilidade
Pfe	.404	1	0.52
Fr	2.216	1	0.13
Fn	1.175	1	0.27
Sra	1.306	1	0.25
Mr	.001	1	0.97
Cd	.828	1	0.36
Rej	.800	1	0.37
Vd	.990	1	0.31
Va	2.882	1	0.08
Fic	1.515	1	0.21
Rohn	.016	1	0.89
Pvni	.081	1	0.77

**Agrupamento de variáveis com diferenças significativas  
(ou próximo do nível de significância)**

Quadro R59

Frequências		Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem Fi	Observadas	39	51	90
	Esperadas	33.45	56.55	
Com Fi	Observadas	16	42	58
	Esperadas	21.55	36.45	
Total		55	93	148

$X^2 = 3.745$   
 $g1 = 1$   
 $p < 0.05$

Significativo

Quadro R60

		Número de acidentes			
Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem Fi	Observadas	39	35	16	90
	Esperadas	33.45	32.84	23.72	
Com Fi	Observadas	16	19	23	58
	Esperadas	21.55	21.16	15.28	
Total		55	54	39	148

$X^2 = 9.124$   
 $g1 = 2$   
 $p < 0.01$

Significativo

Quadro R61

Frequências		Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem Fda	Observadas	40	50	90
	Esperadas	33.45	56.55	
Com Fda	Observadas	15	43	58
	Esperadas	21.55	36.45	
Total		55	93	148

$X^2 = 5.215$   
 $g1 = 1$   
 $p < 0.02$

Significativo

Quadro R62

Frequências		Número de acidentes			Total
		0	1	(2,3,4)	
Sem Fda	Observadas	40	34	16	90
	Esperadas	33.45	32.84	23.72	
Com Fda	Observadas	15	20	23	58
	Esperadas	21.55	21.16	15.28	
Total		55	54	39	148

$$X^2 = 9.788$$

$$g1 = 2$$

$$0.02 < p < 0.01$$

Significativo

Quadro R63

Frequências		Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem Ei	Observadas	21	22	43
	Esperadas	15.98	27.02	
Com Ei	Observadas	34	71	105
	Esperadas	39.02	65.98	
Total		55	93	148

$$X^2 = 3.538$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.06$$

Quadro R64

		Número de acidentes			
Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem Ei	Observadas	21	16	6	43
	Esperadas	15.98	15.69	11.33	
Com Ei	Observadas	34	38	33	105
	Esperadas	39.02	38.31	27.67	
Total		55	54	39	148

$X^2 = 5.767$   
 $gl = 2$   
 $p < 0.05$

Significativo

Quadro R65

Frequências		Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem ReIn	Observadas	25	26	51
	Esperadas	18.95	32.05	
Com ReIn	Observadas	30	67	97
	Esperadas	36.05	60.97	
Total		55	93	148

$X^2 = 4.685$   
 $gl = 1$   
 $p < 0.03$

Significativo

Quadro R66

		Número de acidentes			
Frequências		0	1	(2,3,4)	Total
Sem ReIn	Observadas	25	17	9	51
	Esperadas	18.95	18.61	13.44	
Com ReIn	Observadas	30	37	30	97
	Esperadas	36.05	35.39	25.56	
Total		55	54	39	148

$$X^2 = 5.393$$

$$g1 = 2$$

$$p < 0.06$$

Quadro R67

Frequências		Sem acidentes	Com acidentes	Total
Sem Ag	Observadas	32	68	100
	Esperadas	37.16	62.84	
Com Ag	Observadas	23	25	48
	Esperadas	17.84	30.16	
Total		55	93	148

$$X^2 = 3.519$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.06$$

Quadro R68

Frequências		Número de acidentes			Total
		0	1	(2,3,4)	
Sem Ag	Observadas	32	35	33	100
	Esperadas	37.16	36.49	26.35	
Com Ag	Observadas	23	19	6	48
	Esperadas	17.84	17.51	12.65	
Total		55	54	39	148

$X^2 = 7.570$

$gl = 2$

$p < 0.02$

Significativo

**Em resumo:**

Considerando o agrupamento de variáveis que fizemos, existem níveis de significância relacionáveis com o número de acidentes: FI (Factores de Instabilidade)  $p < 0.01$ ; FDA (Factores depressivantes e ansiogêneos)  $0.02 < p < 0.01$ ; EI (Insucessos escolares)  $p < 0.05$ ; RELN (Ausência de religião ou prática religiosa)  $p < 0.04$  e AG (Acidentes gerais)  $p < 0.02$ .

Procurando o coeficiente de correlação de SPEARMAN ( $r_s$ ), verificamos que existem correlações significativas entre o número de acidentes e as seguintes variáveis: FI, FDA, EI, RELN e AG. Não existem correlações significativas entre FI e EI, RELN, AG; como também não existem correlações significativas entre FI e FDA. São significativas as correlações entre FDA e AG.

## Matriz de correlações

	nacd	Fi	Fda	Ei	ReIn	Ag
Nacd	1.00000					
Fi	.17650	1.00000				
Fda	.17599	.13524	1.00000			
Ei	.18952	.06630	.04880	1.00000		
ReIn	.22479	-.01616	.12373	.15325	1.00000	
Ag	.22723	-.05426	.17306	-.07308	.10034	1.0000

CRITICAL VALUE (1-TAIL, .05) = + Or - .12005

CRITICAL VALUE (2-tail, .05) = +/- .14276

N = 189

#### 6.4 Análise factorial das correspondências

##### Resultados e interpretação

Os nossos dados de base (ver anexo 9) estão dispostos numa tabela em que as linhas (189) representam os sujeitos e as colunas (25) representam as variáveis. Estas variáveis são dicotómicas assumindo o valor 0 se a variável está ausente ou o valor 1 se esta está presente.

Neste estudo foi utilizada a Análise Factorial das Correspondências, tendo-se recorrido às versões do programa CORRESPO de F. COSTA NICOLAU, 1973, [184], e F. COSTA NICOLAU, G. FERNANDES, 1989, [185], que estão implementadas no Centro de Cálculo da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa e no Laboratório de Estatísticas e Análise de Dados (LEAD) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, também da Universidade de Lisboa.

O tratamento estatístico e informático dos dados multivariados teve a orientação de M.H. BACELAR-NICOLAU, [016], e a colaboração de I. DÓRIA.

No estudo dos resultados fornecidos pelo programa CORRESPO, vamos analisar os oito primeiros factores que explicam 60.4 da percentagem de inércia da nuvem; isto é, que apresentam uma taxa de inércia acumulada igual a 60.4%, J. e F. BENZECRI, 1973, [022].

O quadro AFC 0 contém os valores próprios, a percentagem de inércia e a percentagem de inércia acumulada dos oito factores.

#### Importância dos factores

Quadro AFC 0

Factores	Valor próprio	% inércia	% inércia acumulada
1	0.1556	13.2	13.2
2	0.1191	10.1	23.3
3	0.1021	8.6	31.9
4	0.0811	6.9	38.8
5	0.0703	6.0	44.7
6	0.0675	5.7	50.4
7	0.0593	5.0	55.5
8	0.0577	4.9	60.4

Os quadros AFC 1 a AFC 8 contêm os valores relativos a parte das saídas do programa CORRESPO, das quais nos servimos, neste trabalho, como ajudas à interpretação:

- Ordre: ordem decrescente de aparecimento das variáveis no cruzamento de factores;
- Nom: nome da variável;
- Facteur: factor;
- Poids: peso da variável que, neste caso, é a frequência de cada variável, atendendo a que o seu valor é 0 ou 1;
- Pourcabs: percentagem de contribuição absoluta da variável ao factor;
- Countcum: percentagem de contribuição relativa acumulada;
- Contrel: percentagem de contribuição relativa do factor à variável.

Como a contribuição absoluta média de cada variável para um dado factor é, neste caso, de 4.0 retem-se para a explicação do factor as variáveis com percentagem de contribuição igual ou superior a este valor, ou aqueles, que não contribuindo significativamente para o factor são, no entanto, bem explicadas por ele ("contrel" elevado).

O primeiro factor (Quadro AFC 1) é o que explica maior variância dos dados nos 189 sujeitos e nas 25 variáveis, já anteriormente descritas. A sua taxa de inércia é 13.2 %. Os sujeitos com acidentes e com hospitalizações ou tratamento por acidente

estão agrupados. Neste factor, opõem-se os sujeitos sem acidentes (ACO) aos sujeitos com um ou mais acidentes (ACD, AC1 e ACN) e às hospitalizações ou tratamento pós-acidente (HTA); sendo a soma de AC1 com ACN igual a ACD.

Este é o factor dos acidentes.

-	%		+	%
ACO	56.8%		ACD	14.5%
			AC1	10.7%
			HTA	7.4%
			ACN	4.2%

## Quadro AFC 1

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. - \*\*\*  
 Ajudas à interpretação. 1º factor. Lambda 0.1556  
 Taxa de inércia = 13.2%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** AC1 *	0.7086 *	70.00	***** 10.7 *	0.0 *	27.5 *
* 2	***** HTA *	0.6647 *	55.00	***** 7.4 *	0.0 *	23.2 *
* 3	***** ACD *	0.6291 *	121.00	***** 14.5 *	0.0 *	76.6 *
* 4	***** ACN *	0.5199 *	51.00	***** 4.2 *	0.0 *	12.3 *
* 5	* PFE *	0.2528 *	28.00	* 0.5 *	0.0 *	1.3 *
* 6	* RSC *	0.1611 *	50.00	* 0.4 *	0.0 *	1.3 *
* 7	* FDA *	0.0836 *	81.00	* 0.2 *	0.0 *	0.6 *
* 8	* FR *	0.0707 *	66.00	* 0.1 *	0.0 *	0.3 *
* 9	* FI *	0.0611 *	72.00	* 0.1 *	0.0 *	0.2 *
* 10	* ANS *	0.0540 *	97.00	* 0.1 *	0.0 *	0.3 *
* 11	* FN *	0.0112 *	60.00	* 0.0 *	0.0 *	0.0 *
* 12	* SRA *	0.0099 *	99.00	* 0.0 *	0.0 *	0.0 *
* 13	* PVI *	0.0094 *	28.00	* 0.0 *	0.0 *	0.0 *
* 14	* AG *	0.0039 *	132.00	* 0.0 *	0.0 *	0.0 *
* 15	* RLN *	-0.0312 *	120.00	* 0.0 *	0.0 *	0.2 *
* 16	* EI *	-0.0678 *	140.00	* 0.2 *	0.0 *	1.2 *
* 17	* REJ *	-0.0808 *	96.00	* 0.2 *	0.0 *	0.7 *
* 18	* VD *	-0.0961 *	155.00	* 0.4 *	0.0 *	3.3 *
* 19	* FIC *	-0.1059 *	107.00	* 0.4 *	0.0 *	1.5 *
* 20	* CD *	-0.1168 *	89.00	* 0.4 *	0.0 *	1.4 *
* 21	* HAP *	-0.1221 *	45.00	* 0.2 *	0.0 *	0.5 *
* 22	* MR *	-0.1248 *	24.00	* 0.1 *	0.0 *	0.3 *
* 23	* VA *	-0.1298 *	172.00	* 0.9 *	0.0 *	9.1 *
* 24	* RHN *	-0.2881 *	91.00	* 2.3 *	0.0 *	6.7 *
* 25	***** ACO *	-1.6584 *	68.00	***** 56.8 *	0.0 *	92.0 *

O segundo factor (Quadro AFC 2) tem uma taxa de inércia de 10.1% e acumulada 23.23%. À volta dos sujeitos com ansiedade encontramos as variáveis risco suicidário (RSC), sujeitos sem relações objectais e heterossexuais (RHN), indivíduos com más relações (MR), sem projectos de vida (PVI) no quadrante dos sujeitos que sofreram já um acidente (AC1). Este factor opõe os sujeitos com ansiedade (ANS) aos sujeitos com pai falecido ou a viver no estrangeiro (PFE), factores de instabilidade (FI), fratria numerosa, isto é, de mais de três filhos no agregado familiar e/ou agregado familiar com filhos de pais diferentes (FN) e fratria reduzida, quer se trate de filho único, quer de sujeitos que tenham perdido irmãos por falecimento (FR). As variáveis PFE, FI, FN e FR (factores de ordem familiar desfavoráveis) estão na proximidade de ACN.

O segundo factor seria um factor de causas familiares pre-disponentes.

-	%		+	%
ANS	4.1%		PFE	31.1%
			FI	23.1%
			FN	17.8%
			FR	5.3%

## Quadro AFC 2

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. - \*\*\*  
 Ajudas à interpretação. 2º factor. Lambda 0.1191  
 Taxa de inércia = 10.1% T. inércia acumulada = 23.3%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** PFE *	1.6728 *	28.00	***** 31.1 *	1.3 *	54.8 *
* 2	***** FI *	0.8997 *	71.00	***** 23.1 *	0.2 *	50.9 *
* 3	***** FN *	0.8652 *	60.00	***** 17.8 *	0.0 *	36.5 *
* 4	***** FR *	0.4493 *	66.00	***** 5.3 *	0.3 *	10.8 *
* 5	* ACN *	0.2773 *	51.00 *	1.6 *	12.3 *	3.5 *
* 6	* ACO *	0.1218 *	68.00 *	0.4 *	92.0 *	0.5 *
* 7	* EI *	0.0290 *	140.00 *	0.0 *	1.2 *	0.2 *
* 8	* VD *	-0.0277 *	155.00 *	0.0 *	3.3 *	0.3 *
* 9	* HTA *	-0.0365 *	55.00 *	0.0 *	23.2 *	0.1 *
* 10	* VA *	-0.0525 *	172.00 *	0.2 *	9.1 *	1.5 *
* 11	* CD *	-0.0602 *	89.00 *	0.1 *	1.4 *	0.4 *
* 12	* ACD *	-0.0708 *	121.00 *	0.2 *	76.6 *	1.0 *
* 13	* FDA *	-0.0726 *	81.00 *	0.2 *	0.6 *	0.5 *
* 14	* AG *	-0.0763 *	132.00 *	0.3 *	0.0 *	1.2 *
* 15	* REL *	-0.0881 *	120.00 *	0.4 *	0.2 *	1.3 *
* 16	* SRA *	-0.0927 *	99.00 *	0.3 *	0.0 *	1.1 *
* 17	* REJ *	-0.1028 *	96.00 *	0.4 *	0.7 *	1.2 *
* 18	* FIC *	-0.1338 *	107.00 *	0.8 *	1.5 *	2.4 *
* 19	* HAP *	-0.1666 *	45.00 *	0.5 *	0.5 *	1.0 *
* 20	* RSC *	-0.2801 *	50.00 *	1.6 *	1.3 *	3.8 *
* 21	* RHN *	-0.3199 *	91.00 *	3.7 *	6.7 *	8.2 *
* 22	* AC1 *	-0.3244 *	70.00 *	2.9 *	27.5 *	5.8 *
* 23	***** ANS *	-0.3259 *	97.00	***** 4.1 *	0.3 *	11.2 *
* 24	* PVI *	-0.4718 *	28.00 *	2.5 *	0.0 *	4.6 *
* 25	* MR *	-0.5161 *	24.00 *	2.5 *	0.3 *	4.8 *

O terceiro factor (Quadro AFC 3) tem uma taxa de inércia de 8.6%, acumulada 31.9%. Os sujeitos com vários acidentes estão relativamente agrupados. Além das variáveis MR, PVI, RSC e HAP encontramos, na representação gráfica e no quadrante superior esquerdo, as variáveis HTA, dificuldades de comunicação (CD) e factores depressivantes e ansiogéneos (FDA). Este factor opõe as situações de múltiplos acidentes (ACN), o mau relacionamento (MR), os projectos de vida nulos ou irrealistas (PVI), o risco suicidário (RSC) e os hábitos alcoólicos dos pais (HAP) à situação de apenas um acidente (AC1).

O terceiro factor pode ser designado como de múltiplos aci-  
dentes.

-	%		+	%
-----			-----	
ACN	18.9%		AC1	30.0%
MR	15.6%			
RSC	7.6%			
PVI	7.5%			
HAP	5.0%			

## QUADRO AFC 3

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. - \*\*\*  
 Ajudas à interpretação 3 $\Omega$  factor. Lambda 0.1021  
 Taxa de inércia = 8.6% T. inércia acumulada = 31.9%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** AC1 *	0.9619 *	70.00	***** 30.0 *	33.2 *	50.6 *
* 2	* RHN *	0.2509 *	91.00 *	* 2.6 *	14.9 *	5.0 *
* 3	* ACO *	0.1915 *	68.00 *	* 1.2 *	92.5 *	1.2 *
* 4	* PFE *	0.1884 *	28.00 *	* 0.5 *	56.1 *	0.7 *
* 5	* ACD *	0.1794 *	121.00 *	* 1.8 *	77.6 *	6.2 *
* 6	* VA *	0.1482 *	172.00 *	* 1.7 *	10.5 *	11.8 *
* 7	* FIC *	0.1236 *	107.00 *	* 0.8 *	3.9 *	2.0 *
* 8	* REL *	0.1218 *	120.00 *	* 0.8 *	1.4 *	2.4 *
* 9	* AG *	0.0907 *	132.00 *	* 0.5 *	1.2 *	1.7 *
* 10	* FN *	0.0749 *	60.00 *	* 0.2 *	36.5 *	0.3 *
* 11	* EI *	0.0677 *	140.00 *	* 0.3 *	1.5 *	1.2 *
* 12	* VD *	0.0481 *	155.00 *	* 0.2 *	3.6 *	0.8 *
* 13	* ANS *	0.0067 *	97.00 *	* 0.0 *	11.5 *	0.0 *
* 14	* FI *	-0.0559 *	72.00 *	* 0.1 *	51.1 *	0.2 *
* 15	* FR *	-0.0923 *	66.00 *	* 0.3 *	11.1 *	0.5 *
* 16	* REJ *	-0.0928 *	96.00 *	* 0.4 *	1.9 *	1.0 *
* 17	* SRA *	-0.1074 *	99.00 *	* 0.5 *	1.1 *	1.4 *
* 18	* HTA *	-0.1639 *	55.00 *	* 0.7 *	23.3 *	1.4 *
* 19	* CD *	-0.1645 *	89.00 *	* 1.1 *	1.8 *	2.8 *
* 20	* FDA *	-0.2240 *	81.00 *	* 1.9 *	1.1 *	4.6 *
* 21	***** HAP *	-0.4921 *	45.00	***** 5.0 *	1.5 *	8.8 *
* 22	***** RSC *	-0.5716 *	50.00	***** 7.6 *	5.0 *	15.7 *
* 23	***** PVI *	-0.7611 *	28.00	***** 7.5 *	4.6 *	12.1 *
* 24	***** ACN *	-0.8947 *	51.00	***** 18.9 *	15.7 *	36.3 *
* 25	***** MR *	-1.1842 *	24.00	***** 15.6 *	5.1 *	25.5 *

O quarto factor (Quadro AFC 4) tem uma taxa de inércia de 6.9%, acumulada 38.80%.

Neste factor, nenhuma das variáveis está associada ao facto de haver ou não acidentes, apenas se verificando que se trata de dois grupos de sujeitos distintos: por um lado aqueles que vivem num sistema relacional agressivo (SRA), têm más relações com os pais (MR) e risco suicidário (RSC); por outro lado os sujeitos que têm fratria reduzida (FR), não têm projectos de vida (PVI) nem qualquer prática religiosa (RLN).

Este é um factor inespecífico quanto aos acidentes, embora muito coerente quanto às relações conflituosas por um lado e, por outro à contenção relacional.

-	%	+	%
FR	22.2%	SRA	9.5%
PVI	21.4%	RSC	7.8%
RLN	7.3%	MR	6.2%

## QUADRO AFC 4

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. \*\*\*  
 Ajudas à interpretação 4º factor. Lambda 0.0811  
 Taxa de inércia = 6.9% T. inércia acumulada = 38.80%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** MR *	0.6661 *	24.00	***** 6.2 *	30.6 *	8.1 *
* 2	***** RSC *	0.5180 *	50.00	***** 7.8 *	20.8 *	12.9 *
* 3	***** SRA *	0.4061 *	99.00	***** 9.5 *	2.5 *	20.7 *
* 4	* FN *	0.3325 *	60.00	* 3.9 *	36.8 *	5.4 *
* 5	* PFE *	0.3215 *	28.00	* 1.7 *	56.7 *	2.0 *
* 6	* HTA *	0.2830 *	55.00	* 2.6 *	24.7 *	4.2 *
* 7	* RHN *	0.2430 *	91.00	* 3.1 *	19.9 *	4.7 *
* 8	* CD *	0.2108 *	89.00	* 2.3 *	4.5 *	4.5 *
* 9	* FDA *	0.1899 *	81.00	* 1.7 *	5.7 *	3.3 *
* 10	* FI *	0.0934 *	72.00	* 0.4 *	51.3 *	0.5 *
* 11	* AC1 *	0.0872 *	70.00	* 0.3 *	83.8 *	0.4 *
* 12	* AG *	0.0760 *	132.00	* 0.4 *	2.9 *	1.2 *
* 13	* HAP *	0.0591 *	45.00	* 0.1 *	10.3 *	0.1 *
* 14	* ANS *	0.0383 *	97.00	* 0.1 *	11.5 *	0.2 *
* 15	* ACO *	0.0057 *	68.00	* 0.0 *	93.8 *	0.0 *
* 16	* VA *	-0.0310 *	172.00	* 0.1 *	22.3 *	0.5 *
* 17	* VD *	-0.0368 *	155.00	* 0.1 *	4.4 *	0.5 *
* 18	* ACD *	-0.0862 *	121.00	* 0.5 *	83.8 *	1.4 *
* 19	* REJ *	-0.1030 *	96.00	* 0.6 *	2.9 *	1.2 *
* 20	* FIC *	-0.1580 *	107.00	* 1.6 *	5.9 *	3.3 *
* 21	* EI *	-0.1903 *	140.00	* 3.0 *	2.7 *	9.8 *
* 22	***** RLN *	-0.3233 *	120.00	***** 7.3 *	3.8 *	16.9 *
* 23	* ACN *	-0.3242 *	51.00	* 3.1 *	52.0 *	4.8 *
* 24	***** FR *	-0.7602 *	66.00	***** 22.2 *	11.5 *	31.0 *
* 25	***** PVI *	-1.1456 *	28.00	***** 21.4 *	16.7 *	27.3 *

O quinto factor (Quadro AFC 5) tem uma taxa de inércia de 6.0%, acumulada 44.80%. Este factor opõe os sujeitos que tiveram, até hoje, mais de um acidente de motorizada (ACN), que não têm relações objectais e heterossexuais (RHN) e manifestam uma ansiedade elevada (ANS) aos sujeitos, sem projectos de vida válidos (PVI), que vivem num meio familiar rejeitante (REJ), com dificuldades de comunicação (CD), que tiveram já um acidente (AC1), com o pai falecido ou a viver no estrangeiro (PFE) e com mau estilo relacional (MR).

Verificamos que este factor agrupa dois tipos de sujeitos: aqueles que tiveram um acidente (AC1), associado às variáveis falta de projectos de vida (PVI), sentimentos de rejeição por parte da família (REJ), dificuldades de comunicação (CD), ausência de pai por falecimento ou a viver no estrangeiro (PFE), e más relações (MR) e aqueles que tiveram vários acidentes (ACN), associados à situação de ansiedade (ANS) e ao facto de não terem uma relação privilegiada com uma namorada (RHN).

Aqui, a ansiedade (ANS) e a ausência de relações heterossexuais e exogâmicas estáveis (RHN) parece ser determinante na ocorrência de vários acidentes. No entanto, a sua fraca inércia não permite tirar, hoje, outra ilação que não seja a de fazermos, ulteriormente e com estes sujeitos, um estudo longitudinal com carácter preditivo de múltiplos acidentes.

Poderíamos partir do seguinte enunciado: se o indivíduo já teve um acidente de motorizada, se tem dificuldade de comunicação, mau relacionamento com os pais, pai ausente por falecimento ou a viver no estrangeiro, se se sente rejeitado e sem projectos

de vida ou elabora esta situação e diminui a sua ansiedade, nomeadamente através de uma relação heterossexual e exogâmica satisfatória ou, não o conseguindo, os acidentes multiplicar-se-ão. Isto seria mais plausível em sujeitos a viverem sós com os pais (FR) e que já tiveram acidentes gerais (AG), isto é, sem ser de motorizada.

Se esta hipótese se confirmasse este factor poderia ser preditivo de múltiplos acidentes.

-	%		+	%
ACN	16.1%		PVI	18.6%
RHN	12.7%		REJ	12.1%
ANS	4.3%		CD	11.0%
			AC1	5.5%
			PFE	5.5%
			MR	4.3%

## QUADRO AFC 5

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. \*\*\*  
 Ajudas à interpretação 5º factor. Lambda 0.0703  
 Taxa de inércia = 6.0% T. inércia acumulada = 44.70%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** PVI *	0.9935 *	28.00	***** 18.6 *	44.0 *	20.6 *
* 2	***** PFE *	0.5386 *	28.00	***** 5.5 *	58.8 *	5.7 *
* 3	***** MR *	0.5139 *	24.00	***** 4.3 *	38.7 *	4.8 *
* 4	***** REJ *	0.4341 *	96.00	***** 12.1 *	4.1 *	21.2 *
* 5	***** CD *	0.4292 *	89.00	***** 11.0 *	9.0 *	18.7 *
* 6	***** AC1 *	0.3428 *	70.00	***** 5.5 *	84.2 *	6.4 *
* 7	* FDA *	0.1621 *	81.00 *	1.4 *	9.1 *	2.4 *
* 8	* EI *	0.0627 *	140.00 *	0.4 *	12.6 *	1.1 *
* 9	* VD *	0.0415 *	155.00 *	0.2 *	4.9 *	0.6 *
* 10	* FI *	0.0070 *	72.00 *	0.0 *	51.9 *	0.0 *
* 11	* SRA *	-0.0013 *	99.00 *	0.0 *	23.2 *	0.0 *
* 12	* FN *	-0.0260 *	60.00 *	0.0 *	42.2 *	0.0 *
* 13	* ACO *	-0.0292 *	68.00 *	0.0 *	93.8 *	0.0 *
* 14	* HTA *	-0.0348 *	55.00 *	0.0 *	28.9 *	0.1 *
* 15	* VA *	-0.0425 *	172.00 *	0.2 *	22.9 *	1.0 *
* 16	* RLN *	-0.0463 *	120.00 *	0.2 *	20.7 *	0.3 *
* 17	* FIC *	-0.0647 *	107.00 *	0.3 *	9.2 *	0.6 *
* 18	* RSC *	-0.0801 *	50.00 *	0.2 *	33.7 *	0.3 *
* 19	* ACD *	-0.0911 *	121.00 *	0.7 *	85.3 *	1.6 *
* 20	* AG *	-0.1551 *	132.00 *	2.1 *	4.1 *	5.0 *
* 21	* HAP *	-0.1828 *	45.00 *	1.0 *	10.4 *	1.2 *
* 22	***** ANS *	-0.2581 *	97.00	***** 4.3 *	11.6 *	7.0 *
* 23	* FR *	-0.2627 *	66.00 *	3.1 *	42.5 *	3.7 *
* 24	***** RHN *	-0.4558 *	91.00	***** 12.7 *	24.6 *	16.7 *
* 25	***** ACN *	-0.6866 *	51.00	***** 16.1 *	56.8 *	21.4 *

No sexto factor (Quadro AFC6) vemos, na parte central, os sujeitos sem acidentes (AC0) e em oposição relativa as variáveis ACN e AC1. À volta dos sujeitos com vários acidentes (ACN) encontramos falta de interesses culturais (FIC), dificuldades de comunicação (CD) e fratria numerosa (FN); e também, embora com menor percentagem de contribuição ao eixo, as variáveis hábitos alcoólicos dos pais (HAP), sistema relacional agressivo (SRA) e factores depressivantes ou ansiogéneos (FDA). Do lado oposto, estão os sujeitos com ansiedade manifesta (ANS), más relações (MR), risco suicidário (RSC), pai falecido ou a viver no estrangeiro (PFE), fratria reduzida (FR) e factores de instabilidade (FI), do lado dos sujeitos com um acidente (AC1).

Em nosso entender são sujeitos em risco potencial, embora não tenham ainda tido acidentes.

Em função destes resultados poderíamos dizer que se um indivíduo tem um valor de risco suicidário e de ansiedade elevados, a par de más relações com os progenitores e eventual ausência da figura paterna, ou alarga o seu leque relacional comunicacional, cria e diversifica os seus interesses culturais ou está em risco de vários acidentes.

-	%	-	%
FIC	8.6%	MR	9.7%
CD	7.8%	ANS	16.1%
ACN	4.8%	RSC	7.8%
FN	6.3%	PFE	4.2%

## Quadro AFC 6

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. X 25 var. \*\*\*  
 Ajudas à interpretação 6º factor. Lambda 0.0675  
 Taxa de inércia = 5.7% T. inércia acumulada = 50.40%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** MR *	0.7582 *	24.00	***** 9.7 *	43.4 *	10.4 *
* 2	***** ANS *	0.4863 *	97.00	***** 16.1 *	18.6 *	24.8 *
* 3	***** RSC *	0.4727 *	50.00	***** 7.8 *	34.0 *	10.8 *
* 4	***** PFE *	0.4617 *	28.00	***** 4.2 *	64.5 *	4.2 *
* 5	* PVI *	0.4050 *	28.00 *	3.2 *	64.6 *	3.4 *
* 6	***** FI *	0.3876 *	72.00	***** 7.6 *	51.9 *	9.4 *
* 7	***** FR *	0.3300 *	66.00	***** 5.0 *	46.2 *	5.8 *
* 8	* RHN *	0.2023 *	91.00 *	2.6 *	41.3 *	3.3 *
* 9	* AC1 *	0.1910 *	70.00 *	1.8 *	90.6 *	2.0 *
* 10	* HTA *	0.1675 *	55.00 *	1.1 *	29.0 *	1.5 *
* 11	* ACO *	0.1672 *	68.00 *	1.3 *	93.8 *	0.9 *
* 12	* RLN *	-0.0010 *	120.00 *	0.0 *	21.0 *	0.0 *
* 13	* AG *	-0.0256 *	132.00 *	0.1 *	9.1 *	0.1 *
* 14	* VA *	-0.0331 *	172.00 *	0.1 *	23.8 *	0.6 *
* 15	* ACD *	-0.0443 *	121.00 *	0.2 *	86.9 *	0.4 *
* 16	* VD *	-0.0788 *	155.00 *	0.7 *	5.6 *	2.2 *
* 17	* EI *	-0.0858 *	140.00 *	0.7 *	13.6 *	2.0 *
* 18	* REJ *	-0.1335 *	96.00 *	1.2 *	25.3 *	2.0 *
* 19	* FDA *	-0.2120 *	81.00 *	2.5 *	11.5 *	4.1 *
* 20	* SRA *	-0.2385 *	99.00 *	3.9 *	23.2 *	7.1 *
* 21	* HAP *	-0.2983 *	45.00 *	2.8 *	11.6 *	3.2 *
* 22	***** FIC *	-0.3383 *	107.00	***** 8.6 *	9.7 *	15.2 *
* 23	***** CD *	-0.3527 *	89.00	***** 7.8 *	27.7 *	12.6 *
* 24	***** ACN *	-0.3673 *	51.00	***** 4.8 *	78.2 *	6.1 *
* 25	***** FN *	-0.3866 *	60.00	***** 6.3 *	42.3 *	7.3 *

O sétimo factor (Quadro AFC7) evidencia, também, dois grupos de sujeitos: os que tiveram já vários acidentes (ACN), que vivem numa fratria numerosa (FN) e sem uma relação amorosa compatível com a idade (RHN), e os sujeitos cujos pais têm hábitos alcoólicos (HAP).

Dada a fraca taxa de inércia deste factor (5.0%) abstermo-nos de uma interpretação mais aprofundada do mesmo. Note-se, no entanto, que o facto do jovem não ter uma namorada e do agregado familiar se encontrar saturado na fratria aparece associado aos múltiplos acidentes.

-	%	-	%
HAP	73.7%	ACN	4.6%
		FN	4.1%
		RHN	5.3%

## QUADRO AFC 7

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. \*\*\*  
 Ajudas à interpretação 7<sup>o</sup> factor. Lambda 0.0593  
 Taxa de inércia = 5.0% T. inércia acumulada = 55.50%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** ACN *	0.3354 *	51.00	***** 4.6 *	84.3 *	5.1 *
* 2	* PVI *	0.3022 *	28.00 *	2.0 *	68.0 *	1.9 *
* 3	***** FN *	0.2945 *	60.00	***** 4.1 *	49.6 *	4.2 *
* 4	***** RHN *	0.2706 *	91.00	***** 5.3 *	44.6 *	5.9 *
* 5	* MR *	0.1636 *	24.00 *	0.5 *	53.9 *	0.5 *
* 6	* FDA *	0.1117 *	81.00 *	0.8 *	15.6 *	1.1 *
* 7	* REJ *	0.0973 *	96.00 *	0.7 *	27.3 *	1.1 *
* 8	* FIC *	0.0641 *	107.00 *	0.4 *	24.9 *	0.5 *
* 9	* VD *	0.0552 *	155.00 *	0.4 *	7.8 *	1.1 *
* 10	* FI *	0.0446 *	72.00 *	0.1 *	61.3 *	0.1 *
* 11	* ACD *	0.0398 *	121.00 *	0.2 *	87.3 *	0.3 *
* 12	* CD *	0.0395 *	89.00 *	0.1 *	40.4 *	0.2 *
* 13	* ANS *	0.0233 *	97.00 *	0.0 *	43.4 *	0.1 *
* 14	* RLN *	0.0140 *	120.00 *	0.0 *	21.0 *	0.0 *
* 15	* SRA *	0.0016 *	99.00 *	0.0 *	30.4 *	0.0 *
* 16	* HTA *	-0.0062 *	55.00 *	0.0 *	30.5 *	0.0 *
* 17	* ACO *	-0.0089 *	68.00 *	0.0 *	94.7 *	0.0 *
* 18	* VA *	-0.0259 *	172.00 *	0.1 *	24.4 *	0.4 *
* 19	* AG *	-0.0392 *	132.00 *	0.2 *	9.3 *	0.3 *
* 20	* EI *	-0.0515 *	140.00 *	0.3 *	15.6 *	0.7 *
* 21	* RSC *	-0.0855 *	50.00 *	0.3 *	44.7 *	0.4 *
* 22	* AC1 *	-0.1755 *	70.00 *	1.7 *	92.6 *	1.7 *
* 23	* FR *	-0.2024 *	66.00 *	2.2 *	52.1 *	2.2 *
* 24	* PFE *	-0.3222 *	28.00 *	2.3 *	68.6 *	2.0 *
* 25	***** HAP *	-0.4332 *	45.00	***** 73.7 *	14.8 *	74.2 *

O oitavo factor (Quadro AFC8) opõe os sujeitos com pai falecido ou a viver no estrangeiro (PFE), hospitalizações ou tratamento por acidentes (HTA) e os acidentes gerais (AG), (outros que não os de motorizada) aos sujeitos com más relações (MR), fratria reduzida (FR) e fratria numerosa (FN), com vivências depressivantes e ansiogéneas (FDA), muito próximo dos sujeitos que só tiveram um acidente (AC1).

Também aqui, a fraca inércia do factor (4.9%) está associada ao impedimento de tirar qualquer conclusão clara, a não ser que a ausência do pai por morte ou separação permanente é relacionável com a tendência aos acidentes gerais (AG); e com uma certa gravidade na medida em que é confirmado por traumatismos que obrigaram a internamento ou tratamento hospitalar (HTA) em consequência desses acidentes.

-	%	-	%
FDA	6.1	PFE	14.1
FN	8.9	HTA	11.7
FR	14.7	AG	7.0
MR	16.7		

## QUADRO AFC 8

\*\*\* AFC - Dados QUEST25 - 189 ind. x 25 var. \*\*\*  
 Ajudas à interpretação 8<sup>o</sup> factor. Lambda 0.0577  
 Taxa de inércia = 4.9% T. inércia acumulada = 60.40%

*Ordre *	Nom *	Facteur *	Poids *	Pourcabs *	Contrcum *	Contrel*
* 1	***** PFE *	0.7853 *	28.00	***** 14.1 *	70.7 *	12.1 *
* 2	***** HTA *	0.5097 *	55.00	***** 11.7 *	30.5 *	13.7 *
* 3	* PVI *	0.3145 *	28.00 *	2.3 *	69.9 *	2.1 *
* 4	***** AG *	0.2548 *	132.00	***** 7.0 *	9.6 *	13.5 *
* 5	* ACN *	0.2295 *	51.00 *	2.2 *	89.4 *	2.4 *
* 6	* RSC *	0.1673 *	50.00 *	1.1 *	45.1 *	1.3 *
* 7	* ACO *	0.1377 *	68.00 *	1.1 *	94.7 *	0.6 *
* 8	* ANS *	0.1299 *	97.00 *	1.3 *	43.5 *	1.8 *
* 9	* VA *	0.0985 *	172.00 *	1.4 *	24.8 *	5.2 *
* 10	* SRA *	0.0805 *	99.00 *	0.5 *	30.4 *	0.8 *
* 11	* REJ *	0.0713 *	96.00 *	0.4 *	28.4 *	0.6 *
* 12	* VD *	0.0302 *	155.00 *	0.1 *	8.9 *	0.3 *
* 13	* EI *	0.0289 *	14.00 *	0.1 *	16.3 *	0.2 *
* 14	* RLN *	0.0031 *	12.00 *	0.0 *	21.0 *	0.0 *
* 15	* FIC *	-0.0051 *	107.00 *	0.0 *	25.5 *	0.0 *
* 16	* ACD *	-0.0529 *	121.00 *	0.3 *	87.6 *	0.5 *
* 17	* CD *	-0.0571 *	89.00 *	0.2 *	40.5 *	0.3 *
* 18	* RHN *	-0.1743 *	91.00 *	2.3 *	50.4 *	2.4 *
* 19	* HAP *	-0.1767 *	45.00 *	1.2 *	89.1 *	1.1 *
* 20	* FI *	-0.2061 *	72.00 *	2.5 *	61.5 *	2.7 *
* 21	* AC1 *	-0.2586 *	70.00 *	3.8 *	94.3 *	3.7 *
* 22	***** FDA *	-0.3031 *	81.00	***** 6.1 *	16.8 *	8.5 *
* 23	***** FN *	-0.4258 *	60.00	***** 8.9 *	53.8 *	8.9 *
* 24	***** FR *	-0.5207 *	66.00	***** 14.7 *	54.2 *	14.5 *
* 25	***** MR *	-0.9214 *	24.00	***** 16.7 *	54.4 *	15.4 *

#### 6.4.1 Análise gráfica

A análise gráfica é um complemento relativo à análise anterior dos três primeiros factores e aos seus respectivos cruzamentos que nos dão 31.9% da informação.

Fazemos os cruzamentos do factor 1 com o factor 2, do factor 1 com o factor 3 e do factor 2 com o factor 3. Passamos a designá-los de P1, P2 e P3 respectivamente que representam os três primeiros planos factoriais. As variáveis, e os valores delas, que contribuem para estes planos podem ser observados nos quadros AFC 9, AFC 10 e AFC 11.

No plano P1 (F1, F2) podemos observar na horizontal e à esquerda, AC0 (zero acidentes) nitidamente destacado e com oposição a ACD (acidentes). Não encontramos aí a presença de qualquer outra das 25 variáveis cuja presença revela sempre factor de perturbação psicológica. Coincide, portanto, ausência de acidentes com ausência de variáveis de natureza psicopatológica.

Podemos, de certo modo, afirmar que, e na nossa perspectiva, os sujeitos sem acidentes são sujeitos saudáveis do ponto de vista psicológico.

Se continuarmos a leitura do eixo 1 para a direita encontramos AC1, ACN e HTA como variáveis que mais contribuem na delimitação do eixo. Quer isto dizer que os sujeitos que sofreram um ou mais acidentes (ACN) receberam tratamento médico ou foram mesmo hospitalizados em consequência dos acidentes (HTA).

Na leitura do eixo 2 e em cima encontramos PFE, FI, FN, FR e, no mesmo quadrante dos vários acidentes (ACN), embora esta última variável não apresente, aqui, valores significativos que permitam associá-la a PFE, FI, FN e FR. Estudaremos este aspecto, mais adiante, em termos de tendências.

Continuando a leitura do eixo 2 e para baixo encontramos ANS associada a outras variáveis de menos importância na formação do eixo; são elas AC1, RHN, PVI, MR e RSC. Também aqui estas quatro últimas variáveis não têm valores suficientemente elevados na formação do eixo que permitam associá-los, claramente, à situação de um acidente (AC1) como resultante de aspectos psicopatológicos. Será também referida em termos de tendência.

Assim, podemos verificar em P1 a existência de duas tendências associadas nos factores.

A primeira a encontrar no grupo dos vários acidentes (ACN), sujeitos que tenham perdido o contacto real com o pai, por morte deste ou ausência permanente no estrangeiro (PFE), cuja evolução registre factores de instabilidade familiar (FI), com alterações na dimensão da fratria quer por "excesso", fratria numerosa (FN) quer por "defeito" (FR); isto é, em que se verifica a situação de filho único ou de falecimento de irmãos. Está, portanto, associada ao factor acidentes.

A segunda tendência é verificada à volta dos sujeitos cuja principal variável é a ansiedade elevada, na Escala de Ansiedade de ZUNG (ANS), cujas características são o facto de não terem uma relação heterossexual e exogâmica (RHN), de contarem já um acidente na sua história (AC1), de não terem projectos de vida

realistas (PVI), vivendo num estilo relacional mau (MR) e, finalmente, terem um risco suicidário elevado na Escala de Risco de J. STORK.

Este segundo eixo pode ser designado eixo das tendências dicotómicas entre um e vários acidentes e está associado, como se viu, ao factor que chamámos de causas familiares predisponentes.

Desenham-se, aqui, dois aspectos de natureza psicopatológica: a dimensão intrapsíquica, depressiva e ansiosa, e a dimensão interpssíquica, obviamente interligadas, com distorções do evoluir psicológico na interacção do sujeito com a família e com o meio, sem que ele tenha conseguido até aqui construir e consolidar projectos que permitam a correcção da sua trajectória.

Apresenta-se-nos uma hipótese interessante a estudar em termos longitudinais e que passaria pelo apuramento do número de acidentes que estes sujeitos sofreram desde a altura em que foram testados. Isto porque pertencem à categoria de sujeitos com apenas um acidente mas alguns manifestaram valores elevados na Escala de Risco Suicidário de STORK e na Escala de Ansiedade de ZUNG que, como vimos, quando usámos o  $\chi^2$  agrupando o risco suicidário e a ansiedade, pertencem à categoria dos numerosos acidentes.

No plano 2 (F1,F3) as principais variáveis que constituem o eixo 1, na horizontal, são, obviamente, as mesmas do plano 1: ACO, ACD e HTA.

No eixo 3, e em cima, encontramos aqueles que tiveram apenas um acidente (AC1). Em oposição, e em baixo, aqueles que tiveram 2, 3 ou 4 acidentes (ACN) associados às variáveis MR, PVI, RSC e HAP.

No cruzamento destes dois eixos observam-se três categorias de sujeitos relativamente distintas: sem acidentes (AC0), com um acidente (AC1) e com 2, 3 ou 4 acidentes na sua história recente (ACN).

Em princípio, e com as reservas inerentes a qualquer investigação deste tipo, poderíamos dizer que os sujeitos sem acidentes são predominantemente saudáveis do ponto vista psicológico, que os sujeitos com um acidente o poderiam ter tido como qualquer pessoa pode ter um acidente.

O mesmo não podemos dizer dos sujeitos com múltiplos acidentes. Com efeito, torna-se evidente que, no plano 2 (F1, F3), à situação de vários acidentes corresponde a presença da variável risco suicidário (RSC), falta de projectos de vida válidos (PVI), mau estilo relacional pelo menos com um dos pais (MR) e em que se verificam hábitos alcoólicos excessivos, pelo menos num dos progenitores (HAP).

Deste cruzamento de factores surge como perfil de condutores de motorizada com vários acidentes o seguinte: do ponto de vista individual, seriam sujeitos com valores elevados (sempre acima do normal), na escala de risco suicidário de J. STORK (RSC), sem projectos profissionais de futuro compatíveis com a escolaridade concluída até aqui; quer por ausência total de projectos quer por projectos megalómanos em que o seu nível cultu-

ral está aquém das esperanças manifestadas (PVI). Do ponto de vista familiar, são patentes perturbações relacionais no seio da família onde existem hábitos alcoólicos evidentes.

Analisemos agora o plano P3 (F2, F3).

As variáveis que mais contribuíram para a formação de F2 são, à esquerda, ansiedade (ANS) e, à direita PFE, FI, FN e FR, como vimos no plano P1 (F1, F2).

Como variáveis principais na constituição de F3 temos, como se viu atrás e em cima, AC1 e em baixo HAP, RSC, PVI, MR e ACN.

Neste cruzamento, F2 opõe na horizontal a variável ansiedade elevada (ANS), à esquerda, e as variáveis pai ausente por morte ou no estrangeiro (PFE), factores de instabilidade familiar (FI), fratria numerosa (FN) e fratria reduzida (FR), à direita, sem que apareça, neste eixo, o factor acidentes.

Na vertical, em F3, encontramos AC1 e AC0 como grupo semelhante isolados de qualquer variável patológica. Por oposição, e em baixo, voltam a aparecer, como no plano P2 (F1, F3), as variáveis MR, ACN, PVI, RSC e HAP.

Aqui, os sujeitos com um acidente também não revelam qualquer característica de natureza psicopatológica quer a nível individual quer ao nível do seu meio relacional, familiar. Têm, no fundo, as mesmas características que os sujeitos sem acidentes e que evidenciámos no cruzamento de F1/F2; contrariamente aos sujeitos com vários acidentes onde aparecem factores de mau relacionamento (MR), risco suicidário (RSC), ausência de projectos

de vida válidos (PVI) associados aos hábitos alcoólicos na família (HAP).

No plano P1 tínhamos visto que as variáveis RSC, HAP, PVI e MR estavam próximas do nível de significância no grupo de sujeitos com um acidente. Agora, no plano 3 verificamos que elas se opõem aos sujeitos com um acidente e aparecem em conjunção com os vários acidentes.

Em nosso entender este facto pode ter a seguinte compreensão: estes sujeitos com um acidente demarcam-se daqueles sem acidentes, pertencendo ao grupo de sujeitos com vários acidentes se estiverem presentes as variáveis RSC, HAP, PVI e MR.







#### 6.4.2 Resumo:

Os resultados da análise factorial das correspondências permitem estabelecer que existem três tipos de sujeitos, relativamente distintos, na nossa amostra: o grupo sem acidentes, o grupo com apenas um acidente e o grupo com dois, três ou quatro acidentes.

Contudo, é entre o grupo sem acidentes e o grupo com 2, 3 ou 4 acidentes que as diferenças são mais nítidas na medida em que o grupo dos sujeitos com um acidente tanto pode ter as mesmas características que os sujeitos sem acidentes como pode ter semelhanças com o grupo dos vários acidentes.

A análise factorial das correspondências permite ainda estabelecer o seguinte:

- existem jovens condutores de motorizada que nunca tiveram acidentes, coincidindo este facto com ausências de sinais de perturbação psicológica;

- outros sujeitos, na mesma categoria, que, embora tenham sido confrontados com perdas e factores de instabilidade no núcleo familiar, conseguiram elaborar a situação sem que isso os tenha afectado ou manifestado sob forma de acidentes de motorizada, como condutores;

- existem, também, indivíduos que só tiveram, até hoje, um acidente; estes condutores de motorizada tanto podem pertencer à categoria do sujeitos sem acidentes, que classificamos de saudáveis do ponto de vista psicológico, como ao grupo dos vários acidentes, se o acidente que tiveram estiver associado a variáveis da natureza psicopatológica semelhantes aquelas que encontramos no grupo dos indivíduos com vários acidentes. Neste caso estes indivíduos têm fortes probabilidades de vir a ter outros acidentes;

Finalmente temos o grupo dos jovens condutores de motorizada com 2, 3 ou 4 acidentes que revelam a presença sistemática de perturbações de natureza psicopatológica com três registos simultâneos:

- ao nível intrapsíquico através dos valores elevados na Escala de Risco Suicidário de J. STORK;
- ao nível interpsíquico e familiar em que predomina um estilo relacional conflituoso associado a hábitos alcoólicos na família;
- ao nível social marcado pelo vazio de projectos ou por projectos irrealistas e megalómanos.



**CAPITULO VII**

**DISCUSSÃO**



## I

Partimos da hipótese segundo a qual os acidentes de motorizada nos adolescentes poderiam ser devidos não ao acaso mas a factores de natureza psicopatológica, autodestrutiva, em que a ansiedade e a depressão na sua vertente suicidária contribuiriam, de um ponto de vista intrapsíquico para a ocorrência dos acidentes.

Cientes de que o adolescente e os seus comportamentos não podem ser compreendidos por si sós, independentemente do meio familiar, muito particularmente dos pais, atribuímos ao sistema familiar e relacional, em que o jovem cresce física e psíquicamente, um dimensão de natureza inter-psíquica por ventura influente no acontecer de acidentes na adolescência.

Se, no passado, a organização psíquica interna do adolescente se ficou a dever ao sistema relacional que a família ofereceu, no presente, e perante as múltiplas remodelações psicológicas a que a adolescência obriga, a família volta à ribalta. Perpectua, na maior parte das vezes, o estilo relacional de outrora. Na melhor das situações corrige erros que deixaram marcas indeléveis ou, e na pior das hipóteses, agrava os conflitos relacionais já existentes.

A análise do problema dos acidentes de motorizada nos adolescentes da nossa amostra prende-se, seguramente, com outros factores além dos que investigámos; no entanto, e à luz dos resultados que obtivemos, ficou claro:

1 - circular de motorizada é, incontestavelmente, um perigo. A divisão do número de acidentes apurados pelos efectivos permitem-nos afirmar que qualquer adolescente que conduza uma motorizada vai ter, estatisticamente, e no mínimo, um acidente;

2 - cerca de 64% dos nossos condutores de motorizada já sofreram, em média, 1.65 acidentes, contra cerca de 36% que ainda não tiveram nenhum;

3 - um acidente qualquer condutor pode ter, mas mais do que um deve ser motivo de inquietação por parte da família e por parte dos técnicos de saúde mental.

Em termos macroscópicos, os valores de ansiedade normais nos adolescentes condutores de motorizada são mais frequentes nos sujeitos sem acidentes e menos frequentes nos adolescentes acidentados; tal como a ansiedade elevada é menos frequente nos sujeitos sem acidentes e mais frequentes nos jovens acidentados.

O mesmo sucede com a depressão quando assume aspectos de natureza autodestrutiva, através da avaliação do risco suicidário, em que o risco "normal" é mais frequente nos sujeitos sem acidentes e menos frequente nos sujeitos com acidentes. Inversamente, o risco de suicídio manifesto é menos frequente nos jovens sem acidentes e mais frequente nos adolescentes com acidentes.

Do ponto de vista estatístico, os adolescentes condutores de motorizada, considerados na sua globalidade (15-19 anos) ou na faixa etária mais especificamente da adolescência (16-18 anos), revelam diferenças significativas no Qui-quadrado entre  $p < 0.05$  e  $p < 0.01$ , na relação entre ansiedade e número de

acidentes, no sentido da confirmação da hipótese inicial.

O mesmo sucede quanto ao risco suicidário, mas aqui com níveis de significância mais elevados, que oscilam entre  $p < 0.005$  e  $p < 0.001$ ; e isto tanto nos acidentes actuais como nos acidentes que ocorreram anteriormente à idade em que os sujeitos foram testados.

Os adolescentes ansiosos e depressivos, com risco suicidário, distinguem-se nitidamente dos não ansiosos e não depressivos quanto ao número de acidentes. Na oposição entre os que nunca tiveram acidentes e os que já sofreram múltiplos acidentes, encontram-se níveis de significância que oscilam entre  $p < 0.01$  e  $p < 0.005$ .

Facto a nosso ver relevante, nos diferentes níveis de significância, é que os mais elevados são aqueles que encontramos quando consideramos todos os sujeitos agrupados na situação de (0), (1) e (2, 3, 4) acidentes, quer na amostra total, quer apenas nos sujeitos de 16-18 anos. Além disso, admitindo que 1 acidente possa ocorrer por mero acaso, já se refuta o aspecto fortuito se o adolescente teve dois ou mais acidentes. Ou seja, não se trata de um problema específico em relação a uma idade concreta mas em relação à adolescência. Tanto assim que no auge da adolescência, isto é, os sujeitos de 16, 17 e 18 anos, no seu conjunto, a relação entre risco suicidário e o número de acidentes apresenta níveis de significância no  $X^2$  que oscilam entre  $p < 0.005$  e  $p < 0.001$ .

Também aqui, os resultados vão no sentido da confirmação da hipótese proposta.

Na dinâmica familiar destes adolescentes transparecem elementos desorganizadores e predisponentes aos numerosos acidentes. Assim, aquilo que designámos de factores de instabilidade (toda e qualquer situação de mudança de país, de numerosas mudanças de residência, ocorrência de separação dos pais durante a infância ou o facto do adolescente viver só com um dos pais) mostra uma influência significativa de  $p < 0.03$ , no sentido da confirmação das hipóteses.

Corroborando os aspectos da ansiedade e da depressão, encontramos, no agrupamento de variáveis do nosso questionário, os factores depressivantes e ansiogêneos com um nível de significância de  $p < 0.02$ , lembrando que o que considerámos de factores depressivantes e ansiogêneos foi o confronto do adolescente com perturbações psicológicas de um ou ambos os pais ou de irmãos, ou de infelicidade conjugal manifesta que possam ter tido repercussões negativas na evolução harmónica do sujeito.

Os acidentes de motorizada não parecem ocorrer independentemente de acidentes gerais na medida em que se verifica um nível de significância de 0.02 entre eles e os vários acidentes de "moto".

Tudo se passa como se existisse já anteriormente uma tendência aos acidentes que muda apenas de aspecto quando o jovem chega à adolescência e passa a conduzir uma motorizada.

Parece-nos útil referir a existência de correlações entre número de acidentes de motorizada, factores de instabilidade na família, factores depressivantes e ansiogêneos e acidentes gerais.

Como vimos em momento oportuno, e segundo BENZECRI, 1973, [022], os métodos factoriais produzem representações gráficas onde os objectos descritos se tornam pontos sobre o eixo de um plano fornecendo representações sintéticas de vastos conjuntos de valores numéricos e exibem variáveis que escapam à observação directa. Com este método conseguimos, no essencial, apurar três grupos de sujeitos distintos na nossa amostra:

1 - os adolescentes sem acidentes e sem sinais evidentes de perturbações psicológicas. Encontramos igualmente sujeitos sem acidentes apesar de terem perdido o contacto real com um dos pais (por falecimento ou ausência permanente no estrangeiro), de terem sido confrontados com outros factores de instabilidade familiar e de viverem em situação susceptível de agudizar os conflitos pela distorção da relação fraterna, quer por excesso quanto ao número de irmãos e sua origem, quer por defeito quanto à situação de filho único, de irmãos separados ou de falecimento de irmãos.

A leitura que podemos fazer quanto a estes últimos sujeitos é que ou conseguiram elaborar as situações de perda e conflito ou os factores que enunciámos constituindo causas familiares predisponentes colocam estes adolescentes em risco;

2 - nos adolescentes com um acidente essa ocorrência tanto pode ser atribuída ao acaso (quando o sujeito não tem perturbações psicopatológicas manifestas, sendo nisso semelhante aos sujeitos sem acidentes), como pode existir coincidência entre um acidente e a proximidade de factores de natureza psicopatológica. Neste caso o primeiro acidente deve constituir um alerta

desde que esteja inserido no quadrante da ansiedade, da falta de relações heterossexuais e exogâmicas estáveis, da ausência de projectos de vida realistas e do predomínio de más relações com o pai.

A estes resultados não nos parece alheio o facto de termos encontrado níveis de significância de  $p < 0.05$  entre insucessos escolares e número de acidentes e de  $p < 0.06$  entre ausência de qualquer prática religiosa e número de acidentes. De salientar a existência de correlações significativas entre vários acidentes de motorizada, factores de instabilidade e factores depressivantes e ansiogéneos, a correlação entre si destes dois factores e a correlação entre factores depressivantes e ansiogéneos e acidentes gerais.

3 - Nos adolescentes com vários acidentes na idade (no mínimo dois) sobressai uma dimensão suicidária, um estilo relacional predominantemente conflituoso, por norma com o pai, e em que um ou ambos os pais têm hábitos alcoólicos excessivos.

Acrescentemos que a adolescência destes indivíduos é marcada pela inexistência de projectos próprios e realistas, fora do contexto sócio-económico em que vivem. Interrogados sobre a sua projecção no futuro, deparamo-nos ora com Ideais de natureza megalómanos, mais em função do Eu Ideal do que do Ideal do Eu, ora com a ausência pura e simples de qualquer tipo de Ideal, transparecendo tão somente o desejo de acesso imediato ao prazer. Num como noutro caso, estes adolescentes mostram-se incapazes de pôr em prática a mediação das instâncias internas suficientes para estabelecerem, com os progenitores e com o meio, os compromissos

indispensáveis à evolução psicológica normal.

É curioso verificar que os Ideais verbalizados se prendem sempre com uma procura de admiração pelo outro, pelo exterior; à semelhança da condução arriscada que, apesar de comprometer a vida a cada instante, satisfaz a parte do Eu ávida de valorização narcísica e diminui a ansiedade.

Podemos fazer uma aproximação entre os acidentes de "moto" e a ansiedade integrando as perspectivas teóricas de alguns autores sobre a adolescência.

Considerando a adolescência como uma fase crítica do desenvolvimento, dominada pela ansiedade e pela imaturidade psíquica, podemos entender o recurso ao comportamento como forma de evitar ou reduzir a ansiedade.

Sob este ponto de vista, parece-nos lógico estabelecer um paralelismo entre o acidente como resultante de comportamentos contrafóbicos e actos de índole autodestrutiva.

Não podemos falar de suicídio com o sentido deliberado que lhe atribui E. DURKHEIM, 1897, [060], G. DESHAIS, 1947, [049], entre outros. De facto, e como refere A. VAZ SERRA, 1971, [206], desde que o comportamento autolesivo não se acompanhe da ideia de morte, não deve ser considerado acto suicida. Contudo, se aceitarmos a importância relativa da consciência na conduta humana e estivermos atentos à importância maior do inconsciente no comportamento do adolescente, podemos considerar os acidentes como equivalentes suicidários e como uma forma de expressão psi-

copatológica, embora esses adolescentes não tenham a intenção de dar a morte a si mesmos; C. BLONDEL, 1906, [026], K. MENNINGER, 1938, [174], H. SCARBACH, 1986, [202]. Além disso, o acto auto-destrutivo, muitas vezes, pauta-se pela falta de clareza, precisa de ser compreendido num contexto e deduzir-se a partir do comportamento; C. AMARAL DIAS e T. NUNES VICENTE, 1984, [056].

Os acidentes de motorizada podem ser vistos à luz da ansiedade e da imaturidade psíquica do adolescente mas inseridos no uso que o jovem faz da "moto". Por norma, a "moto" é objecto de diversão, evasão, valorização. Confere ao jovem o sentimento de autonomia, de independência, de pertença ao grupo, de afirmação.

Tudo se passa como se nos nossos dias a "moto" fosse o objecto mágico que permitisse, durante a moratória psicossocial definida por E. ERIKSON, instrumento de identificação social e individual enquanto prevalece a difusão da identidade.

A ansiedade do adolescente prende-se, como vimos, com as transformações pubertárias (S. FREUD, 1905, [085], M. VINCENT, 1988, [222]), com a revisão brutal da organização psíquica (E. JACOBSON, 1964, [110], J. MILHEIRO, 1986, [175]). A "moto" permite ao adolescente pôr em evidência comportamentos de singularidade, de desafio e de futilidade (D. WINNICOTT, 1962, [234]), no processo de separação de pais-progenitores (P. BLOS, 1962, [027], A. COIMBRA de MATOS, 1982, [145]). É actualmente um objecto eleito pelo jovem no grupo, na luta contra as ansiedades agorafóbicas, (C. AMARAL DIAS, 1988, [054]).

No turbilhão da adolescência, a condução de "moto", a sós ou em grupo, quando a título de resolução da ansiedade, assume nítidas características autodestrutivas.

A "moto" é um instrumento subtil de morte.

Em nossa opinião, a principal singularidade visível do funcionamento psicológico do adolescente reside no comportamento. No entanto, aquando da entrevista clínica, do exame psicológico ou no decurso de uma psicoterapia, o que se descobre é a depressão como uma constante. Depressão que se prende, obviamente, com as relações objectais depressivantes mas que pode, também, ser "apenas" inerente aos processos de luto indispensáveis na maturação adolescentil, contíguos à escolha do par amoroso e à conquista da autonomia a diferentes níveis manifestando-se, então, sob forma de depressividade. Esta corresponde, nesse caso, a uma tentativa de desapego do objecto primário e dos objectos formadores, contrariados pela tendência para se manter sob a sua protecção, A. COIMBRA de MATOS, 1982, [146], reflexo da ambivalência e da ambitendência.

No percurso psicológico que se inicia com a puberdade e termina na adultícia, o adolescente confronta-se e confronta-nos com problemas de difícil resolução.

Se a depressão encoberta, como vimos, é a principal responsável na patologia delinquencial, no agir, na toxicod dependência, nas tentativas de suicídio, não é menos verdade que o simples facto de se ser adolescente conduz qualquer indivíduo à procura

do trajecto de menor resistência. Aqui pode surgir o acto irreflectido em vez da atitude comedida e pensada, revelando a precaridade dos processos de mentalização.

Parece-nos evidente que a condução de motorizada pelos adolescentes, enquanto acto irreflectido, não pensado, tem fortes possibilidades de estar na origem dos acidentes e, sobretudo, desses acidentes serem um equivalente do suicídio, J. STORK, 1972, [217], em consequência da depressão, da depressividade e do "acting".

Para o adolescente, a família reveste-se de uma importância particular e diversa daquela que teve durante a infância. Um eventual retrocesso a modos de funcionamento psicológico infantil com os progenitores seria a ilusão paradisíaca e a morte antes da vida, (C. AMARAL DIAS e J. SOUSA MONTEIRO, 1989, [055]).

Parar ou retirar-se em qualquer estágio de desenvolvimento psicológico, enquanto a evolução se processa à sua volta, corresponderia sempre, e de igual modo, ao retrocesso, na medida em que a vida, enquanto estado de actividade e tempo que decorre do nascimento até à morte, enquanto existência é, por natureza, imparável.

Avançar sempre, mais e mais, através da realidade e da dúvida no combate fascinante da luta pelo conhecimento, contra a ignorância, é tarefa inadiável embora, e inevitavelmente, ariscada.

A adolescência, como etapa da vida humana é uma fase de vulnerabilidade, de esforço, de selecção e de risco.

Neste trajecto, a família, quando atingida na sua própria estabilidade ou vulnerabilizada na sua dimensão, aumenta o potencial de risco do adolescente.

Se a família sofre com as suas próprias perturbações psicológicas, nomeadamente com a infelicidade conjugal, não está apta a dispensar a compreensão e o encorajamento que o jovem precisa para se posicionar perante as tarefas que o esperam na vida.

Influencia, nesse caso, negativamente o adolescente com um ambiente depressivante e ansiogéneo. Pode mesmo, a título de desculpabilização e de escamoteamento da inferioridade sentida, usar o seu poder de aquisição de bens materiais e oferecer uma "moto" ao adolescente; tal como os pais que não estão disponíveis para as crianças e lhes enchem os quartos de brinquedos... onde definham de tédio.

A este propósito parece-nos plausível afirmar que os pais dando aos filhos adolescentes a moto que eles próprios nunca tiveram e, por ventura, gostariam de ter tido dão-na à sua própria adolescência. Assim sendo, a moto oferecida é a materialização das imagos filiais projectadas no adolescente, cujo luto os próprios pais nunca fizeram.

O equilíbrio do adolescente está dependente do equilíbrio familiar, diz-nos O. BOURGUIGNON, 1984, [031], e tal como a autora refere, esse desequilíbrio às vezes gerador de morte, aparece no nosso estudo como gerador de acidentes.

As relações conflituosas, predominantemente más com o pai, quando pelo menos um dos pais tem hábitos alcoólicos excessivos,

associados à vertente suicidária do adolescente por um lado, e à sua incapacidade de projecção no futuro por outro, confrontam o adolescente a um impasse. Nestes casos, os múltiplos acidentes de motorizada podem constituir uma saída, ainda que desastrosa na verdadeira acessão da palavra.

Em suma, se existe apenas um factor pessoal que predispõe aos acidentes de motorizada, esse factor é a da dinâmica psicopatológica do adolescente em termos de risco suicidário.

Contudo, e porque a tendência suicidária do sujeito é indissociável das relações psicopatológicas em que evoluiu, conjuga-se, a determinado momento, a patologia própria e a patologia familiar, na altura em que o adolescente se debate com a procura inevitável de um via própria onde os ideais construtivos e possíveis são indispensáveis à valorização narcísica, à reorganização afectiva e social do sujeito ao conseqüente desapego à família de origem e à constituição da família de procriação.

Tudo indica que as famílias que não favorecem ou dificultam os processos de mentalização, predispõem e agravam, por vezes, a depressão e a depressividade, facilitando o "acting-out", sob a forma socializada de condução de "moto", donde resulta, tantas vezes, o acidente, a deficiência, a enfermidade e a morte.

Nos nossos dias, a moto fascina o adolescente. Os pais e a sociedade põem-na à sua disposição; consideram o acidente como um acaso.

Foi nossa intenção demonstrar que, nos jovens, os acidentes de motorizada são comportamentos de natureza para-suicidária.

## II

A adolescência, como idade de risco, é um facto aceite. Através do nosso estudo podemos também afirmar, e indo ao encontro daquilo que foi demonstrado por WHITAKER, 1976, [225], WILLIAMS, 1985, [228], JONAH, 1986, [113], MAYHEW e al., 1986, [166], entre outros, que a idade dos 16-19 anos, em indivíduos do sexo masculino, HARRINGTON e MacBRIGDE, 1970, [104], é, por excelência, a idade de maior risco de acidentes na condução de velocípedes a motor.

Este fenómeno prende-se, como é óbvio, com a inexperiência e a imaturidade, mas também com as características do veículo cujas manobras surpreendem e em que o principal atingido é o próprio condutor, TETARD, 1983, [220]. Isto revela, conforme demonstram BRAGG e FINN, 1986, [034], o modo como os adolescentes subestimam as suas hipóteses de se verem envolvidos em acidentes, e a tendência à tomada de risco excessivo, demonstrada pelos autores e também por MATTHEWS e MORAN, 1986, [165], que evidenciam a notável dissociação entre a insuficiente percepção do risco e a grande habilidade para conduzir.

Confirma-se a importância do factor humano como a principal variável a estudar nos acidentes, HARRINGTON, 1972, [103], MacDONALD, 1985, [135], BARJONET e SAAD, 1986, [020], e a validade de uma perspectiva psicológica e clínica que tente avaliar as características estáveis da personalidade, contrariamente ao que sugere SROUR, 1969, [214], quando se refere às característi-

cas transitórias ou momentâneas que podem desencadear os acidentes.

Ainda que SOUETRE, 1988, [212], num estudo longitudinal, durante 8 anos não tenha encontrado covariações positivas entre a maior incidência do suicídio e maior número de acidentes de tráfego, os nossos resultados indicam-nos que existe uma relação estreita entre vários acidentes de motorizada nos adolescentes, e um perfil suicidário do sujeito; indo ao encontro de J. STORK, 1972, [217].

Confirmam-se os estudos de EGBERINK, LOURENS e MOLEN, 1979, [062], quanto à relação entre potencial de risco de acidente e o facto de se ser jovem condutor. Esse potencial é exacerbado pela imagem sociológica positiva da velocidade, LUCET, 1965, [134], e que, segundo BARJONET e SAAD, 1986, [020], permite ao jovem condutor de moto obter, junto do outro e perante si próprio, uma imagem de valorização.

O que nós verificamos é que esse potencial de risco nos vários acidentes está intimamente relacionado com o risco suicidário dos jovens, avaliável através da Escala de Risco Suicidário de J. STORK, adaptada para a população portuguesa, 1987, [067].

Quanto à relação entre vários acidentes e desajustamentos pessoais e sociais dos jovens nas investigações de MAYER e TREAT, 1977, [167], também a nossa investigação o confirma atra-

vés da falta de projectos de vida possíveis e consistentes. Contudo existem distorções familiares predisponentes, geradoras de instabilidade, fonte de ansiedade e de depressão em que sobressai, também, a má relação com a figura paterna e os hábitos alcoólicos do pai.

A relação entre psicopatologia familiar e número de acidentes nos nossos sujeitos tem um paralelismo de relevo com a morte das crianças a estrutura familiar no trabalho de O. BOURGUIGNON, 1984, [031].

## III

O que fizemos neste trabalho foi um estudo transversal.

Os resultados que considerámos para a nossa discussão baseiam-se na ansiedade, no risco suicidário e no que diz respeito à Análise Factorial das Correspondências salientámos os factores com maior inércia (F1, F2 e F3) e o seu cruzamento.

O que sugerimos é que se faça um estudo longitudinal com o levantamento do número de acidentes ocorridos ou não até agora nestes sujeitos, desde a data em que foram testados até hoje, e que seja feita uma nova Análise Factorial das Correspondências em função do novo número de acidentes.

O estudo que fizemos, e o que resultar de um trabalho longitudinal, poderão ser complementados com uma Análise Factorial das Correspondências sem o agrupamento de variáveis.

Dado que na ansiedade os sintomas passam mais por uma vertente sentida ou por uma vertente agida, e às vezes em alternância, sugerimos um estudo que ponha como hipótese de risco de acidentes o facto dos níveis de ansiedade serem bastante abaixo ou bastante acima da média para a idade dos sujeitos.

## IV

Existem todos os motivos para considerar válidas e actuais as sugestões da O.M.S., 1980, [188], 1982, [189], sobre o estudo dos factores psicossociais, na compreensão e prevenção dos acidentes na adolescência.

Como nós próprios sugerimos em 1981, [161], 1983, [162], a Psicologia Clínica tem um papel fundamental a desempenhar neste campo, partindo das características normais e patológicas da adolescência, nomeadamente nos seus aspectos depressivos, e em que o acidente tem o valor de sintoma, inserido, também, na psicopatologia familiar.

A gravidade das lesões em consequência de acidentes de "moto", nomeadamente as vertebro-medulares e consequentes paraplegias ou tetráplegias, merecem, por parte dos pais dos adolescentes e dos responsáveis de saúde mental, uma observação cuidada.

Os primeiros sinais indicadores de probabilidade de acidentes de "moto" na adolescência podem detectar-se na infância, na latência e na pré-adolescência, com a tendência a magoar-se, a ferir-se ou a ter outro tipo de acidentes gerais ou domésticos, M. PIRES MATOS, [164].

Os acidentes de motorizada nos adolescentes podem seguramente ser evitados, pelo menos em parte, poupando vidas, evitando a deficiência, a enfermidade e diminuindo custos, através de algumas medidas que se revelam urgentes:

1º - Sensibilização dos responsáveis dos Ministérios da Saúde, Educação, Transportes e Comunicações, no sentido do abandono da ideia do acidente como um acaso, encarando-o no âmbito das perturbações psicopatológicas;

2º - Desenvolvimento, nos estabelecimentos de ensino, de campanhas de sensibilização junto dos jovens sobre a relação entre perturbações psicológicas na adolescência e propensão aos acidentes de "moto";

3º - Fazer um rastreio com a escala de risco suicidário de J. STORK, reduzida e adaptada para a população portuguesa, aos jovens condutores de motorizada, nos estabelecimentos de ensino e companhias de seguros no sentido de os informar do maior ou menor risco de acidentes, em função dos valores dessa escala;

4º - Encaminhar os jovens com risco suicidários evidentes para as áreas de Psicologia Clínica criadas e a criar nos Serviços de Saúde Mental para adolescentes;

5º - Criar um núcleo de investigação em acidentologia, reunindo trabalho conjunto entre a Universidade e a Prevenção Rodoviária Portuguesa.

**CAPITULO VIII**

**CONCLUSÕES**



## I

Os acidentes de motorizada nos adolescentes da nossa amostra não parecem ser devidos ao acaso mas sim a um conjunto de circunstâncias individuais, familiares e psicossociais inerentes à própria adolescência.

## II

Se um adolescente é condutor de motorizada, a situação mais comum é que ele já tenha tido acidentes.

## III

Existem praticamente tantos condutores sem acidentes como com um acidente, sendo a proporção de sujeitos com e sem acidentes de 2/1.

## IV

A situação de 0 acidentes é mais consentânea com ausência de perturbações psicopatológicas do que a situação de vários acidentes.

## V

Um acidente tanto pode ser devido a causas que escapam à nossa investigação como se pode tratar do primeiro entre vários acidentes que o adolescente venha a ter.

## VI

Os condutores sem acidentes e com dois ou mais acidentes parecem constituir grupos distintos e opostos entre si.

## VII

Os jovens com valores acima da média na Escala de Risco Suicidário constituem um grupo de alto risco de acidentes de "moto".

## VIII

Não podemos afirmar que a ansiedade acima dos valores médios discrimine os condutores sem acidentes e com acidentes, embora os sujeitos com dois ou mais acidentes se revelem mais ansiosos do que os sujeitos sem acidentes.

## IX

Na conjugação do risco suicidário e da ansiedade o que parece ser determinante na média de acidentes é a tendência suicidária dos jovens, contudo são os sujeitos com risco suicidário elevado e ansiedade baixa que detêm a média mais elevada de acidentes. Isto pode corresponder a uma expressão directa do impulso agressivo, como forma de escoamento da ansiedade.

## X

Os jovens que durante a sua infância sentiram a sua estabilidade familiar comprometida, bem como aqueles que foram confrontados com perturbações psicopatológicas dos pais, vulnerabilizados pela infelicidade conjugal dos mesmos, ficando sujeitos à ameaça de descontinuidade, constituem um grupo de risco de acidentes.

## XI

Parece existir uma relação de continuidade entre acidentes gerais na infância e na pré-adolescência e acidentes de motorizada na adolescência.

## XII

Através da Análise Factorial das Correspondências foi possível opôr: primeiro os adolescentes que nunca tiveram acidentes àqueles que já tiveram acidentes; em seguida discriminar aqueles que tiveram apenas 1 acidente dos que tiveram 2 ou mais acidentes.

Verifica-se que os adolescentes com 1 acidente têm características semelhantes aos sujeitos sem acidentes, enquanto aqueles que tiveram vários acidentes se distinguem pela pertença ao grupo de sujeitos com risco suicidário, má relação com o pai, hábitos alcoólicos excessivos pelo menos de um dos pais e pela falta de projectos de vida consistentes e construtivos.

## XIII

O modelo teórico que melhor explica a tendência aos acidentes de motorizada na adolescência é aquele que considera a ansiedade e a depressividade; manifestas pela inquietação e pelo agir em que o comportamento é o sintoma de imaturidade e de falta de elaboração do pensamento.

## XIV

Podemos estabelecer um perfil do adolescente em risco de múltiplos acidentes:

- o pai pertence a um grupo profissional médio ou elevado e a mãe a um grupo profissional também médio ou é doméstica. A família tem residência própria, sem exiguidade de espaço para o agregado familiar;

- o jovem reside no meio urbano ou sub-urbano de Lisboa, na dependência económica e habitacional dos seus pais;

- indivíduo do sexo masculino com 17 anos de idade, em média, com o 9º ano de escolaridade, com alguns insucessos escolares;

- trata-se de um jovem que, por norma, já teve outros acidentes sem ser de motorizada. Regista, na sua história, factores que comprometem a sua estabilidade emocional. A maturidade da adolescência foi perturbada por factores de ordem familiar predisponentes à depressão e à ansiedade, geradores de insegurança, de conflito e de desvalorização;

- a sua ansiedade é, ora manifesta com valores acima da média para o seu grupo etário, ora escoada através da acção na condução. Está, talvez sem o saber, em risco de suicídio ou de tentativa e, como é óbvio, não tem ideais nem projectos de vida compatíveis com a sua inserção social futura.



## Résumé de la discussion des résultats

### Mots clefs:

adolescents, moto, accidents, psychopathologie, anxiété, dépression, risque suicidaire, famille, "acting".

Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle les accidents de vélomoteurs, chez les adolescents, ne seraient pas dus au hasard mais qu'ils pourraient être dus aux caractéristiques psychologiques ou psychopathologiques des adolescents autant que conducteurs de leur "moto".

Dans une perspective psychodynamique, nous avons admis que les aspects intrapsychiques et interpsychiques, dès qu'ils soient de nature psychopathologique, predisposaient aux accidents.

L'anxiété et la dépression, dans sa dimension suicidaire d'une part, et les problèmes relationnels d'autre part, pourraient se conjuguer au niveau de la conduite et déclencher les accidents.

Ces comportements pourraient être le réflexe des insuffisances des processus de mentalisation conduisant à l'utilisation de la voie du moindre l'effort, à savoir, l'"acting"; surtout quand les adolescents ont des accidents à répétition.

Cette recherche porte sur un échantillon de 189 sujets du sexe masculin, étudiant dans l'enseignement secondaire dans la quasi totalité, âgés de 15 à 19 ans, ayant parcouru plus de 3.000 km comme conducteurs.

Ils habitent le milieu urbain et suburbain de Lisbonne, son issus d'un milieu socio-économique plutôt aisé. Leurs parents appartiennent, en large majorité, à un niveau socio-professionnel plutôt supérieur par rapport aux pères; en ce que concerne les mères ce niveau est plutôt moyen ou alors elles sont au foyer.

Verifiées les caractéristiques d'homogénéité parmi les sujets, ils ont été divisés en deux groupes: sans accidents (68) et avec accidents (121).

A chaque sujet a été passé:

1º - un questionnaire psicossocial avec 120 questions sur état civil, résidence, père, mère, couple, fratrie, scolarité, accidents, hospitalisations, santé mentale, système relationnel, habitudes, relations, et rapports amoureux, activités associatives et idéaux;

2º - l'Échelle de Risque Suicidaire de J. STORK, adaptée et réduite pour la population portugaise;

3º - l'Échelle d'Auto-Avaliation de Anxieté de ZUNG adaptée, aussi, pour la population portugaise.

Les itens du questionnaire ont été groupés, selon notre critère, en facteurs d'instabilité, père ou mère decedés au vivant absent à l'étranger, fratrie nombreuse ou réduite, système relationnel agressif, mauvaise rela-

tions avec les parents, difficultés dans la communication, sentiments de rejet, rapports amoureux, projets de vie et religion.

Les résultats obtenus dans l'échelle de risque de STORK et dans l'échelle d'anxiété de ZUNG ont fait objet de deux types de traitement statistiques: t de Student et le Khi-deux ( $X^2$ ).

Les groupements de variables du questionnaire, mais aussi l'anxiété, le risque suicidaire et le nombre d'accidents relevé à l'âge des sujets, ont fait objet d'une analyse factorielle des correspondances.

Dans l'ensemble des résultats, il est possible de dégager une première tendance; à savoir: l'anxiété, en dessous d'une moyenne, est plus fréquente chez les sujets sans accidents et moins fréquente chez les sujets avec accidents; alors que l'anxiété plutôt élevée est moins fréquente chez les sujets sans accidents et plus fréquente chez les sujets avec accidents.

En ce que concerne le nombre d'accidents de "moto", la situation sans et avec accidents ne parait pas être suffisante pour faire une discrimination parmi les sujets; par contre on identifie deux groupes distincts qui sont d'une part ceux qui n'ont jamais eu d'accidents et ceux qui en ont eu plusieurs (2, 3 ou 4 accidents) jusqu'à présent.

Par rapport à l'âge des sujets, les différences plus significatives entre l'anxiété, le risque suicidaire et le nombre des accidents, ne se vérifie pas au niveau des sujets d'un âge spécifique mais dans l'ensemble des sujets; autrement dit considérant l'âge de 15 à 19 ans, et en particulier les sujets de 16 à 18 ans, adolescents proprement dits.

Remarquons tout d'abord que les accidents de "moto" peuvent être dus à des causes qui échappent à notre recherche; cependant, à partir des résultats de notre échantillon on peut constater:

1<sup>o</sup> - circuler en "moto" est, incontestablement, un péril. La division du nombre d'accidents par les effectives permet affirmer que tout l'adolescent qui conduit un vélomoteur va avoir, statistiquement, au moins un accident;

2<sup>o</sup> - 64% de nos sujets ont déjà eu, en moyenne, 1.65 accidents contre à peine 36% qui n'en ont eu encore aucun;

3<sup>o</sup> - un accident peut arriver "par hasard" mais plus d'un accident doit être raison suffisante pour mobiliser la famille et le clinicien.

Du point de vue statistique, la relation anxiété élevée et nombre d'accidents, montre des différences significatives à  $0.05 < p < 0.01$ .

Les adolescents anxieux et dépressifs (avec risque suicidaire) se distinguent nettement des non anxieux et non dépressifs (sans risque suicidaire), quant aux nombre des accidents.

L'opposition parmi ceux qui n'ont jamais eu d'accidents et ceux qui ont déjà eu plusieurs montre des différences significatives à  $0.01 < p < 0.005$ .

Pour les sujets de 16, 17 et 18 ans, si nous considérons la situation de (0), (1) et (2,3,4) accidents d'une part, et la situation sans risque suicidaire et avec risque suicidaire d'autre part, en calculant le  $\chi^2$  avec deux degrés de liberté, le niveau de signifiante est de  $0.005 < p < 0.001$ .

Dans un risque suicidaire croissant, de la catégorie 1 à la catégorie 5, nous vérifions que la moyenne des accidents augmente à mesure qu'augmente le risque suicidaire; qu'il s'agisse des sujets de 15-19 ans ou de 16-18 ans.

Entre l'anxiété et le risque suicidaire ce qui semble le mieux identifier la tendance aux accidents est le risque suicidaire; cependant quand on combine l'anxiété et le risque suicidaire ce sont les sujets avec risque élevé et anxiété basse qui comptent le plus grand nombre d'accidents.

Parmi les variables du milieu familiale et le nombre d'accidents nous avons trouvé les suivants niveaux de significances: facteurs d'instabilité  $p < 0.01$ , facteurs

dépréssivants et anxigènes  $p < 0.01$ . Les variables insuccès scolaire et absence de toute pratique religieuse  $p < 0.05$  et  $p < 0.06$ , respectivement.

Le fait d'avoir eu, auparavant autres types d'accidents est significatif à  $p < 0.02$ .

Nous vérifions l'existence de corrélations significatives entre plusieurs accidents de "moto" et facteurs d'instabilité, facteurs dépréssivants et anxigènes ainsi que les corrélations aussi significatives entre ces deux facteurs et autres types d'accidents.

Pour ce qui est de l'analyse factorielle des correspondances, il en ressort que les adolescents ayant eu plusieurs accidents de "moto" ont une dimension suicidaire, confirmant les résultats antérieurs, un style de relation familiale conflictueux, le plus souvent avec le père, un des parents au moins consomme trop de boissons alcooliques. De plus, et en ce que concerne le jeune, l'absence de projet d'avenir constructifs est une constante. Ceci est visible soit par l'adhérence à un idéal de grandiosité, toujours en décalage et au-delà des limites du possible, compte tenue des acquisitions scolaires des sujets et de la réalité sociale environnante.

D'après l'ensemble des résultats on pourrait affirmer que chez ces adolescents les multiples accidents de "moto" auraient une relation étroite et directe avec la psychopathologie.

Ces accidents peuvent être intrinsèques aux processus psychologiques de l'adolescence, où le seuil du normal et du pathologique est, souvent, difficile à cerner; comme ils peuvent être aussi la conséquence de la pathologie anxieuse et dépressive de l'adolescent.

L'immaturation psychique de l'adolescent predisposeraient le jeune à utiliser la "moto" comme objet de loisir, d'évasion, de valorisation, donnant au jeune le sentiment illusoire d'autonomie, d'indépendance, d'appartenance au groupe et d'affirmation.

En notre opinion la singularité objective du fonctionnement psychologique de l'adolescent réside dans le fait que sa pathologie passe aux niveaux des comportements; or ces comportements masquent, le plus souvent, la dépression et l'anxiété.

L'accident peut arriver soit comme résultats d'un abandon de soi même aux dangers venant de l'extérieur où la perception exacte des périls fait défaut, soit comme résultat de la tendance à l'agir. Ils seraient alors dus soit à la dépression manifeste soit à la lutte contre la dépression, sous forme de mise en acte et d'action comme mécanismes défensifs. En tout état de cause le sujet serait trahi par sa dépression; ou, si on veut, par lui même.

En ce que concerne la relation entre anxiété et accident il nous semble que la "moto" et l'usage que le

jeune en fait correspond à une attitude contrephobique.

La conduction de la "moto" par les adolescents autant qu'act irréfléchi, non pensé, a des forts probabilités d'être à l'origine des accidents. Ils seraient alors des acts para-suicidaire en conséquence de la dépression, de la dépressivité, de l'anxiété et de l'"acting".

La "moto" serait un instrument subtil de mort.

## Digest of the discussion of the results

### Key words:

adolescents, mottoes, accidents, psychopathology, anxiety, depression, suicidal risk, family, acting

In this study we discussed the hypothesis that adolescents' motto accidents might not take place by chance but be due to the psychological or psychopathological characteristics of adolescents while conductors of their own motto.

In a psychodynamic perspective we admitted that the intrapsychic and interpsychic aspects, if they are of psychopathologic nature, can be the cause of accidents.

Anxiety and depression in their suicidal dimension in one hand and relational problems on the other hand, might be conjugated at the conduction level and connect the accidents mechanism on.

Those behaviours could be the reflex of mentalization processes insufficiencies which would make adolescents choose the simple way, that is acting. Specially when they have repeated accidents.

This study concerns to a sample of 189 male individuals, students of secondary school, aged between 15 and 19 and that have already driven their own motto

more than 3 000 km.

These individuals live in the urban or suburban area of Lisbon. Their parents belong to an elevated social and economic level, their fathers belong in a large percentage to a superior social and professional level and their mothers appertain to a medium social and professional level or they are housewives.

Homogeneity characteristics of the sample were verified and we divided it in two groups:

a group without accidents (68 individuals) and a group with accidents (121 individuals).

Each individual answered to:

10 - a psychossocial questionnaire with 120 questions about marital status, residence, father, mother, the couple, brotherliness, scholastic years, accidents, hospitalizations, mental health, relational system, associative activities and ideals;

20 - the J. STORK's Suicidal Risk Scale adapted and reduced to the portuguese population;

30 - the ZUNG's Self Anxiety Scale also adaptaed to the portuguese population.

The questionnaire items were grouped according to our criteria in instability factors, father or mother absence by death or living abroad, large or reduced number of brothers, agressive relational system, bad relations with parents, communication difficulties,

rejection feelings, heterossexual and exogamic relations, life projects and religion.

The results given by the STORK's Suicidal Risk Scale and by the ZUNG's Self Anxiety Scale were object of two types of statistic treatment: the Student's t and the Chi-square (X<sup>2</sup>).

The questionnaire variables groupment, the anxiety, the suicidal risk and the number of accidents recently suffered were object of statistic treatment by a Factor Analysis.

By the assemblage of results it is possible for us to detect a primary tendency, to convey: anxiety with values below the standard is more frequent on the individuals without accidents and less frequent on the individuals with accidents; while anxiety with values above the standard is less frequent on individuals without accidents and more frequent on individuals with accidents.

In what concerns the number of motto accidents, the situation with and without accidents doesn't seem to be enough to make a discrimination between the individuals; on the other hand we may identify two different groups which are on one side those who have never had accidents and on the other side those who have already had several (2, 3 or 4 accidents until now).

In what concerns the individuals' ages, the most significant differences between anxiety, suicidal risk and number of accidents don't regard a concrete age but the conjoint of the adolescents' ages, this is, 15-19 or particularly 16-18 years old.

At this point of our study we can say that motto accidents can be due to causes that slip out of our investigation. Nevertheless, after analysing the results of our sample, we can report that:

1<sup>o</sup> - to circulate with a motto is undoubtedly a danger. The division of the number of accidents by the effectives allows us to affirmate that each adolescent that drives a motto is statistically going to have at least one accident;

2<sup>o</sup> - 64% of our individuals have already had in average 1.65 accidents against only 36% that have never had one;

3<sup>o</sup> - one accident can happen "by chance" but more than one is reason enough to mobilize the family and the proper entities like the clinics.

From the statistic standpoint, the relation between high values of anxiety and number of accidents shows us significant differences:  $0.05 < p < 0.01$ .

The anxious and depressive adolescents (with suicidal risk) are notoriously distinguishable of the non-anxious and non-depressive (without suicidal risk) in what concerns to the number of accidents.

The opposition between those who have never had accidents and those who have already had several shows us the weighty differences revealed by the values  $0.01 < p < 0.005$ .

For the 16, 17 and 18 years old individuals, if we just considered the situation of (0), (1) and (2, 3, 4) accidents on one hand, and the situation without suicidal risk and with suicidal risk on the other hand, having calculated the Chi-square ( $X^2$ ) with 2 liberty degrees the level of signifficance is  $0.005 < p < 0.001$ .

With a growing suicidal risk, this is, from the rank 1 to the rank 5, we verified that the average of accidents increased proportionally to the suicidal risk. This is as valid for the 15-19 years old individuals as it is for the 16-18.

Between anxiety and suicidal risk, what seems to identify the accidents tendency is the suicidal risk. However, when we conjugate anxiety and suicidal risk, the individuals with a high risk and low anxiety are the ones with a larger number of accidents.

We fall in with significant values between the variables of the familiar medium and the number of accidents:

- instability factors ( $p < 0.01$ );
- depressive and anxious factors ( $p < 0.01$ );
- failures at school ( $p < 0.05$ );
- absence of any religious practice ( $p < 0.006$ ).

The fact that adolescents have had other type of accidents as a significance of  $p < 0.02$ .

We verified the existence of significative correlations between several motto accidents and instability factors and depressive and anxious factors. We also detected significative correlations between these factors and other types of accidents.

In what concerns the Factor Analysis, what stands out is the fact that adolescents who have had several motto accidents have a suicidal dimension, which confirms previous results. Those results showed us the presence of variables like quarrelsome familiar relations (in most cases with the father) and exceeding alcohol consumption by one or both parents.

Besides that, and in what concerns to the adolescent, the absence of constructive life projects is a constant.

This is shown either for the adherence to ideals of grandiosity, always in discrepancy and beyond limits imposed by their acquisition of knowledge, or because of the social reality in which they are inserted.

Regarding the conjunct of the results we could aver that in these adolescents the multiple motto accidents would have an intimate and straight relationship with the psychopathology.

Those accidents could be inherent to the psychological processes of adolescence where the threshold between normal and pathological is not always easy to be distinguished, as they can also be the result of an anxious and depressive pathology of the adolescent.

The psychic immaturity of the adolescent could predispose him to utilize the motto as an object of amusement, evasion, of valuation and that gives the adolescent the deceptive feeling of self-governement, independence, of belonging to the group and of affirmation.

In our opinion, the objective singularity of the adolescent psychological fonctionnement is based on the fact that his pathology is at the behavioral level. Those behaviours mask, between other things, depression and anxiety.

An accident can happen as the result of the self abandonment to the external dangers, to a distorted perception of them or even as the result of the acting tendency. They would be due either to the evident depression or to the fight against depression beneath acting, this is, as a defense mechanism. In these two situations the individuals would be allured by their own depression or, in other words, attracted by themselves.

In the connection between anxiety and accidents, it seems that mottoes and the use that adolescents make

of them suits an against-phobia attitude.

The adolescents mottoes driving as an inconsiderated act, thoughtless, has strong possibilities of being at the accidents origine. Then, accidents would be parasuicidal acts as an effect of depression, anxiety and acting.

Mottoes would be a subtle instrument of death.

**BIBLIOGRAFIA**



- [001] ABADI, M. "En torno de la muerte", pp. 129-147 in: ABADI, M., GARMA, A., GARMA, E., GAZZANO, A.J.A. e al. La fascinacion de la muerte. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1973. 216 p.
- [002] ABERASTURY, A. (1978) Adolescência. Trad. do espanhol. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 246 p.
- [003] ABRAHAM, K. (1907) Oeuvres complètes. Tome 1. Paris: Payot. 1977. (Cap II: "Les traumatismes sexuels comme forme d'activité sexuelle infantile" pp. 24-35)
- [004] ABRAHAM, K. (1912) Oeuvres complètes. Tome 1. Paris: Payot. 1977. (Cap VIII: "Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins", pp. 99-113)
- [005] ABRAHAM, K. (1918) Oeuvres complètes. Tome 2. Paris: Payot. 1977. (Essais de psychanalyse appliquée: contribution à la psychanalyse des névroses de guerre" pp. 173-180)
- [006] ABRAHAM, K. (1924) Oeuvres complètes. Tome 2. Paris: Payot. 1977. (Essais théoriques, IV: "Contribution à la psychogénèse de la mélancolie", pp. 279-286)
- [007] ABRAHAM, K. (1924) Oeuvres complètes. Tome 2. Paris: Payot. 1977. (Essais théoriques, VII: "La thérapeutique psychanalytique des états maniaco-dépressifs" pp. 295-298)
- [008] AINSWORTH, M.S. (1969) "Relações objectais, dependência e vinculação: uma análise teórica das relações da criança com a mãe", pp. 155-220, in: AINSWORTH, M.S., BOWLBY, J., HARLOW, H., HOFFMAN, H., e al. As ligações infantis. Amadora: Livraria Bertrand, (Col. Teorema), 1976. 225 p.
- [009] ANTONY, E.J., CHILAND, C., KOUPERNIK, C. L'enfant à haut risque psychiatrique. Paris: PUF. 1980, pp. 457-475
- [010] AJURIAGUERRA, J. Manuel de la psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson, 1977. (Cap VII: "La sphère oro-alimentaire - Son organisation et ses désordres", pp. 199-231)
- [011] AJURIAGUERRA, J. Manuel de la psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson, 1977. (Cap XV: "Problèmes posés par la carence en affects et en afférences sociales et sensorielles", pp. 515-535)
- [012] ARIES, Ph. (1973) L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime. Paris: Seuil (coll. "Point-Histoire", 20), 1973. 316 p.
- [013] ARIES, Ph. (1981) "Para uma história da adolescência". Lisboa: Alter Ego, 1, 1986, pp. 5-16.
- [014] ASSOCIATION NATIONALE POUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE. "Via segura". Bruxelles: Association Nationale pour la Prévention des Accidents de la Route, (2), 1983, pp. 12-16.

- [015] AZEVEDO, A. d' "Suicídios em Lisboa". Lisboa: Medicina contemporânea, ano XXII, 24, Junho 1904, pp.190-192.
- [016] BACELAR-NICOLAU, M.H. "Typologies des personnages enfants", pp. 461-500, in: LERMAN, I.C., LEREDDE, H. Classification et analyse ordinale des données. Paris: Dunod. 1981
- [017] BAECHLER, J. Les suicides. Paris: Calmann-Lévy, 1975. 650 p.
- [018] BALINT, M. Le défaut fondamental. Paris: Payot, 1977. 269 p.
- [019] BARBIER, A. "L'agir, l'acte et l'action en Psychanalyse". Paris: PUF, Revue Française de Psychanalyse, (4), 1987, pp.1101-1121.
- [020] BARJONET, P.E., SAAD, F. "La vitesse, son image et son usage". Arcueil: Institut National de Recherche sur les Transports et Sécurité (INRTS), (9-10), Junho 1986, pp.27-32.
- [021] BASTOS, Teixeira "O suicídio sob o ponto de vista moral e social". Lisboa: Revista de estudos livres, 1885, pp. 53-64.
- [022] BENZECRI, J. (1973) Pratique de l'analyse des données. Tomo 1. Paris: Dunod, 1980. 424 p.
- [023] BERGERET, J. La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod, 1974. 334 p.
- [024] BERGERET, J. "Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie dépressive". Paris: Revue Française de Psychanalyse, (5-6), 1976, pp. 835-937
- [025] BLANCHARD, C., BENOIT, M. Manuel de pédagogie de la circulation automobile. Arcueil: ONSR. 1980. 189 p.
- [026] BLONDEL, C. Auto-mutilateurs. Paris: Librairie Med. Scient. J. Rousset, 1906. 132 p.
- [027] BLOS, P. Les adolescents. trad. do inglês. Paris: Ed. Sociaux, 1962. 282 p.
- [028] BLOS, P. (1979) The adolescent passage. New York: International Universities Press, Inc., 1982. 521 p. (Capítulo III: "Acting-out and delinquency", pp. 217-311).
- [029] BLOS, P. "L'insoumission au père ou l'effort adolescent pour être masculin". Paris: Adolescence, (VI), 1. Automne 1988, pp. 19-30.
- [030] BOUCHARD, A. "C'est toujours l'enfant qui est coupable". Paris: Dialogue, (66), 1979, pp. 43-56
- [031] BOURGUIGNON, O. Mort des enfants et structures familiales. Paris: PUF, 1984. 317 p.

- [032] BOUVET, M. (1956) "La clinique psycanalytique - la relation d'object". in: AJURIAGUERRA, J. de, BADAROCCO, J.G., BOUVET, M., DIATKINE, R. e al. La psychanalyse d'aujourd'hui. Paris: PUF, 1967. 568 P.
- [033] BOWLBY, J. (1958) "A natureza da ligação da criança com a mãe", pp. 105-154, in: AINSWORTH, M.S., BOWLBY, J., HARLOW, H., HOFFMAN, H., e al. As ligações infantis. Trad. do inglês. Amadora: Livraria Bertrand, (col. Teorema), 1976. 226 p.
- [034] BRAGG, N.E.B., FINN, P. "Perception of the risk of an accident by young and old drivers". Oxford: Pergamon Press, Accident analysis and prevention, (18), 4, 1986, pp. 289-298.
- [035] BRENNER, C. (1973) "Depression, anxiety and affect theory". London: International Journal of Psycho-Analysis, (55), 1974. pp. 25-32
- [036] BROOKSBANK, D. "Suicide and parasuicide in childhood and adolescence". London: British journal of Psychiatry, 146, 1985, pp. 459-463
- [037] CAROLI, F., VIDON, G. "Sémiologie des conduites suicidaires". Encycl. Med. Chir. Paris: Psychiatrie, 37114 A80, 2-1984.
- [038] CARVALHO, M.C., KEATING, M.I., PERDIZ, C., SOUSA, I., DIAS, C. Amaral "Contribuição para o estudo da problemática do corpo na adolescência". Porto: O Médico, separata, (108), 1983, pp. 203-209
- [039] CASIMIRO, M. "O seio materno". Lisboa: Revista Portuguesa de Psicanálise, (3), 1986, pp. 29-36
- [040] CHASSEGUET-SMIRGEL, J. "L'acting out: quelques réflexions sur la carence d'élaboration Psychique". Paris: Revue Française de la Psycanalyse, (4), 1987, pp. 1083-1099.
- [041] COLONNA, L. "Toxicomanie et conduites suicidaires". Paris: La Revue du Practicien, (21), 7, 1971, pp. 1079-1087
- [042] CORDEIRO, J.C. Dias (1975) O adolescente e a família. Trad. do francês. Lisboa: Moraes editores. 1979. 145 p.
- [043] CORDEIRO, J.C. Dias Os adolescentes por dentro. Lisboa: Edições Salamandra, 1988. 140 p.
- [044] COSTA, J. Pinto da "Patogenia do suicídio - importância dos factores psicológicos". Porto: 1973. 50 p.
- [045] COSTA, J. Pinto da "Depressão e suicídio. Sua interligação". Coimbra: Psiquiatria clínica, (4), 1, 1983, pp. 9-13
- [046] COSTA, J. Pinto da "Factores desencadeantes do suicídio". Porto: Jornal do médico, (2011), Janeiro 1983, pp. 15-27.

- [047] DEBESSE, M. L'adolescence. Paris: PUF, (col. Que sais-je?), 1984. 128 p.
- [048] DENIKER, P., HANUS, M. "Personalité et motivations des toxicomanes". Paris: La Revue du Practicien, (21), 7, 1976, pp. 1063-1076
- [049] DESHAIS, G. Psychopatologie du suicide. Paris: PUF, 1947. 357 p.
- [050] DEUTSCH, H. (1967) Problèmes de l'adolescence. Paris: Payot. 1979. 151 p.
- [051] DIAS, C. Amaral "Medicina psicossomática e psicanálise". Coimbra: Medicina, separata, 1, (4), Abril 1976, pp. 257-267
- [052] DIAS, C. Amaral O que se mexe a parar: estudos sobre a droga. Porto: Afrontamento, Biblioteca das Ciências do Homem, 1979. 128 p.
- [053] DIAS, C. Amaral A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano. Tese de doutoramento. Coimbra: Delagrande, 1980. 297 p.
- [054] DIAS, C. Amaral Para uma psicanálise da relação. Porto: Afrontamento, 1988. 211 p.
- [055] DIAS, C. Amaral, MONTEIRO, J. Sousa Eu já posso imaginar que faço. Lisboa: Assírio e Alvim. 1989. 138 p.
- [056] DIAS, C. Amaral, VICENTE, T. Nunes A depressão no adolescente. Porto: Edições Afrontamento, Biblioteca das Ciências do Homem, 1984. 127 p.
- [057] DIATKINE, R. (1981) "O que é um adolescente?". Lisboa: Alter Ego, (2), 1986, pp. 95-105
- [058] DUCHE, D.J. "Suicides et tentatives de suicide de l'enfant". Paris: Acta pedopsychiatrique, (43), 1978, pp. 209-211.
- [059] DUCHE, D.J. "Les conduites suicidaires de l'enfant". Paris: Bol. Acad. Nat. Méd., (165), 8, 1981, pp. 1091-1097
- [060] DURKHEIM, E. (1897) O suicídio. Trad. do francês. Lisboa: Editorial Presença, 1977. 470 p.
- [061] DUVIVIER, M. "La prévention du suicide". Bruxelles: Centre de documentation et de coordination sociales, (dossier de l'aide sociale), (58), Julho-Agosto 1986, pp. 47-51
- [062] EGBERINK, H.D., LOURENS, P.F., MOLEN, H.H. "Driving strategies among younger and older drivers when encountering children". Oxford: Accident Analysis and Prevention, (18), 4, 1986, pp. 315-324.

- [063] EIGUER, A. "L'impact de l'adolescence et de l'enfant sur la famille". Paris: Dialogue, (72), 1981, pp. 45-52
- [064] ENGSTROM, A. "Causes and consequences of moped and motorcycle accidents". Estocolmo: Scandinavian journal of social medicine, Suplemento, (15), 1979. 88 p.
- [065] ERIKSON, E.H. (1963) Infância e sociedade. Trad. do Amer. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976. 404 p. (Cap. VII: "Oito idades do homem". pp. 227-248)
- [066] ERIKSON, E.H. (1968) Identidade Juventude e crise. Trad. do Amer. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976. 322 p.
- [067] EUFRÁSIO, M., FERNANDES, O. Monteiro, LOPES, I.C., REIS, A. R., DIAS, C. Amaral Adaptação da Escala de Risco Suicidário de J. STORK para a população portuguesa. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 1987. 80 p.
- [068] EY, H., BERNARD, P., BRISSET, Ch. (1960) Manuel de Psychiatrie. Paris: Masson:, 1978. (Partie IX - Cap II: "Criminologie et expertises penales", pp. 1211-1217)
- [069] FACY, F., CHOQUET, M., LECHEVALLIER, Y. "Recherche d'une typologie des adolescents suicidants". Le Vesinet: INSERN, Social Psychiatry, (14), 1979, pp. 75-84.
- [070] FAIRBAIRN, R. (1940) Estudos psicanalíticos da personalidade. Trad. do inglês. Lisboa: Vega, s.d. (Cap I: "Factores esquizóides na personalidade", pp. 15-43)
- [071] FAIRBAIRN, R. (1941) Estudos psicanalíticos da personalidade. Trad. do inglês. Lisboa: Vega, s.d. (Cap II: "Uma revisão psicopatológica das psicoses e psiconeuroses", pp. 45-81)
- [072] FAIRBAIRN, R. (1943) Estudos psicanalíticos da personalidade. Trad. do inglês. Lisboa: Vega, s.d. (Cap III: "O recalçamento e a reparação dos objectos maus (com especial referência às neuroses de guerra) pp. 83-110)
- [073] FAST, I. "A fonction in the early development of identity". London: International Journal of Psychiatry. 1970, pp.471-478
- [074] FIELDS, M. "Acting-out and the analytic alliance: a case report". New York: Psychoanalytic Review, (72), 4, 1985.
- [075] FIGUEIREDO, E. No reino de xantum, os jovens e o conflito de gerações. Porto: Edições Afrontamento, 1985. 223 p.
- [076] FLEMING, M. "A separação adolescente-progenitores". Lisboa: Alter Ego, (1), 1986, pp. 29-39
- [077] FONSECA, A. Fernandes da Análise hetero-clínica das perturbações afectivas (estudo de 60 pares de gémeos e seus consanguíneos. Dissertação de tese de doutoramento. Porto: Faculdade de Medicina, 1959, 282 p.

- [078] FREITAS, E. de (1981) "O suicídio em Portugal no séc. XX (Elementos empíricos para uma pesquisa". Lisboa: Instituto Nacional de Estatística - Centro de Estudos Demográficos, 1982. 48 p.
- [079] FREITAS, E. de "Contributos para o estudo das mortes violentas em Portugal". Lisboa: INE, Revista do Centro de Estudos Demográficos, (27), 1983-84, pp. 127-172
- [080] FREITAS, E. de "Acerca do suicídio que a imprensa diz haver". Lisboa: Risco, 1, 1985, pp. 57-67
- [081] FREITAS, E. de "Bibliografia Portuguesa sobre o suicídio". Lisboa: INE, Centro de Estudos Demográficos, 1986, 65 p.
- [082] FREITAS, E. de "Suicídio e população jovem". Lisboa: INE, Revista do Centro de Estudos Demográficos, (27), 1987-88, pp.139-157.
- [083] FREITAS, E. de, RAMOS, F., RIBEIRO, N.A. "Estudo do suicídio e da tentativa de suicídio como indicadores de saúde mental em Portugal". Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. I Encontro Nacional de Sociologia na Saúde, 1985, n. ed.
- [084] FREUD, S. (1904) Psychopathologie de la vie quotidienne. Paris: Payot. 1979. 297 p. (Cap 9 "Les actes symptomatologiques et accidentels" pp. 205-231)
- [085] FREUD, S. (1905) Les trois essais sur la théorie de la sexualité. Trad. de l'alleman. Paris: Gallimard (coll."Idées"), 1974. 190 p.
- [086] FREUD, S. (1910) Obras completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. (Cap LIV: "Contribuciones al simposio sobre el suicidio" pp.1636-1637)
- [087] FREUD, S. (1914) Obras completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva. 1981. (Cap CXIII: "Recuerdo, repetición y elaboración", pp. 1683-1688)
- [088] FREUD, S. (1915) Metapsychologie. Paris: Gallimard. 1977. 190 p.
- [089] FREUD, S. (1920) Obras completas. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. (Cap CX: "Mas allá del principio del placer" pp. 2507-2541)
- [090] FREUD, S. (1925) Inhibition, symptôme et angoisse. Trad. de l'allemand. Paris: PUF, 1951. 100 p.
- [091] FRIEDLANDER, K. La délinquance juvénile. Paris: PUF, 1951.

- [092] FRIEDMAN, M., GLASSER, M., LAUFER, E., LAUFER, M. e al. "Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observation from a psychoanalytic research project". London: International Journal of Psycho-Analysis, (53), 2, 1972, pp. 179-183
- [093] GARMA, A. "Los suicidios", pp. 63-103, in: ABADI, M., GARMA, A., GARMA, E., GAZZANO, A.J.A. e al. La fascinación de la muerte. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1973. 216 p.
- [094] GARMA, A., GARMA, E. "Reacciones maníacas: alegría masoquista del yo por el triunfo, mediante engaños, del superyo", pp. 105-127, in: ABADI, M., GARMA, A., GARMA, E., GAZZANO, A.J.A., e al. La fascinación de la muerte. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1973. 216 p.
- [095] GEHL, R. (1963) "Depression et claustrophobie". Trad. do Americano. Paris: Revue Française de Psychanalyse, (XXIX), 2-3, 1965, pp. 233-255
- [096] GREEN, A. Un oeil en trop. Paris: Les éditions de Minuit. 1969. 290 p.
- [097] GRINBERG, L. Culpa y depresión: estudio psicoanalítico. Madrid: Alianza Editorial, 1983. 270 p.
- [098] GRINBERG, L. "Enfoque de las psicosis desde el 'vertice' de Bion". Comunicação ao Congresso da Sociedade Portuguesa de Psicanálise sobre as psicoses". Figueira da Foz, 1983. 18 p.
- [099] GRUNBERGER, B. "Brève communication sur le narcissisme, l'agressivité et l'antissémitisme". Paris: Revue Française de Psychanalyse, (4), 1984, pp. 1037-1041
- [100] HAENEL, T., KIELHOLZ, P. "Depressão oculta e risco de suicídio". Trad. do Alemão. Lisboa: Hexagone Roche, (10), 6, 1983, pp. 2-9.
- [101] HALBWACHS, M. Les causes du suicide. Paris: Alcan, 1930, p.
- [102] HARLOW, H.F. (1958) "A natureza do amor", pp. 79-104, in: AINSWORTH, M.S., BOWLBY, J., HARLOW, H., HOFFMAN, H., e al. As ligações infantis. Trad. do inglês. Amadora: Livraria Bertrand, (col. Teorema), 1976. 226 p.
- [103] HARRINGTON, D.M. "The young driver follow-up study: an evaluation of the role of human factors in the firsts four years of driving". Oxford: Pergamon Press, Accident analysis and prevention, (41), 3, Set. 1972.
- [104] HARRINGTON, D.M., MCBRIGE, R.S. "Traffic violations by type age, sex and marital status". Oxford: Pergamon Press, Accident analysis and prevention, (2), 1, 1970, pp. 67-79
- [105] HAWTON, K. Suicide and attempted suicide among children and adolescents. Londres: Sage Publications, 1986. 159 p.

- [106] HEIMANN, P. (1952) "Notes sur la théorie des pulsions de vie et des pulsions de mort", pp. 301-315, in: KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., RIVIERE, J. Développements de la psychanalyse. Paris: PUF, 1966. 343 p.
- [107] HOLINGUER, P.C., OFFER, D., OSTROV, E. "Suicide and homicide in United States: an epidemiologic study of violent death, population changes and the potential for prediction". New York: The American Journal of Psychiatry, (144), 2, Fev. 1987, pp. 215-218.
- [108] INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICAS "Boletim mensal de estatísticas". Lisboa: INE, (60), 4, 1988.
- [109] INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICAS. "População residente por sexos e idades". (Recenseamento de 16 Março de 1981). Lisboa: INE Centro de estudos demográficos, 1984.
- [110] JACOBSON, E. (1964) Le soi et le monde objectal. Paris: PUF, 1975. 245 p.
- [111] JAMES, L.B., CHAMBLESS, D.L. "Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics". New York: Behaviour research and therapy, (24), 1, 1986, pp.49-58
- [112] JAPANESE GOVERNEMENT "White paper". Tokyo: International Association of traffic and Safety Sciences, 1980.
- [113] JONAH, A.B. "Youth and traffic accident risk: possible causes and potential solutions". Oxford: Accident analysis and prevention, (18), 4, 1986, pp. 253-254
- [114] JONAH, A.B. "Accident risk and risk-taking behaviour among young drivers". Oxford: Pergamon Press, Accident analysis and prevention, (18), 4, 1986, pp.255-271
- [115] JOSEPH, B. (1977) "Different types of anxiety and their handling in the analytic situation". London: International Journal of Psycho-analysis, (59), 7, 1978, pp. 223-228.
- [116] JOSEPH, B. (1981) "Frôler la mort, irrésistiblement". Paris: Revue Française de Psycanalyse, 4, 1986, pp. 1145-1158
- [117] KASHANI, J.A., HENRICHS, T.F., REID, J.C., HUFF, C. "Depression in diagnostic subtypes of delinquent boys". N. Y., Libra Publishers: Adolescence, (XVII), 68, 1982, pp. 945-949.
- [118] KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J., DECOBERT, J. La faim et le corps. Paris: PUF, 1972. 301 p.
- [119] KLEIN, M. (1927) Essais de psychanalyse. Paris: Payot, 1976. 430 p. (Cap VII: "Les tendances criminelles chez les enfants normaux", pp. 211-219)

- [120] KLEIN, M. (1934) Essais de psychanalyse. Paris: Payot, 1976. 430 p. (Cap XV: "La criminalité", pp. 307-311)
- [121] KLEIN, M. (1934) Essais de psychanalyse. Paris: Payot, 1976. 430 p. (Cap XVI: "Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs", pp. 311-340)
- [122] KLEIN, M. (1946) "Notes sur quelques mécanismes schizoïdes", pp. 274-300. in: KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., RIVIERE, J. Développments de la Psychanalyse. Paris: PUF, 1966. 343 p.
- [123] KOHUT, H. (1978) Self e narcisismo. Trad. do ingles. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984. 158 p.
- [124] KREISLER, L., FAIN, M., SOULE, M. L'enfant et son corps. Paris: PUF, 1974. 552 p.
- [125] LA PREVENTION ROUTIERE INTERNATIONALE. Monthléry: La prévention routière internationale, (10), Maio, 1977, pp. 5-27.
- [126] LEÃO, I. Carneiro (1985) "La identificación y sus vicisitudes en la adolescencia", pp. 159-168, in: Lima: Libro Anual de Psicoanálisis, Ed. Monterico, 1986. 325 p.
- [127] LEESE, S.M. "Suicide behaviour in twenty adolescents". London: The British Journal of Psychiatry, (115), 521, 1980, pp. 479-480
- [128] LEMAIRE, J.G. Les thérapies du couple. Paris: Payot, 1971, 281 p.
- [129] LEMAIRE, J.G. Le couple: sa vie, sa mort. Paris: Payot, 1979, 340 p.
- [130] LEVY, C. "La mortalité par accident des enfants et des adolescents dans huit pays développés". Paris: Population, 35, (2). 1980, pp. 291-319.
- [131] LIMA, N. 500 anos de transportes. Porto: 1980
- [132] LIMA, Pires de "Documentos para o estudo do suicídio no Porto". Porto: Jornal do Médico, 10, Outubro 1905, pp.328-330
- [133] LÔO, H., SUSINI, J.R. "La toxicomanie: une déviance psychologique?". Paris: La Revue du Practicien, (26), 43, 1976, pp. 2966-2980
- [134] LUCET, M. "Quelques aspects psico-sociologiques de la vitesse". Arcueil: "Bulletim de l'Organisme Nationale de la Sécurité Routière", (12), Maio 1965. 23 p.
- [135] LUSTIN, J.J. (1972) "Agressivité, agir et mentalisation", pp. 248-254, in: BERGERET, J., ACHARENTRE, A., BECACHE, A. et al. Psychologie pathologique. Paris: Masson, 1979. 325 p.

- [136] LUZES, P. Da emoção ao pensamento. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 1983. 749 p. ("As perturbações do pensamento na prática clínica", pp. 600-618 e Conclusão, pp. 633-642)
- [137] MacDONALD, W.A. "Human factors and road crashes: a review of this relation". Melbourne: Departement of Transport Office of Road Safety, 1985, pp. 50-53
- [138] MACHADO, A. Ferreira "Suicídios e suas tentativas no Porto". Estatísticas (1900-1915). Dissertação de tese de doutoramento. Porto: 1919, 111 p.
- [139] MAHLER, M. (1952) Psychose infantile - symbiose humaine et individuation. Paris: Payot, 1973. 249 p.
- [140] MALSON, L. As crianças selvagens: mito e realidade. Porto: Livraria Civilização - Editora, 1978. 253 p.
- [141] MATOS, A. Coimbra de (1979) "Depressão, depressividade e depressibilidade". Lisboa: Revista Portuguesa de Psicanálise, (separata), 1, Fevereiro 1985, pp.41-47
- [142] MATOS, A. Coimbra de (1979) "A fantasia na adolescência". Porto: O Médico, 1503, (separata), 159, 1980. 12 p.
- [143] MATOS, A. Coimbra de (1980) "O normal e o patológico na adolescência". Lisboa: Revista Portuguesa de Pediatria, (12), Sup.2. 1981, pp. 73-77
- [144] MATOS, A. Coimbra de "A dimensão da depressividade no adoecer somático". Porto: O Médico, (1549), 1981, pp. 322-331
- [145] MATOS, A. Coimbra de (1981) "O adolescente: Príncipe Édipo e Rei Narciso". Lisboa: Jornal do Médico, separata 4089, CVIII, 696-703. Março 1982. 12 p.
- [146] MATOS, A. Coimbra de "Conflito de ambitendência". Lisboa: Notícias Médicas, 5. Fevereiro 1982. 10 p.
- [147] MATOS, A. Coimbra de "A deflexão da agressividade". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CVIII, (1975), 831-839, Março 1982. 14 p.
- [148] MATOS, A. Coimbra de "Três notas sobre a depressão". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CIX, (1983), 451-455. Maio 1982. 10 p.
- [149] MATOS, A. Coimbra de "A anorexia mental". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CX, (1995), 55-56, Setembro 1982. 4 p.
- [150] MATOS, A. Coimbra de "Razões da morte, morte da razão". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CX, (1994), 12-19, Setembro 1982. 11 p.

- [151] MATOS, A. Coimbra de "A propósito da defesa maníaca". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CX, (1995), Setembro 1982. 4 p.
- [152] MATOS, A. Coimbra de "Depressão, narcisismo e psicanálise". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CX, (1998), 173-185. Outubro 1982. 24 p.
- [153] MATOS, A. Coimbra de "Agressividade e depressão". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CXI, (2019), 393-401, Fevereiro 1983. 14 p.
- [154] MATOS, A. Coimbra de "Textos sobre o narcisismo, depressão e masoquismo". Lisboa: Análise Psicológica, (4), III, 1983, pp. 409-424
- [155] MATOS, A. Coimbra de "Psicopatologia dinâmica". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), CXV-CXVI, (2073-2096), Abril-Outubro 1984. 51 p. (A tendência ao agir, pp. 12-13)
- [156] MATOS, A. Coimbra de "A delinquência - perspectiva psicodinâmica". Lisboa: Alter-Ego, (2), 1986, pp. 75-83
- [157] MATOS, A. Coimbra de "Notas sobre a adolescência II". Lisboa: Jornal do Médico", (121), 2198. Dezembro 1986, pp. 801-802
- [158] MATOS, A. Coimbra de "A depressão - arqueologia do ódio". Lisboa: Jornal do Médico, (separata), Maio-Outubro 1987. 28p.
- [159] MATOS, A. Coimbra de "Adolescência". Lisboa: Faculdade de Psicologia, 1988. n.ed. 4 p.
- [160] MATOS, A. Coimbra de "Organização borderline". Lisboa: Faculdade de Psicologia, 1988. n.ed. 14 p.
- [161] MATOS, M. Pires "Psicologia em medicina de reabilitação". Alcoitão: Fevereiro 1981. n.ed. 17 p.
- [162] MATOS, M. Pires (1983) "Aspectos psicopatológicos nos acidentes de viação". Lisboa: Revista Portuguesa de Psicologia, separata, 22, 1985, pp. 59-80
- [163] MATOS, M. Pires "O comportamento para-suicidário na vivência depressiva e psicossomática". Lisboa: Apresentação ao II Encontro de Psicologia Clínica, 1986. n. ed., 12 p.
- [164] MATOS, M. Pires "O sistema relacional agressivo e a tendência aos acidentes na adolescência". Comunicação ao II Encontro de Investigação em Psicologia. Lisboa: n.ed. 1988. 10 p.
- [165] MATTHEWS, M.L., MORAN, A.R. "Age differences in male drivers' perception of accident risk: the role perceived driving ability". Oxford: Accident Analysis and Prevention, (18), 4, 1986, pp. 299-313

- [166] MAYHEW, D.R., DONELSON, A.C., BEIRNESS, D.J., SIMPSON, H.M. "Youth, alcohol and relative risk of crash involvement". Oxford: Accident Analysis and Prevention, (18), 4, 1986, pp.273-287.
- [167] MAYER, R.E., TREAT, J.R. "Psychological, social and cognitive characteristics of high risk drivers: a pilot study". Oxford: Pergamon Press, Accident analysis and prevention. (9), 1, 1977, pp. 1-8.
- [168] MAZET, Ph., HOUZEL, D. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 2. Paris: Maloine, 1978. ("L'adolescence et ses troubles", pp. 189-287)
- [169] MELTZER, D. (1967) O processo psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1971. 153 p.
- [170] MENDES, J. Fragoso "Nota prévia sobre a incidência do suicídio em Lisboa". Porto: Jornal do Médico, (LXXXI), 1557. 1973. Separata 16 p.
- [171] MENDES, J. Fragoso "Bases para uma prevenção do suicídio em Portugal". Lisboa: O Médico, separata 11, (LXXIV), 1224. 1975. p. 273-277
- [172] MENDES, J. Fragoso "O suicídio nos estados depressivos". Lisboa: Publicações Ciba-Geigy Portuguesa, Folia Medici, (3), Dezembro 1979, pp. 17-19
- [173] MENDES, J. Fragoso, FIGUEIRA, M.L., NICOLAU, M H. "Comportamento suicida na esquizofrenia". Porto: Jornal do Médico, (1439), 1979, pp. 563-580
- [174] MENNINGER, K.A. (1938) El hombre contra sí mismo. Trad. do inglês. Buenos Aires: Editorial Losada, 1952. 450 p.
- [175] MILHEIRO, J. "Desenvolvimento social e saúde mental comunitária". Lisboa: Alter Ego, (1), 1986, pp. 53-62
- [176] MILLER, L.M., CHILES, J.A., BARNES, V.E. "Suicide attempters within a delinquent population". Washington: American Psychological Association: Journal of Consulting and Clinical Psychology, (4), 50, 1982, pp.491-498
- [177] MIRANDA, M. J. "Amostragem de indivíduos: algumas questões sobre a organização de amostras para aferição de testes psicológicos em Portugal". Coimbra: Revista Portuguesa de Pedagogia, (XVII), 1983, pp.241-257
- [178] MOLIN. S.R. "Covert suicide and families of adolescents". San Diego: Adolescence, (XXI), 81, 1986, pp.177-184.
- [179] MONTAGU, A. (1971) La peau et le toucher - un premier langage. Paris: Seuil, 1979. 224 p.

- [180] MORIN, P. (1970) O homem e a morte. Trad do francês. Lisboa: Publicações Europa-América, 1988. 326 p.
- [181] MORON, P. Le suicide. Paris: PUF, (col. Que sais-je), 1977. 127 p.
- [182] MUCCHIELLI, R. Como eles se tornam delinquentes. Lisboa: Moraes Editores, (col. Mundo Imediato), 1979. 276 p.
- [183] NAIMAN, J. "The role of the Super-Ego in certain forms of acting-out". London: International Journal of Psycho-Analysis, (47), 2-3, 1966, pp. 286-292
- [184] NICOLAU, F. Costa (1973) Programme CORRESPO in Benzécri, J.P. et coll. Pratique de l'analyse des données. Tome 2: Analyse des Correspondences. Paris: Dunod, 1980. 424 p.
- [185] NICOLAU, F. Costa, FERNANDES, G. "Chaine de programmes d'Analyse Factorielle des Correspondence". Notes et Communication - CEAUL/NIC, 1989
- [186] NUNES, A. Sedas, MIRANDA, J. David "A composição social da população portuguesa: alguns aspectos e implicações". Lisboa: Análise Social, 27-28. 1970, pp 333-381
- [187] OLIVEIRA, A. Barros de "Entrevista com Michel Huteau". Porto: Jornal de Psicologia, (5), 3, 1986, pp.23-25
- [188] O.M.S. "Rôles des facteurs psico-sociaux dans les accidents chez les enfants et les adolescents". Copenhaga: Bureau Regionale de l'OMS pour l'Europe, 1980. 36 p.
- [189] O.M.S. "L'épidémiologie des traumatismes et leur importance dans la genèse des handicaps". Copenhaga: Bureau Regional de l'OMS pour l'Europe, 1982. 47 p.
- [190] O.M.S. "L'évolution des comportements suicidaires". Genebra: Rapport sur réunion de l'OMS, 1984.
- [191] PAIXÃO, R., DIAS, C. Amaral. "Regressão, imagem do corpo e identificação projectiva como diferenciadores entre o processo adolescente e processo psicótico". Porto: Jornal de Psicologia, (5), 1, 1986, pp.18-20
- [192] PREVENCAO RODOVIARIA PORTUGUESA "Número de acidentes em Portugal entre 1983 e 1986" Lisboa: PRP, n. ed. 1987
- [193] RACAMIER, P.C. (1956) "Psychothérapie psychanalytique des psychoses", pp.375-387, in: NACHT, S., AJURIAGUERRA, J. de, BADAROCCO, J.G., BOUVET, M. e al. La psychanalyse d'aujourd'hui. Paris: PUF, 1967. 565 p.
- [194] RICHTER, H.E. (1963) Parents, enfant et névrose. Trad. de l'allemand. Paris: Mercure de France, 1972. 333 p.

- [195] RICHTER, H.E. (1970) Psychanalyse de la famille. Trad. de l'allemand. Paris: Mercure de France, 1971. 261 p.
- [196] RINGEL, E. "A síndrome pré-suicídio: suas implicações médicas e sociais e consequências na higiene mental", Lisboa: Hexagone Roche, (1), Janeiro-Fevereiro 1986, pp.3-9
- [197] ROSENFELD, H. "Una investigación sobre la teoría psicoanalítica de la depresión". Trad do inglês. London: International Journal of Psycho-Analysis, XL, 2, 1959
- [198] RYDELIUS, P. A. "The development of antisocial behaviour and sudden violent death". Stockolm: International Booksellers and Publishers, Acta Psychiatr. Scand. (77), 1988, pp. 398-403
- [199] SALGUEIRO, E. (1987) "Breves reflexões sobre o narcisismo e o objecto estético na adolescência". Lisboa: Revista Portuguesa de Psicanálise, 8, 1990, pp. 71-75
- [200] SAMPAIO, D. "Comportamento suicida em adolescentes - Alguns aspectos psicopatológicos e análise da interacção familiar". Comunicação ao I Simpósio sobre Urgências em Psiquiatria. Vimeiro: 1980
- [201] SAMPAIO, D. "Tentativas de suicídio na adolescência- interpretação sistémica e redifinição de estratégias terapêuticas". Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina, n.ed. 1985. 440 p.
- [202] SCAHRBACH, H. Auto-mutilations et auto-offenses. Paris: PUF, 1986. 127 p.
- [203] SCHILDER, P. (1950) L'image du corps. Trad. de l'anglais. Paris: Gallimard, 1968. 350 p.
- [204] SEARLES, H. L'effort pour rendre l'autre fou. Trad. de l'anglais. Paris: Gallimard, (coll. "Connaissance de l'inconscient"), 1977. 440 p.
- [205] SEGAL, H. (1964) Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein. Trad. de l'anglais. Paris: PUF, 1969. 141 P.
- [206] SERRA, A. Vaz "Considerações gerais sobre o suicídio". Coimbra: Coimbra Médica, (XVIII), Julho, Agosto 1971, pp. 683-704
- [207] SERRA, A. Vaz, PONCIANO, E., RELVAS, J. "Aferição da Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung, numa amostra da população portuguesa". I- Resultados da aplicação numa amostra da população normal. Coimbra: Psiquiatria Clínica, (3), 4, 1982, pp.191-202

- [208] SERRA, A. Vaz, PONCIANO, E., RELVAS, J. "Aferição da Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung, numa amostra da população portuguesa". II- Sua avaliação como instrumento de medida. Coimbra: Psiquiatria Clínica, (3), 4, 1982, pp. 203-213.
- [209] SIEGEL, S. (1956) Estatística não paramétrica. Trad. do inglês. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1975. 350 p.
- [210] SILVA, J.B. d'Oliveira "Suicídios em Lisboa - estatísticas 1901-1915". Dissertação de tese. Lisboa: 1917. 131 p.
- [211] SIMONET, M. "Contribution au diagnostique des problèmes de sécurité routière des conducteurs débutants". Arcueil: ONSER Cahier d'études. (34), Jan. 1975. 47 p.
- [212] SOUETRE, E. "Completed suicides and traffic accidents: Longitudinal analysis in France". Copenhaga: Acta psychiatrica scand. (77), 1988, pp.530-534
- [213] SPERLING, M. (1967) "Acting-out behaviour and Psychosomatic symptoms: clinical and theoretical aspects". London: International Journal of Psycho-Analysis, (49), 1968, pp. 250-253
- [214] SROUR, D. "L'estimation statistique de la propension aux accidents". Arcueil: ONSER, Bulletin de l'organisme national de sécurité routière, (24), Dezembro 1969. 35 p.
- [215] STOLLER, R. (1968) Recherches sur l'identité sexuelle. Paris: Gallimard, 1978. 406 p. (Cap II: "Patients ne présentant pas d'anomalies biologiques", pp. 113-241)
- [216] STONE, L.J., CHURCH, J. (1969) Infância e adolescência. Trad. do inglês. Belo Horizonte: Inter Livros, 1979. 445 p. (Cap X, XI, XII. pp. 299-366)
- [217] STORK, J. "Echelle d'évaluation de risque suicidaire". Paris: Psychiatrie de l'enfant, (XX), 2, 1977, pp. 493-517
- [218] STUART, S.A. "Claustrophobia and depression in I.A.P.A.". New York: Psychoanalytic Review, (14), November 1965, pp. 711-729
- [219] TARDIFF, K., SWEILLAN, A. "Assaut, suicide and mental illness". London: Archives General of Psychiatry, (37), 1980, pp. 164-169
- [220] TETARD, C. "Accidents impliquant des motocyclettes". Arcueil: ONSER, Cahiers d'études, (60), Novembre 1983. 46 p.
- [221] URTUBEY, L. de "Le péché et la peur, la culpabilisation de l'occident". Paris: Revue Française de Psychanalyse, (XLVIII), 4, Julho-Agosto 1984, pp. 1099-1106
- [222] VINCENT, M. "Trois positions pour l'adolescence". Paris: Adolescence, (6), 1, Automne 1988, pp. 173-183

- [223] WENZ, V.F. "Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts". New York: Adolescence, (53), XIV, Spring 1979, pp. 19-21
- [224] WEINBERGER, J.L. "Une triade du silence: silence, masochisme et dépression". Paris: Revue Française de Psychanalyse, (XXIX), 2-3, 1965, pp. 257-269
- [225] WHITAKER, J. "Motorcycle safety. Accident survey and rider injuries". Oxford: Transport and Road Research Laboratory, Dig. (239). 1976. 1 p.
- [226] WHITING, S. "The problem of depression in adolescence". New York: Libra Publishers, Adolescence, (XVI), 61, 1981, pp. 67-89
- [227] WILLI, J. (1970) "Jeux inconscients dans la relation à deux". Paris: Dialogue, (68), 1980, pp. 16-34
- [228] WILLIAMS, A.F. "Night time driving and fatal crash involvement of teenagers", Oxford: Accident Analysis and Prevention, (17), 1, 1985, pp. 1-5
- [229] WILLIAMS, H. (1983) "Violence et «non-digestion» psychique". Trad. de l'anglais. Paris: Revue Française de Psychanalyse, (XLVIII), 4, Julho Agosto 1984, pp. 1058-1067
- [230] WINNICOTT, D.W. (1951) De la pediatrie à la psychanalyse. Trad. de l'anglais. Paris: payot, 1969. 360 p. (Cap 8: "Objets transitionnels et phénomènes transitionnels", pp. 109-125)
- [231] WINNICOTT, D.W. (1952) De la pediatrie à la psychanalyse. Trad. de l'anglais. Paris: Payot, 1969. 360 p. (Cap 9: "L'angoisse associée à l'insécurité, pp. 126-130)
- [232] WINNICOTT, D.W. (1956) De la pediatrie à la psychanalyse. Trad. de l'anglais. Paris: Payot, 1969. 360 p. (Cap 13: "La tendance antisociale", pp. 175-184)
- [233] WINNICOTT, D.W. (1958) De la pediatrie à la psycanalyse. Trad. de l'anglais. Paris: Payot, 1969. 360 p. (Cap 16: "La capacité d'être seul", pp 205-213)
- [234] WINNICOTT, D.W. (1962) De la pediatrie à la psychanalyse. Trad. de l'anglais. Paris: Payot, 1969. 360 p. (Cap 20: "L'adolescence", pp. 257-266)
- [235] WINNICOTT, D. "Le corps et le self". Paris: Gallimard, Nouvelle Revue de Psycanalyse, (3), 1971, pp.37-49
- [236] WINNICOTT, D.W. (1971) Jeu et réalité. Trad. de l'anglais. Paris: Gallimard, 1975. 213 p. (Cap IV: "Jouer - L'activité créative et la quête du soi", pp. 75-90)

- [237] WINNICOTT, D.W. (1971) Jeu et réalité. Trad. de l'anglais. Paris: Gallimard, 1975. 213 p. (Cap VI: "L'utilisation de l'object et le mode de relation à l'object au travers des identifications", pp. 120-131)
- [238] WRIGHT, L.S. "Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates". San Diego: Adolescence, (79), XX, 1985, pp. 575-580
- [239] YUSIN, S.A. "Attempted suicide in an adolescent - the resolution of an anxiety state". New York: Adolescence, (VIII), 29, Spring 1973, pp. 17-28



**ANEXOS**



QUESTIONÁRIOCONFIDENCIAL

Este questionário destina-se a uma investigação sobre os acidentes de "moto" em jovens do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos e que tenham percorrido mais de 3000 Km como condutores.

É efectuado para a elaboração de uma tese de doutoramento a apresentar à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Vai ser usado em estrita confidencialidade e responsabilidade do investigador.

Solicitamos a sua colaboração indispensável

- Leia o enunciado de cada pergunta
- Dê imediatamente a primeira resposta que lhe ocorrer
- Assinale com uma cruz o espaço dentro do quadrado [x] que corresponda ao seu caso
- Preencha também os espaços em branco representados por uma linha

E rápido

E fácil

Obrigado



Nome \_\_\_\_\_

Margem  
Reservada

Idade \_\_\_\_\_ anos. Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

Morada habitual (Rua, nº, andar, código postal, localida-  
de) \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

I	1 Você é solteiro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	E.C 1 2 3 4 5
	casado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	divorciado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	vive maritalmente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	separado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	2 Nasceu em Portugal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3 Vive em Portugal desde sempre	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	VPD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4 É natural de uma cidade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	N 1 2 3
	vila	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	aldeia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	5 Profissão _____			O
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
II	6 A sua residência é uma moradia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	RT 1 2 3 4 5 6
	apartamento grande	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	apartamento normal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	quarto	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	*lar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	internato	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	7 A sua residência é			RP 1 2 3 4 5
	propriedade dos seus pais	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	propriedade sua	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	alugada pelos seus pais	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	alugada por si	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	pertencente a outros	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	8 Reside habitualmente (com mais frequência)			RH 1 2 3 4 5 6 7
	só	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com uma companheira	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com um amigo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com a mãe	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com o pai	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com ambos os pais	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com outros familiares	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	9 Reside numa cidade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	RL 1 2 3
	vila	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	aldeia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	10 Já alguma vez mudou de residência?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	RM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



11	Quantas vezes mudou de residência até hoje?		RNM
	uma vez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	duas vezes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	de duas a cinco vezes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	mais de cinco vezes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
12	A causa da mudança de residência foi de ordem		RCM
	familiar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	escolar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	profissional	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	outra	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
13	Quantas pessoas vivem, permanentemente, na sua casa?		RW
	_____ pessoas		
14	Na sua residência tem um quarto só seu?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	RQ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Partilha o quarto		RQT
	com um irmão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	com outra pessoa	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	com mais de uma pessoa	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	dorme noutro espaço da casa	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
-----			
<b>III</b>			
16	O seu pai é vivo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	O seu pai tem _____ anos		PI
18	Profissão do seu pai? _____		PP
19	Actualmente o seu pai está		PO
	empregado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	desempregado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	reformado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	inválido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
20	Considera o seu pai um homem activo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	O seu pai é emigrante ou vive no estrangeiro a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	Com quem vive o seu pai no estrangeiro?		PVE
	só	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3
	com a sua mãe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	4 5 6
	com outra mulher	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	com irmãos seus	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	com familiares dele	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	não sabe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
23	Se o seu pai faleceu, que idade tinha você nessa altura?	_____ anos	PFI



IV			
24	A sua mãe é viva?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25	A sua mãe tem _____ anos		MI
26	Profissão da sua mãe? _____		MP
27	Actualmente a sua mãe está		MO
	empregada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	desempregada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	reformada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	inválida	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
28	Considera a sua mãe uma mulher activa?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	MA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29	A sua mãe é emigrante ou vive no estrangeiro a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ME <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Com quem vive a sua mãe no estrangeiro?		MVE
	só	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3
	com o seu pai	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	4 5 6
	com outro homem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	com irmãos seus	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	com familiares dela	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	não sabe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
31	Se a sua mãe faleceu que idade tinha você nessa altura? _____ anos		MFI
-----			
V			
32	Os seus pais		C
	são casados um com o outro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	vivem maritalmente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	5 6 7
	estão divorciados	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	estão separados	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	estão a divorciar-se	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	estão a pensar separar-se	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	estão a pensar divorciar-se	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
33	De um modo geral sente que os seus pais, um com o outro, são		C
	muito felizes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	felizes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	acomodados	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	infelizes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
34	Sente que são mais as vezes em que não se entendem ou andam zangados um com o outro?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	CA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35	Se os seus pais estão divorciados ou separados, que idade tinha você quando isso sucedeu? _____ anos		CSI
-----			
VI			
36	É filho único?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37	É gémeo com algum irmão ou irmã?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	FG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38	Quantos filhos são ao todo?(nº total de irmãos)_____		FN



39 São todos filhos do mesmo pai e da mesma mãe? Sim [] Não []	FMP [] []
40 Tem meios irmãos ou meias irmãs? Sim [] Não []	FMI [] []
41 Os seus irmãos vivem consigo? Sim [] Não []	FC [] []
42 Já lhe faleceu algum irmão ou irmã? Sim [] Não []	FF [] []
43 Que idade tinha você quando isso sucedeu? ____ anos	FFI
44 Faleceu por doença? Sim [] Não []	FFD [] []
45 Faleceu em consequência de acidente? Sim [] Não []	FFA [] []

---

<b>VII</b>			
46 Você fugia à escola? Sim [] Não []		FE [] []	
47 Como aluno considera-se		ED	
distraído Sim [] Não []			
pouco disciplinado Sim [] Não []			
normal (sem história) Sim [] Não []			
disciplinado Sim [] Não []			
solitário Sim [] Não []			
sociável Sim [] Não []			
48 Que ano escolar tem concluído? _____		EC	
49 Teve insucessos escolares? Sim [] Não []		EI [] []	
50 Em que idades teve insucessos escolares? ____ anos, ____ anos, ____ anos, ____ anos		EII	
51 As reprovações foram		ERC	
por doença Sim [] Não []		1 2 3	
por faltas Sim [] Não []		4 5	
por dificuldades escolares Sim [] Não []			
por desinteresse Sim [] Não []			
por cabulice Sim [] Não []			
52 Quem o apoiava com mais frequência quando tinha di- ficultades escolares?		EAP	
o pai Sim [] Não []		1 2 3	
a mãe Sim [] Não []		4 5	
os irmãos Sim [] Não []			
o explicador Sim [] Não []			
ninguém Sim [] Não []			



53	Na sua família, quem se interessa mais pelos seus resultados escolares?			EPI
				1 2 3
	o pai	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	4 5
	a mãe	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	o pai e a mãe	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	outros familiares	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	ninguém	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

54	Em caso de dificuldades escolares com quem é que fala na sua família?			ECD
				1 2 3
	com o pai	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	4 5
	com a mãe	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com o pai e com a mãe	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com outros familiares	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	com ninguém	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

## VIII

55	Já teve acidentes?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AA
56	Já teve			AN
	um acidente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	1 2 3 4
	dois acidentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	três acidentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
	mais de três	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
57	Os acidentes foram de moto?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58	Os acidentes foram de carro?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59	Os acidentes foram de bicicleta?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	Já teve acidentes de trabalho?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	Já teve acidentes por quedas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AQ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	E acidentes por mergulhos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AY <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63	Teve ferimentos graves com objectos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64	Que idade tinha quando sucederam os acidentes?			AGI
	o primeiro _____ anos			
	o segundo _____ anos			
	o terceiro _____ anos			
	o quarto _____ anos			
65	Em caso de acidente de motorizada, era você que conduzia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AMC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
66	No acidente em que era condutor ia sózinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67	Sendo você o condutor (de moto) que idade tinha quando sucederam os acidentes?			ACI
	o primeiro _____ anos			
	o segundo _____ anos			
	o terceiro _____ anos			
	o último _____ anos			



68	Antes do acidente sentia compreensão por parte dos seus pais? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ACA
69	Depois do acidente, os seus pais foram compreensivos consigo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ACD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/>		
IX		
70	Já esteve internado (hospital ou clínica) em consequência de acidente em que era condutor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	HA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71	Já esteve internado por doença grave? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____	HD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72	Já teve de receber tratamento num serviço hospitalar (hospital ou clínica) por causa de acidente em que era o condutor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73	Já esteve internado por doença nervosa ou depressão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	HSM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/>		
X		
74	Já foi à consulta por doença nervosa ou depressão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75	A sua mãe sofre de doença nervosa ou depressão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	SM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76	O seu pai sofre de doença nervosa ou depressão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	SP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77	Algum dos seus irmãos ou irmãs sofre ou sofreu de doença nervosa ou depressão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	SF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
78	Em pequeno era uma criança tímida Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> inibida Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sci <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
79	Ou sente que era agitada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> inquieta Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
80	Sentia-se uma criança alegre? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
81	Sentia-se uma criança triste? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Set <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/>		
XI		
82	Em geral os seus pais são agressivos consigo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



83	De um modo geral sente mais compreensão			Scp
	da parte da mãe	Sim []	Não []	1 2 3 4
	da parte do pai	Sim []	Não []	
	de ambos igualmente	Sim []	Não []	
	de nenhum	Sim []	Não []	
84	Na sua família os seus sentimentos são respeitados?			Ssr [] []
		Sim []	Não []	
85	Em situação de conflito na família sente falta de comunicação?			Sfc [] []
		Sim []	Não []	
86	Em caso de conflito na família sente que é sobre si que recaem as desavenças?			Sbe [] []
		Sim []	Não []	
87	Os seus pais batiam-lhe?			Scb [] []
		Sim []	Não []	
88	Em situações de relacionamento difíceis na família sente-se, por vezes, excluído?			Se [] []
		Sim []	Não []	
89	Sente-se, na sua família, como que acorrentado ou preso?			Sa [] []
		Sim []	Não []	
90	Na sua casa pode receber os seus amigos sem oposição dos seus pais ou familiares?			Sra [] []
		Sim []	Não []	
91	De um modo geral, o seu relacionamento com o seu pai é			Srp
	bom	Sim []	Não []	1 2 3
	mau	Sim []	Não []	
	satisfatório	Sim []	Não []	
92	De um modo geral, o seu relacionamento com a sua mãe é			Srm
	bom	Sim []	Não []	1 2 3
	mau	Sim []	Não []	
	satisfatório	Sim []	Não []	
93	Em geral o seu relacionamento com os seus irmãos e irmãs é			Sri
	bom	Sim []	Não []	1 2 3
	mau	Sim []	Não []	
	satisfatório	Sim []	Não []	
94	O seu relacionamento com os seus colegas da escola ou do trabalho é satisfatório?			Src [] []
		Sim []	Não []	
95	Geralmente o seu relacionamento com os professores é			Srt
	bom	Sim []	Não []	1 2 3
	mau	Sim []	Não []	
	satisfatório	Sim []	Não []	
<hr/>				
XII				
96	Consome regularmente			ha
	vinho, cerveja	Sim []	Não []	1 2 3
	amêndoa amarga, brandy, aguardente	Sim []	Não []	
	martini, whisky, cognac	Sim []	Não []	



97	Considera que algum dos seus pais consome excessivamente		hap
	vinho, cerveja	Sim [] Não []	1 2 3
	amêndoa amarga, brandy, aguardente	Sim [] Não []	
	martini, whisky, cognac	Sim [] Não []	
98	Costuma ler livros ou jornais com frequência?		hl [] []
		Sim [] Não []	
99	Gosta de ir ao teatro?	Sim [] Não []	ht [] []
100	Vai frequentemente ao cinema?	Sim [] Não []	hc [] []
101	Já alguma vez fugiu de casa dos seus pais ou de familiares que o tenham a cargo?		hf [] []
		Sim [] Não []	
102	Pratica um desporto individual?	Sim [] Não []	hdi [] []
103	Pratica um desporto em equipa?	Sim [] Não []	hde [] []
104	É membro de algum conjunto musical?	Sim [] Não []	hm [] []
105	Gosta muito de televisão?	Sim [] Não []	ht [] []
106	Gosta muito de música rock?	Sim [] Não []	hmr [] []
-----			
<b>XIII</b>			
107	Tem uma namorada?	Sim [] Não []	roh [] []
108	Passa muito tempo com a sua namorada?	Sim [] Não []	rht [] []
-----			
<b>XIV</b>			
109	É membro activo de uma associação?	Sim [] Não []	aa [] []
110	É membro activo de um sindicato?	Sim [] Não []	as [] []
111	É membro activo de um partido político?	Sim [] Não []	ap [] []
112	Pratica uma religião?	Sim [] Não []	ar [] []
113	É de religião		art
	católica	Sim [] Não []	1 2 3
	protestante	Sim [] Não []	4 5 6
	muçulmana	Sim [] Não []	
	testemunha de Jeová	Sim [] Não []	
	outra religião	Sim [] Não []	
-----			
<b>XV</b>			
114	Tem aspirações a ser líder de uma associação?		IA [] []
		Sim [] Não []	



- 115 Tem aspirações a ser dirigente sindical? Sim  Não  IS
- 116 Tem aspirações a ser líder religioso? Sim  Não  IR
- 117 Tem aspirações a ser líder político? Sim  Não  IP
- 118 Se pudesse que profissão tinha? \_\_\_\_\_ IE
- 119 O seu pai gostaria que você fosse \_\_\_\_\_ IEP
- 120 Que profissão gostaria que o seu pai tivesse? \_\_\_\_\_ IPI



## Escala de Risco de J. STORK

### Instrucções

de

aplicação

- 1 - Ler com atenção cada frase do questionário pela ordem apresentada
- 2 - Cada questão dispõe de uma alternativa Verdadeiro / Falso
- 3 - Assinale a primeira resposta que a frase lhe sugerir.  
Se a considerar Falsa assinale com o F rodeando-o com um círculo.  
Se a considerar Verdadeira assinale o V rodeando-o com um círculo.
- 4 - Trabalhe com rapidez, não pensando muito na resposta a dar.



## Escala de J. Stork

Perguntas	Respostas	
1 O facto de me sentir isolado e solitário desespera-me..	V	F
2 Sou da opinião de que todo o ser humano pode, em todas as ocasiões decidir livremente.....	V	F
3 Penso muitas vezes no meu passado.....	V	F
4 Tenho muitas vezes a impressão de ser perseguido pela pouca sorte.....	V	F
5 Sinto-me culpado perante a minha mãe.....	V	F
6 Os meus pais têm para mim aspirações demasiado elevadas (eles sobrestimam-me).....	V	F
7 Sou muitas vezes atormentado pelo remorso e arrependimento.....	V	F
8 Raramente encontrei um homem de valor.....	V	F
9 Tenho muitas vezes ideias de remorso e arrependimento..	V	F
10 A minha mãe é demasiado ansiosa.....	V	F
11 A morte tem, também, algo de tranquilizante e de pacífico.....	V	F
12 Às vezes passo noites sem dormir por causa de grandes preocupações.....	V	F
13 Sinto-me por vezes possuído por cóleras violentas e destrutivas.....	V	F
14 Sou muito agarrado à minha mãe.....	V	F
15 Experimento muito facilmente um sentimento de culpabilidade.....	V	F
16 Alguém da minha família ou dos meus conhecimentos já se suicidou.....	V	F



17 A minha infância foi muito feliz.....	V	F
18 Os meus pais sabem (souberam) associar de modo feliz a serenidade e o afecto.....	V	F
19 Não me sinto perdido numa situação difícil.....	V	F
20 Sinto-me ou já me senti muitas vezes desesperado ou esquecido pelos meus pais.....	V	F
21 Penso muitas vezes na morte.....	V	F
22 Sinto desejo de saltar para o espaço quando estou no cimo de uma ponte.....	V	F
23 Tenho muitas vezes dificuldade em obedecer.....	V	F
24 Perco muitas vezes a confiança em mim próprio.....	V	F
25 Sinto-me às vezes oprimido com o peso de destino.....	V	F
26 Só com dificuldades consigo arranjar amigos.....	V	F
27 Estou muitas vezes só.....	V	F
28 Já me encontrei em situações que me pareciam absolutamente sem saída.....	V	F
29 A minha mãe é muito nervosa.....	V	F
30 Posso compreender que alguém se mate para se unir na morte a um ente querido.....	V	F
31 O álcool ajuda-me a ultrapassar as situações difíceis..	V	F
32 Pode dizer-se que a minha vida familiar é harmoniosa...	V	F
33 Com uma tentativa de suicídio pode pôr-se à prova o destino, Deus ou a providência.....	V	F
34 Perco-me demasiadas vezes em sonhos.....	V	F
35 Já mudei mais de três vezes de local de trabalho.....	V	F
36 A minha mãe é demasiado possessiva.....	V	F
37 Revolto-me muitas vezes contra Deus.....	V	F



38	Penso que poderia drogar-me se tivesse oportunidade disso.....	V	F
39	Desconheço o sentimento de grande desespero.....	V	F
40	Gostaria de recomeçar a minha vida noutras circunstâncias.....	V	F
41	Acho a vida de todos os dias demasiado monótona.....	V	F
42	Insurjo-me muitas vezes contra a autoridade.....	V	F
43	Sinto a minha liberdade entravada.....	V	F
44	A minha mãe está muito ligada a mim e procura muitas vezes junto de mim consolação.....	V	F
45	Deixo-me impressionar facilmente por decepções e fracassos.....	V	F
46	Considero-me fechado sobre mim e um pouco melancólico..	V	F
47	Tenho muitas vezes pesadelos.....	V	F
48	Tenho frequentemente tantos pensamentos no meu espírito que não consigo adormecer.....	V	F
49	O meu pai influencia-me ou força-me na escolha da minha profissão.....	V	F
50	Tenho muitas vezes um sentimento de aborrecimento, falta de interesse e inutilidade.....	V	F
51	Tenho tendência a gaguejar.....	V	F
52	O meu pai tem poucas razões para se orgulhar de mim....	V	F
53	Os meus pais impuseram-me demasiadas vezes a sua vontade.....	V	F
54	Existiram na minha família casos de doenças nervosas sujeitas a internamento numa clínica ou consulta psiquiátrica.....	V	F



- |   |   |   |
|---|---|---|
| 55 Fico muitas vezes obsecado com pensamentos inúteis, que me fazem perder o meu tempo.....                     | V | F |
| 56 O meu pai devia ter-me dado mais directrizes, devia ter-se ocupado mais de mim.....                          | V | F |
| 57 Uma pessoa pode castigar-se a si própria com a morte...  | V | F |
| 58 A minha mãe é para mim um exemplo.....   | V | F |
| 59 Num acesso de cólera já tive intenção de matar alguém..  | V | F |
| 60 Sinto-me muitas vezes melancólico e deprimido.....   | V | F |
| 61 A minha profissão dá-me pouca alegria.....   | V | F |
| 62 Os meus pais não me deram a possibilidade de me desenvolver harmoniosamente.....                             | V | F |
| 63 Não tenho estima suficiente por mim próprio.....   | V | F |
| 64 A temeridade e a embrieguez da velocidade seduzem-me...  | V | F |
| 65 Bateram-me muitas vezes quando era criança.....  | V | F |
| 66 A minha mãe foi muitas vezes demasiado severa.....   | V | F |
| 67 Não condenaria o suicídio por razões morais.....   | V | F |
| 68 Não dou (ou dei) à minha mãe muita alegria.....  | V | F |
| 69 Sou muitas vezes demasiado impulsivo, demasiado impaciente, ajo demasiado depressa.....                      | V | F |
| 70 O meu pai é para mim um exemplo.....   | V | F |
| 71 Tenho falta de confiança em mim mesmo.....   | V | F |
| 72 Sinto-me muitas vezes exagerado, atormentado ou oprimido pelo passado.....                                   | V | F |
| 73 Os meus pais não deviam ter-me imposto tanto a sua vontade.....  | V | F |
| 74 Enquanto bebé ou criança pequena ainda fui colocada durante meses num infantário, separado da minha mãe..... | V | F |



- 75 A morte não representa para mim algo de ameaçador, de  
assustador..... V F
- 76 Cometi já uma vez um delito sem ter sido descoberto pe-  
la polícia..... V F



## S.A.S.ZUNG

Nome: \_\_\_\_\_

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas.  
Assinale com uma cruz (x), no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

	Nenhuma ou ra- ras ve- zes	Algu- mas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totali- dade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico				
4. Sinto-me como se estivesse para rebentar				
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá				
6. Sinto os braços e as pernas a tremer				
7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam				
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado				
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado				
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais				
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam				
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação que vou desmaiar				
13. Posso inspirar e expirar com facilidade				

segue --&gt;



14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões				
16. Tenho que esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite				
20. Tenho pesadelos				







**Legenda e agrupamento dos itens do questionário  
da Escala de Risco e da Escala de Ansiedade**

- 1)Ord Ordem  
 2)Id Idade  
 3)Ec Escolaridade concluída  
 4)Acd Acidentes de motorizada  
 5)Ag Acidentes gerais, que não os de motorizada  
 6)Hta Hospitalizações ou tratamento por acidente de motorizada  
 7)Rsc Risco elevado (>63) na escala de risco suicidário  
 8)Ans Ansiedade superior ou igual a 41.25% na escala de ansiedade
- 9)Fi **Factores de instabilidade**  
 - Nve: nasceu e/ou viveu no estrangeiro  
 - Rnm: três ou mais mudanças de residência  
 - Csi: separação do casal durante infância ou pré-adolescência  
 - Rsm: reside só com a mãe  
 - Rsp: reside só com o pai
- 10)Pfe **Pai ou mãe falecidos ou a viver no estrangeiro**  
 - Mf: mãe falecida  
 - Pf: pai falecido  
 - Pve: pai a viver no estrangeiro  
 - Mve: mãe a viver no estrangeiro
- 11)Fr **Fratrãia reduzida**  
 - F : filho único  
 - Ff: filhos falecidos  
 - Fs: filhos separados
- 12)Fn **Fratrãia numerosa**  
 - Fn>3: mais de três filhos  
 - Fmi: fratrãia meios irmãos  
 - Fpd: filhos de pais diferentes a viverem em conjunto
- 13)Sra **Sistema relacional agressivo**  
 - Sap: sente os pais agressivos  
 - Scb: foi criança batida  
 - Sbe: sente-se o bode expiatório  
 - Ca: casal agressivo  
 - Cvs: casal em vias de separação
- 14)Mr **Más relações**  
 - Mrp: má relação com o pai  
 - Mrm: má relação com a mãe  
 - Mri: má relação com irmãos  
 - Mrt: má relação com professores
- 15)Cd **Dificuldades na comunicação**  
 - Scp: sem compreensão dos pais  
 - Sfc: sente falta de comunicação  
 - Edcn: não fala com ninguém em casa de dificuldades escolares

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

- 16)Rej Rejeições**
- Se: sente-se expulso da família
  - Sa: sente-se preso na família
  - Snr: sentimentos não respeitados na família
  - Pra: proibido de receber amigos na sua própria casa
  - Eap: ninguém o apoia nas dificuldades escolares
  - Edp: desinteresse dos pais na escolaridade do filho
  - Fep: falta de expectativas para o filho por parte do pai
- 17 Fda Factores depressivantes e/ou ansiogéneos**
- Sm : mãe sofre de doença nervosa ou depressão
  - Sp : pai sofre de doença nervosa ou depressão
  - Sf : irmãos sofrem de doença nervosa ou depressão
  - Pdi: pai desempregado ou inválido
  - Mo : mãe inválida
  - Ci : infelicidade conjugal
  - Csd: cônjuges separados ou divorciados
- 18 Vd Vertente depressiva**
- Sci: na infância era uma criança tímida e ou inibida
  - Set: sente que foi uma criança triste
  - Sc : consulta em saúde mental do próprio
  - Erd: reprovações escolares por desinteresse
  - Eds: como aluno sente que é solitário, isolado
- 19)Va Vertente agida**
- Sca: na infância era uma criança inquieta e ou agitada
  - Ha : hábitos alcoólicos
  - Hf : hábitos de fuga do meio familiar
  - Hfe: hábitos de fuga à escola
  - Erf: reprovações escolares por faltas
  - Ein: indisciplinado como aluno
- 20)Fic Falta de interesses culturais**
- Hln: hábitos de leitura nulos
  - Htn: hábitos de teatro nulos
  - Hdn: hábitos desportivos nulos
  - Aan: actividades associativas nulas
- 21)Ei Insucessos escolares**
- 22)Rohn Relações heterossexuais e exogâmicas nulas**
- 23)Pvni Projectos de vida nulos ou irrealistas**
- 24)ReIn Religião não praticante**
- 25)Hap Hábitos alcoólicos dos pais**



Folha Resumo dos itens do questionário  
(agrupados em 25 variáveis)

Tel:

1)Ord\_\_\_\_  
2)Id\_\_\_\_  
3)Ec\_\_\_\_  
4)Acd [] []  
5)Ag [] []  
6)Hta [] []  
7)Rsc [] [] Val. Risco\_\_\_\_ (cat\_\_\_\_)  
8)Ans [] [] Val. Ans% \_\_\_\_

Nome:  
Res. loc:  
Concelho:  
Est. ensino:

9)Fi [] [] Nve () () 10)Pfe [] [] Mf () () 11)Fr [] [] F () ()  
(Rnm3,4) Rnm () () Pf () () Ff () ()  
Csi () () Pve () () Fs () ()  
(Rh4) Rsm () () Mve () ()  
(Rh5) Rsp () ()

12)Fn [] [] Fn>3 () () 13)Sra [] [] Sap () () 14)Mr [] [] Mrp () ()  
Fmi () () Scb () () Mrm () ()  
Fpd () () Sbe () () Mri () ()  
Ca () () Mrt () ()  
(C5,6,7)Cvs () ()

15)Cd [] [] Scp () () 16)Rej [] [] Se () () 17)Fda[] [] Sm () ()  
Sfc () () Sa () () Sp () ()  
(Ecd5) Edcn () () Snr () () Sf () ()  
Pra\* () () (Po2,4) Pdi () ()  
(Eap5) Ean () () (Mo4) Mi () ()  
(Epi4,5) Edp () () (Cf4) Ci () ()  
Fep\*\* () () Csd () ()

18)Vd [] [] Sci () () 19)Va [] [] Sca () () 20)Fic [] [] Hln () ()  
Set () () Ha () () Htn () ()  
Sc () () Hf () () Hdn () ()  
(Erc4) Erd () () Hfe () () Aan () ()  
(Ed4,5) Eds () () (Erc2) Erf () ()  
(Ed2) Ein () ()

21) EI [] [] 22) Rohn [] [] 23) Pvni [] [] 24) Reln [] []

25) Hap [] []

\* Não pode receber amigos na sua própria casa.

\*\* Recodificação de IEP, ou seja quando o filho não sabe o que é que o pai desejaria que ele fosse.

Resumo de variáveis cotadas "sim"

Nº designação Obs: [1] [0]  
sim não

Notas:



## LEGENDA DA SELECÇÃO DE 36 VARIÁVEIS

- 1) Ord - Ordem do sujeito na amostra
- 2) Id - Idade
- 3) Ec - Escolaridade concluída
- 4) Acd - Acidentes de motorizada (S/N)
- 5) Ag - Acidentes gerais (S/N)
- 6) Hta - Hospitalização e/ou tratamento por acidente (S/N)
- 7) Rsc - Risco na Escala de Risco de J. STORK (S/N)
- 8) Ans - Ansiedade na Escala de Ansiedade de ZUNG (S/N)
- 9) Fi - Factores de instabilidade (S/N)
- 10) Pfe - Pai ou mãe falecidos ou a viver no estrangeiro (S/N)
- 11) Fr - Fratria reduzida ou amputada (S/N)
- 12) Fn - Fratria numerosa (S/N)
- 13) Sra - Sistema relacional agressivo (S/N)
- 14) Mr - Más relações (S/N)
- 15) Cd - Dificuldades na comunicação (S/N)
- 16) Rej - Ambiente rejeitante (S/N)
- 17) Fda - Factores depressivantes e/ou ansiogéneos (S/N)
- 18) Vd - Vertente depressiva (S/N)
- 19) Va - Vertente agida (S/N)
- 20) Fic - Falta de interesses culturais (S/N)
- 21) Ei - Insucessos escolares (S/N)
- 22) Rohn - Relações objectais e heterossexuais nulas (S/N)
- 23) Pvni - Projectos de vida nulos ou irrealistas (S/N)
- 24) Reln - Religião não praticante (S/N)
- 25) Nacd - Número de acidentes recentes de motorizada (0 a 4)
- 26) Totacd - Total de acidentes na história do sujeito (0 a 4)
- 27) Rt - Residência tipo (1 a 3)



- 28) Rp - Residência propriedade (1 a 3)
- 29) Po - Pai ocupação (0 a 3)
- 30) Mo - Mãe ocupação (0 a 3)
- 31) Ppg - Pai profissão grupo (1 a 7)
- 32) Mpg - Mãe profissão grupo (1 a 6)
- 33) Valrisco - Valor do risco  
0 a 63 - normal;  
64 a 79 - duvidoso ou intermédio;  
80 a 97 - fraco risco;  
98 a 107 - Risco suicidário importante;  
> a 107 - Risco extremamente importante
- 34) Catrisco - Categoria do risco (de 1-normal a 5-risco extremamente importante)
- 35) Ansied% - Ansiedade percentagem (< ou = 40.00, > ou 41.25)
- 36) Hap - Hábitos alcoolicos do pai (S/N)



**Codificação das variáveis em 25 núcleos  
na Análise Factorial das Correspondências**

Ord	Ordem do sujeito na amostra
Id	Idade
Ec	Escolaridade concluída
1 Acd	Acidentes de motorizada
2 Ag	Acidentes gerais
3 Hta	Hospitalizações ou tratamentos por acidentes de motorizada
4 Rsc	Escala de risco com valor > 63
5 Ans	Ansiedade superior ou igual a 41.25%
6 Fi	Factores de instabilidade na história dos sujeitos
7 Pfe	Pai ou mãe falecidos ou um deles a viver no estrangeiro
8 Fr	Fratria reduzida
9 Fn	Fratria numerosa
10 Sra	Sistema relacional agressivo
11 Mr	Más relações com pais, irmãos e ou professores
12 Cd	Comunicação deficiente entre pais e filho
13 Rej	Relações rejeitantes
14 Fda	Factores depressivantes e ansiogéneos nos pais e irmãos
15 Vd	Vertente depressiva no sujeito
16 Va	Vertente agida do sujeito
17 Fic	Falta de interesses culturais do sujeito
18 Ei	Insucessos escolares
19 Rhn	Relações objectais heterossexuais e exogâmicas nulas
20 Pvi	Projectos de vida nulos ou irrealistas
21 Rel	Ausência de interesse ou práticas religiosas
22 ACO	Zero acidentes de motorizada
23 AC1	Um acidente de motorizada
24 ACN	Dois, três ou quatro acidentes de motorizada
25 Hap	Hábitos alcoólicos dos pais



Listagem das variáveis  
por sujeito  
no total da amostra



Suj. 1-50, var. 1-6

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Ord	Id	Ec	Acđ	Ag	Hta
1	1	15	7	0	0	0
2	2	15	7	0	1	0
3	3	15	9	0	0	0
4	12	16	7	0	0	0
5	13	16	10	0	1	0
6	14	16	9	0	1	0
7	15	16	10	0	0	0
8	16	16	9	0	0	0
9	17	16	10	0	0	0
10	18	16	9	0	0	0
11	19	16	7	0	1	0
12	20	16	10	0	1	0
13	21	16	9	0	1	0
14	22	16	10	0	0	0
15	23	16	8	0	0	0
16	24	16	10	0	0	0
17	25	16	10	0	1	0
18	26	16	7	0	1	0
19	27	16	4	0	1	0
20	28	16	10	0	1	0
21	29	16	10	0	1	0
22	30	16	6	0	1	0
23	31	16	10	0	1	0
24	59	17	10	0	1	0
25	60	17	10	0	1	0
26	61	17	10	0	1	0
27	62	17	10	0	0	0
28	63	17	10	0	0	0
29	64	17	10	0	0	0
30	65	17	9	0	1	0
31	66	17	9	0	1	0
32	67	17	9	0	0	0
33	68	17	9	0	1	0
34	69	17	8	0	1	0
35	70	17	10	0	0	0
36	71	17	9	0	1	0
37	72	17	10	0	1	0
38	73	17	10	0	0	0
39	74	17	11	0	0	0
40	75	17	9	0	1	0
41	76	17	10	0	0	0
42	77	17	9	0	1	0
43	78	17	9	0	1	0
44	79	17	10	0	1	0
45	116	18	11	0	0	0
46	117	18	11	0	0	0
47	118	18	10	0	1	0
48	119	18	8	0	0	0
49	120	18	11	0	1	0
50	121	18	12	0	0	0



Suj. 51-100, var. 1-6

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Ord	Id	Ec	Acd	Ag	Hta
51	122	18	9	0	1	0
52	123	18	9	0	1	0
53	124	18	11	0	0	0
54	125	18	8	0	1	0
55	126	18	11	0	0	0
56	127	18	11	0	1	0
57	128	18	7	0	1	1
58	129	18	9	0	0	0
59	160	19	10	0	1	0
60	161	19	11	0	0	0
61	162	19	11	0	0	0
62	163	19	11	0	1	0
63	164	19	12	0	1	0
64	165	19	11	0	1	1
65	166	19	11	0	1	1
66	167	19	7	0	0	0
67	168	19	9	0	0	0
68	169	19	11	0	1	0
69	4	15	7	1	1	1
70	5	15	9	1	1	1
71	6	15	8	1	1	1
72	7	15	8	1	1	1
73	8	15	7	1	1	1
74	9	15	4	1	1	1
75	10	15	7	1	1	0
76	11	15	9	1	1	0
77	32	16	8	1	1	0
78	33	16	10	1	1	0
79	34	16	10	1	1	0
80	35	16	10	1	1	0
81	36	16	9	1	1	0
82	37	16	10	1	1	0
83	38	16	10	1	1	0
84	39	16	8	1	1	0
85	40	16	10	1	1	1
86	41	16	9	1	0	0
87	42	16	10	1	0	0
88	43	16	10	1	0	0
89	44	16	9	1	1	1
90	45	16	10	1	0	0
91	46	16	7	1	1	0
92	47	16	9	1	1	1
93	48	16	9	1	0	0
94	49	16	8	1	1	1
95	50	16	9	1	0	1
96	51	16	7	1	1	0
97	52	16	7	1	1	1
98	53	16	9	1	1	1
99	54	16	7	1	0	0
100	55	16	10	1	1	0



Suj. 101-150, var. 1-6

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Ord	Id	Ec	Acđ	Ag	Hta
101	56	16	10	1	1	0
102	57	16	8	1	1	1
103	58	16	9	1	1	1
104	80	17	8	1	1	1
105	81	17	10	1	1	1
106	82	17	10	1	1	0
107	83	17	8	1	0	0
108	84	17	10	1	1	0
109	85	17	7	1	1	0
110	86	17	8	1	1	1
111	87	17	9	1	1	1
112	88	17	9	1	0	0
113	89	17	11	1	1	0
114	90	17	6	1	1	1
115	91	17	7	1	1	1
116	92	17	11	1	1	1
117	93	17	8	1	1	1
118	94	17	11	1	1	0
119	95	17	10	1	1	0
120	96	17	9	1	0	1
121	97	17	10	1	0	0
122	98	17	9	1	1	0
123	99	17	8	1	1	0
124	100	17	10	1	1	0
125	101	17	11	1	1	0
126	102	17	12	1	1	1
127	103	17	11	1	1	0
128	104	17	9	1	1	0
129	105	17	9	1	1	0
130	106	17	8	1	0	0
131	107	17	7	1	1	0
132	108	17	9	1	0	0
133	109	17	11	1	1	1
134	110	17	9	1	1	1
135	111	17	10	1	1	0
136	112	17	9	1	1	1
137	113	17	9	1	1	0
138	114	17	10	1	1	1
139	115	17	10	1	1	0
140	130	18	7	1	1	0
141	131	18	9	1	1	1
142	132	18	12	1	1	0
143	133	18	12	1	1	0
144	134	18	11	1	1	0
145	135	18	9	1	1	0
146	136	18	9	1	0	0
147	137	18	6	1	1	0
148	138	18	8	1	1	1
149	139	18	10	1	0	1
150	140	18	11	1	0	0



Suj. 151-189, var. 1-6

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Ord	Id	Ec	Acd	Ag	Hta
151	141	18	10	1	0	1
152	142	18	10	1	0	0
153	143	18	7	1	1	0
154	144	18	11	1	1	1
155	145	18	9	1	1	0
156	146	18	11	1	1	1
157	147	18	8	1	1	1
158	148	18	9	1	0	0
159	149	18	8	1	1	0
160	150	18	9	1	1	0
161	151	18	12	1	0	0
162	152	18	8	1	0	0
163	153	18	9	1	0	0
164	154	18	9	1	0	1
165	155	18	11	1	0	0
166	156	18	6	1	0	0
167	157	18	12	1	1	1
168	158	18	10	1	1	0
169	159	18	9	1	1	1
170	170	19	10	1	1	1
171	171	19	8	1	1	0
172	172	19	10	1	0	1
173	173	19	12	1	1	1
174	174	19	7	1	1	1
175	175	19	11	1	1	1
176	176	19	11	1	1	1
177	177	19	8	1	1	1
178	178	19	11	1	0	0
179	179	19	10	1	1	1
180	180	19	12	1	1	0
181	181	19	10	1	0	0
182	182	19	7	1	1	1
183	183	19	9	1	1	1
184	184	19	9	1	1	1
185	185	19	10	1	1	0
186	186	19	8	1	1	1
187	187	19	10	1	1	0
188	188	19	9	1	1	1
189	189	19	9	1	1	0



Suj. 1-50, var. 7-12

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Rsc	Ans	Fi	Pfe	Fr	Fn
1	1	1	1	1	0	1
2	0	0	0	0	0	1
3	1	1	1	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0
5	0	1	0	0	0	0
6	0	1	0	0	0	0
7	1	1	0	0	0	0
8	0	0	1	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	0	1	1
11	1	1	1	1	0	1
12	0	1	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	1	0
17	0	0	0	0	0	0
18	0	0	1	0	1	0
19	0	1	0	0	1	0
20	1	1	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	1	1
23	0	1	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0
25	0	0	1	1	1	0
26	1	0	1	0	0	1
27	0	1	0	0	1	0
28	0	1	0	0	1	0
29	0	0	1	1	0	1
30	0	0	0	0	0	1
31	1	1	0	0	1	0
32	0	0	1	0	0	1
33	0	1	1	0	0	0
34	1	1	0	0	1	0
35	0	0	1	0	0	0
36	0	1	0	0	0	0
37	0	0	1	1	0	1
38	0	0	0	0	0	0
39	0	0	0	0	0	0
40	0	0	1	0	0	0
41	0	1	1	0	1	1
42	0	0	0	0	0	0
43	0	1	0	0	0	0
44	1	1	0	0	0	0
45	0	0	0	0	0	0
46	0	0	0	0	0	0
47	0	1	0	0	0	1
48	0	1	0	0	1	0
49	0	1	0	0	0	0
50	0	1	0	0	1	0



Suj. 51-100, var. 7-12

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Rsc	Ans	Fi	Pfe	Fr	Fn
51	0	0	1	0	1	0
52	0	0	1	1	0	1
53	0	1	0	0	0	1
54	0	0	0	0	0	1
55	0	0	1	1	1	1
56	1	1	0	0	0	0
57	0	0	0	0	0	0
58	0	1	0	0	0	0
59	0	0	1	1	1	1
60	0	0	0	0	0	1
61	0	0	0	0	1	0
62	0	0	1	0	0	0
63	0	1	0	0	0	0
64	1	0	1	0	0	0
65	0	0	1	1	0	1
66	0	0	0	0	1	0
67	0	0	0	0	0	0
68	1	0	0	0	0	0
69	1	1	1	0	1	1
70	0	1	0	0	0	0
71	0	0	0	0	0	1
72	0	1	0	0	0	0
73	1	1	1	1	0	1
74	1	1	0	0	1	0
75	0	1	1	0	1	0
76	0	0	0	0	0	0
77	0	0	0	0	0	0
78	0	1	0	0	0	0
79	1	1	1	0	1	1
80	0	1	1	0	1	1
81	0	0	0	0	0	0
82	0	0	1	1	0	1
83	0	1	1	0	1	1
84	1	1	0	0	0	0
85	0	0	0	0	0	0
86	0	0	0	0	0	0
87	0	1	0	0	0	0
88	0	0	0	0	0	0
89	0	0	0	0	0	1
90	0	0	1	0	0	1
91	1	1	0	0	1	1
92	1	1	1	1	1	0
93	0	1	1	0	1	0
94	0	1	1	0	0	0
95	1	1	1	0	0	0
96	0	1	0	1	0	0
97	1	1	1	1	0	0
98	0	0	1	1	0	1
99	0	1	0	0	1	0
100	0	0	0	0	0	1



Suj. 101-150, var. 7-12

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Rsc	Ans	Fi	Pfe	Fr	Fn
101	1	1	0	0	0	0
102	1	0	1	0	0	0
103	0	0	0	0	0	1
104	1	1	0	0	1	0
105	0	1	1	1	1	0
106	0	1	0	0	1	1
107	0	0	0	0	1	1
108	0	1	0	0	0	1
109	1	1	0	0	0	0
110	1	0	1	1	1	0
111	0	1	0	0	1	1
112	0	0	0	0	1	0
113	0	0	0	0	0	0
114	1	1	1	0	1	0
115	1	1	1	0	1	1
116	0	0	1	1	1	1
117	1	1	1	1	1	1
118	1	1	1	0	0	0
119	1	1	0	0	0	0
120	0	1	0	0	0	0
121	0	0	0	0	1	0
122	0	1	0	0	0	0
123	0	0	1	0	0	0
124	0	0	0	0	1	0
125	1	1	0	0	0	0
126	1	1	1	0	1	1
127	0	1	0	0	0	1
128	0	0	1	0	1	0
129	1	1	1	0	0	0
130	0	0	1	0	0	1
131	0	0	1	0	0	0
132	0	0	1	1	1	1
133	1	1	1	0	0	0
134	0	0	0	1	0	0
135	0	0	1	0	0	1
136	0	0	1	0	1	0
137	0	0	0	0	0	1
138	1	1	0	0	0	0
139	0	0	1	0	1	0
140	0	1	0	0	0	0
141	1	1	1	1	1	0
142	0	0	0	0	0	0
143	0	0	0	0	1	0
144	0	1	1	0	0	0
145	0	0	0	0	0	0
146	0	1	0	0	0	0
147	1	1	0	0	0	1
148	0	1	0	0	0	0
149	1	1	0	0	1	0
150	0	0	0	0	1	0



Suj. 151-189, var. 7-12

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Rsc	Ans	Fi	Pfe	Fr	Fn
151	1	1	1	0	1	1
152	0	0	1	1	1	1
153	0	0	1	0	1	1
154	0	0	0	0	1	0
155	0	1	0	0	0	1
156	0	1	1	1	1	1
157	0	0	0	0	0	1
158	0	1	0	0	0	0
159	0	1	0	0	0	1
160	0	1	0	0	1	0
161	0	1	1	0	1	0
162	1	1	0	0	0	0
163	0	0	1	0	0	0
164	0	1	1	0	0	0
165	0	0	1	1	0	0
166	1	1	1	0	1	1
167	0	0	0	0	1	0
168	0	0	0	0	0	0
169	0	1	1	0	0	1
170	0	1	0	0	1	0
171	1	0	1	1	0	0
172	0	1	1	0	0	1
173	0	1	1	1	0	0
174	0	0	0	0	0	0
175	0	1	0	0	0	0
176	0	1	0	0	0	0
177	0	0	0	0	1	0
178	0	0	1	1	1	1
179	1	1	0	0	0	0
180	0	0	0	0	1	0
181	1	0	1	0	1	1
182	1	1	0	0	0	0
183	1	1	0	0	0	0
184	0	1	0	0	0	0
185	1	1	0	0	0	0
186	0	0	0	0	1	0
187	1	1	0	0	0	1
188	1	1	0	0	0	0
189	0	0	0	0	1	0



Suj. 1-50, var. 13-18

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Sra	Mr	Cd	Rej	Fda	Vd
1	1	0	1	1	1	1
2	1	0	0	0	1	0
3	1	0	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	1
5	0	0	0	0	0	1
6	1	0	0	0	0	0
7	0	0	0	1	0	1
8	0	0	0	1	0	1
9	0	0	0	0	0	1
10	1	0	0	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	0	0	0	0	1	1
13	0	0	0	0	1	0
14	0	0	0	0	0	1
15	0	0	1	0	0	1
16	0	0	0	0	0	1
17	1	0	0	0	0	1
18	0	0	0	0	1	0
19	1	0	0	0	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	0	0	0	0	0	0
22	0	0	1	1	1	1
23	0	0	0	1	0	0
24	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	1	0	1
26	1	0	1	1	1	1
27	0	0	0	1	0	1
28	0	0	1	1	0	1
29	1	0	1	1	0	1
30	0	0	1	1	0	1
31	1	1	1	0	0	1
32	1	1	1	0	1	1
33	0	0	0	0	0	1
34	1	1	0	0	0	1
35	0	0	0	0	0	0
36	1	0	1	1	0	1
37	0	0	0	0	0	1
38	0	0	0	1	0	0
39	0	0	0	0	0	0
40	0	0	1	0	0	1
41	0	0	0	0	0	1
42	1	0	0	1	1	1
43	1	0	0	1	1	1
44	1	0	0	0	0	1
45	0	0	1	0	0	1
46	0	0	1	0	0	0
47	1	0	1	1	0	1
48	1	0	1	0	0	1
49	1	0	1	1	0	0
50	0	0	0	0	0	0



Suj. 51-100, var. 13-18

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Sra	Mr	Cd	Rej	Fda	Vd
51	0	0	0	0	0	0
52	1	0	0	0	0	1
53	1	1	0	0	1	1
54	0	0	1	1	1	1
55	1	0	1	1	0	1
56	0	1	1	1	0	1
57	1	1	0	1	0	0
58	1	0	0	0	0	1
59	0	0	0	0	0	1
60	0	0	1	0	0	1
61	1	1	1	0	1	1
62	0	0	1	1	0	0
63	0	0	0	1	0	0
64	1	0	1	1	1	1
65	1	0	1	1	0	1
66	0	0	0	0	1	1
67	1	0	1	1	1	1
68	1	0	1	1	0	1
69	1	0	1	0	0	1
70	1	0	0	0	1	1
71	1	0	0	1	0	1
72	0	0	0	0	0	1
73	1	0	0	0	1	1
74	1	0	0	1	1	1
75	1	0	1	0	1	1
76	1	0	0	0	0	1
77	0	0	1	0	0	1
78	0	0	1	0	1	0
79	0	0	0	0	1	0
80	0	0	0	0	1	0
81	0	0	0	0	0	0
82	0	0	1	0	0	0
83	1	0	0	0	1	1
84	1	1	1	1	1	1
85	1	0	0	1	1	1
86	1	0	1	1	0	1
87	0	0	0	0	0	0
88	1	0	0	1	0	1
89	1	0	1	0	0	1
90	0	0	0	0	0	0
91	1	0	1	0	1	1
92	1	0	0	0	0	1
93	0	0	0	0	0	0
94	1	0	1	0	0	1
95	1	1	1	1	0	1
96	1	0	0	0	1	1
97	1	0	1	1	1	1
98	1	0	0	1	1	0
99	1	0	0	1	0	1
100	1	0	0	0	0	0



Suj. 101-150, var. 13-18

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Sra	Mr	Cd	Rej	Fda	Vd
101	0	0	0	0	0	1
102	1	1	0	1	1	1
103	1	0	0	1	0	1
104	1	0	1	1	1	1
105	1	0	0	0	0	0
106	0	0	0	1	0	1
107	0	0	0	0	0	1
108	0	0	0	1	0	1
109	0	0	0	1	0	1
110	0	0	1	0	1	1
111	1	0	0	0	1	1
112	1	0	1	1	0	1
113	1	0	1	0	1	1
114	1	0	1	1	1	1
115	1	1	1	1	1	1
116	0	0	0	1	1	0
117	1	0	1	1	1	1
118	0	0	1	1	1	1
119	0	0	1	1	1	1
120	1	0	0	1	0	1
121	0	0	0	1	0	1
122	0	0	0	1	0	1
123	0	0	0	1	1	1
124	1	0	0	0	0	1
125	1	0	1	0	1	1
126	1	1	1	0	1	1
127	1	0	1	1	1	1
128	0	0	0	1	0	1
129	0	0	1	0	0	1
130	1	0	1	0	1	1
131	0	0	0	1	1	1
132	1	0	0	1	1	1
133	1	1	1	1	1	1
134	0	0	1	1	0	1
135	1	0	1	1	1	1
136	1	0	0	0	0	1
137	1	0	1	0	1	1
138	1	0	1	1	1	1
139	0	0	0	0	0	0
140	0	0	0	1	0	1
141	0	0	1	0	0	1
142	1	0	0	0	1	1
143	1	0	1	1	1	1
144	0	1	0	0	0	1
145	0	0	1	1	0	1
146	0	0	0	0	0	1
147	1	0	1	0	0	1
148	1	0	0	0	0	1
149	1	0	1	1	0	1
150	0	0	1	1	0	1



Suj. 151-189, var. 13-18

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Sra	Mr	Cd	Rej	Fda	Vd
151	0	0	0	0	1	1
152	0	0	0	1	0	1
153	0	0	1	1	1	1
154	0	1	1	1	1	0
155	1	0	1	1	0	1
156	0	0	0	0	0	0
157	1	1	1	1	1	1
158	0	0	0	0	0	1
159	0	0	0	1	1	1
160	1	0	0	0	0	1
161	0	1	0	1	1	1
162	1	1	1	1	1	1
163	1	0	0	1	0	1
164	1	1	1	1	1	1
165	1	0	1	0	0	1
166	0	0	0	1	0	1
167	1	0	1	0	0	1
168	0	0	0	0	0	0
169	1	0	1	0	1	1
170	1	0	1	1	1	1
171	1	1	1	1	1	1
172	0	0	0	0	1	1
173	0	0	0	0	0	1
174	0	0	1	0	1	1
175	0	1	1	1	0	1
176	1	0	1	1	1	1
177	1	1	1	1	0	1
178	0	0	1	1	0	1
179	1	0	0	0	0	1
180	0	0	1	1	0	1
181	0	0	1	1	1	1
182	1	0	1	0	1	1
183	0	0	0	1	1	0
184	1	0	0	1	1	1
185	1	0	1	1	0	1
186	0	0	0	0	1	1
187	1	0	1	0	1	1
188	0	0	0	1	0	1
189	0	0	1	1	1	1



Suj. 1-50, var. 19-24

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Va	Fic	Ei	Rohn	Pvni	Reln
1	1	1	1	0	0	0
2	1	1	1	1	0	0
3	1	1	0	1	0	1
4	1	0	1	1	1	1
5	1	0	0	1	0	0
6	1	0	1	0	0	0
7	1	0	0	1	0	1
8	0	1	0	1	0	1
9	1	1	1	0	0	0
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	0	1	1
12	1	1	0	1	0	1
13	1	1	0	1	0	0
14	0	0	0	0	0	0
15	1	0	0	1	0	1
16	0	0	1	1	0	1
17	1	1	0	0	0	1
18	1	0	1	1	0	1
19	1	0	1	0	0	1
20	1	0	0	1	0	1
21	1	0	0	0	0	1
22	1	1	1	0	0	1
23	1	0	0	1	0	1
24	1	0	0	1	0	0
25	1	1	1	0	0	1
26	0	0	0	0	0	0
27	1	0	1	0	1	0
28	1	1	1	0	0	1
29	1	1	1	0	0	1
30	0	1	0	0	0	0
31	1	0	1	1	0	0
32	1	0	1	1	0	0
33	0	0	1	1	0	1
34	1	1	1	0	0	1
35	1	0	1	0	0	0
36	1	1	1	1	0	0
37	1	1	1	0	0	1
38	1	0	1	1	0	1
39	1	1	0	1	0	0
40	1	0	1	0	0	0
41	0	0	0	0	0	0
42	1	0	1	0	0	0
43	0	1	1	1	0	1
44	1	1	0	1	0	0
45	1	0	1	0	0	1
46	1	1	1	0	0	1
47	1	1	1	1	0	0
48	0	1	1	1	0	1
49	1	1	0	1	1	0
50	0	0	0	0	0	1



Suj. 51-100, var. 19-24

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Va	Fic	Ei	Rohn	Pvni	Reln
51	1	0	1	0	0	0
52	1	0	1	1	0	1
53	1	1	1	1	0	0
54	1	1	1	0	0	0
55	1	1	1	0	0	0
56	1	0	0	0	1	1
57	1	0	0	1	0	1
58	1	1	1	1	0	0
59	1	0	1	0	0	1
60	1	1	1	0	0	0
61	1	1	1	1	0	0
62	1	1	1	1	1	0
63	1	0	0	0	0	1
64	1	0	1	1	0	0
65	1	0	0	0	0	0
66	1	1	1	0	1	1
67	1	0	1	1	0	0
68	1	1	1	0	0	0
69	1	1	1	1	0	1
70	1	0	0	0	0	0
71	1	1	1	1	0	0
72	1	1	0	1	0	0
73	1	1	1	1	0	1
74	1	0	1	0	0	1
75	1	0	1	0	0	0
76	1	1	0	1	0	1
77	1	0	1	0	0	0
78	1	1	0	0	0	1
79	1	0	0	1	0	0
80	1	0	1	0	1	1
81	1	1	1	1	0	1
82	1	0	0	0	0	1
83	1	1	0	0	0	1
84	1	1	1	1	1	1
85	1	0	0	1	0	1
86	1	1	1	1	0	1
87	1	0	0	1	0	1
88	1	0	1	0	0	0
89	1	1	1	0	0	1
90	0	0	0	1	0	0
91	1	1	1	1	0	0
92	1	0	1	0	0	0
93	1	1	0	1	0	1
94	1	1	1	1	0	1
95	1	0	1	1	0	0
96	1	1	1	0	0	1
97	1	1	1	1	0	1
98	1	0	0	0	0	0
99	1	1	1	1	0	1
100	1	0	0	1	0	0



Suj. 101-150, var. 19-24

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Va	Fic	Ei	Rohn	Pvni	Reln
101	1	0	0	1	0	0
102	1	1	1	1	0	1
103	1	1	1	0	0	1
104	1	1	1	0	1	1
105	1	0	1	1	0	0
106	1	0	1	0	0	1
107	1	1	1	1	0	0
108	1	0	1	1	0	0
109	1	1	1	0	0	1
110	1	0	1	1	0	1
111	1	1	1	0	0	1
112	1	1	1	0	0	1
113	1	1	0	1	0	1
114	1	1	1	1	1	1
115	1	1	1	1	0	1
116	1	1	0	0	0	0
117	1	1	1	1	0	0
118	1	1	0	1	0	0
119	1	0	1	0	1	1
120	1	1	1	0	0	0
121	1	0	1	0	1	1
122	1	0	1	0	0	1
123	1	1	1	0	1	1
124	1	0	0	0	0	0
125	1	1	1	1	1	1
126	1	1	0	0	0	0
127	1	0	0	0	0	0
128	1	0	1	0	0	0
129	1	1	1	0	0	1
130	1	0	1	0	0	1
131	1	1	1	1	0	1
132	1	0	1	0	0	1
133	1	1	1	1	1	1
134	1	0	1	0	0	1
135	1	0	1	0	0	1
136	0	1	1	0	0	1
137	1	0	1	1	0	1
138	1	1	1	1	0	1
139	1	1	1	1	0	1
140	1	1	1	0	0	1
141	1	1	1	0	1	1
142	0	1	0	0	0	1
143	1	1	0	1	0	1
144	0	0	1	1	0	1
145	1	1	1	1	0	1
146	1	0	1	1	0	0
147	1	0	1	1	0	1
148	1	1	1	0	0	1
149	1	1	1	1	0	0
150	1	1	1	1	0	1



Suj. 151-189, var. 19-24

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	Va	Fic	Ei	Rohn	Pvni	Reln
151	1	1	1	1	0	1
152	0	0	1	0	0	1
153	1	1	1	0	0	1
154	1	1	1	1	0	1
155	1	1	1	1	0	1
156	1	0	0	0	0	1
157	1	0	1	1	0	1
158	1	1	1	0	0	0
159	1	1	1	0	1	1
160	1	0	1	0	0	1
161	0	0	0	0	0	0
162	1	0	1	0	1	1
163	1	1	1	0	0	1
164	1	1	1	0	0	1
165	1	0	1	0	0	0
166	1	1	1	1	1	1
167	0	0	0	0	0	1
168	1	1	1	1	0	1
169	1	1	1	1	0	1
170	1	1	1	0	0	1
171	1	0	1	1	0	1
172	1	1	1	0	0	1
173	1	0	1	1	1	0
174	1	1	1	0	0	1
175	1	1	1	0	1	1
176	1	0	1	0	1	0
177	1	1	1	0	1	1
178	1	1	1	0	0	0
179	1	0	1	1	0	0
180	1	1	1	1	1	1
181	1	1	1	1	0	1
182	1	1	1	0	0	0
183	1	1	1	0	0	1
184	1	1	1	1	1	1
185	1	1	1	0	0	1
186	1	1	1	0	1	1
187	1	0	1	0	0	1
188	1	0	1	1	0	1
189	1	1	1	0	0	1



Suj. 1-50, var. 25-30

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	nacd	Totacd	RT	RP	PO	MO
1	0	0	3	1	1	1
2	0	0	1	1	1	2
3	0	0	3	1	1	1
4	0	0	3	1	1	1
5	0	0	2	1	1	2
6	0	0	2	3	1	1
7	0	0	3	3	1	1
8	0	0	1	1	1	2
9	0	0	3	1	1	1
10	0	0	3	3	1	1
11	0	0	3	1	1	1
12	0	0	1	1	1	1
13	0	0	2	1	1	2
14	0	0	1	1	1	2
15	0	0	1	1	1	1
16	0	0	1	1	1	3
17	0	0	1	1	1	2
18	0	0	2	1	1	1
19	0	0	1	1	1	2
20	0	0	1	1	1	2
21	0	0	1	3	1	2
22	0	0	1	3	1	4
23	0	0	1	1	3	1
24	0	0	3	1	1	2
25	0	0	3	3	0	1
26	0	0	3	1	1	1
27	0	0	3	1	1	1
28	0	0	1	5	1	2
29	0	0	3	1	0	1
30	0	0	1	1	1	1
31	0	0	1	1	1	2
32	0	0	1	1	1	1
33	0	0	1	1	1	3
34	0	0	2	1	1	2
35	0	0	1	1	1	1
36	0	0	2	1	1	1
37	0	0	2	1	1	2
38	0	0	2	1	1	1
39	0	0	3	1	1	2
40	0	0	2	1	1	1
41	0	0	3	3	1	2
42	0	0	1	1	1	1
43	0	0	3	3	1	1
44	0	0	3	1	1	1
45	0	0	1	1	1	1
46	0	0	2	1	1	2
47	0	0	2	3	1	2
48	0	0	3	1	1	2
49	0	0	3	1	1	2
50	0	0	3	3	1	2



Suj. 51-100, var. 25-30

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	nacd	Totacd	RT	RP	PO	MO
51	0	0	1	3	1	1
52	0	0	2	1	1	2
53	0	0	3	3	1	1
54	0	0	1	1	1	2
55	0	0	1	1	3	0
56	0	0	1	1	1	2
57	0	0	1	1	1	1
58	0	0	1	1	1	2
59	0	0	2	1	1	0
60	0	0	2	1	1	1
61	0	0	3	1	1	1
62	0	0	2	1	1	1
63	0	0	1	1	1	1
64	0	0	1	1	3	2
65	0	0	3	1	0	2
66	0	0	3	3	1	1
67	0	0	3	1	1	2
68	0	0	3	1	1	2
69	2	4	1	1	1	1
70	1	1	2	1	1	1
71	2	2	1	1	1	2
72	1	1	3	1	1	2
73	1	2	3	1	1	1
74	1	1	3	1	3	1
75	1	1	1	1	1	1
76	2	2	2	1	1	2
77	2	2	3	1	1	1
78	1	1	3	1	1	2
79	4	4	3	1	1	1
80	3	3	1	1	1	1
81	1	1	2	1	1	1
82	1	1	2	1	0	1
83	3	3	3	1	1	1
84	2	2	2	1	1	1
85	1	1	1	1	1	1
86	1	1	1	3	1	1
87	1	1	1	1	1	2
88	1	1	2	1	1	2
89	4	4	1	1	1	1
90	1	1	1	1	1	2
91	2	2	1	1	1	1
92	3	3	1	1	0	1
93	1	1	1	1	1	1
94	1	1	1	1	1	1
95	1	1	1	1	1	1
96	1	1	1	1	0	1
97	2	2	1	1	1	1
98	1	2	2	1	1	1
99	1	2	1	3	1	2
100	1	1	1	1	1	2



Suj. 101-150, var. 25-30

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	nacd	Totacd	RT	RP	PO	MO
101	1	1	2	1	1	1
102	4	4	3	1	1	1
103	1	1	2	3	1	1
104	2	2	1	1	1	1
105	2	2	3	1	0	1
106	2	2	2	1	1	1
107	1	1	2	1	1	1
108	1	2	2	1	1	1
109	1	1	2	1	1	1
110	1	3	1	1	1	1
111	3	3	1	1	1	1
112	1	1	3	3	1	1
113	2	2	3	1	1	1
114	4	4	2	3	1	2
115	3	3	3	3	1	2
116	1	3	3	1	1	1
117	2	3	3	3	1	1
118	2	3	1	1	1	2
119	1	4	2	1	1	1
120	1	1	1	1	1	1
121	1	1	3	1	1	2
122	2	2	2	1	1	1
123	2	2	3	1	1	1
124	2	2	1	1	1	1
125	1	1	3	1	1	2
126	1	4	1	3	1	2
127	3	3	1	1	1	1
128	1	1	2	1	1	1
129	4	4	2	1	1	2
130	1	1	3	3	1	1
131	1	1	2	1	1	2
132	2	2	3	3	1	2
133	3	4	3	3	1	2
134	1	2	3	1	1	2
135	2	3	2	5	1	1
136	3	3	3	1	1	1
137	1	1	3	3	1	1
138	1	1	1	1	1	2
139	1	1	1	1	1	2
140	1	1	1	1	1	1
141	4	4	3	1	0	2
142	1	1	2	1	3	1
143	1	2	3	3	1	1
144	1	1	3	1	1	1
145	3	3	3	3	1	2
146	1	1	3	1	1	1
147	4	4	3	1	1	2
148	1	2	1	1	1	1
149	1	1	1	3	1	2
150	1	2	2	3	1	1



Suj. 151-189, var. 25-30

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	nacd	Totacd	RT	RP	PO	MO
151	3	3	3	1	1	1
152	2	2	2	1	0	1
153	1	1	2	5	1	1
154	2	2	2	1	1	1
155	1	1	3	3	1	2
156	1	2	1	1	0	1
157	2	2	3	1	1	1
158	1	1	3	3	1	1
159	1	4	1	1	1	2
160	4	4	2	1	1	1
161	1	1	3	1	1	1
162	1	1	1	1	1	1
163	2	2	1	3	1	2
164	2	4	3	1	1	2
165	1	1	3	1	1	1
166	2	3	3	3	1	2
167	1	1	3	1	1	1
168	1	1	1	1	1	1
169	1	3	2	5	1	1
170	1	2	3	1	1	2
171	2	2	3	1	1	0
172	2	2	3	1	1	2
173	1	1	3	3	0	1
174	1	2	1	1	1	3
175	2	3	3	1	1	1
176	1	1	1	1	1	1
177	2	2	3	1	1	1
178	3	3	1	1	0	2
179	2	2	3	3	1	1
180	1	1	2	5	1	2
181	2	2	3	1	1	1
182	1	1	1	1	1	2
183	1	2	3	1	1	2
184	2	4	1	1	1	1
185	1	2	3	1	1	2
186	3	3	3	1	1	2
187	1	2	1	1	1	2
188	1	2	1	1	1	2
189	1	4	3	1	1	2



Suj. 1-50, var. 31-36

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	PPG	MPG	Valrisco	Catrisco	Ansied%	Hap
1	2	2	101	4	60.00	0
2	1	4	28	1	32.50	0
3	2	2	78	2	45.00	1
4	2	2	54	1	38.75	1
5	1	4	12	1	45.00	0
6	1	2	43	1	45.00	0
7	1	2	66	2	43.75	0
8	2	4	8	1	30.00	0
9	1	2	22	1	32.50	0
10	1	2	15	1	36.25	0
11	2	2	88	3	46.25	1
12	1	2	51	1	46.25	0
13	1	4	29	1	37.50	0
14	2	4	8	1	32.50	0
15	2	2	9	1	35.00	0
16	2	3	29	1	40.00	0
17	2	4	16	1	36.25	0
18	2	1	40	1	32.50	0
19	2	4	49	1	48.75	0
20	2	4	89	3	47.50	0
21	1	4	18	1	30.00	0
22	2	2	24	1	32.50	0
23	3	2	30	1	42.50	0
24	1	4	41	1	40.00	0
25	7	2	48	1	38.75	0
26	1	2	80	3	38.75	0
27	1	1	58	1	42.50	0
28	2	4	50	1	43.75	0
29	7	2	38	1	38.75	0
30	2	2	46	1	32.50	0
31	1	4	70	2	43.75	1
32	1	2	31	1	32.50	0
33	1	3	35	1	42.50	0
34	1	4	71	2	51.25	1
35	1	1	24	1	32.50	0
36	2	2	36	1	43.75	0
37	1	4	10	1	36.25	0
38	2	2	43	1	30.00	0
39	2	4	20	1	31.25	0
40	2	2	24	1	33.75	0
41	1	4	19	1	41.25	0
42	2	2	24	1	33.75	0
43	2	2	32	1	43.75	0
44	2	1	79	2	52.50	0
45	2	2	29	1	36.25	1
46	2	4	36	1	33.75	0
47	1	4	49	1	43.75	0
48	1	4	8	1	41.25	0
49	2	4	22	1	43.75	0
50	1	4	26	1	42.50	0



Suj. 51-100, var. 31-36

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Selecao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	PPG	MPG	Valrisco	Catrisco	Ansied%	Hap
51	1	1	23	1	32.50	1
52	1	4	18	1	36.50	0
53	2	2	55	1	42.50	1
54	2	4	35	1	26.25	1
55	2	6	50	1	37.50	0
56	2	4	97	3	52.50	0
57	2	2	26	1	40.00	1
58	2	4	33	1	41.25	1
59	1	6	20	1	36.25	0
60	1	1	36	1	31.25	0
61	2	2	47	1	37.50	0
62	1	2	57	1	40.00	1
63	2	2	27	1	47.50	1
64	3	4	64	2	35.00	1
65	7	4	23	1	31.25	0
66	2	2	46	1	38.75	0
67	2	4	48	1	38.75	0
68	2	4	85	3	38.75	1
69	1	2	84	3	41.25	1
70	1	2	40	1	45.00	0
71	2	4	44	1	40.00	0
72	2	4	61	1	42.50	0
73	2	2	87	3	61.25	0
74	3	2	94	3	57.50	1
75	2	2	47	1	50.00	0
76	1	4	39	1	33.75	1
77	1	2	30	1	36.25	1
78	1	4	52	1	42.50	0
79	2	2	66	2	46.25	0
80	1	1	21	1	41.25	1
81	1	2	23	1	36.25	0
82	7	1	29	1	38.75	0
83	1	2	34	1	47.50	1
84	1	2	86	3	55.00	1
85	1	2	45	1	37.50	0
86	2	2	50	1	35.00	1
87	1	4	42	1	42.50	0
88	2	4	22	1	33.75	0
89	1	1	62	1	33.75	0
90	1	4	15	1	33.75	0
91	2	2	70	2	46.25	1
92	7	2	76	2	55.00	0
93	2	2	34	1	50.00	0
94	2	2	34	1	50.00	0
95	2	2	79	2	56.25	0
96	7	2	61	1	41.25	1
97	1	2	93	3	65.00	1
98	1	2	37	1	40.00	0
99	2	4	62	1	47.50	1
100	1	4	26	1	37.50	0



Suj. 101-150, var. 31-36

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	PPG	MPG	Valrisco	Catrisco	Ansied%	Hap
101	1	2	65	2	52.50	1
102	2	2	104	4	40.00	0
103	1	2	33	1	38.75	0
104	2	2	112	5	66.25	1
105	7	2	49	1	42.50	0
106	1	1	41	1	43.75	0
107	1	1	33	1	36.25	0
108	1	2	42	1	47.50	0
109	1	2	93	3	50.00	1
110	2	2	79	2	36.25	1
111	1	2	41	1	41.25	1
112	2	2	12	1	33.75	0
113	2	2	41	1	34.75	0
114	2	4	65	2	50.00	1
115	2	4	89	3	41.25	0
116	2	2	46	1	36.25	1
117	2	2	92	3	55.00	1
118	1	4	71	2	43.75	0
119	1	2	80	3	47.50	0
120	2	2	54	1	46.25	1
121	2	4	33	1	35.00	0
122	2	2	28	1	43.75	0
123	2	2	23	1	32.50	0
124	1	2	23	1	35.00	0
125	2	4	75	2	41.25	1
126	1	4	70	2	55.00	0
127	1	2	57	1	41.25	0
128	2	2	24	1	35.00	0
129	2	4	109	5	42.50	0
130	2	2	63	1	37.50	0
131	2	4	20	1	40.00	0
132	1	4	54	1	40.00	0
133	1	4	109	5	60.00	0
134	2	4	30	1	28.75	0
135	1	1	50	1	38.75	1
136	2	2	36	1	36.25	0
137	2	2	42	1	40.00	0
138	2	4	68	2	46.25	0
139	1	4	38	1	38.75	1
140	2	2	35	1	42.50	0
141	7	4	65	2	41.25	0
142	3	2	42	1	40.00	0
143	2	2	38	1	40.00	0
144	1	1	49	1	42.50	0
145	2	4	12	1	40.00	0
146	1	2	39	1	42.50	0
147	1	4	64	2	42.50	0
148	1	2	57	1	45.00	0
149	2	4	77	2	48.75	0
150	2	2	37	1	36.25	0



Suj. 151-189, var. 31-36

HEADER DATA FOR: C:QUEST24 LABEL: Seleccao de 36 variaveis agrupadas  
 NUMBER OF CASES: 189 NUMBER OF VARIABLES: 36

	PPG	MPG	Valrisco	Catrisco	Ansied%	Hap
151	1	1	100	4	46.25	0
152	7	1	38	1	36.25	0
153	2	2	35	1	36.25	1
154	2	2	30	1	38.75	0
155	2	4	60	1	42.50	0
156	7	2	62	1	51.25	0
157	2	2	36	1	30.00	1
158	2	2	50	1	41.25	0
159	1	4	45	1	48.75	0
160	2	2	42	1	41.25	0
161	2	1	58	1	46.25	0
162	1	1	70	2	47.50	0
163	1	4	35	1	27.50	0
164	2	4	55	1	43.75	0
165	2	1	51	1	35.00	0
166	2	4	84	3	50.00	0
167	2	2	57	1	36.25	0
168	2	2	29	1	32.50	0
169	1	2	49	1	43.75	0
170	2	4	41	1	42.50	0
171	2	6	65	2	33.75	1
172	2	4	33	1	43.75	1
173	7	2	47	1	50.00	0
174	2	3	42	1	37.50	0
175	1	2	36	1	42.50	0
176	2	2	51	1	48.75	0
177	2	2	43	1	33.75	1
178	7	4	28	1	40.00	0
179	2	2	69	2	48.75	0
180	1	4	27	1	30.00	0
181	2	2	64	2	40.00	0
182	2	4	71	2	43.75	0
183	2	4	66	2	46.25	0
184	2	2	41	1	41.25	0
185	2	4	70	2	46.25	0
186	2	4	21	1	40.00	0
187	1	4	69	2	42.50	0
188	2	4	64	2	42.50	0
189	2	4	35	1	30.00	1



Combinação do Risco Suicidário e da Ansiedade  
por idades nos sujeitos s/acd e c/acd

## 15 anos s/acd

	N	Ord	ValRisco	CatRisco	Ans%	AcId	AcdTot
R.B.-A.B.	1	2	28	1	32.50	0	0
R.B.-A.E.	0	-	-	-	-	-	-
R.E.-A.B.	0	-	-	-	-	-	-
R.E.-A.E.	2	1	101	4	60.00	0	0
		3	78	2	45.00	0	0

## 15 anos c/acd

R.B.-A.B.	2	6	44	1	40.00	2	2
		11	39	1	23.75	2	2
R.B.-A.E.	3	5	40	1	45.00	1	1
		7	61	1	42.50	1	1
		10	47	1	50.00	1	1
R.E.-A.B.	0	-	-	-	-	-	-
R.E.-A.E.	3	4	84	3	41.25	2	4
		8	87	3	61.25	1	2
		9	94	3	57.50	1	1

RESUMO: Sujeitos de 15 anos  
Sem acidentes

	N	AcId	Tot
R.B.-A.B.	1	0	0
R.B.-A.E.	-	-	-
R.E.-A.B.	-	-	-
R.E.-A.E.	2	0	0

## Com acidentes

R.B.-A.B.	2	4	4
R.B.-A.E.	3	2	3
R.E.-A.B.	-	-	-
R.E.-A.E.	3	4	7

---



## 16 anos s/acd

	N	Ord	ValRisco	CatRisco	Ans%	AcId	AcdTot
R.B.-A.B.	12	12	54	1	38.75	0	0
		16	8	1	30.00	0	0
		17	22	1	32.50	0	0
		18	15	1	36.25	0	0
		21	29	1	37.50	0	0
		22	8	1	32.50	0	0
		23	9	1	35.00	0	0
		24	29	1	40.00	0	0
		25	16	1	36.25	0	0
		26	40	1	32.50	0	0
		29	18	1	30.00	0	0
		30	14	1	32.50	0	0
R.B.-A.E.	5	13	12	1	45.00	0	0
		14	43	1	45.00	0	0
		20	51	1	46.25	0	0
		27	49	1	48.75	0	0
		31	30	1	42.50	0	0
R.E.-A.B.	0	-	-	-	-	-	-
R.E.-A.E.	3	15	66	2	43.75	0	0
		19	88	3	46.25	0	0
		28	89	3	47.50	0	0

## 16 anos c/acd

R.B.-A.B.	11	32	30	1	86.25	2	2
		36	23	1	36.25	1	1
		37	29	1	38.75	1	1
		40	45	1	37.50	1	1
		41	50	1	35.00	1	1
		43	22	1	33.75	1	1
		44	62	1	33.75	4	4
		45	15	1	33.75	1	1
		53	37	1	40.00	1	2
		55	26	1	37.50	1	1
		58	33	1	38.75	1	1
R.B.-A.E.	8	33	52	1	42.50	1	1
		35	21	1	41.25	3	3
		38	34	1	47.50	3	3
		42	42	1	42.50	1	1
		48	34	1	50.00	1	1
		49	34	1	50.00	1	1
		51	61	1	41.25	1	1
54	62	1	47.50	1	2		
R.E.-A.B.	1	57	104	4	40.00	4	4



R.E.-A.E.	7	34	66	2	46.25	4	4
		39	86	3	55.00	2	2
		46	70	2	46.25	2	2
		47	76	2	55.00	3	3
		50	79	2	56.25	1	1
		52	93	3	65.00	2	2
		56	65	2	52.50	1	1

RESUMO: Sujeitos de 16 anos  
Sem acidentes

	N	Acid	Tot
R.B.-A.B.	12	0	0
R.B.-A.E.	5	0	0
R.E.-A.B.	0	-	-
R.E.-A.E.	3	0	0

Com acidentes

R.B.-A.B.	11	15	16
R.B.-A.E.	8	12	13
R.E.-A.B.	1	4	4
R.E.-A.E.	7	15	15

17 anos s/acid

	N	Ord	ValRisco	CatRisco	Ans%	AcidId	AcidTot
R.B.-A.B.	11	59	41	1	40.00	0	0
		60	48	1	38.75	0	0
		64	38	1	38.75	0	0
		65	46	1	32.50	0	0
		67	31	1	32.50	0	0
		70	24	1	32.50	0	0
		72	10	1	36.25	0	0
		73	43	1	30.00	0	0
		74	20	1	31.25	0	0
		75	24	1	33.75	0	0
		77	24	1	33.75	0	0
R.B.-A.E.	6	62	58	1	42.50	0	0
		63	50	1	43.75	0	0
		68	35	1	42.50	0	0
		71	36	1	43.75	0	0
		76	17	1	41.25	0	0
		78	32	1	43.75	0	0
R.E.-A.B.	1	61	80	3	38.75	0	0
R.E.-A.E.	3	66	70	2	43.75	0	0
		69	71	2	51.25	0	0
		79	79	2	52.50	0	0



## 17 c/acd

R.B.-A.B. 16	83	33	1	36.25	1	1
	88	12	1	33.75	1	1
	89	41	1	34.75	2	2
	92	46	1	36.25	1	3
	97	33	1	35.00	1	1
	99	23	1	32.50	2	2
	100	23	1	35.00	2	2
	104	24	1	35.00	1	1
	106	63	1	37.50	1	1
	107	20	1	40.00	1	1
	108	54	1	40.00	1	1
	110	30	1	28.75	1	2
	111	50	1	38.75	2	3
	112	36	1	36.35	2	2
	113	42	1	40.00	1	1
115	38	1	38.75	1	1	
R.B.-A.E. 7	81	49	1	42.50	2	2
	82	41	1	43.50	2	2
	84	42	1	47.50	1	2
	87	41	1	41.25	3	3
	96	54	1	46.25	1	1
	98	28	1	43.75	2	2
	103	57	1	41.25	3	4
R.E.-A.B. 1	86	79	2	36.25	1	3
R.E.-A.E. 12	80	112	5	66.25	2	2
	85	93	3	50.00	1	1
	90	65	2	50.00	4	4
	91	89	3	41.25	3	3
	93	92	3	55.00	2	3
	94	71	2	43.75	2	3
	95	80	3	47.50	1	4
	101	75	2	41.25	1	1
	102	70	2	55.00	1	4
	105	109	5	42.50	4	4
109	109	5	60.00	3	4	
114	68	2	46.25	1	1	

RESUMO: Sujeitos de 17 anos  
Sem acidentes

	N	Acid	Tot
R.B.-A.B.	11	0	0
R.B.-A.E.	6	0	0
R.E.-A.B.	1	0	0
R.E.-A.E.	3	0	0

## Com acidentes

R.B.-A.B.	16	23	27
R.B.-A.E.	7	14	16
R.E.-A.B.	1	1	3
R.E.-A.E.	12	25	34



## 18 anos s/acd

	N	Ord	ValRisco	CatRisco	Ans%	AcId	AcTot
R.B.-A.B.	7	116	29	1	36.25	0	0
		117	36	1	33.75	0	0
		122	23	1	32.50	0	0
		123	18	1	36.25	0	0
		125	35	1	26.25	0	0
		126	50	1	37.50	0	0
		128	26	1	40.00	0	0
R.B.-A.E.	6	118	49	1	43.75	0	0
		119	8	1	41.25	0	0
		120	22	1	43.75	0	0
		121	26	1	42.50	0	0
		124	55	1	42.50	0	0
		129	33	1	41.25	0	0
R.E.-A.B.	0	-	-	-	-	-	-
R.E.-A.E.	1	127	97	3	52.50	0	0

## 18 anos c/acd

R.B.-A.B.	12	132	42	1	40.00	1	1		
		133	38	1	40.00	1	2		
		135	12	1	40.00	3	3		
		140	37	1	36.25	1	2		
		142	48	1	36.25	2	2		
		143	35	1	36.25	1	1		
		144	30	1	38.75	2	2		
		147	36	1	30.00	2	2		
		153	35	1	27.50	2	2		
		155	51	1	35.00	1	1		
		157	57	1	36.25	1	1		
		158	29	1	32.50	1	1		
		R.B.-A.E.	12	130	35	1	42.50	1	1
				134	49	1	42.50	1	1
136	39			1	42.50	1	1		
138	57			1	45.00	1	2		
145	60			1	42.50	1	1		
146	62			1	51.25	1	2		
148	50			1	41.25	1	1		
149	45			1	48.75	1	4		
150	42			1	41.25	4	4		
151	58			1	46.25	1	1		
154	55			1	43.75	2	4		
155	49			1	43.75	1	3		
R.E.-A.B.	0	-	-	-	-	-	-		



R.E.-A.E.	6	131	65	2	41.25	4	4
		137	64	2	42.50	4	4
		139	77	2	48.75	1	1
		141	100	4	46.25	3	3
		152	70	2	47.50	1	1
		156	84	3	50.00	2	3

RESUMO: Sujeitos de 18 anos  
Sem acidentes

	N	Acid	Tot
R.B.-A.B.	7	0	0
R.B.-A.E.	6	0	0
R.E.-A.B.	0	-	-
R.E.-A.E.	1	0	0

Com acidentes

R.B.-A.B.	12	18	20
R.B.-A.E.	12	16	25
R.E.-A.B.	0	-	-
R.E.-A.E.	6	15	16

19 anos s/acid

	N	Ord	ValRisco	CatRisco	Ans%	AcidId	AcidTot
R.B.-A.B.	7	160	20	1	36.25	0	0
		161	36	1	31.25	0	0
		162	47	1	37.50	0	0
		163	57	1	40.00	0	0
		166	23	1	31.25	0	0
		167	46	1	38.75	0	0
		168	48	1	38.75	0	0
R.B.-A.E.	1	164	27	1	47.50	0	0
R.E.-A.B.	2	165	64	2	35.00	0	0
		169	85	3	38.75	0	0
R.E.-A.E.	0	-	-	-	-	-	-

19 anos c/acid

R.B.-A.B.	6	174	42	1	37.50	1	2
		177	43	1	33.75	2	2
		178	28	1	40.00	3	3
		180	27	1	30.00	1	1
		186	21	1	40.00	3	3
		189	35	1	30.00	1	4



R.B.-A.E.	6	170	41	1	42.50	1	2
		172	33	1	43.75	2	2
		173	47	1	50.00	1	1
		175	36	1	42.50	2	3
		176	51	1	48.75	1	1
		184	41	1	41.25	2	4
R.E.-A.B.	2	171	65	2	33.75	2	2
		181	64	2	40.00	2	2
R.E.-A.E.	6	179	69	2	48.75	2	2
		182	71	2	43.75	1	1
		183	66	2	46.25	1	2
		185	70	2	46.25	1	1
		187	69	2	42.50	1	2
		188	64	2	42.50	1	1

## RESUMO: Sujeitos de 19 anos

		N	Acid	Totais
Sem Acidentes	R.B.-A.B.	7	0	0
	R.B.-A.E.	1	0	0
	R.E.-A.B.	2	0	0
	R.E.-A.E.	0	0	0
com acidentes	R.B.-A.B.	6	11	15
	R.B.-A.E.	6	9	13
	R.E.-A-B.	2	4	4
	R.E.-A.E.	6	7	9



Escala de Risco Suicidário de J. STORK  
Grelha de cotação

Instrucções

- 1) A todas as respostas assinaladas como verdadeiras são atribuídas as cotações correspondentes, à exceção de alguns itens formulados pela negativa (itens 17, 18, 19, 32, 39 e 70). A esses será atribuída a pontuação correspondente (se todas as respostas forem assinaladas como falsas).
  
- 2) Procede-se, em seguida, ao somatório dos pontos obtidos, sendo o resultado um valor já standardizado, de acordo como os critérios de padronização estabelecidos.



Nº do Item	Itens 1-27	Cotação	
		V	F
1		1	
2		1	
3		1	
4		1	
5		2	
6		2	
7		3	
8		2	
9		2	
10		3	
11		2	
12		3	
13		3	
14		1	
15		2	
16		3	
17			3
18			2
19			3
20		3	
21		2	
22		3	
23		2	
24		1	
25		2	
26		1	
27		1	



## Itens 28-55

	V	F
28	3	
29	2	
30	1	
31	2	
32		3
33	3	
34	1	
35	2	
36	3	
37	1	
38	2	
39		3
40	2	
41	3	
42	3	
43	3	
44	1	
45	1	
46	2	
47	3	
48	2	
49	1	
50	3	
51	1	
52	3	
53	1	
54	2	
55	1	



## Itens 56-76

	V	F
56	2	
57	3	
58	2	
59	3	
60	2	
61	3	
62	3	
63	3	
64	1	
65	3	
66	3	
67	3	
68	3	
69	1	
70		1
71	2	
72	3	
73	3	
74	1	
75	1	
76	2	

## Classificação:

0-63	pontos	Estado "Normal"
64-79	pontos	Estado intermediário ou duvidoso
80-97	pontos	Fraco Risco
98-107	pontos	Risco Suicidário importante
mais de 107	pontos	risco Suicidário extremamente importante



## Escala de Ansiedade de ZUNG

## Grelha de cotação das respostas

- 20 perguntas com valor 1 a 4

- Mínimo 20 pontos, máximo 80 pontos

- Índice de ansiedade:  $I.A. = \frac{X}{80} \times 100$

- Ex.  $(60:80) \times 100 = 75$  interpretados em termos de 75%

1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	3	1
6	1	2	2	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	4	3	3	1
10	1	2	2	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4



**Distribuição dos sujeitos por Estabelecimento de Ensino  
dentro de cada Concelho**

**Concelho de Almada**

<u>Est. Ensino</u>	<u>Nº suj.</u>
Esc. Sec. de Almada	1
Esc. Sec. do Feijó	1
Esc. Sec. do Pragal	6
Ext. Frei Luís de Sousa	10
Es. Téc. Emídio Navarro	6
Total	24

**Concelho da Amadora**

Esc. Sec. Alto da Damaia	7
Esc. Sec. Amadora	3
Esc. Sec. Falagueira	20
Total	30

**Concelho de Cascais**

Esc. Sec. Cascais	24
Esc. Sec. S. João Estoril	7
Total	31

**Concelho de Lisboa**

Lycée Français Charles Lepierre	7
Ext. Crisfal	3
Ext. S. João de Brito	3
Esc. Sec. Antóino Arroio	1
Esc. Sec. Cidade Universitária	10
Esc. Sec. D. Pedro V	5
Esc. Ferreira Borges	4
Esc. Sec. Filipa de Lencastre	14
Esc. Sec. Gil Vicente	1
Esc. Sec. Lumiar	6
Esc. Sec. Pe António Vieira	5
Esc. Sec. Rainha D. Amélia	1
Esc. Sec. Restelo	13
Total	73

**Concelho de Oeiras**

Esc. Sec. de Carnaxide	1
Esc. Sec. Linda-a-Velha	2
Esc. Sec. Paço de Arcos	11
Esc. Sec. noturno	2
Total	16
Total	174



**Efectivos da Amostra por Concelho e local de residência  
(Detalhe)**

<b>Concelho</b>	<b>Residência</b>	<b>N</b>	<b>Subtotais</b>
Lisboa	Lisboa	63	63
Cascais	Cascais	22	
	S. João do Estoril	8	
	Estoril	1	
	Carcavelos	1	
	Parede	1	33
Amadora	Amadora	21	
	Damaia	8	
	Reboleira	2	
	Alfragide	1	32
Almada	Almada	14	
	Charneca da Caparica	2	
	Costa da Caparica	2	
	Monte da caparica	2	
	Alto do Moinho	1	
	Cova da Piedade	1	
	Feijó	1	
	Laranjeiro	1	
	Trafaria	1	25
Oeiras	Paço de Arcos	11	
	Linda-a-Velha	3	
	Oeiras	2	
	Carnaxide	2	
	Algés	1	
	Linda-a-Pastora	1	
	Miraflores	1	
	Valejas	1	22
Loures	Loures	2	
	Odivelas	2	
	Portela	2	
	Sacavém	1	7
Sintra	Queluz	3	
	Massamá	1	4
Seixal	Arrentela	1	
	Corroios	1	
	Seixal	1	3
	<b>Total</b>		<b>189</b>



Exm<sup>o</sup> Senhor

Dr. Manuel Pires Matos

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

R. Pinheiro Chagas, 17- 1<sup>o</sup>

1000 LISBOA

Senhor Dr. Manuel Pires Matos,

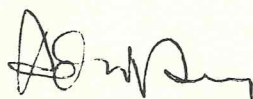
Em resposta à sua carta do dia 6 de Outubro, tenho a honra de informar que é com o maior prazer que acedo à utilização da Escala de Auto-avaliação de Ansiedade, de Zung, por si mencionada.

Se mais alguma coisa for necessária faz favor de dispor.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 16 de Outubro de 1987

O Director da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.



(Prof. Doutor Adriano Vaz Serra)



R. BERNARDO DE ALBUQUERQUE, 86  
Tels. 715545-715554-3000 COIMBRA

Exm<sup>o</sup>. Senhor

Dr. Manuel Pires Matos

Após termos tido conhecimento, através do Dr. Rui Paixão, do seu interesse pela Escala de Risco Suicidário de J. Stork, vimos por este meio conceder-lhe a autorização para a sua aplicação no trabalho que pretende levar a cabo, desde que, no entanto, sejam salvaguardados os respectivos direitos que nos cabem.

Mais informamos que pretendemos, a curto prazo, fazer a sua publicação, de molde a que possa ser utilizada em outros futuros trabalhos, que igualmente venham contribuir para o avanço do conhecimento científico.

Com os votos do maior sucesso, na respectiva investigação que está a realizar apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Coimbra, 27 de Outubro de 1987

Isabel Cristina Lopes  
Marta Eufrásio  
Ana Rosa Reis  
Otília Monteiro Fernandes

PELO GRUPO

  
(Otília Monteiro Fernandes)

P.S. Trabalho de seminário realizado no ano lectivo de 1986/87, intitulado "Comportamentos Suicidários na Adolescência" da autoria do grupo de psicólogas acima sob supervisão do Prof. Doutor Carlos Amaral Dias.



## Índice Analítico

### Quadros da amostra (A)

		P
A1	Efectivos e percentagens de sujeitos estudantes e não estudantes por concelhos	208
A2	Distribuição dos sujeitos da amostra por idades e respectivas percentagens	209
A3	Níveis culturais dos sujeitos da amostra, efectivos e percentagens	210
A4	Efectivos dos sujeitos e percentagens por concelho de residência	211
A5	Percentagem de sujeitos por tipo de residência	213
A6	Percentagem de sujeitos por tipo de propriedade	214
A7	Distribuição dos sujeitos por concelho de residência	244
A8	Distribuição dos sujeitos por tipo de residência	245
A9	Distribuição dos sujeitos quanto à residência propriedade	247
A10	Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo profissional do pai	248
A11	Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo profissional da mãe	249
A12	Distribuição dos sujeitos e efectivos por idades	251
A13	Médias de idade	252
A14	Distribuição dos sujeitos por anos de escolaridade concluída	253

		P
A15	Médias de anos de escolaridade concluída	254
A16	Números, percentagens e quociente de acidentes por idades	259
A17	Percentagem de sujeitos por categoria de risco	260
A18	Categorias de risco por idades no total da amostra	261
A19	Percentagem de sujeitos por idades em cada categoria de risco	262
A20	Distribuição dos sujeitos por categoria de risco e número de acidentes por idades	263
A21	Comparação de percentagens em cada categoria de risco	264
A22	Valores percentuais da ansiedade por idades	266
A23	Médias de idade, ansiedade e número de acidentes nos grupos	268

Sujeitos de 16-18 anos

A24	Valores da ansiedade nos efectivos do grupo controlo	273
A25	Valores da ansiedade e número de acidentes nos sujeitos do grupo experimental	274
A26	Distribuição dos sujeitos por concelho de residência	313
A27	Distribuição dos sujeitos quanto ao tipo de residência	314
A28	Distribuição dos sujeitos quanto à residência propriedade	315
A29	Distribuição dos sujeitos quanto ao Grupo Profissional do pai	316
A30	Distribuição dos sujeitos quanto ao Grupo Profissional da mãe	317
A31	Distribuição etária dos sujeitos	318
A32	Distribuição dos sujeitos quanto à escolaridade concluída	319

## Figuras da amostra

	P
1 Distribuição percentual do risco normal e patológico nos sujeitos sem e com acidentes	265
2 Média da ansiedade por idades nos sujeitos sem e com acidentes	267
3 Média de idades e de ansiedade nos grupos controlo e experimental	268
4 Distribuição de frequência da ansiedade com intervalo de classe de 1.25%	269
5 Representação dos sujeitos da amostra por idades, sem e com acidentes	270
6 Distribuição dos acidentes por idades	271
7 Percentagem de sujeitos com ansiedade reduzida e ansiedade elevada no grupo controlo e experimental	275

## Quadros dos resultados (R)

		P
R1	Todos os sujeitos	278
R2 a R6	Sujeitos de 15 a 19 anos	278-280

Prova do t de Student

R7	Todos os sujeitos	281
R8 a R12	Sujeitos de 15 a 19 anos	281-283

Prova do Qui-quadrado:Acidentes - Ansiedade

R13	Todos os sujeitos	285
R14 a R18	Sujeitos de 15 a 19 anos	286-288

Sem ansiedade - Com ansiedadeAnsiedade por número de acidentes

R19	Todos os sujeitos	289
R20 a R24	Sujeitos de 15 a 19 anos	289-291

Prova do t de StudentRisco suicidário - Acidentes

R25	Todos os sujeitos	293
R26 a R30	Sujeitos de 15 a 19 anos	293-295

Prova do Qui-quadradoRisco suicidário - Acidentes

P

R31	Todos os sujeitos	297
R32 a R36	Sujeitos de 15 a 19 anos	297-299

Sem Risco - Com RiscoPor número de acidentes

R37	Todos os sujeitos	301
R38 a R39	Sujeitos de 16 a 17	301-302

Prova do Qui-quadradoRisco suicidário - Total de acidentes sofridos

R40	Todos os sujeitos	304
R41	Distribuição da combinação risco - ansiedade por número de acidentes e efectivos	305
R42	Qui-quadrado segundo a combinatória risco - ansiedade nos sujeitos sem acidentes e com acidentes	306
R43	Qui-quadrado risco baixo-ansiedade baixa risco elevado-ansiedade elevada/acidentes	307
R44	Qui-quadrado risco baixo-ansiedade baixa risco elevado-ansiedade elevada por número de acidentes	307
R45	Qui-quadrado risco baixo-ansiedade baixa risco elevado-ansiedade elevada entre sujeitos sem acidentes e sujeitos com 2, 3 e 4 acidentes	308
R46	Qui-quadrado segundo combinatória risco- ansiedade por número de acidentes	309
R47	Qui-quadrado categoria de risco e número de acidentes	311

Sujeitos de 16, 17 e 18 anos

		P
R48	Qui-quadrado: combinação Risco-Ansiedade/ /acidentes	320
R49 a R50	Qui-quadrado: combinação Risco-Ansiedade por número de acidentes	321-322
R51	Qui-quadrado Risco Suicidário - Acidentes	323
R52	Qui-quadrado Risco / Número de acidentes	324
R53	Qui-quadrado: Categoria de risco por nú- mero de acidentes	325
R54	Qui-quadrado: combinação risco-ansiedade por número de acidentes	327
R55	Qui-Quadrado categoria de risco por núme- ro de acidentes Todos os sujeitos	327
R56	Média de acidentes por combinação de ris- co e ansiedade	328
R57	Média de acidentes por categoria de risco	330
R58	Agrupamentos de variáveis sem diferenças significativas no Qui-quadrado	332
R59 a R68	Agrupamento de variáveis com diferenças significativas (ou próximas do nível de significância)	332-337

## Quadros da Análise Factorial das Correspondências

	P	
AFC0	Importância dos Factores	340
AFC1	1º Factor	343
AFC2	2º Factor	345
AFC3	3º Factor	347
AFC4	4º Factor	349
AFC5	5º Factor	352
AFC6	6º Factor	354
AFC7	7º Factor	356
AFC8	8º Factor	358
AFC9	Representação gráfica do cruzamento do Factor 1 com o Factor 2	365
AFC10	Representação gráfica do cruzamento do Factor 1 com o Factor 3	366
AFC11	Representação gráfica do cruzamento do Factor 2 com o Factor 3	366

### Índice dos Anexos

		P
Anexo 1	Questionário Psicossocial	437
Anexo 2	Escala de Risco Suicidário de J. STORK	457
Anexo 3	Escala de Ansiedade de W.W.K. ZUNG	469
Anexo 4	Folha de resumo das respostas ao questionário	473
Anexo 5	Legenda e agrupamento de itens do questionário, da Escala de Risco e da Escala de Ansiedade	475
Anexo 6	Folha de resumo de itens do questionário (agrupados em 25 variáveis)	479
Anexo 7	Legenda da selecção de 36 variáveis	481
Anexo 8	Codificação das variáveis em 25 núcleos na Análise Factorial das Correspondências	485
Anexo 9	Listagem das variáveis por sujeito no total da amostra	487
Anexo 10	Combinação do Risco Suicidário e da Ansiedade por idades nos sujeitos s/acd e c/acd	537
Anexo 11	Escala de Risco Suicidário de J. STORK Grelha de cotação	551
Anexo 12	Escala de Ansiedade de ZUNG Grelha de cotação das respostas	559
Anexo 13	Distribuição dos sujeitos por estabelecimento de ensino dentro de cada concelho	561
Anexo 14	Efectivos da amostra por concelho e local de residência (Detalhe)	563
Anexo 15	Autorização para utilizar a Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de W.W.K. ZUNG	565
Anexo 16	Autorização para utilizar a Escala de Risco de J. STORK	567

## Índice Geral

	P
Nota de Agradecimentos	XIII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - O SUICÍDIO E EQUIVALENTES DO SUICÍDIO	7
1.1 Introdução	9
1.2 Considerações gerais	11
1.3 Breves definições	15
1.4 Da condenação à compreensão científica	21
1.4.1 Perspectiva sociológica	24
1.4.2 Perspectiva médico-psicológica	26
1.4.3 Perspectiva psicodinâmica	30
1.5 Resumo	39
CAPÍTULO II - A ADOLESCÊNCIA	45
2.1 Introdução	47
2.2 A adolescência	48
2.3 Resumo	80
CAPÍTULO III - O COMPORTAMENTO COMO SINTOMA NA ADOLESCÊNCIA	83
3.1 Introdução	85
3.2 A anorexia	87

	P
3.3 A delinquência e o agir	96
3.4 A toxicodependência	115
3.5 As tentativas de suicídio na adolescência	125
3.6 Resumo	143
CAPÍTULO IV - A CONDUÇÃO DE VELOCÍPEDES MOTORIZADOS COMO COMPORTAMENTO DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA	147
4.1 Introdução	149
4.2 Investigações e perspectivas	151
4.3 Resumo	178
CAPÍTULO V - CONTRIBUIÇÃO EXPERIMENTAL	181
5.1 Posição do problema	183
5.2 Hipóteses	204
5.3 Caracterização da amostra	205
5.3.1 Sujeitos	209
5.3.2 Idades	209
5.3.3 Habilitações literárias	210
5.3.4 Residência	211
5.3.5 Tipo de residência	212
5.3.6 Residência propriedade	213
5.4 Instrumentos de avaliação psicológica, modo e sequência de aplicação	214
5.4.1 Pré-teste	217
5.4.2 Escala de Risco Suicidário de J. STORK	220
5.4.3 Escala de Ansiedade de W.W. ZUNG	222

	579	
	P	
5.4.4	Questionário psicossocial	224
5.4.5	Critério de agrupamento e selecção das variáveis do questionário	230
5.4.6	Procedimento	237
5.4.7	Ordem de apresentação das provas e instruções	238
5.4.8	Critério de classificação de acidentes	240
5.5	Divisão da amostra inicial	
	Sujeitos de 15 - 19 anos	241
5.5.1	Características do Grupo "Controlo" e Grupo "Experimental"	241
5.5.2	Local de residência	244
5.5.3	Tipo de residência	245
5.5.4	Residência propriedade	246
5.5.5	Grupo profissional do pai	247
5.5.6	Grupo profissional da mãe	249
5.5.7	Distribuição etária dos sujeitos	250
5.5.8	Anos de escolaridade concluída	252
5.6	Resumo	255
CAPÍTULO VI - RESULTADOS		257
6.1	Resultados descritivos	259
6.1.1	Números, percentagens e quociente de acidentes por idades	259
6.1.2	Resultados descritivos na Escala de Risco de STORK	260
6.1.3	Resultados descritivos na Escala de Ansiedade de ZUNG	266
6.1.4	Resumo dos valores descritivos na Escala de Risco de STORK	272

	P	
6.1.5	Resumo dos valores descritivos na Escala de Ansiedade de ZUNG	272
6.1.6	Resumo	276
6.2	Resultados estatísticos: acidentes, ansiedade e risco suicidário	277
6.2.1	Prova do t de Student Acidentes - Ansiedade	280
6.2.2	Prova do Qui-quadrado (X2): Acidentes - Ansiedade	284
6.2.3	Prova do t de Student: Risco suicidário - Acidentes	292
6.2.4	Prova do Qui-quadrado (X2): Risco suicidário - Acidentes	296
6.2.5	Prova do Qui-quadrado (X2): Risco suicidário - Total de acidentes sofridos	303
6.2.6	Conjugação Risco Suicidário - Ansiedade Acidentes	305
6.2.7	Categoria de risco suicidário - número de acidentes	310
6.2.8	Resumo	311
6.3	Resultados estatísticos em função da nova divisão da amostra: Sujeitos de 16, 17 e 18 anos	312
6.3.1	Qui-quadrado: Combinação Risco - Ansiedade / Acidentes Sujeitos de 16, 17 e 18 anos	320
6.3.2	Qui-quadrado: Risco Suicidário - Acidentes Sujeitos de 16, 17 e 18 anos	323
6.3.3	Importância relativa do risco suicidário no número e na média de acidentes	326
6.3.4	Resultados do agrupamento de variáveis do questionário	331

	581
	P
6.4 Análise Factorial das Correspondências Resultados e interpretação	339
6.4.1 Análise gráfica	359
6.4.2 Resumo	368
 CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO	 371
 CAPÍTULO VIII - CONCLUSÕES	 391
 Résumé de la discussion des résultats	 399
 Digest of the discussion of the results	 407
 BIBLIOGRAFIA	 415
 ANEXOS	 435
 INDICE ANALÍTICO	 569
 INDICE GERAL	 577



A execução gráfica deste trabalho foi subsidiada pelo  
Instituto Nacional de Investigação Científica (INIC)