



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º anos
Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários**

Maria Inês Fé Duarte

Coimbra, 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º anos Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários

Maria Inês Fé Duarte

Orientador: Professor Doutor José Carlos Pereira Santos

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, 2022

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

AGRADECIMENTOS

Ao pensar nestes últimos anos, ocorrem-me vários sentimentos: ansiedade, expectativa, motivação, satisfação e realização. Este trabalho é o culminar de uma etapa enquanto profissional de saúde. A realização do presente estudo contou com o apoio de inúmeras pessoas, sem as quais não teria sido possível a sua elaboração.

Ao Professor José Carlos dos Santos, pelo apoio incondicional, paciência, excelente orientação em todo o processo, pela partilha dos seus saberes e palavras de incentivo, pelas opiniões e críticas construtivas, pela total disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e por ajudar a solucionar problemas que foram surgindo durante a realização do trabalho. Pela sua total colaboração, o meu muito obrigado!

À Enfermeira Paula Santos, pela forma como me acolheu e ajudou na articulação com a escola em estudo e pelo grande apoio e disponibilidade que sempre me deu.

À Escola pela disponibilidade e oportunidade da realização deste trabalho.

A todos os estudantes que participaram no estudo, porque sem eles este trabalho não seria possível.

À Enfermeira Joana Sarmento e à Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento muito especial aos meus pais, irmã e toda a minha família, por serem modelos de coragem, incentivo, amizade, amor e força durante todo este percurso. Juntos superamos todos os obstáculos.

A todos os referidos, o meu sincero agradecimento!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Aspeto Comportamental

AF – Aparência e atributos físicos

AN – Ansiedade

BDI II – Inventário de Depressão de Beck

CAL – Comportamentos Autolesivos

DGS – Direção-Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EI – Estatuto Intelectual e Escolar

ESEnc – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ETC – Escala Toulousiana de Coping

HBSC – Health Behavior in School-aged Children

IE - Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017

PO – Popularidade

SF – Satisfação e Felicidade

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UICISA-E – Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO - World Health Organization

WHO-5 – Índice de bem-estar OMS (cinco)

RESUMO

A adolescência define-se como uma etapa de desenvolvimento e maturação entre a infância e a idade adulta (Guerreiro & Sampaio, 2013). As diversas transformações e exigências e a incapacidade de conseguir gerir as transições de forma eficaz pode gerar sentimentos de desesperança e incapacidade na gestão de emoções, de organizar um sentido de pertença e de manter um sentimento de pleno bem-estar (Trinco, Barbosa & Santos, 2018).

Este estudo tem como objetivo geral: caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e 10º anos de escolaridade de uma escola da região centro do distrito de Coimbra, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários. Neste estudo a amostra é constituída por 104 estudantes a frequentar o 7º e 10º anos de uma escola do distrito de Coimbra. O instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário composto por uma caracterização sociodemográfica, (género, idade e ano de escolaridade) e por alguns instrumentos de medida validados para a realidade nacional: OMS (cinco) Índice de Bem-Estar (versão de 1998); Escala Toulousiana De Coping (ETC) (Esparbés et 1993, Tap, Costa & Alves, 2005); Inventário de Depressão de Beck-II (BDI – II) (Beck & Steer, 1987, Martins, 2000); Escala de Autoconceito (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002, Veiga, 2006) e por uma parte de resposta aberta.

Todos os dados foram agrupados numa base de dados utilizando a análise estatística por meio do programa informático *Statistical Package for the Social Science for Windows release 22* (SPSS versão 22), para análise Descritiva Inferencial.

Os resultados mostram que o género masculino e o 7º ano de escolaridade apresentam níveis mais elevados de bem-estar, *coping* e autoconceito. Os níveis de depressão expressam-se mais nas raparigas e no 10º ano, havendo um valor elevado de sintomatologia severa na amostra em estudo, com 11,5% da mesma. Verifica-se, ainda, uma percentagem elevada de jovens com ideação suicida, desejo de morrer, comportamentos de risco e comportamentos autolesivos.

Palavras chave: Adolescência, comportamentos suicidários, comportamentos autolesivos

ABSTRACT

Adolescence is defined as a stage of development and maturation between childhood and adulthood (Guerreiro & Sampaio, 2013). The various transformations and demands and the inability to manage transitions effectively can generate feelings of hopelessness, inability in the managing of emotions, in the organization of a sense of belonging and in the maintenance of a feeling of complete well-being (Trinco, Barbosa & Santos, 2018).

The aim of this study is to characterize the vulnerabilities of adolescents who attend the 7th and 10th grades at a school in the central region of the district of Coimbra, which are associated with the occurrence of suicidal behaviors. In this study, the sample consists of 104 students attending the 7th and 10th grades of a school in the district of Coimbra. The data collection instrument consists of a questionnaire composed of a sociodemographic characterization (gender, age and year of schooling) and some measurement instruments validated for the national reality: WHO (five) Well Being Index (1998 version); Toulousiana Coping Scale (ETC) (Esparbés et 1993, Tap, Costa & Alves, 2005); Beck-II Depression Inventory (BDI - II) (Beck & Steer, 1987, Martins, 2000); Self-Concept Scale (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002, Veiga, 2006) and by an open answer part.

All data were grouped into a database using statistical analysis through the computer program *Statistical Package for the Social Science for Windows release 22* (SPSS version 22), for Descriptive Inferential analysis.

The results show that males and 7th graders have higher levels of well-being, coping and self-concept. The levels of depression are more expressed in girls and in the 10th grade, with a high value of severe symptoms in the sample under study, with 11,5% of the same. There is also a high percentage of young people with suicidal ideation, desire to die, risk behaviors and self-injurious behaviors.

Key words: Adolescence, suicidal behaviors, self-injurious behaviors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade (n=104).....	43
Tabela 2 - Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade relativamente à frequência e percentagem (n=104).....	43
Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra segundo as variáveis: género e ano de escolaridade (n= 104)	44
Tabela 4 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da OMS do Índice de Bem-Estar (n=104).....	45
Tabela 5 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da OMS do Índice de Bem-Estar e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104).....	45
Tabela 6 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário de ETC (n=104).....	46
Tabela 7 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104).....	46
Tabela 8 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Suporte Social e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104).....	47
Tabela 9 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Distração Social e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104).....	47
Tabela 10 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Recusa e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104).....	48
Tabela 11 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Controlo e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104).....	48

Tabela 12 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Retraimento e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104)	49
Tabela 13 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário de BDI-II (n=104)	49
Tabela 14 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário BDI-II e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104).....	50
Tabela 15 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os pontos de corte (n=104)	50
Tabela 16 - Distribuição dos elementos da amostra do gênero masculino de acordo com os pontos de corte (n=38)	50
Tabela 17 - Distribuição dos elementos da amostra do gênero feminino de acordo com os pontos de corte (n=66)	50
Tabela 18 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores dos pontos de corte Escala de BDI-II e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104)	51
Tabela 19 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores da Escala de Autoconceito (n=104).....	51
Tabela 20 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores da Escala de Autoconceito e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104).....	51
Tabela 21 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores das seis subescalas da Escala de Autoconceito e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104)	52
Tabela 22 - Distribuição dos elementos da amostra segundo as questões sobre ideação suicida (n=104)	53
Tabela 23 - Distribuição dos elementos da amostra segundo a frequência e percentagem (n=104).....	54
Tabela 24 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores dos Comportamentos suicidários e a variável gênero (n=104)	56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM ADOLESCENTES	19
1.1. CONCEITOS	19
1.1.1. Adolescência.....	19
1.1.2. Comportamentos autolesivos.....	21
1.1.3. Ideação suicida e Tentativa de suicídio	22
1.1.4. Suicídio.....	23
1.1.5. Depressão na Adolescência.....	24
1.1.6. Fatores de risco e Fatores Protetores.....	25
1.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	27
1.3. RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	29
1.3.1. Teorias de Enfermagem	29
1.3.2. Diretrizes para a promoção da saúde e prevenção da doença.....	31
1.3.3. Competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	32
2. METODOLOGIA	35
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	35
2.2. POPULAÇÃO	36
2.3. VARIÁVEIS.....	37
2.4. HIPÓTESES	38
2.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	38
2.6. TIPO DE ESTUDO.....	40

2.7. PROCEDIMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS.....	40
2.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DE DADOS.....	40
2.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	41
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	43
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	43
3.2. TESTE DE HIPÓTESES	57
4. DISCUSSÃO	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICE	
APÊNDICE I – Termo de Consentimento informado	
APÊNDICE II – Pedido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E)	
ANEXOS	
ANEXO I – Questionário para colheita de dados	

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma área emergente, uma vez que existe uma prevalência da depressão em adolescentes entre 3% a 9%, além de uma prevalência cumulativa de 20% até ao final da adolescência, verificando-se uma predominância no sexo feminino, com episódios mais duradouros e com maior risco de cronicidade (Erse et al., 2016).

Os comportamentos autolesivos (CAL), são cinco vezes mais frequentes em raparigas entre os 12 e os 15 anos, correspondente ao 7º e 10º anos de escolaridade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

O suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos (Neves & Santos, 2016). É considerada a quarta causa mais comum em rapazes e raparigas, após os acidentes de viação, tuberculose e heteroagressividade (World Health Organization [WHO], 2021).

O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista em saúde mental incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma técnica baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando, também, em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Neste sentido a finalidade deste trabalho de investigação é caracterizar fatores de risco e de proteção dos comportamentos suicidários assim como a prevalência destes comportamentos relativamente ao género e ano de escolaridade de jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos que frequentem o 7º e o 10º anos de escolaridade. Assim, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e o 10º anos de escolaridade de uma escola do distrito de Coimbra, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários?”. Partindo desta questão, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e o 10º anos de escolaridade de uma escola do distrito de Coimbra, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários.

A presente dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos. O primeiro capítulo engloba a introdução, onde é abordada a definição do tema em estudo e a respetiva contextualização. O segundo capítulo corresponde à contextualização teórica, que diz respeito a uma conceptualização com base em pesquisa livre do tema em estudo. O terceiro capítulo refere-se à metodologia utilizada para a conceção do presente projeto, apresentando a questão de investigação e objetivos, a população, as variáveis e as hipóteses, os instrumentos de colheita de dados, o tipo de estudo, a análise estatística e tratamento de dados e, por fim, os procedimentos éticos. O quarto capítulo diz respeito à apresentação e análise dos resultados com a caracterização da amostra e o teste de hipóteses, sendo de seguida apresentada a discussão dos resultados. O penúltimo capítulo é referente à conclusão, com a síntese das principais ideias, as evidências científicas encontradas e a sua relevância para a prática de enfermagem e, ainda, os contributos da realização do projeto para a formação profissional. Por fim, são enunciadas as referências bibliográficas que sustentam este documento.

Nesta perspetiva, será descrito, seguidamente, o estado da arte que sustenta a temática em estudo.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM ADOLESCENTES

1.1. CONCEITOS

1.1.1. Adolescência

A adolescência define-se como uma etapa de desenvolvimento e maturação entre a infância e a idade adulta (Guerreiro & Sampaio, 2013). Nesta fase, os indivíduos, para além das transformações fisiológicas e psicossociais, são também fortemente influenciados pelo contexto da sociedade em que se encontram inseridos (DGS, 2006). Estas características vão reforçar a singularidade de cada adolescente e a heterogeneidade desta etapa do ciclo vital (Guerreiro & Sampaio, 2013).

A Teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson reside na compreensão do desenvolvimento humano como um processo contínuo, que resulta não só de fatores biológicos, mas da articulação destes com fatores sociais e individuais, com influência das questões culturais. Este apresenta oito estágios de desenvolvimento, sendo que, da resolução de um conflito, resultaria a eventual passagem para o estágio seguinte. A adolescência corresponde ao quinto estágio – Identidade *versus* Confusão de Papéis – o qual aborda a crise de identidade durante este período, com transformações físicas e psicológicas e a necessidade de encontrar um papel social, sendo importante as influências do ambiente e das relações sociais para uma maior possibilidade de estabilização da sua personalidade (Leite & Silva, 2019).

A construção da identidade pessoal é considerada a tarefa mais importante do adolescente. A adolescência é marcada por uma série de tarefas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, social, afetivo e sexual, nomeadamente: alteração da relação com os pais, alteração da relação com os pares e identidade sexual (Silva, Silva & André, 2016)

Freud foi o primeiro autor a identificar a individualização, conceptualizando a separação do adolescente com os pais como uma tarefa dolorosa, mas essencial ao desenvolvimento, sendo a meta a aquisição de um sentimento de “*self* autónomo, com limites claramente definidos” (Silva, Silva & André, 2016, p. 149). Nesta etapa ocorre

uma readaptação por parte dos pais e dos filhos e estes começam a afastar-se da posição de dependência face aos pais e a desenvolver progressivamente a sua autonomia, sendo possível assim o estabelecimento de novas relações amorosas extrafamiliares. O papel da família consiste, assim, em preparar os jovens para a autonomia e para assumirem papéis de carácter social, afetivo-relacional e laboral em adultos (Dias, 2012). As famílias e os fatores a elas associados têm influência na socialização, educação, transmissão de crenças e valores e na saúde e bem-estar dos seus elementos (Silva, Silva & André, 2016).

Os adolescentes têm uma grande proximidade com os seus pares e amigos, pois a maioria do seu tempo é passado com estes, proporcionando-lhes um espaço facilitador do desenvolvimento de interesses e aptidões, bem como a partilha de emoções e problemas (Dias, 2012). Assim, a aceitação no grupo de pares é uma necessidade do jovem em idade escolar, pois a não aceitação pode gerar sentimentos negativos e de solidão e consumo de substâncias (Dias, 2012).

A relação dos adolescentes com os seus pais é imprescindível para uma boa relação com o grupo de pares. No estudo Health Behavior in School-aged Children [HBSC]), em 2006, verificou-se que os jovens que tinham maior facilidade em falar com os pais e um maior controlo parental, eram jovens que “nunca experimentaram bebidas alcoólicas, nunca estiveram embriagados, que não fumam e que não consumiram drogas no último mês” (Tomé, Camacho, Matos & Diniz, 2011, p. 748).

Para descrever a identidade sexual do adolescente, primeiro tem de se falar da importância das transformações do corpo e o que estas acarretam no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, na sua sexualidade. Assim, estas mudanças corporais são parte de um processo dinâmico e contínuo, que colmata na completa maturação do homem e da mulher (Eisenstein, 2005). À “medida que se vão regularizando os conflitos sexuais e narcísicos, as flutuações de autoestima e o sentido de identidade, o adolescente pode atingir novas metas nomeadamente nas relações” (Eisenstein, 2005, p.98). A identidade sexual ajuda a construir a identidade do indivíduo, bem como a relação com os outros e é estruturada a partir das interações externas não só com a família e pares, mas também com as dúvidas internas (Sampaio, 2002).

Para uma transição bem-sucedida nesta etapa deve haver a tentativa de construção de autonomia do adolescente em relação à família e a construção de um *self* integrado, que leva à identidade (Guerreiro & Sampaio, 2013). A adolescência é geralmente saudável, com níveis baixos de mortalidade e morbidade comparativamente com a infância e a idade adulta (Trinco, Santos & Barbosa, 2017). No entanto, são frequentes,

nesta etapa, comportamentos de risco, como o tabagismo, o consumo de álcool, o consumo de drogas, as relações sexuais desprotegidas, entre outras, devendo estes comportamentos serem analisados do ponto de vista da intensidade, repetição e continuidade. As diversas transformações e exigências, a capacidade de ajuste e reajuste e as dificuldades na gestão do desenvolvimento saudável a nível “afetivo, pessoal, familiar, escolar e de socialização” (Trinco, Santos & Barbosa, 2017, p.116), podem tornar estes indivíduos vulneráveis a CAL. Estes são geradores de sentimentos de desesperança e incapacidade na gestão de emoções, de organizar um sentido de pertença e de manter um sentimento de pleno bem-estar (Trinco, Barbosa & Santos, 2018).

Começam, ainda, a surgir novas formas de regulação emocional, através da atribuição de novos significados, seja pela capacidade de perspetivar o outro ou pela representação adequada de objetivos que se encontram temporalmente distantes. Podem ocorrer formas adaptativas de regulação emocional, tais como o desporto, a música e o envolvimento em atividades escolares ou, por outro lado, formas disruptivas de regulação emocional, como o uso de substâncias psicoativas. Assim, é de extrema importância a gestão de emoções no adolescente como forma de prevenção do desenvolvimento de psicopatologias, como a depressão e problemas de externalização e internalização (Reverendo, 2011).

1.1.2. Comportamentos autolesivos

Os CAL são comportamentos que envolvem atos autolesivos sem intencionalidade de suicídio, tais como: a ingestão medicamentosa em doses superiores às dosagens terapêuticas, a ingestão de uma droga ilícita ou substância psicoativa com a intencionalidade de autoagressão, a automutilação, a ingestão de um objeto ou substância não ingerível e o saltar de um lugar relativamente alto (DGS, 2013). Os estudos demonstram uma maior incidência nas raparigas com maior expressão da sintomatologia entre os 13 e os 15 anos (Trinco, Barbosa & Santos, 2018). As raparigas entre os 12 e os 15 anos apresentam cinco vezes mais probabilidade de vir a desenvolver comportamentos autolesivos, sendo os mais frequentes as intoxicações medicamentosas por ingestão de psicofármacos (DGS, 2013).

Os CAL evidenciam um intenso mal-estar no adolescente, relacionado com o sentimento de fracasso a nível individual, familiar e social e é realizado numa tentativa desesperada de alterar a situação considerada insustentável (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Apesar de alguma divergência relativamente à definição de CAL, existem 2 grandes grupos, na literatura anglo-saxónica. O *Deliberate self-harm* que não diferencia se o “comportamento é ou não uma tentativa de suicídio” (Guerreiro & Sampaio, 2013, p. 205), incluindo todos os métodos de autolesão e evitando a questão da intencionalidade devido à dificuldade de medição da mesma. O outro grande conceito é o de *Non suicidal self-injury* que se refere apenas à “destruição do tecido corporal do próprio na ausência da intencionalidade de morrer” (Guerreiro & Sampaio, 2013, p. 205). No entanto, os CAL são muitas vezes causados por uma combinação de experiências complexas (Ferrey et al., 2016).

O adolescente com comportamentos da esfera suicidária apresenta, quando comparados com adolescentes no geral “mais problemas de saúde, comportamentos de fuga, agressivos e pré delinquentes e com consumo de substâncias. Têm uma autoimagem negativa e referem mais insucesso escolar” (Neves & Santos, 2016, p. 79).

1.1.3. Ideação suicida e Tentativa de suicídio

A ideação suicida refere-se a pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida que podem ser vistos como precursores de atos suicidas e de CAL (DGS, 2013). Estes podem apresentar-se sob a forma de desejos e /ou planos, sem que haja passagem ao ato (DGS, 2013).

A ideação suicida tem na adolescência uma prevalência de 15% a 25%, sendo um fator de risco do suicídio (Neves & Santos, 2016). A ideação sem tentativa de suicídio é mais comum do que o comportamento suicida fatal ou não fatal (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010).

Borges e Werlang (2006) demonstraram que as jovens do género feminino apresentam maiores taxas de ideação suicida quando comparadas com os jovens do género masculino, sendo uma das possíveis explicações o facto de as raparigas apresentarem maiores índices de depressão que os rapazes.

A depressão é um importante preditor da ideação suicida, uma vez que adolescentes com depressão podem desenvolver pensamentos suicidas, assim como prever

dificuldades psicossociais e sintomas de vulnerabilidade nesta faixa etária (Neves & Santos, 2016). Assim, a ideação suicida parece ocupar um papel de especial relevância pelo facto de ser um preditor do risco de suicídio (Borges & Werlang, 2006).

A tentativa de suicídio é o ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a morte, mas que, por diversas razões, resulta frustrado (DGS, 2013).

A ideação e tentativa de suicídio em adolescentes resultam frequentemente em jovens que foram “vítimas de abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006, p.7).

Entre os adolescentes a partir dos 16 anos, o álcool e o abuso de substâncias aumentam significativamente o risco de suicídio. Perturbações do humor e da ansiedade e o sentimento de desespero também contribuem para o aumento do risco de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio também estão muitas vezes relacionadas com experiências menos positivas como o não aproveitamento escolar, conflitos interpessoais ou problemas românticos (OMS, 2006).

1.1.4. Suicídio

O suicídio é um problema de saúde pública a nível global (WHO, 2012). O suicídio é definido como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima saberia dever produzir esse resultado” (Guerreiro & Sampaio, 2013, p. 205). O suicídio inclui a intencionalidade de natureza psicopatológica (DGS, 2013).

O suicídio pode ainda ser definido como um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (Ramôa, Castanheira, Fernandes & Azenha, 2017).

Este comportamento pressupõe uma abordagem multifatorial, analisando os fatores biológicos e psicológicos associados ao contexto socio-económico, assim como questões socioculturais e aspetos fisiopatológicos (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010).

O suicídio consumado em jovens está relacionado com “taxas mais elevadas de perturbações psiquiátricas na família, menor apoio familiar, ideação ou comportamento suicida anterior, problemas disciplinares ou legais, e armas de fogo prontas a disparar

em casa” (OMS, 2006, p. 7). Um fator de risco adicional é o suicídio de pessoas famosas ou de indivíduos que o jovem conheça pessoalmente (OMS, 2006).

As causas de morte e as normas sociais e culturais, podem estar na causa das variações dos números de suicídio nos vários países, uma vez que, muitas vezes estas são dadas como mortes indeterminadas (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003). Em Portugal, França, Finlândia e Suécia, as taxas combinadas de suicídio e mortes indeterminadas são mais altas do que as do suicídio sozinhas (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003).

1.1.5. Depressão na Adolescência

Estima-se que um em sete jovens entre os 10 e os 19 anos experencie um transtorno mental, representando 13% das doenças nesta faixa etária (WHO, 2021 b). Concebe-se que a depressão ocorra entre 1,1% dos adolescentes entre os 10 e 14 anos e 2,8% dos 15 aos 19 anos (WHO, 2021 b).

Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, a ansiedade e a depressão representam cerca de 40% dos transtornos mentais. Seguidos dos transtornos de conduta (20,1%) e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (19,5%) (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2021).

A depressão é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, associadas a dificuldades nas relações interpessoais, défices no desempenho escolar, risco de abuso de substâncias e de comportamento suicida (Erse et al., 2016).

Este parecer vem corroborar a ideia de Raupp, Marin e Mosmann (2018), que afirmam que, na adolescência, a sintomatologia depressiva é responsável por grande parte dos internamentos em psiquiatria e que o suicídio é a segunda causa mais comum de morte em adolescentes, sendo que a associação entre estas leva muitas vezes a CAL como manifestações do sofrimento. Erse et al. (2016) descrevem que as depressões moderadas e severas oscilam nos adolescentes entre os 9,2% e os 14%, com maior prevalência entre as raparigas.

A depressão na adolescência tem forte relação com a presença de ideação suicida e os comportamentos suicidários. Apresenta sinais e sintomas específicos, ainda que com semelhanças relativamente aos quadros depressivos no adulto. São sintomas específicos: irritabilidade, agressividade, consumo de álcool ou outras substâncias,

dificuldades de concentração, baixa autoestima, prejuízos no desempenho escolar e social, ideação suicida e comportamentos da esfera suicidária. Ocorre, muitas vezes, a somatização dos sintomas depressivos, relacionada com a incapacidade de exprimir emoções e pensamentos negativos (Erse et al., 2016).

1.1.6. Fatores de risco e Fatores Protetores

Fatores de risco são “circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se” (DGS, 2013, p. 45). Para a identificação de fatores de risco e fatores protetores torna-se fulcral a delineação de estratégias de prevenção do suicídio, o estabelecimento de uma estimativa do grau de risco de suicídio e contribuição para o desenvolvimento de intervenções e planos de tratamento (DGS, 2013).

Existem vários fatores de risco para que ocorram comportamentos suicidários, entre eles “problemas no nível psíquico, como ansiedade, impulsividade, transtornos de humor, transtornos afetivos, baixa autoestima, sentimentos de desesperança e solidão, sofrimento intenso, frustrações, estresse, esquizofrenia e psicopatologias” (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010, p. 197). Destaca-se ainda a depressão como fator de alto risco para o suicídio. Adolescentes com problemas de saúde mental são vulneráveis a exclusão social, discriminação, estigma, dificuldades de aprendizagem, comportamentos de risco, problemas de saúde e violação dos direitos humanos (WHO, 2021 a).

Investigadores e profissionais envolvidos na prevenção do suicídio referem que o suicídio está muitas vezes associado a um complexo conjunto de fatores, como doenças mentais, isolamento social, tentativas anteriores de suicídio, doenças físicas, abuso de substâncias, violência familiar e acesso a meios letais (WHO, 2012 b).

As relações familiares são importantes para o desenvolvimento do indivíduo. Assim, uma “família funcional torna-se um fator protetor” (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010, p. 197), ideia corroborada por Guerreiro e Sampaio (2013), que referem que a disfunção familiar tem sido fortemente associada a estes comportamentos.

A dinâmica familiar contribui muito significativamente nos CAL dos jovens, através de fatores familiares e ambientais, como o abuso na infância, relações familiares patológicas e conflito entre pais e filhos (Ferrey et al., 2016). Estas dificuldades de

adaptação à mudança, deixam o adolescente mais vulnerável à “instabilidade e desequilíbrio e mais propenso a adoção de comportamentos autolesivos” (Trinco, Barbosa & Santos, 2018, p. 73). Cada família vivencia estas situações de forma particular, mas a necessidade é sempre transversal, com ênfase na relação de ajuda para si e para o adolescente (Trinco, Barbosa & Santos, 2018).

O facto de, num grupo de pares, ocorrer um suicídio, aumenta o risco de tentativa de suicídio quer nos rapazes quer nas raparigas, ocorrendo este cerca de 2 a 4 vezes mais nos jovens entre os 15 e os 19 anos, particularmente em ambiente escolar (DGS, 2013).

A OMS (2006) descreve como fatores protetores que reduzem o risco de comportamentos suicidários o apoio da família, de amigos e de pessoas significativas, o facto de o jovem ter crenças religiosas, étnicas e culturais e, ainda, a integração deste na comunidade. Podemos, também, destacar a participação num grupo social satisfatório com integração social, o acesso a serviços e cuidados de saúde mental, e a intervenção no meio escolar.

Assim, o jovem terá menos probabilidade de se envolver em comportamentos suicidas, apresentando características como: boas redes de apoio, boas capacidades de *coping*, bem como fatores físicos e ambientais, tais como, dieta equilibrada, sono reparador, exercício físico e um ambiente sem drogas (WHO, 2002).

São ainda fatores protetores a sensação de bem-estar, o *coping* e o autoconceito.

O bem-estar é claramente assumido como uma garantia para um crescimento e amadurecimento saudável dos indivíduos que constituirão os futuros adultos (Nico & Alves, 2017).

O bem-estar pode ser dividido em duas perspetivas: uma de carácter subjetiva, denominada de bem-estar hedónico, que relaciona o bem-estar com o prazer e a satisfação com a vida. Por outro lado, existe a perspetiva racionalista e aristoteliana, designada de bem-estar eudemónico, que “relaciona o conceito de bem-estar com o cumprimento de um conjunto de etapas e elementos de realização do potencial humano” (Nico & Alves, 2017, p.95). O bem-estar psicológico é a combinação de seis elementos distintos: autonomia, autoaceitação, objetivos de vida, crescimento pessoal, relacionamentos positivos e controlo (Nico & Alves, 2017).

O *coping* pode se definir como as estratégias utilizadas de forma consciente para lidar com o *stress* percebido, envolvendo reações físicas ou emocionais (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). O processo de *coping* envolve quatro características: a interação do indivíduo como o ambiente, a gestão da situação, a avaliação da situação

e a mobilização de recursos cognitivos e comportamentais para lidar de forma eficaz com a situação stressante (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010).

É importante distinguir dois tipos de *coping*: um focalizado no problema e outro focalizado na emoção, sendo a escolha de um deles dependente da avaliação individual do indivíduo e, ainda, os contextos em que se encontra inserido, bem como as características pessoais (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). É de salientar que nos jovens e adolescentes o desenvolvimento cognitivo influencia a forma como estes avaliam uma situação stressante e, conseqüentemente, as estratégias que utilizam. Estas estratégias também podem ser influenciadas pelos contextos onde se encontram inseridos, assim como as características pessoais (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010).

O autoconceito pode-se definir como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas, controla o processo informativo e exerce uma função autorreguladora. Este é um sistema complexo e dinâmico de percepções, crenças e atitudes, podendo estas ser influenciadas por fatores internos e externos, formado por um conjunto de esquemas cognitivos denominados de auto-esquemas (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011). O autoconceito possui três componentes básicos: o avaliativo/afetivo, o comportamental e o cognitivo. O primeiro corresponde à avaliação que o indivíduo faz acerca do seu próprio valor, definido como autoestima. A componente comportamental consiste nas estratégias de autoapresentação, com o objetivo de transmitir uma imagem positiva de si mesmo. Por último, a componente cognitiva é constituída pelas percepções que o indivíduo tem de características e aptidões que possui (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011). O autoconceito na adolescência está relacionado com a capacidade preditiva de comportamentos em diferentes contextos de vida, influenciando as potencialidades e objetivos dos jovens (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011).

1.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

As taxas de suicídio e as tentativas de suicídio aumentam com a idade, apresentando uma maior incidência na fase final da adolescência e do adulto jovem (DGS, 2013). Estima-se que em todo o mundo haja 10 a 20 milhões de tentativas de suicídio por ano e um milhão de suicídios consumados (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003). A epidemiologia de comportamentos suicidários é bastante variável. Nos países

desenvolvidos o suicídio é mais comum em idades entre os 15 e os 24 anos e em homens mais velhos a partir dos 65 anos, no entanto, em países em desenvolvimento pessoas com 30 ou menos anos, são mais prováveis de cometer suicídio (WHO, 2012 b). Mais de 90% das pessoas que morrem por suicídio em países desenvolvidos têm uma doença mental, enquanto nos países em desenvolvimento a taxa encontra-se entre os 60 a os 90% (WHO, 2012 b).

Em Portugal, as taxas de suicídio apresentam valores mais baixos para homens e mulheres, no entanto, “entre os 15 e os 29 anos era a 2ª causa de morte para homens, sendo a 6ª entre 2000 e 2006” (DGS, 2013, p.69). Os rapazes morrem mais por suicídio em contraste com a ideação suicida e tentativas de suicídio que são mais frequentes nas raparigas. As raparigas entre os 12 e os 15 anos apresentam cinco vezes mais probabilidade de vir a desenvolver comportamentos autolesivos, sendo os mais frequentes as intoxicações medicamentosas por ingestão de psicofármacos (DGS, 2013).

Segundo a OMS (2006), o suicídio é dez vezes superior em pessoas com diagnóstico de perturbação de personalidade do que entre aqueles que não apresentam diagnóstico. Cerca de 80% dos adolescentes que morrem por suicídio, estes poderiam ter sido diagnosticados com “perturbação do comportamento, perturbação de stress pós-traumático, ou sintomas violentos e agressivos” (OMS, 2006, p.8).

O suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos e a segunda causa de morte na faixa etária dos 15 aos 24 anos (Neves & Santos, 2016). Sendo considerada, a quarta causa de morte entre os 15 e os 29 anos em ambos os géneros, a seguir aos acidentes de viação, tuberculose e heteroagressividade (WHO, 2021). Para raparigas e rapazes, o suicídio ocupa o terceiro e quarto lugar nas causas de morte, respetivamente (WHO, 2021).

As mulheres tendem a escolher métodos menos invasivos, enquanto os homens preferem métodos que “evidenciem a sua virilidade” (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010, p. 197). Os homens tendem a utilizar métodos mais letais, como armas de fogo e enforcamentos, e nas mulheres predominam as tentativas por envenenamento (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010). Antecedentes de CAL podem ser identificados em 40% dos suicídios consumados (Guerreiro & Sampaio, 2013).

1.3. RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

1.3.1. Teorias de Enfermagem

O desenvolvimento da Teoria das Transições iniciou-se em meados da década de 60, pela enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis. Inicialmente investigou o planeamento familiar dos processos envolvidos no domínio dos papéis parentais, passando posteriormente para a elaboração de intervenções facilitadoras no processo de transição. Este processo consiste na passagem entre um estado estável para outro estado que requer a incorporação de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudanças na definição do *self* (Guimarães & Silva, 2016).

A Teoria das Transições é composta pela “natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem” (Guimarães & Silva, 2016, p. 2).

A natureza das transições compreende tipos, padrões e propriedades. Foram identificados quatro tipos de transições relevantes para a enfermagem: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais. Os tipos de transições podem ocorrer simultaneamente durante um determinado período de tempo (Costa, 2016).

As transições desenvolvimentais estão relacionadas com mudanças no ciclo vital (Guimarães & Silva, 2016). Considera-se uma grande variedade de eventos que podem desencadear este processo de transição como, por exemplo, “relacionamentos de parentalidade (maternidade e paternidade), mudança da imagem corporal na adolescência, menopausa, consciência da homossexualidade e o nascimento de uma criança” (Costa, 2016, p. 139). As transições situacionais estão associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis (Guimarães & Silva, 2016). A transição no processo de saúde/doença é influenciada pela diversidade cultural e de doenças e ocorre quando existe uma mudança do estado de bem-estar para o estado de doença (Costa, 2016). As transições organizacionais estão relacionadas com mudanças no ambiente, mudanças políticas, sociais, económicas e nas dinâmicas organizacionais (Guimarães & Silva, 2016).

Apresentam diferentes padrões, podendo estes serem simples (transição única) ou múltiplos, sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo diferenciados) ou simultâneos,

relacionados ou não relacionados (Guimarães & Silva, 2015). São identificadas propriedades essenciais ao processo de transição a consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal da transição e eventos e pontos críticos (Guimarães & Silva, 2015).

Quanto às condições das transições pessoais estas podem ser de:

- Significados atribuídos a eventos precipitadores da transição;
- Crenças e atitudes culturais que podem influenciar a expressão das emoções;
- Estatuto socioeconómico, sendo que quanto mais baixo, maior a vulnerabilidade a sintomas psicológicos que dificultam a transição;
- Preparação e o conhecimento prévio, que facilitam a transição ao invés da falta de preparação e conhecimento que dificulta este processo.

(Guimarães & Silva, 2015).

As condições da comunidade e da sociedade podem tanto dificultar como facilitar a transição devido à presença ou ausência de apoio familiar e social, recursos instrumentais e a existência de representações sociais e de estereótipos (Guimarães & Silva, 2015).

“Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode-se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados” (Guimarães & Silva, 2015, p.3). Os indicadores de processo permitem identificar se a transição se encontra na direção da saúde e bem-estar ou na direção da vulnerabilidade e do risco. Já os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas competências e à reformulação da identidade (Guimarães & Silva, 2015).

Por fim, as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser interpretadas como ações contínuas ao longo de todo o processo de transição, que devem proporcionar conhecimento e capacidades que promovam um processo de transição saudável e harmonioso, desencadeando respostas positivas, restabelecendo a sensação de bem-estar (Costa, 2016).

O acompanhamento ao adolescente, principalmente a nível escolar, é de extrema importância para uma transição bem-sucedida nesta etapa do ciclo vital. Esta teoria proposta por Meleis, deve ser abordada à luz das mudanças, que acarretam transformações individuais e, conseqüentemente, adaptações. Assim, os cuidados de enfermagem e as interações enfermeiro-utente são um processo facilitador para uma transição bem-sucedida, uma vez que facilitam a gestão desta e contribuem para a manutenção e promoção da saúde (Piccoli et al, 2015).

1.3.2. Diretrizes para a promoção da saúde e prevenção da doença

No sentido de realçar a importância do desenvolvimento de intervenções centradas em fatores protetores da saúde mental, devidamente articuladas com a política nacional de saúde em meio escolar, surgiram várias *guidelines*, na procura de melhorar as respostas ao nível da saúde mental na adolescência.

A World Health Organization (WHO, 2012 a) publicou um documento intitulado de “*Public health action for the prevention of suicide: a framework*”, onde explana a disponibilidade e o acesso aos recursos humanos e financeiros para implementar estratégias de prevenção do suicídio, os recursos disponíveis na elaboração do plano e as diferentes formas de o completar. Em Portugal, os recursos de primeira linha são os Cuidados de Saúde Primários e os de Saúde Mental.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) tem como objetivos a realização de campanhas de prevenção nas escolas de combate ao estigma em saúde mental, a identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, CAL e atos suicidas, em particular devido ao uso de substâncias psicoativas, a criação de sinergias entre a escola, família, serviços de saúde e comunidade, uma maior restrição do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, e o aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência (DGS, 2013). O PNPS, defende a realização de programas de prevenção a serem desenvolvidos com os adolescentes em contexto escolar, uma vez que a escola é um local privilegiado para a deteção precoce da doença mental e de referenciação (DGS, 2013).

O Manual de Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar foi criado como um recurso pedagógico, para facilitar a formação e a implementação, passo a passo, de um projeto promotor da Saúde Mental na Escola, numa lógica do modelo de intervenção para a Saúde Escolar e para Saúde Mental, oferecendo uma orientação nas áreas da promoção da saúde e bem-estar como um todo, bem como do desenvolvimento das relações interpessoais (DGS, 2016).

É de referir, também, a importância do envolvimento das famílias, devendo-se desenvolver atividades planeadas com as Associações de Pais e Encarregados de Educação, para a promoção de ações lúdico-formativas de sensibilização às famílias ou de ateliers temáticos, que promovam a partilha de discussão de temas do desenvolvimento infantil e juvenil. Estas atividades favorecem a segurança e a confiança

no apoio à educação de crianças e jovens, além de outras que podem ser pedidas em contexto de sala de aula ou através de trabalhos de casa (DGS, 2016).

A família é o núcleo da sociedade e é o edifício sobre o qual se constrói o potencial de cada indivíduo. À medida que cada pessoa cresce, estabelece dentro de si uma relação particular com cada um dos sistemas relevantes para a sua constituição. Esta relação é dinâmica e ativa, pressupondo áreas de interseção entre os vários subsistemas, assumindo a importância das “raízes” de cada uma e dos vários adultos de referência, que cooperaram entre si, como modelos efetivos de identificação (DGS, 2016).

Tal como nos referem Loureiro, Santos e Ferreira (2015), é de extrema importância a intervenção precoce na área da saúde mental da infância e adolescência, através de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental. Os mesmos autores aludem às diretrizes internacionais e nacionais, que confluem no sentido de uma preocupação crescente acerca da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, sendo que certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem ocorrer em consequência da inadaptação ou incapacidade de lidar com mudanças ou eventos stressores. Desta forma, torna-se necessário que os profissionais de saúde adquiram novas competências ou competências complementares, que lhes permitam uma crescente capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis em adolescentes (Loureiro, 2013).

1.3.3. Competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Os cuidados de enfermagem, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), têm um contributo muito importante na “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p. 21427). O EESMP deve recorrer às suas competências específicas, promovendo a saúde mental de todos os elementos da família, através de um cuidado holístico e humanizado.

Destacando a primeira competência específica do EESMP: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21427). A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal é central para

a prática de enfermagem de saúde mental, uma vez que o enfermeiro mobiliza-se a si mesmo, como instrumento terapêutico, de forma a permitir estabelecer relações de confiança e parceria que promovam a qualidade de vida da pessoa e família (OE, 2018).

A segunda competência refere que: “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018, p. 21427). A recolha de informação necessária e pertinente para compreender o estado de saúde mental de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, com a identificação das necessidades destes é de extrema importância, para posterior implementação de programas de promoção da saúde mental, como por exemplo nas escolas (OE, 2018). Esta competência interliga-se com a terceira competência: “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 21427) e com a quarta: “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p. 21427), com a parceria em rede entre indivíduos, família, grupos de pares e comunidade, com o diagnóstico de problemas ou necessidades, a identificação dos recursos, planeamento e a realização e implementação de um plano estruturado e individualizado que dê resposta às necessidades encontradas (OE, 2018).

2. METODOLOGIA

Para concretizar um estudo, é necessário que se recorra a uma metodologia científica como ponto de partida na procura de evidências para a aquisição objetiva de conhecimentos.

No presente capítulo, será descrito o percurso metodológico realizado no decorrer da investigação, apresentando a questão de investigação e objetivos, critérios de inclusão, critérios de exclusão, tipo de estudo, hipóteses, variáveis, população, análise estatística e tratamento de dados, instrumentos de colheita de dados e procedimentos éticos.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Uma questão de investigação consiste no enunciado claro e explícito que define o contexto de revisão e norteia a estratégia de pesquisa a fim de encontrar a melhor evidência científica disponível (Apóstolo, 2017).

A questão de investigação do presente estudo foi formulada com base no método PICO que, segundo Craig e Smyth (2004), é um método útil para a formulação de questões mais focalizadas e que deve incluir a população, a intervenção, o comparador e os *outcomes*/resultados. Assim, a questão para a qual pretendo obter resposta é “Quais as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e o 10º anos de escolaridade de uma escola do distrito de Coimbra, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários?”. Partindo desta questão, o presente projeto tem como objetivo geral caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e o 10º anos de escolaridade de uma escola da região centro do distrito de Coimbra, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários. Com base neste objetivo foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Comparar as vulnerabilidades entre os adolescentes do 7º e do 10º anos de escolaridade;
- Caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes do género masculino;

- Caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes do género feminino;
- Comparar as vulnerabilidades relativamente às estratégias de *coping*;
- Comparar as vulnerabilidades relativamente ao autoconceito dos adolescentes;
- Comparar as vulnerabilidades relativamente à sintomatologia depressiva;
- Comparar as vulnerabilidades relativamente ao bem-estar;
- Comparar as vulnerabilidades relativamente à ideação suicida.

2.2. POPULAÇÃO

No presente trabalho, define-se como população o universo de estudantes do 7º e 10º ano, mais especificamente, os estudantes do 7º e 10º anos de uma escola do distrito de Coimbra.

A escolha desta escola prendeu-se pela facilidade de acesso aos estudantes deste estabelecimento, a disponibilidade dos enfermeiros da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) e o apoio por parte da Direção da escola.

Recorreu-se, assim, a todos os adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, que frequentem o 7º e 10º anos de escolaridade de uma escola da região centro do distrito de Coimbra.

Desta forma, constituíram-se critérios de inclusão dos estudantes, sendo estes:

- Adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos;
- Adolescentes que frequentem o 7º e o 10º anos de escolaridade;
- Adolescentes disponíveis para participar;
- Adolescentes com autorização parental e dos próprios, caso tenham idade superior a 16 anos.

E de exclusão:

- Adolescentes que não queiram participar.

O tamanho da amostra é de 104 estudantes.

2.3. VARIÁVEIS

A identificação, classificação e operacionalização das variáveis é um ponto fundamental em qualquer trabalho de investigação. De acordo com Vaz Freixo (2009), a variável pode ser definida como uma qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos.

As variáveis podem ser independentes e dependentes. A variável independente é aquela que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. De seguida, serão apresentadas as variáveis dependentes e independentes deste estudo e a sua operacionalização.

Assim, e tendo em conta os objetivos e questões de investigação, foram formuladas as seguintes variáveis:

- Variáveis independentes: sexo, idade e ano de escolaridade;
- Variáveis dependentes: bem-estar, estratégias de *coping*, sintomatologia depressiva, autoconceito e ideação suicida.

A operacionalização das variáveis independentes foi realizada da seguinte forma:

- A variável género foi operacionalizada em masculino e feminino;
- A idade foi expressa em anos;
- O ano de escolaridade foi operacionalizado em 7^o e 10^o ano.

No que concerne à operacionalização das variáveis dependentes selecionadas para este estudo, podemos afirmar que:

- Bem-estar: a sua avaliação é feita através da Escala da OMS (cinco) Índice de Bem-Estar (WHO-5) (versão de 1998);
- Estratégias de *Coping*: foi utilizada a Escala Toulousiana De *Coping* (ETC) (Esparbés et 1993, Tap, Costa & Alves, 2005);
- Sintomatologia depressiva: foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI – II) (Beck & Steer, 1987, Martins, 2000);
- Autoconceito: foi usada a Escala de Autoconceito (Piers-Harris *Children's Self-Concept Scale 2*, Piers & Hertzberg, 2002, Veiga (2006)).
- Ideação suicida: foi empregue questionário elaborado pelo autor.

2.4. HIPÓTESES

“As hipóteses constituem um elemento útil para justificar o estudo e garantir-lhe uma orientação. (...) Uma hipótese é uma sugestão de resposta para o problema (...) as hipóteses são assim enunciados formais das relações presumidas entre duas ou mais variáveis” (Vaz Freixo, 2009, p.164-165).

As hipóteses elaboradas para este trabalho foram:

- H1: Existe relação entre os valores de bem-estar e as variáveis de género e ano de escolaridade.
- H2: Existe relação entre os valores da escala de *coping* e as variáveis de género e ano de escolaridade.
- H3: Existe relação entre os valores de depressão e as variáveis de género e ano de escolaridade.
- H4: Existe relação entre os valores de autoconceito e as variáveis de género e ano de escolaridade.
- H5: As raparigas apresentam mais comportamentos suicidários que os rapazes.

2.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados deve efetuar-se de acordo com um plano preestabelecido. É uma colheita sistemática de informação junto dos participantes com ajuda dos instrumentos de medida selecionados (Vaz Freixo, 2009).

Cabe, por isso, ao investigador, decidir qual o instrumento mais adequado, tendo em conta o objeto de estudo e as questões colocadas no mesmo (Fortin, 2009).

Será utilizado um questionário composto por uma caracterização sociodemográfica, permitindo caracterizar os elementos da população através de três itens, como o sexo, idade e ano de escolaridade.

A segunda parte é constituída pelos instrumentos de colheita de dados: WHO-5 (versão de 1998); ETC (Esparbés et 1993, Tap, Costa & Alves, 2005); BDI – II (Beck & Steer, 1987, Martins, 2000); Escala de Autoconceito (Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002, Veiga (2006).

A terceira e última parte é formada por um questionário de resposta aberta (Anexo I).

O questionário WHO-5 (versão de 1998), tal como o nome indica, é constituída por cinco itens, que são: (1) tenho-me sentido alegre e bem-disposto, (2) tenho-me sentido calmo e relaxado, (3) tenho-me sentido ativo e enérgico, (4) tenho-me sentido revigorado e descansado ao acordar e (5) o meu quotidiano tem sido preenchido com coisas que me interessam. Os participantes devem responder a este questionário refletindo sobre a presença destes sentimentos nas últimas 2 semanas. Cada um dos itens é classificado numa escala do tipo Likert, que varia entre a pontuação de 0 (nunca) e 5 (sempre), com pontuação entre 0 e 25, em que, quanto mais elevada for a pontuação, melhor será o bem-estar.

Relativamente à ETC, é um questionário construído originalmente por Esparbès et al (1993) e validado para a população portuguesa por Tap et al (2005). Este é de autorrelato, sendo constituído por 51 itens, distribuídos por cinco subescalas: “Controlo; Retraimento, Conversão e Aditividade; Distração Social; Suporte Social e Recusa” (Bastos, Araújo & Caldas, 2015, p.57). Cada resposta é dada numa escala ordinal tipo Likert de cinco posições.

O questionário de BDI-II, 1987, Martins (2000), originalmente construído por Beck et al (1961) revisto por Beck e Steer (1987) e validado para a população portuguesa por Martins (2000). Possui 21 itens, com score de 0 a 3, com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmações com score de 0 a 6. O indivíduo deve responder ao questionário sobre como se tem sentido nas últimas duas semanas, incluindo o dia atual. A pontuação varia entre 0 e 63 pontos com níveis de gravidade crescentes de depressão classificados em: 0-13 pontos depressão mínima; 14 -19 pontos depressão leve; 20-28 pontos depressão moderada; superior a 28 depressão severa (Anúnciação, Caregnato & Silva, 2019).

A Escala de Autoconceito (Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002, Veiga (2006) é uma escala multidimensional do autoconceito criada e desenvolvida pelo psicólogo americano Piers (1964) e validada para a população portuguesa por Veiga (2006). É constituída por 60 itens, subdividida em seis fatores: aspeto comportamental (AC), estatuto intelectual e escolar (EI), aparência e atributos físicos (AF), ansiedade (AN), popularidade (PO) e satisfação e felicidade (SF). A pontuação atribuída a cada item varia entre 0 e 1 pontos, conforme a resposta dada seja reveladora de “uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo” (Veiga, 2006, p. 41).

2.6. TIPO DE ESTUDO

A metodologia do estudo será de carácter descritivo-correlacional, inserido numa abordagem quantitativa, com a finalidade de explorar a relação entre as variáveis e descrever as mesmas, permitindo estabelecer associações entre as variáveis e o fenómeno estudado (Fortin, 2009).

2.7. PROCEDIMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS

Para o desenvolvimento deste estudo efetuou-se o contacto com o Diretor da Escola em estudo, obtendo-se autorização para a aplicação dos questionários ao 7º e 10º ano de escolaridade. Posteriormente, foi estabelecido contacto com os diretores das turmas em estudo, onde se fez o levantamento das disponibilidades referentes ao dia, hora, sala e respetivo professor, sendo entregues os formulários de consentimento informado para posteriores encaminhamentos aos encarregados de educação.

O formulário de consentimento continha o objetivo do estudo, bem como a explicação do anonimato e confidencialidade de todos os dados (Apêndice I).

Os dados foram recolhidos num período de aproximadamente dois meses, entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021.

Os questionários foram respondidos em contexto de sala de aula, durante a disciplina de Formação Cívica, e individualmente, com cerca de 30 minutos para o seu preenchimento.

A confidencialidade foi assegurada através da ausência de identificação do aluno em qualquer momento do desenvolvimento do projeto ou do preenchimento dos questionários, que permaneceram anónimos.

2.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DE DADOS

A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos, a qual intervém em várias etapas de uma investigação quantitativa (Harel, 2009).

Finda a recolha dos dados, estes devem ser conferidos e examinados para se obterem resultados com intuito de apurar padrões e ou relações (Fortin, 2009).

Todos os dados foram agrupados numa base de dados utilizando a análise estatística por meio do programa informático *Statistical Package for the Social Science for Windows release 22* (SPSS versão 22), para análise Descritiva Inferencial, de modo a responder aos objetivos deste trabalho.

A análise estatística realizada comporta uma análise descritiva que contém as distribuições das frequências absolutas e percentuais, bem como as medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio Padrão).

Em relação à análise estatística inferencial, foram aplicadas medidas paramétricas dado a amostra ter uma distribuição normal, conforme constatámos, após a realização do teste de Kolmogorov-smirnov:

- Teste de Levene para análise de igualdade de variâncias;
- O teste t para amostras independentes.

Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

2.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram realizados pedidos à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfc), para a realização deste estudo, tendo tido parecer positivo com a identificação: Parecer nº622/10-2019 (Apêndice II). Foi, ainda, efetuado um pedido à escola em estudo e um pedido de autorização aos encarregados de educação e o consentimento informado dos adolescentes com 16 ou mais anos.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados é, talvez, a parte do trabalho de investigação que mais fascina o investigador, pois é nesta fase que pode ver respondidas as suas questões.

Neste capítulo, irá realizar-se a apresentação e caracterização dos dados obtidos e efetuar-se a análise sobre os mesmos.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 104 estudantes a frequentar uma escola da região centro do distrito de Coimbra. Esta foi caracterizada de acordo com as variáveis sociodemográficas selecionadas: idade, género e ano de escolaridade.

Relativamente à idade, verifica-se que a média de idade dos elementos da amostra é de 13,41 anos, com um desvio padrão de 1,799, sendo a idade mínima de 11 anos e a idade máxima de 19 anos. (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade (n=104)

Variáveis	N	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	104	13,41	12	1,799	11	19

Existe, ainda, a prevalência de alunos com 12 anos, correspondendo a 48,1% da amostra, seguido de alunos com 15 anos de idade, representando 21,2% da amostra (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade relativamente à frequência e percentagem (n=104)

Variáveis / Idade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
11	2	1,9	1,9	1,9
12	50	48,1	48,1	50,0
13	14	13,5	13,5	63,5
14	3	2,9	2,9	66,3
15	22	21,2	21,2	87,5
16	5	4,8	4,8	92,3
17	6	5,8	5,8	98,1
18	1	1,0	1,0	99,0
19	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

De seguida, apresenta-se a descrição dos resultados da caracterização da amostra (género e ano de escolaridade)

No que concerne ao género é evidente uma predominância do género feminino com 66 estudantes (63,5%) e 38 estudantes do género masculino (36,5%) (Quadro 3).

Relativamente ao ano de escolaridade prevalece na amostra os estudantes do 7º ano de escolaridade com 73 jovens, representando 70,2% e 31 jovens no 10º ano de escolaridade exibindo uma percentagem de 29,8% (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra segundo as variáveis: género e ano de escolaridade (n= 104)

Variáveis	n	%
Género		
Masculino	38	36,5
Feminino	66	63,5
Ano de escolaridade		
7º ano	73	70,2
10º ano	31	29,8

Na segunda parte do questionário foi usado o questionário da OMS do Índice de Bem-Estar (versão de 1998). Este questionário foi designado de WHO-5 da Organização Mundial de Saúde cuja versão inicial data de 1995, sendo reduzida até à versão mais recente, utilizada neste estudo.

No presente estudo verifica-se que a pontuação variou entre 3 e 25 pontos, com uma média de 17,74 e desvio padrão de 5,25 (Tabela 4). Comparando a escala com o género, conclui-se que o género masculino apresenta uma média de pontuação de 18,82 e o género feminino uma média de 17,12 e um desvio padrão de 4,29 e 5,67 respetivamente. Relativamente ao ano de escolaridade o 7º ano apresenta uma média de 18,70 pontos e o 10º ano de 15,48 pontos e um desvio padrão de 4,52 e 6,17 respetivamente (Tabela 5).

Tabela 4 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da OMS do Índice de Bem-Estar (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
OMS-5	104	17,74	5,25	3,0	25,0

Tabela 5 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da OMS do Índice de Bem-Estar e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Género					
Masculino	38	18,82	4,29	1,72	,089
Feminino	66	17,12	5,67		
Ano de escolaridade					
7º ano	73	18,70	4,52	2,62	,012
10ºano	31	15,48	6,17		

Na terceira parte utilizou-se a ETC “adaptada culturalmente e avaliadas as propriedades psicométricas para a população portuguesa com a designação de escala Toulousiana de Coping” (Bastos, Araújo & Caldas, 2015, p.56). No presente estudo verifica-se que a pontuação variou entre 106 e 211, com uma média de 150,70 e um desvio padrão de

17,66 (Tabela 6). Comparando a escala com o género, conclui-se que o género masculino apresenta uma média de pontuação de 152,42 e o género feminino um valor de 149,71, um desvio padrão de 19,98 e 16,26 respetivamente. Relativamente ao ano de escolaridade o 7º ano apresenta uma média de 151,78 pontos e o 10º ano de 148,16 pontos e um desvio padrão de 17,54 e 17,99 respetivamente (Tabela 7).

Tabela 6 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário de ETC (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
ETC Global	104	150,70	17,66	106,00	211,00

Tabela 7 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio Padrão	t	P
Género					
Masculino	38	152,42	19,98	,71	,480
Feminino	66	149,71	16,26		
Ano de escolaridade					
7º ano	73	151,78	17,54	,95	,348
10ºano	31	148,16	17,99		

Este questionário possui ainda cinco subescalas, que serão avaliadas seguidamente de forma detalhada. Assim, a subescala correspondente ao suporte social apresentou uma pontuação mínima de 15,00 e máxima de 54,00, com média de 33,76 e desvio padrão de 7,73 pontos. Comparativamente com o género, existe uma maior pontuação no género feminino com 34,47 e desvio padrão de 8,36 e de 32,53 no género masculino e desvio padrão de 6,40. Quando comparada com o ano de escolaridade mantém-se uma predominância do valor mais elevado no género feminino com 34,32 e desvio padrão de 7,75 e de 33,52 no género masculino com desvio padrão de 7,76 (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Suporte Social e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	t	p	Mínimo	Máximo
ETC Suporte Social	104	33,76	7,73			15,00	54,00
Gênero							
Masculino	38	32,53	6,40	-1,33	,187		
Feminino	66	34,47	8,36				
Ano de escolaridade							
7º ano	73	33,52	7,76	-,48	,631		
10ºano	31	34,32	7,75				

A subescala correspondente à Distração Social apresenta uma pontuação mínima de 8,00 e máxima de 28,00, com média de 18,54 e desvio padrão de 3,86 pontos. O gênero masculino mostra uma média de 19,11 e desvio padrão de 4,51 e o gênero feminino uma média de 18,21 e desvio padrão de 3,43. Quando comparada com o ano de escolaridade o 7º ano exibe um valor de 19,00 e desvio padrão de 3,87 e o 10º ano um valor de 17,45 e um desvio padrão de 3,67 (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Distração Social e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	t	p	Mínimo	Máximo
ETC Distração Social	104	18,54	3,86			8,00	28,00
Gênero							
Masculino	38	19,11	4,51	1,06	,294		
Feminino	66	18,21	3,43				
Ano de escolaridade							
7º ano	73	19,00	3,87	1,94	,058		
10ºano	31	17,45	3,67				

A subescala correspondente à Recusa apresenta uma pontuação mínima de 7,00 e máxima de 23,00, com média de 15,17 e desvio padrão de 3,71 pontos. O gênero

masculino exibe uma média de 16,13 e desvio padrão de 3,02 e o género feminino uma média de 14,62 e desvio padrão de 3,97. Quando comparada com o ano de escolaridade o 7º ano mostra um valor de 15,75 e desvio padrão de 3,55 e o 10º ano um valor de 13,81 e um desvio padrão de 3,77 (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Recusa e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	t	p	Mínimo	Máximo
ETC Recusa	104	15,17	3,71			7,00	23,00
Género							
Masculino	38	16,13	3,02	2,19	,031		
Feminino	66	14,62	3,97				
Ano de escolaridade							
7º ano	73	15,75	3,55	2,45	,018		
10ºano	31	13,81	3,77				

A subescala correspondente ao Controlo apresenta uma pontuação mínima de 28,00 e máxima de 69,00, com média de 50,48 e desvio padrão de 7,31 pontos. O género masculino mostra uma média de 51,24 e desvio padrão de 7,09 e o género feminino uma média de 50,05 e desvio padrão de 7,45. Quando comparada com o ano de escolaridade o 7º ano exibe um valor de 49,78 e desvio padrão de 7,10 e o 10º ano um valor de 52,13 e um desvio padrão de 7,64 (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Controlo e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	t	p	Mínimo	Máximo
ETC Controlo	104	50,48	7,31			28,00	69,00
Género							
Masculino	38	51,25	7,09	,81	,420		
Feminino	66	50,05	7,45				
Ano de escolaridade							
7º ano	73	49,78	7,10	-1,46	,149		
10ºano	31	52,13	7,64				

A subescala correspondente ao Retraimento apresenta uma pontuação mínima de 15,00 e máxima de 57,00, com média de 32,75 e desvio padrão de 7,69 pontos. O género masculino mostra uma média de 33,42 e desvio padrão de 8,61 e o género feminino uma média de 32,36 e desvio padrão de 7,14. Quando comparada com o ano de escolaridade o 7º ano exibe um valor de 33,73 e desvio padrão de 7,37 e o 10º ano um valor de 30,45 e um desvio padrão de 8,04 (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário da ETC subescala de Retraimento e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	t	p	Mínimo	Máximo
ETC Retraimento	104	32,75	7,69			15,00	57,00
Género							
Masculino	38	33,42	8,61	,64	,524		
Feminino	66	32,36	7,14				
Ano de escolaridade							
7º ano	73	33,73	7,37	1,95	,057		
10ºano	31	30,45	8,04				

Na quarta parte recorreu-se ao questionário B D I – II. No presente estudo verifica-se que a pontuação variou entre 0,00 e 53,00, com uma média de 11,03 e um desvio padrão de 12,08 (Tabela 13). Comparando a escala com o género, conclui-se que o género masculino apresenta uma pontuação média de 9,95 e o género feminino um valor de 11,65, um desvio padrão de 10,39 e 12,99 respetivamente. Relativamente ao ano de escolaridade o 7º ano apresenta uma média de 9,45 pontos e o 10º ano de 14,74 pontos e um desvio padrão de 9,88 e 15,70 respetivamente (Tabela 14). Comparando com os pontos de corte definidos inicialmente existe uma maior percentagem de jovens com depressão mínima com uma percentagem de 70,2% (Tabela 15).

Tabela 13 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário de BDI-II (n=104)

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
BDI-II	104	11,03	12,08	0,00	53,00

Tabela 14 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores do questionário BDI-II e as variáveis gênero e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio Padrão	T	p
Gênero					
Masculino	38	9,95	10,39	-,73	,465
Feminino	66	11,65	12,99		
Ano de escolaridade					
7º ano	73	9,45	9,88	-1,74	,090
10ºano	31	14,74	15,70		

Tabela 15 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os pontos de corte (n=104)

BDI-II – Pontos de Corte	N	%
Depressão mínima (0-13)	73	70,2%
Depressão leve (14-19)	10	9,6%
Depressão moderada (20-28)	9	8,7%
Depressão severa (29-63)	12	11,5%
Total	104	100,0%

Tabela 16 - Distribuição dos elementos da amostra do gênero masculino de acordo com os pontos de corte (n=38)

BDI-II – Pontos de Corte do gênero masculino	N	%
Depressão mínima (0-13)	29	76,3
Depressão leve (14-19)	2	5,3
Depressão moderada (20-28)	5	13,2
Depressão severa (29-63)	2	5,3
Total	38	100,0

Tabela 17- Distribuição dos elementos da amostra do gênero feminino de acordo com os pontos de corte (n=66)

BDI-II – Pontos de Corte do género feminino	N	%
Depressão mínima (0-13)	44	66,7
Depressão leve (14-19)	8	12,1
Depressão moderada (20-28)	4	6,1
Depressão severa (29-63)	10	15,2
Total	66	100,0

Tabela 18 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores dos pontos de corte Escala de BDI-II e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Género					
Masculino	38	1,47	,92	-1,09	,276
Feminino	66	1,70	1,12		

Na quinta parte aplicou-se a Escala de Autoconceito. No presente estudo verifica-se que a pontuação variou entre 13,00 e 58,00, com uma média de 42,52 e um desvio padrão de 10,33 (Tabela 19). Comparando a escala com o género, conclui-se que o género masculino apresenta uma pontuação média de 45,00 e o género feminino um valor de 41,09, um desvio padrão de 8,47 e 11,08 respetivamente. Relativamente ao ano de escolaridade o 7º ano apresenta uma média de 43,36 pontos e o 10º ano de 40,55 pontos e um desvio padrão de 10,09 e 10,79 respetivamente (Tabela 20).

Tabela 19 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores da Escala de Autoconceito (n=104)

	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Autoconceito Global	104	42,52	10,33	13,00	58,00

Tabela 20 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores da Escala de Autoconceito e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	n	Média	Desvio Padrão	t	P
Género					
Masculino	38	45,00	8,47	2,02	,046
Feminino	66	41,09	11,08		
Ano de escolaridade					
7º ano	73	43,36	10,09	1,24	,222
10º ano	31	40,55	10,79		

Serão descritos seguidamente as seis subdivisões da escala, consoantes o género e o ano de escolaridade (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores das seis subescalas da Escala de Autoconceito e as variáveis género e ano de escolaridade (n=104)

	AC					AN				
	n	Média	Desvio Padrão	t	p	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Género										
Masculino	38	10,61	2,35	-1,19	,239	38	5,50	1,96	5,26	,000
Feminino	66	11,17	2,27			66	3,32	2,17		
Ano de escolaridade										
7º ano	73	10,85	2,38	-,79	,431	73	4,45	2,21	2,20	,032
10º ano	31	11,23	2,14			31	3,32	2,47		

	EI					PO				
	n	Média	Desvio Padrão	t	p	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Género										
Masculino	38	8,71	2,73	,57	,571	38	7,97	1,52	2,66	,009
Feminino	66	8,36	3,41			66	7,03	2,08		
Ano de escolaridade										
7º ano	73	8,48	3,12	- ,05	,958	73	7,64	1,84	2,10	,040
10º ano	31	8,52	3,34			31	6,74	2,07		

	AF					SF				
	n	Média	Desvio Padrão	T	P	n	Média	Desvio Padrão	t	P
Género										
Masculino	38	5,88	2,27	1,38	,171	38	6,71	1,81	,42	,673
Feminino	66	4,94	2,27			66	6,55	2,08		
Ano de escolaridade										
7º ano	73	5,29	2,20	,74	,460	73	6,82	1,89	1,65	,106
10º ano	31	4,90	2,49			31	6,10	2,12		

Na sexta parte utilizou-se um questionário de resposta aberta sobre ideação suicida. Foram avaliadas dez questões da esfera suicidária tendo ocorrido a resposta a todas as questões excetuando na última “Tomei comprimidos ou tóxicos para conseguir o que queria” em que houve uma abstenção. (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição dos elementos da amostra segundo as questões sobre ideação suicida (n=104)

n	Ideação suicida	Desejo de morrer	Comportamentos de risco	Consumo excessivo de substâncias alcoólicas	Conduzir em contramão
Válido	104	104	104	104	104

n	Conduzir em excesso de velocidade	Correr riscos desmedidos	Me cortei deliberadamente até ver sangue	Tomei comprimidos ou tóxicos com a intenção de morrer	Tomei comprimidos ou tóxicos para conseguir o que queria
Válido	104	104	104	104	103
Omisso	0	0	0	0	1

Seguidamente será apresentada a frequência e percentagem das dez questões acima referidas (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição dos elementos da amostra segundo a frequência e percentagem (n=104)

Ideação Suicida	Frequência	Percentagem
Nunca	85	81,7
Às vezes (0-2)	13	12,5
Muitas vezes (»2)	6	5,8
Total	104	100,0

Desejo de morrer	Frequência	Percentagem
Nunca	86	82,7
Às vezes (0-2)	12	11,5
Muitas vezes (»2)	6	5,8
Total	104	100,0

Comportamentos de risco	Frequência	Percentagem
Nunca	86	82,7
Às vezes (0-2)	14	13,5
Muitas vezes (»2)	4	3,8
Total	104	100,0

Consumo excessivo de substâncias alcoólicas	Frequência	Percentagem
Nunca	95	91,3
Às vezes (0-2)	8	7,7
Muitas vezes (»2)	1	1,0
Total	104	100,0

Conduzir em contramão	Frequência	Percentagem
Nunca	102	98,1
Às vezes (0-2)	1	1,0
Muitas vezes (»2)	1	1,0
Total	104	100,0

Conduzir em excesso de velocidade	Frequência	Percentagem
Nunca	101	97,1
Às vezes (0-2)	3	2,9
Muitas vezes (»2)	0	0,0
Total	104	100,0

Correr riscos desmedidos	Frequência	Percentagem
Nunca	95	91,3
Às vezes (0-2)	7	6,7
Muitas vezes (»2)	2	1,9
Total	104	100,0

Me cortei deliberadamente até ver sangue	Frequência	Porcentagem
Nunca	88	84,6
Às vezes (0-2)	13	12,5
Muitas vezes (»2)	3	2,9
Total	104	100,0

Tomei comprimidos ou tóxicos com a intenção de morrer	Frequência	Porcentagem
Nunca	103	99,0
Às vezes (0-2)	1	1,0
Muitas vezes (»2)	0	0,0
Total	104	100,0

Tomei comprimidos ou tóxicos para conseguir o que queria	Frequência	Porcentagem
Nunca	100	97,1
Às vezes (0-2)	3	2,9
Muitas vezes (»2)	0	0,0
Omisso	1	0,0
Total	104	100,0

Tabela 24 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com os valores dos Comportamentos suicidários e a variável género (n=104)

	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Género					
Masculino	38	,18	,39	,030	,976
Feminino	66	,18	,39		

3.2. TESTE DE HIPÓTESES

Hipótese 1: Existe relação entre os valores de bem-estar e as variáveis de género e ano de escolaridade.

Após correlacionar os valores do questionário WHO-5 e a variável género pode-se afirmar que não reforça a relação estatisticamente significativa ($p=0,089$), em que o género masculino apresenta uma média mais elevada com um valor de 18,82 (desvio padrão de 4,29) comparativamente com o género feminino com 17,12 (desvio padrão de 5,67).

Quanto à existência de relação entre o Índice de Bem-Estar e o ano de escolaridade pode-se verificar que os resultados demonstram uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$), tendo o 7º ano uma média também mais elevada com 18,70 (desvio padrão de 4,52) e o 10º ano uma média de 15,48 (desvio padrão de 6,17).

Assim reforça-se a hipótese 1 para o ano de escolaridade.

Hipótese 2: Existe relação entre o coping e as variáveis de género e ano de escolaridade.

Verifica-se que ao correlacionar a escala ETC com a variável género, que não existe uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,480$). Comparativamente quando relacionado com a variável ano de escolaridade, esta também não demonstra uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,348$).

Pelo exposto não se reforça a hipótese 2.

No entanto, observa-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre o ano de escolaridade e a subescala Distração Social ($p=0,058$). Verifica-se ainda uma diferença estatisticamente significativa entre o género e a subescala Recusa ($p=0,031$) que também se verifica quando comparado com os valores do ano de escolaridade ($p=0,018$). Existe ainda uma diferença estatisticamente significativa entre o ano de escolaridade e a subescala de Retraimento ($p=0,057$), que não se verifica quando comparado com o género ($p=0,524$).

Hipótese 3: Existe relação entre os valores de depressão e as variáveis de género e ano de escolaridade.

Verifica-se que ao comparar os valores do BDI-II e variável género, não é demonstrada a existência de correlação estatisticamente significativa ($p=0,465$). As raparigas apresentam uma média superior (média = 11,65 e desvio padrão= 12,99) aos rapazes.

Quanto à possibilidade de existir relação entre o BDI-II e a variável ano de escolaridade, constata-se que também não existe uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,090$), tendo os adolescentes do 10º ano uma média superior (média = 14,74 e desvio padrão= 15,70) quando comparado com os jovens do 7º ano de escolaridade.

Pelo exposto não se reforça a hipótese 3.

Hipótese 4: Existe relação entre os valores de autoconceito e as variáveis de género e ano de escolaridade.

Comparando os valores de autoconceito com a variável género, pode-se constatar que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p= 0,046$) tendo o género masculino uma média superior de 45,00 (com desvio padrão de 8,47) que o género feminino (média de 41,09 e desvio padrão de 11,08).

Também na variável ano de escolaridade verifica-se que o 7º ano apresenta uma média superior com 43,36 (desvio padrão de 10,09) comparativamente com o 10º ano com uma média de 40,55 (desvio padrão de 10,79), mas sem significado estatístico.

No entanto quando analisadas as subescalas verifica-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão de Ansiedade tanto na variável género ($p=0,000$), quer na variável ano de escolaridade ($p=0,032$), com médias mais elevadas no género masculino com 5,50 (desvio padrão de 1,96) e no 7º ano com média de 4,45. Verifica-se ainda diferença estatisticamente significativa na dimensão de Popularidade tanto na variável género ($p=0,009$) como na variável ano de escolaridade ($p=0,040$), com média igualmente superior no género masculino e no 7º ano com 7,97 (desvio padrão de 1,52) e 7,64 (desvio padrão de 1,84) respetivamente.

Assim reforça-se a hipótese 4 para a variável género, mas não se reforça para a variável ano de escolaridade.

Hipótese 5: As raparigas apresentam mais comportamentos suicidários que os rapazes

Comparando os valores dos comportamentos suicidários com o género, repara-se que as médias são similares assim como os desvios padrões entre os géneros (média= 0,18

e desvio padrão= 0,39), não sendo estatisticamente significativo ($p= 0,976$). Na amostra as raparigas não têm mais comportamentos suicidários que os rapazes.

Pelo exposto não se reforça a hipótese 5.

4. DISCUSSÃO

A discussão consiste na análise e descrição dos resultados obtidos e na verificação da relação, relevância e significados destes para o propósito da investigação em estudo (Vaz Freixo, 2009).

Apesar de, no capítulo anterior, terem já sido realizados alguns comentários acerca dos resultados obtidos, apenas neste capítulo será efetuada uma discussão minuciosa e a comparação com os dados encontrados em investigações semelhantes. A discussão será realizada tendo em conta os dados apresentados anteriormente.

Como este estudo utiliza os mesmos instrumentos que o estudo de Neves e Santos (2016), será realizada uma analogia entre os dois estudos, avaliando as diferenças entre os dados obtidos nos Açores e numa escola do distrito de Coimbra de Portugal Continental e ainda será feita uma comparação com o estudo + Contigo (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

O projeto + Contigo é um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multiníveis em rede, tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar dos jovens do 3º ciclo e secundário, assim como prevenir comportamentos da esfera suicidária, combater o estigma e criar redes de atendimento de saúde mental e como objetivos específicos o de promover habilidades sociais e o autoconceito, promover a capacidade de resolução de problemas e assertividade na comunicação, melhorar a expressão e gestão emocional, detetar precocemente situações de distúrbio mental e fortalecer as redes de apoio nos serviços de saúde (Santos, Erse, Simões, Façanha & Marques, 2013). Neste estudo foram realizadas três fases. Uma primeira onde se avaliou a sintomatologia depressiva, o autoconceito, o coping e o bem-estar, uma segunda de avaliação imediata e posteriormente uma avaliação após seis meses no 7º, 8º e 9º anos (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

No estudo de Neves e Santos (2016), a população-alvo é constituído por alunos em três escolas básicas e secundárias da Ilha do Pico, que frequentam os anos de escolaridade do 7º ao 12º ano.

No que concerne à idade, pode-se constatar que a média de idades a amostra é de 13,41 anos, sendo a idade mínima de 11 anos e a idade máxima de 19 anos, com maior

número de jovens com 12 anos (48,1%) e 15 anos (21,2%). Verificou-se que as idades da amostra se encontram dentro das idades onde se expressam uma maior frequência de comportamentos autolesivos, ou seja, entre os 12 e os 15 anos (DGS, 2013), sendo este um importante preditor do suicídio. No estudo do + Contigo verificou-se na primeira fase, uma média de idades de 13,71 anos, semelhante à encontrada neste estudo (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

A amostra apresenta um predomínio do género feminino, com 66 jovens (63,5%), e 38 jovens do género masculino (36,5%), com um total da amostra de 104 jovens. Tais valores podem se dever ao local da colheita de dados da amostra, uma vez que existe um predomínio do género feminino, com 52,8% da população (Pordata, 2021), já que não existem dados que evidenciem uma discrepância entre os géneros e os jovens matriculados. No estudo de Neves e Santos (2016), também existe um predomínio do género feminino na amostra, com 56,6%. Já no estudo + Contigo existe uma ligeira predominância do género masculino (52,9%) (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

No que respeita ao ano de escolaridade, existe uma maior percentagem no 7º ano, com 73 jovens (70,2%), e apenas 31 jovens no 10º ano (29,8%). Esta situação pode dever-se ao facto de terem sido realizados questionários a todas as turmas do 7º e 10º ano existentes na escola em estudo, uma vez que existe um maior número de turmas correspondentes ao 7º ano de escolaridade.

O bem-estar é um conceito complexo com diversas dimensões e que, quando em níveis elevados, garante o crescimento e amadurecimento saudável dos indivíduos (Nico & Alves, 2017). Existem duas grandes perspetivas, o bem-estar hedónico, que resulta do prazer e satisfação com a vida, e o bem-estar eudemónico, que relaciona o conceito de bem-estar com “o cumprimento de um conjunto de etapas e elementos de realização do potencial humano” (Nico & Alves, 2017, p. 95). Do ponto de vista do bem-estar nos jovens, é de salientar, tal como referido anteriormente, que a pontuação do índice de bem-estar varia entre 0 e 25, sendo que valores mais elevados significam melhores níveis de bem-estar. A média das pontuações no questionário da WHO-5 da amostra em estudo foi de 17,74, variando entre a mínima de 3 e a máxima de 25, com desvio padrão de 5,25. Na amostra, pode-se concluir que os rapazes apresentam uma média superior às raparigas, com 18,82. Numa análise comparativa entre os resultados deste estudo com os resultados do estudo de Neves e Santos (2016), relativamente à média de bem-estar, esta é superior no estudo de Neves e Santos, com 21,35 e com desvio padrão de 4,33. Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o

género relativamente aos níveis de bem-estar na amostra em estudo, facto que também é corroborado pelo estudo de Neves e Santos (2016). No estudo + Contigo a média de bem-estar foi de 17,06 no grupo de intervenção e 16,96 no grupo de controlo, valores inferiores aos encontrados neste estudo (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014). Ainda neste estudo também os rapazes apresentam um índice de bem-estar superior, sendo estatisticamente significativa (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014). Segundo Silva, Matos e Diniz (2010), estes referem que existem vários estudos que indicam valores mais elevados de bem-estar em adolescentes masculinos, uma vez que o género feminino “vive mais intensamente os afetos negativos e positivos e (...) interioriza as experiências afetivas negativas” (p.42) o que resulta numa autoperceção com menores níveis de bem-estar.

Quando analisado o ano de escolaridade, é de notar que o 7º ano apresenta valores de bem-estar superiores do que o 10º ano, com média de 18,70. No estudo de Neves e Santos (2016), os resultados que obtiveram revelam também que, quanto maior a idade, menor os níveis de bem-estar, assim como o estudo de Santos, Erse, Façanha, Marques e Simões (2014), em que o 7º ano apresentou índices de bem-estar superior aos outros anos estudados com diferenças significativas entre anos de escolaridade. Tal corrobora a ideia de Silva, Matos e Diniz (2010), que referem que a grande maioria dos estudos evidencia níveis mais elevados de bem-estar nas idades mais jovens dos adolescentes, uma vez que a autoperceção apresenta os valores mais baixos na faixa etária dos 13 aos 15 anos, começando-se a observar uma recuperação a partir dos 15 anos.

Relativamente às estratégias de *coping* nos adolescentes, estas são recursos cognitivos emocionais e comportamentais que o indivíduo utiliza perante situação stressora, numa tentativa de lidar ou enfrentar de forma eficaz com esta (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). Comparou-se a variável género no Coping Global dos adolescentes com as respetivas médias nas subescalas da ETC. A média das pontuações na ETC da amostra em estudo foi de 150,70, variando entre a mínima de 106 e a máxima de 211, com desvio padrão de 17,66. Da análise realizada, verifica-se que o *coping* é mais elevado nos rapazes com média de 152,42, não sendo estatisticamente significativo. As estratégias de distração social, controlo e retraimento são mais utilizadas pelos rapazes, tendo médias superiores. Relativamente às estratégias de suporte social, são tendencialmente mais utilizadas pelas raparigas, com média de 34,47, não sendo estatisticamente significativo, e a recusa mais pelos rapazes, com média de 16,13, sendo estatisticamente significativo ($p=0,031$). No estudo de Neves e Santos (2016), a média obtida no ETC foi de 147,42 com desvio padrão de 21,73., e no estudo + Contigo a média foi de 155,04 no grupo de intervenção e 153,91 no grupo de controlo, não

havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

No estudo de Bastos, Araújo e Caldas (2015), as estratégias de controlo e distração social também não apresentavam diferenças entre género, sendo que, contrariamente aos valores obtidos neste estudo, as raparigas apresentam maiores estratégias de retraimento. No entanto, em ambos os estudos, a estratégia mais utilizada pelos rapazes é a recusa. Estas diferenças podem se dever à fase de desenvolvimento em que se encontram os adolescentes (Bastos, Araújo e Caldas, 2015) ou por influências quer no contexto familiar, quer social (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). Quando comparados às médias da escala e subescala com os dois grupos de ano de escolaridade, pode-se observar que o grupo de alunos mais novos obteve uma média com 151,78, não sendo estatisticamente significativo, conseguida essencialmente com recurso a estratégias de distração social, recusa e retraimento, sendo estas estatisticamente significativas. Quando comparado com o estudo de Bastos, Araújo e Caldas (2015), estes também apresentam um maior nível de *coping* nos alunos mais jovens com recurso à estratégia de controlo e recusa. Segundo Kristensen, Schaefer & Busnello (2010), as estratégias de *coping* focalizadas no problema tendem a ser adquiridas mais cedo e as focalizadas nas emoções numa fase mais tardia. No estudo + Contigo, os jovens do 7º ano também apresentam melhores índices de coping, sendo estes estatisticamente significativos entre os anos de escolaridade (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

A depressão na adolescência é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, associada a dificuldades relacionais, défices no aproveitamento escolar e aumento do risco de consumo de substâncias, comportamento agressivo e comportamento suicida (Erse, et al., 2016). A depressão na adolescência é um problema de saúde pública pois apresenta altas taxas de reincidência e que podem causar consequências na vida do adolescente (Melo, Siebra & Moreira, 2016). A média das pontuações no BDI-II da amostra em estudo foi de 11,03, variando entre a mínima de 0 e a máxima de 53, com desvio padrão de 12,08. Da amostra, as raparigas apresentaram uma média total mais elevada (média=11,65), que os rapazes (média=9,95), não sendo esta diferença estatisticamente significativa. No estudo de Neves e Santos (2016), também não são observáveis diferenças estatisticamente significativas entre géneros, o que também se verifica no estudo de Erse et al., (2016), tendo as raparigas apresentado uma média superior comparativamente com os rapazes. Melo, Siebra e Moreira (2016) também referem que existe uma maior incidência no género feminino com sintomas mais excessivos, frequentes e de maior intensidade. No estudo + Contigo, a média da

sintomatologia depressiva foi de 10,62 no grupo de intervenção e 11,01 no grupo de controlo, valores ligeiramente inferiores ao encontrados neste estudo, sendo que os jovens do género masculino apresentaram valores de menor sintomatologia depressiva, com diferença estatisticamente significativa (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014). Assim na amostra em estudo podemos inferir que a sintomatologia depressiva é mais elevada no género feminino do que no género masculino, apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa.

Relativamente ao ano de escolaridade, o 10º ano apresenta uma média superior ao 7º ano, com 14,74, também não estatisticamente significativo. No estudo de Neves e Santos (2016), também não são apresentadas alterações estatisticamente significativas com a idade. No estudo + Contigo o 7º ano apresentou melhores indicadores para a sintomatologia depressiva que os restantes anos de escolaridade, sendo estatisticamente significativo (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014). Os resultados do estudo de Erse et al. demonstram que existe um acréscimo da sintomatologia depressiva entre os 13 e os 15 anos, embora também não estatisticamente significativa (2016). Tais resultados podem estar relacionados com as expectativas e exigências do ano de escolaridade em causa, sem descurar que tais dados foram colhidos no meio de uma pandemia, podendo esta também ter tido um papel preponderante na resposta ao questionário. Segundo os pontos de corte definidos inicialmente, pode-se concluir que a amostra apresenta uma predominância de jovens com depressão mínima (70,2%), sendo o valor seguinte mais elevado a depressão severa, com 12 jovens (11,5%). No total 20,2% dos jovens da amostra têm depressão moderada e grave, valor semelhantes ao estudo de Neves e Santos (2016), a qual contava com cerca de 20%. Comparando com o estudo de Erse et al., (2016), em ambos o valor mais elevado foi nos adolescentes que apresentam depressão mínima. No entanto, constata-se que, seguidamente, o valor mais elevado neste estudo diz respeito a jovens com depressão ligeira. No estudo + Contigo, o valor mais elevado foi de jovens sem depressão tanto no grupo de intervenção (71,2%), como no grupo de controlo (69,8%), sendo seguidamente os jovens com depressão leve em ambos os grupos, o que não se verifica neste estudo (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014).

Por sua vez, o autoconceito é um complexo e dinâmico processo de perceções, crenças e atitudes que um indivíduo tem sobre si mesmo, que afeta a interpretação e organização das experiências do sujeito e que pode ser influenciada por processos introspetivos ou do contexto externo (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011). Este conceito baseia-se na qualidade das relações sociais em contexto familiar ou escolar. A média das pontuações no questionário da escala de Autoconceito da amostra em estudo

foi de 42,52, variando entre a mínima de 13 e a máxima de 58, com desvio padrão de 10,33. Assim, a amostra do estudo, quando comparada com os valores da escala de Autoconceito global e a variável género, apresenta uma média superior no género masculino (média= 45,00) comparativamente com o género feminino (média= 41,09), sendo esta estatisticamente significativa. Esta média inferior no género feminino pode ocorrer pelo facto das raparigas reportarem mais perceções desfavoráveis da sua aparência e competência (Saldanha, Oliveira & Azevedo, 2011). No estudo de Neves e Santos (2016), o autoconceito apresentou uma média de 39,31, inferior à da amostra em estudo, não tendo ocorrido diferenças estatisticamente significativas. Já no estudo do + Contigo apresentou uma média de 41,48 no grupo de intervenção e 42,34 no grupo de controlo, ambos ligeiramente inferiores aos encontrados neste estudo, tendo os jovens do género masculino melhores índices no autoconceito com diferença estatisticamente significativa (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014), facto que também é observado neste estudo.

Relativamente ao ano de escolaridade, o 7º ano apresenta uma média de autoconceito superior (média= 43,36), comparativamente com o 10º ano (média= 40,55), não sendo estes valores estatisticamente significativos. No estudo de Neves e Santos (2016) o autoconceito aumentou ligeiramente com a idade e no estudo + Contigo, também o 7º ano apresenta melhores indicadores de autoconceito com diferenças significativas entre anos de escolaridade (Santos, Erse, Façanha, Marques & Simões, 2014). Analisando as subescalas, as raparigas apresentam uma média superior aos rapazes relativamente a AC, não sendo esta estatisticamente significativa. Os AF, EI, SF, AN e PO, apresentam médias superiores nos rapazes, sendo esta estatisticamente significativa nas duas últimas. O 7º ano apresenta uma média superior no AF, SF, AN e PO sendo esta estatisticamente significativa nas últimas duas. Por sua vez o 10º ano revela uma média mais elevada nas restantes subescalas, não apresentando valores estatisticamente significativos. No estudo de Saldanha, Oliveira e Azevedo (2011), no género masculino, quanto menor a idade, maior a perceção negativa de si própria enquanto que no género feminino, a perceção positiva de si aumenta entre os 16 e os 18 anos. Moscaritolo, Rocha e Silves (2013) referem que os aspetos físicos podem apresentar índices mais elevados nos rapazes por haver uma maior valorização do desenvolvimento físico e de qualidades como a velocidade, força e agilidade, sendo este autoconceito mais frequente em jovens de idades mais novas, uma vez que, nos jovens entre os 15 e os 18 anos, já ocorreu, em grande parte, o desenvolvimento corporal.

Nas questões de comportamentos de risco, é de salientar que a ideação suicida apresenta a percentagem mais elevada, com 18,3% dos jovens, seguida do desejo de

morrer e os comportamentos de risco, com 17,3%. Seguidamente, aparecem os jovens com comportamentos autolesivos, com 15,4%, e, por fim, surgem o consumo excessivo de substâncias alcoólicas e os riscos desmedidos, com 8,7% e 8,6% respetivamente. No estudo de Neves e Santos (2016) existe uma elevada percentagem de jovens com comportamentos autolesivos e consumo de substâncias alcoólicas.

Quando comparados os valores dos comportamentos suicidários com o género, na amostra em estudo as raparigas não têm mais comportamentos suicidários que os rapazes, o que não confirmam as evidências dos outros estudos. No estudo de Neves e Santos (2016), os rapazes apresentam mais comportamentos de risco e consumo de substâncias alcoólicas que as raparigas. E segundo Santos e Neves (2014), as jovens do género feminino apresentam mais comportamentos autolesivos, no entanto com menor taxa de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretende avaliar os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como os fatores predisponentes de perturbação mental, identificar problemas e necessidades de um grupo e descrever os resultados obtidos, de forma a dar o seu contributo para o desenvolvimento de estratégias mais eficientes e eficazes na promoção da saúde mental, nos adolescentes, uma vez que estes se encontram numa fase de construção da sua personalidade. Este estudo das variáveis dos comportamentos da esfera suicidária é fundamental, por forma a entender quais os mecanismos psicofisiológicos associados a estes comportamentos.

Procurou-se assim perceber se o bem-estar, o *coping*, a depressão e o autoconceito estavam correlacionados com os comportamentos da esfera suicidária. Os resultados mostram que em geral os adolescentes do género masculino e do género feminino não apresentam diferenças significativas dos níveis médios de bem-estar, *coping* e depressão.

Dando resposta ao objetivo do estudo, verificamos que, relativamente ao bem-estar, o género masculino e o 7º ano de escolaridade apresentam níveis mais elevados, o que indica que os fatores género feminino e aumento do nível de escolaridade podem influenciar significativamente o bem-estar. No *coping*, os rapazes apresentam estratégias mais eficazes, assim como o 7º ano, principalmente com recurso a estratégias de distração social, recusa e retraimento. Os níveis de depressão expressam-se mais nas raparigas e no 10º ano, havendo um valor elevado de sintomatologia moderada e severa na amostra em estudo, com 21,3% dos jovens. O autoconceito apresenta valores mais elevados nos rapazes e no 7º ano de escolaridade, sendo coincidente em ambos, médias mais elevadas de ansiedade, popularidade, satisfação e felicidade. Verifica-se, ainda, uma percentagem elevada de jovens com ideação suicida, desejo de morrer, comportamentos de risco e comportamentos autolesivos, não sendo evidentes diferenças entre géneros.

Assim, pode-se perceber que as variáveis em estudo atuam quer como fator de risco, quer como fator de proteção, dependendo de como os recursos são utilizados pelo indivíduo. No entanto, estas também estão subjetivamente ligadas a múltiplos fatores externos, quer familiares, sociais, culturais e, ainda, individuais, pois foi possível

observar que, muitas vezes, os desenvolvimentos físicos e intelectuais influenciam as respostas dadas, assim como o facto de ser do género masculino ou feminino. A prevalência destes comportamentos aumenta o risco de comportamentos suicidários e autolesivos.

A sociedade desafia diariamente os adolescentes relativamente aos seus princípios, valores e/ou crenças, o que se traduz em diversos problemas, nomeadamente: uso de drogas, gravidez em adolescentes, doenças crónicas, suicídio, delinquência juvenil, acidentes, perturbações psicóticas, entre outros. Durante a adolescência, o jovem consciencializa-se do impacto que a sua identidade poderá causar nos seus pares e naqueles que os rodeiam, enquanto é, simultaneamente, confrontado com uma panóplia de novas experiências e novos papéis. Estas vivências desencadeiam sentimentos de insegurança que podem levar à diminuição da sua autoestima e ao aparecimento de problemas na regulação e gestão das emoções.

Estes resultados mostram-se pertinentes para a realização de programas de intervenção em contexto escolar, criando um ambiente que propicie os adolescentes a comunicarem as suas dificuldades, sofrimentos e desesperos. O acompanhamento ao adolescente neste contexto, é de extrema importância para uma transição bem-sucedida nesta etapa do ciclo vital. As transições desencadeiam mudanças e é necessário para compreendê-las identificar os seus efeitos e significados, que podem levar a alterações nas ideias, relações, rotinas e identidade. Assim, cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para o adolescente. É necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar o processo para uma transição saudável. Os cuidados de Enfermagem e as interações enfermeiro-adolescente são um processo facilitador para uma transição bem-sucedida, na medida em que facilitam a gestão das transições e contribuem para a manutenção e promoção da saúde mental, com intervenções terapêuticas de enfermagem ao longo de todo o processo.

O EESMP a fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspetiva do cuidado humanizado, holístico e científico necessita de conhecer o jovem e a sua família ao longo do ciclo vital, ciente das dificuldades e das adaptações a novas situações potencialmente geradoras de instabilidade. Assim cabe ao EESMP intervir de forma diferenciada e ajudar o adolescente a vivenciar processos de transição da forma mais saudável, promovendo respostas humanas ajustadas, no decorrer das suas competências acrescidas em saúde mental e psiquiátrica. Este encontra-se numa

posição privilegiada no cuidado centrado, incorporando continuamente novas descobertas, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando em projetos de investigação que promovam o conhecimento e desenvolvimento de competências.

A elaboração deste estudo, apresentou algumas adversidades, tais como o facto de a amostra ser reduzida, de uma considerável dificuldade em encontrar estudos similares para comparação dos resultados obtidos em algumas variáveis e, ainda, devido ao clima de pandemia vivido aquando da colheita de dados, o qual afetou não só a colheita em si, como, provavelmente, algumas das respostas dadas pelos adolescentes.

Espera-se que este trabalho seja um veículo de acompanhamento da literatura, dando visibilidade à importância da temática que constitui uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo a singularidade e dignidade de cada ser humano, valores que devem ser valorizados e privilegiados.

Por último, EESMP deve ter um papel proativo na promoção da saúde mental, atuando a nível da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa, grupos ou comunidade, assim como contribuindo na investigação, principalmente no que se refere à sua área de atuação.

No caminho da procura pela excelência na prestação de cuidados, o enfermeiro deve continuar a promover a aquisição de competências e a sua melhoria contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, K., Lima, M., Kohlrausvh, E., & Soares, J. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 195-200. Recuperado de <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9537>
- Anunciação, L., Caregnato, M., & Silva, F. (2019). Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 83-91. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/iWpLDf5Kb4HGwFYBKS3xHWH/abstract/?lang=pt>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Bastos, M., Araújo, B., & Caldas, A. (2015). Adaptação e validação da Escala Toulousiana de Coping a adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14(1), 55-63. doi: 10.19131/rpesm.0106
- Borges, V., & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 78(2), 195-209. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/epsic/a/7Pjtyv563z97nVQDJZc9GVt/?lang=pt>
- Chishti, P., Stone, D., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13 (2), 108-114. Recuperado de <https://academic.oup.com/eurpub/article/13/2/108/428380>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para enfermeiros*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. Recuperado de <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/15>

- Dias, C. A. R. (2012). *A Família na formação da identidade – Orientações de futuro* (Tese de Doutoramento). Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2591/1/TESE_FINAL_Carlos%20Dias.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/ficheiros-externos/programa-nacional-de-saude-dos-jovens-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral de Saúde. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar – Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf>
- Erse, M. P., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Loureiro, C., Matos M., & Santos, J. C. (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 37-45. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000200005
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: ESEnfC.
- Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., ... Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), 1-7 doi: 10.1136/bmjopen-2015-009631
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (2), 213-222. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000308>

- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Recuperado de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Kristensen, C., Schaefer, L., & Busnello, F. (2010) Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 21-30. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/kNqnDVQHGbTBMwnwkvXqZhm/?format=pdf&lang=pt>
- Leite, A., & Silva, M. (2019). Um estudo bibliográfico da teoria psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates em educação*, 11(23), 149-168. Recuperado de <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/6332/pdf>
- Harel, F. (2009). Análise estatística dos dados. In Fortin, M., *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 268-274). Loures: Lusociência.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 41-47. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262713943_Treino_de_Competicencias_Sociais_-_Uma_Estrategia_em_Saude_Mental_Tecnicas_e_Procedimentos_para_a_Intervencao
- Loureiro, C., Santos, M. R., e Frederico-Ferreira, M. (2015). Conceção do programa de intervenção em enfermagem ‘Melhorar competências com os outros’. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 27-32. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33811/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-20.pdf>
- Martins, A. M. Q. (2000). *As Manifestações Clínicas da depressão na Adolescência* (Tese de mestrado). Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10115/3/2957_TM_01_P.pdf
- Melo, A., Siebra, A., & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*,

37(1), 18-34. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/315473077> Depressão em Adolescentes Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica

Moscaritolo, A., Rocha, M., & Silveiras, E. (2013). Indicadores de autoconceito em adolescentes: autorrelato sobre aspectos positivos e preocupações. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 134-150. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193829739010.pdf>

Neves, M., & Santos, J. (2016). Saúde mental e comportamentos da esfera suicidária dos adolescentes numa região insular portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 77-84. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2609&id_revista=24&id_edicao=97

Nico, M., & Alves, N. (2017). O bem-estar das crianças e dos jovens em Portugal: contributos de uma pesquisa qualitativa. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. 34, 93-113. doi: 10.21747/08723419/soc34aa5

Organização Mundial de Saúde. (1998). *Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998*. Recuperado de https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Portuguese.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf

Piccoli, T., Nunes, S. L. N., Tramontina, P. C., Oliveira, R. J. T., Santos, E. K. A., & Amante, L. N. (2015). Refletindo sobre algumas Teorias de Enfermagem a Partir do Modelo de Avaliação de Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 437-42. Recuperado de <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37891/25558>

Pordata. (2021). *População residente, média anual: total e por sexo*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+residente++m%3%a9dia+anual+total+e+por+sexo-357>

Ramôa, A., Soares, C., Castanheira, J., Sequeira, J., Fernandes, N., & Azenha, S. (2017). Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de

- vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(5), 321-332. Recuperado de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12260>
- Raupp, C., Marin, A., & Mosmann, C. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica*, 30(2), 289-308. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652018000200006&lng=pt&nrm=iso
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República nº 151/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Reverendo, I. M. (2011). *Regulação Emocional, satisfação com a vida & percepção da aceitação – rejeição parental* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/18199/1/Regula%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Saldanha, A., Oliveira, I., & Azevedo, R. (2011). O autoconceito de adolescentes escolares. *Paidéia*, 21(48), 9-19. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/paideia/a/K35cGqvHdFpcL4D4qtsQSZv/?lang=pt&format=pdf>
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. Os adolescentes e o Suicídio*. 12ª ed. Lisboa: Caminho.
- Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L., Simões, R. (2014). + *Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/MAIS_CONTIGO.pdf
- Santos, N., Neves, E. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In Saraiva, C. B., Peixoto, B., Sampaio, D (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp.225-240). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Silva, A., Matos, M., & Diniz, J. (2010). Idade, género e bem-estar subjectivo nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44(2), 39-61. Recuperado de https://digitalis.uc.pt/en/artigo/idade_g%C3%A9nero_e_bem_estar_subjectivo_nos_adolescentes
- Silva, E., Silva, D., André, S. (2016). A pequena sereia: arquétipo da adolescência. *Educação, ciência e tecnologia*, 31(10), 93-99. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8420>

- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2011). A Influência da Comunicação com a Família e Grupo de Pares no Bem-Estar e nos Comportamentos de Risco nos Adolescentes Portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 747-756. Recuperado de <https://www.scielo.br/ij/prc/a/SZPwNJf8mjWmCKzyq9L6MJM/?format=pdf&lang=pt>
- Trinco, M., Santos, J. C., & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 115-124. Recuperado de https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1204&codigo=
- Trinco, E., Barbosa, A., Santos, J. C. (2018). A família do adolescente com comportamento autolesivos sem intenção suicida. O impacto da notícia. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 71-83). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- UNICEF. (2021). *Mental health*. Recuperado de <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>
- Vaz Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa. Portugal: Instituto Piaget
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39-48. Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4672/1/nova%20vers%C3%A3o%20da%20escala%20de%20autoconceito%20Piers-Harris%20Children%E2%80%99s%20Self-Concept%20Scale.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Suicide Prevention in Europe – The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107452/E77922.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2012 a). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=1902DDAFD6181BF28F0D6080AD6EA03F?sequence=1

World Health Organization. (2012 b). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness*. Recuperado de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf

World Health Organization. (2021 a). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>

World Health Organization. (2021 b). *Adolescent mental health*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Termo de Consentimento informado

Folha de Consentimento Informado

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é Maria Inês Fé Duarte, sou enfermeira e estou atualmente a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar um estudo de investigação sobre a "**Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º Anos Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários**", sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos. O objetivo deste estudo: caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e o 10º ano de escolaridade de uma escola da região centro do distrito de Coimbra, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários.

Neste sentido, estou a solicitar-lhe a sua participação no estudo, no sentido de colaborar na identificação de fatores que contribuam para a caracterização das vulnerabilidades em saúde mental e na identificação de necessidades de intervenções promotoras de saúde mental.

Assim, é pertinente esclarecer, determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente:

Procedimento: Será distribuído um conjunto de questionários aos estudantes do 7º ano e 10º ano, em suporte de papel. O uso da informação pretendida é exclusivamente para fins académicos. O preenchimento será anónimo e nenhuma informação que o identifique será incluída.

Riscos: Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais.

Benefícios: Os sujeitos de Investigação vão ter oportunidade de refletir sobre a sua Saúde Mental. Poderão também sentir alguma satisfação por participar no estudo.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine uma folha (consentimento informado), onde confirma o seu acordo em participar. Pode sempre recusar responder a qualquer questão ou abandonar o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade: Todos os questionários serão anónimos e a confidencialidade mantida.

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

A enfermeira/investigadora

(**Maria Inês Fé Duarte**)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver pela Enf. ^a Maria Inês Fé Duarte, com o título **“Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º Anos Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários”** fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, os custos e o carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

Data ___/___/201__

Assinatura da enfermeira/investigadora

Data ___/___/201__

(para o participante)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver pela Enf. ^a Maria Inês Fé Duarte, com o título **“Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º Anos Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários”** fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, os custos e o carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

Data ___/___/201__

Assinatura da enfermeira/investigadora

Data ___/___/201__

(para a investigadora)

Consentimento Informado ao Encarregado/a de Educação

Eu _____, na qualidade de encarregado/a de educação do/a menor _____, declaro que autorizo o/a meu/minha educando/a, a participar na investigação a desenvolver pela Enf.ª Maria Inês Fé Duarte, com o título **“CARACTERIZAÇÃO DAS VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES DO 7º E DO 10º ANOS ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS”**.

Assinatura do(a) Encarregado/a de Educação

Data ___/___/201__

Assinatura da enfermeira/investigadora

Data ___/___/201__

(para o participante)

Consentimento Informado ao Encarregado/a de Educação

Eu _____, na qualidade de encarregado/a de educação do/a menor _____, declaro que autorizo o/a meu/minha educando/a, a participar na investigação a desenvolver pela Enf.ª Maria Inês Fé Duarte, com o título **“CARACTERIZAÇÃO DAS VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES DO 7º E DO 10º ANOS ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS”**.

Assinatura do(a) Encarregado/a de Educação

Data ___/___/201__

Assinatura da enfermeira/investigadora

Data ___/___/201__

(para a investigadora)

APÊNDICE II – Pedido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E)

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer Nº 622/10-2019

Título do Projecto: Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º anos Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários

Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria Inês Fé Duarte

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Escola Secundária da Lousã

Investigador Responsável/Orientador: Professor Doutor José Carlos Santos

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

Dados atuais apontam que a depressão na adolescência é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, existindo uma forte relação entre a depressão, a presença de ideação suicida e os comportamentos suicidários. Assim, e de acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 (PNPS), que defende a realização de programas de prevenção a serem desenvolvidos com os adolescentes em contexto escolar, os autores têm como objetivos caracterizar as vulnerabilidades dos adolescentes que frequentam o 7º e o 10º anos de escolaridade da Escola Secundária da Lousã, que estão associadas à ocorrência de comportamentos suicidários.

Este estudo é definido como um estudo descritivo-correlacional, inserido numa abordagem quantitativa estando a recolha de dados programada entre janeiro e março de 2020.

A amostra será constituída por todos os adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, que frequentam o 7º e o 10º anos de escolaridade da Escola Secundária da Lousã, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados pelos autores.

Os instrumentos de recolha de dados são apresentados assim como o consentimento informado sendo garantida a confidencialidade, a voluntariedade e a autonomia das participantes. Não estão previstos qualquer custo ou necessidade de compensação para os participantes.

Sendo assim, somos do parecer que para o projeto poder ser aprovado sem restrições de natureza ética. O presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde o estudo será desenvolvido.

O relator: *Ana Abrantes*

Data: 13/11/2019 O Presidente da Comissão de Ética:

Margarida Bekerle

ANEXOS

ANEXO I – Questionário para colheita de dados

Questionário

Caro estudante,

Solicito a tua colaboração no preenchimento deste questionário que faz parte de um estudo que me encontro a realizar envolvendo uma escola da região centro do distrito de Coimbra no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria. O questionário é anónimo e deve ser todo preenchido. Saliento que não existem respostas corretas ou incorrectas e que somente a tua opinião nos interessa.

=====

1ª PARTE

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1 – Idade: _____ anos

2 – Sexo: Masculino Feminino

3- Ano de escolaridade: _____

2ª PARTE

OMS (CINCO) ÍNDICE DE BEM-ESTAR (versão de 1998)

Por favor indica para cada afirmação, com um (X), qual a que se aproxima mais de como te sentiste nas últimas duas semanas. Repara que quando mais elevados forem os números mais bem-estar representam.

	<i>Nas últimas duas semanas,</i>	Nunca (0)	Quase nunca (1)	Menos de metade das vezes (2)	Mais de metade das vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
1	Tenho-me sentido alegre e bem-disposto.						
2	Tenho-me sentido calmo e relaxado.						
3	Tenho-me sentido activo e enérgico.						
4	Tenho-me sentido revigorado e descansado ao acordar.						
5	O meu quotidiano tem sido preenchido com coisas que me interessam.						

Questionário

3ª PARTE

ESCALA TOULOUSIANA DE COPING (ETC) (Esparbés et 1993, Tap, Costa & Alves, 2005)

Escolhe uma situação difícil. Face a essa situação difícil diz como seria a tua reacção. De acordo com a tua reacção pontua com um (X) a tua resposta tendo em conta uma escala de um a cinco pontos.

	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
1- Enfrento a situação					
2- Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, enfermeiros, psicólogos etc.)					
3- Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer					
4- Tento não pensar no problema					
5- Peço a Deus para me ajudar					
6- Evito encontrar-me com pessoas					
7- Aceito o problema se ele for inevitável					
8- Tento não entrar em pânico					
9- Mudo a minha forma de viver					
10- Faço um plano de acção e tento aplicá-lo					
11- É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experimento face a situação difícil					
12- Não penso nos problemas quando eles se colocam					
13- Recuso-me a admitir o problema					
14- Sinto agressividade face a outrem					
15- Faço qualquer coisa mais agradável					
16- Analiso a situação para melhor a compreender					
17- Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos o que sinto					
18- Ataco o problema de frente					
19- Discuto o problema com os meus pais					
20- Esqueço os meus problemas tomando medicamentos					
21- Procuo actividades colectivas					
22- Refugio-me no imaginário ou no sonho					
23- Procuo encontrar uma filosofia de vida para fazer face à situação					
24- Acontece-me não fazer o que tinha decidido					

Questionário

	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
25- Aprendo a viver com o problema					
26- Controlo as minhas emoções					
27- Mudo o meu comportamento					
28- Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar					
29- Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades					
30- Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita					
31- Reajo como se o problema não existisse					
32 -Sinto-me culpado					
33- Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso					
34- Penso nas experiências susceptíveis de me ajudarem a fazer face à situação					
35- Procuo a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade					
36- Vou directamente ao problema					
37- Pergunto às pessoas que tiveram uma situação similar, que tipo de resposta deram					
38- Tomo drogas ou fumo para acalmar a minha angústia					
39- Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado					
40- Procuo a todo o custo pensar noutra coisa					
41- Brinco com a situação em que me encontro					
42- Afasto-me dos outros					
43- Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema					
44-Modifico as minhas acções em função do problema					
45- Defino objectivos a alcançar					
46- As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem					
47- Digo a mim próprio que este problema não tem importância					
48- Sinto-me invadido pelas minhas emoções					
49- Centro-me noutras actividades para me distrair					
50- Reflecto nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema					
51- Procuo a simpatia e o encorajamento dos outros					

Questionário

4ª PARTE

B D I – II (Beck & Steer, 1987, Martins, 2000)

Instruções: este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Lê por favor cada grupo cuidadosamente, e escolhe em cada um a afirmação que melhor descreve o modo como te tens sentido durante as duas semanas passadas, incluindo o dia de hoje. Assinala com um (X) o quadrado () que antecede a afirmação que escolheste. Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que te pareçam adequadas, no entanto, assegura-te de não ter escolhido mais que uma afirmação por grupo.

1. Tristeza	<input type="checkbox"/> Não me sinto triste. <input type="checkbox"/> Sinto-me triste muitas vezes. <input type="checkbox"/> Sinto-me sempre triste. <input type="checkbox"/> Estou tão triste ou infeliz que já não o suporto.
2. Pessimismo	<input type="checkbox"/> Não me sinto desencorajado em relação ao futuro. <input type="checkbox"/> Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro, do que costumava. <input type="checkbox"/> Já não espero que os meus problemas se resolvam. <input type="checkbox"/> Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar.
3. Fracassos Passados	<input type="checkbox"/> Não me considero um falhado(a). <input type="checkbox"/> Fracassei mais vezes do que deveria. <input type="checkbox"/> Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos. <input type="checkbox"/> Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa.
4. Perda de Prazer	<input type="checkbox"/> Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto. <input type="checkbox"/> Eu não gosto tanto das coisas como costumava. <input type="checkbox"/> Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar. <input type="checkbox"/> Não obtenho qualquer prazer das coisas que eu costumava gostar.
5. Sentimentos de Culpa	<input type="checkbox"/> Não me sinto particularmente culpado. <input type="checkbox"/> Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito. <input type="checkbox"/> Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sinto-me culpado durante o tempo todo
6. Sentimentos de Punição	<input type="checkbox"/> Não sinto que estou a ser castigado. <input type="checkbox"/> Sinto que posso ser castigado. <input type="checkbox"/> Espero vir a ser castigado. <input type="checkbox"/> Sinto que estou a ser castigado.
7. AutoDepreciação	<input type="checkbox"/> Aquilo que acho de mim é o que sempre achei. <input type="checkbox"/> Perdi confiança em mim próprio. <input type="checkbox"/> Estou desapontado comigo mesmo. <input type="checkbox"/> Eu não gosto de mim.
8. AutoCríticismo	<input type="checkbox"/> Não me culpo ou critico mais do que o habitual. <input type="checkbox"/> Critico-me mais do que o que costumava. <input type="checkbox"/> Critico-me por todas as minhas falhas. <input type="checkbox"/> Culpo-me por tudo o que de mal me acontece.
9. Pensamentos ou Desejos Suicidas	<input type="checkbox"/> Não tenho qualquer ideia de me matar. <input type="checkbox"/> Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo. <input type="checkbox"/> Gostaria de me matar. <input type="checkbox"/> Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
10. Choro	<input type="checkbox"/> Não choro mais do que costumava. <input type="checkbox"/> Choro mais do que costumava. <input type="checkbox"/> Choro por tudo e por nada. <input type="checkbox"/> Apetece-me chorar, mas já não consigo.
11. Agitação	<input type="checkbox"/> Não me sinto mais inquieto que o normal.

Questionário

11. Agitação (continuação)	<input type="checkbox"/> Sinto-me mais inquieto que o habitual. <input type="checkbox"/> Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto. <input type="checkbox"/> Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou a fazer alguma coisa.
12. Perda de Interesse	<input type="checkbox"/> Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas actividades. <input type="checkbox"/> Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes. <input type="checkbox"/> Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas. <input type="checkbox"/> É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.
13. Indecisão	<input type="checkbox"/> Tomo decisões como sempre o fiz. <input type="checkbox"/> Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual. <input type="checkbox"/> Tenho muitas mais dificuldades em tomar decisões do que antigamente. <input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.
14. Sentimentos de Inutilidade	<input type="checkbox"/> Não me considero um incapaz / inútil. <input type="checkbox"/> Não me considero tão válido e útil como costumava. <input type="checkbox"/> Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas. <input type="checkbox"/> Sinto-me completamente inútil.
15. Perda de Energia	<input type="checkbox"/> Tenho a mesma energia de sempre. <input type="checkbox"/> Sinto-me com menos energia do que o habitual. <input type="checkbox"/> Não me sinto com energia para muitas coisas. <input type="checkbox"/> Não me sinto com energia para nada.
16. Alterações no Padrão de Sono	<input type="checkbox"/> Não notei qualquer mudança no meu sono. <input type="checkbox"/> Durmo um pouco mais que o habitual. <input type="checkbox"/> Durmo um pouco menos que o habitual. <input type="checkbox"/> Durmo muito mais que o habitual. <input type="checkbox"/> Durmo muito menos que o habitual. <input type="checkbox"/> Durmo a maioria do tempo durante o dia. <input type="checkbox"/> Acordo cerca de 12 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a dormir.
17. Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Não estou mais irritável que o normal. <input type="checkbox"/> Estou mais irritável que o habitual. <input type="checkbox"/> Estou muito mais irritável que o normal. <input type="checkbox"/> Estou irritável o tempo todo.
18. Alterações no Apetite	<input type="checkbox"/> Não notei qualquer alteração no meu apetite. <input type="checkbox"/> Tenho um pouco menos de apetite que o habitual <input type="checkbox"/> Tenho um pouco mais de apetite que o habitual. <input type="checkbox"/> O meu apetite é muito menor que o normal. <input type="checkbox"/> O meu apetite é muito maior que o normal. <input type="checkbox"/> Perdi por completo o apetite. <input type="checkbox"/> Anseio por comida o tempo todo.
19. Dificuldades de Concentração	<input type="checkbox"/> Concentro-me tão bem como antes. <input type="checkbox"/> Não me consigo concentrar tão bem como antes. <input type="checkbox"/> É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo. <input type="checkbox"/> Acho que não me consigo concentrar em nada.
20. Cansaço ou Fadiga	<input type="checkbox"/> Não estou mais cansado / fatigado que o habitual <input type="checkbox"/> Canso-me mais facilmente que o costume. <input type="checkbox"/> Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer. <input type="checkbox"/> Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.
21. Perda de Interesse Sexual	<input type="checkbox"/> Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual. <input type="checkbox"/> Sinto-me menos interessado sexualmente do que o habitual. <input type="checkbox"/> Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. <input type="checkbox"/> Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

Questionário

5ª PARTE

ESCALA DE AUTO-CONCEITO (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002, Veiga (2006))

Encontra-se no questionário que se segue um conjunto de afirmações que descreve aquilo que algumas pessoas sentem em relação a si mesmas. Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não a que tu achas de ti próprio. Se for verdadeiro ou verdadeiro em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Sim", que está a seguir à frase. Se for falso ou falso em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Não". Responde a todas as perguntas, mesmo que em relação a algumas, seja difícil de decidir. Não assinales "Sim" e "Não" na mesma frase. Lembra-te de que não há respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso espero que respondas de acordo com o que realmente sentes.

1	Os meus colegas de turma troçam de mim.	Sim	Não
2	Sou uma pessoa feliz.	Sim	Não
3	Tenho dificuldades em fazer amizades.	Sim	Não
4	Estou triste muitas vezes.	Sim	Não
5	Sou uma pessoa esperta.	Sim	Não
6	Sou uma pessoa tímida.	Sim	Não
7	Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.	Sim	Não
8	A minha aparência física desagrada-me.	Sim	Não
9	Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.	Sim	Não
10	Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.	Sim	Não
11	Sou impopular.	Sim	Não
12	Porto-me bem na escola.	Sim	Não
13	Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.	Sim	Não
14	Crio problemas à minha família.	Sim	Não
15	Sou forte.	Sim	Não
16	Sou um membro importante da minha família.	Sim	Não
17	Desisto facilmente.	Sim	Não
18	Faço bem os meus trabalhos escolares.	Sim	Não
19	Faço muitas coisas más.	Sim	Não
20	Porto-me mal em casa.	Sim	Não
21	Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.	Sim	Não
22	Sou um membro importante da minha turma.	Sim	Não
23	Sou nervoso(a).	Sim	Não
24	Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.	Sim	Não
25	Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.	Sim	Não
26	Os meus amigos gostam das minhas ideias.	Sim	Não
27	Meto-me frequentemente em sarilhos.	Sim	Não
28	Tenho sorte.	Sim	Não
29	Preocupo-me muito.	Sim	Não
30	Os meus pais esperam demasiado de mim.	Sim	Não

Questionário

31	Gosto de ser como sou.	Sim	Não
32	Sinto-me posto de parte.	Sim	Não
33	Tenho o cabelo bonito.	Sim	Não
34	Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).	Sim	Não
35	Gostava de ser diferente daquilo que sou.	Sim	Não
36	Odeio a escola.	Sim	Não
37	Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.	Sim	Não
38	Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.	Sim	Não
39	Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias	Sim	Não
40	Sou infeliz.	Sim	Não
41	Tenho muitos amigos.	Sim	Não
42	Sou alegre.	Sim	Não
43	Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.	Sim	Não
44	Sou bonito(a). (Tenho bom aspecto)	Sim	Não
45	Meto-me em muitas brigas.	Sim	Não
46	Sou popular entre os rapazes.	Sim	Não
47	As pessoas pegam comigo.	Sim	Não
48	A minha família está desapontada comigo.	Sim	Não
49	Tenho uma cara agradável.	Sim	Não
50	Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.	Sim	Não
51	Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.	Sim	Não
52	Esqueço o que aprendo.	Sim	Não
53	Dou-me bem com os outros.	Sim	Não
54	Sou popular entre as raparigas.	Sim	Não
55	(gosto de ler) Sou bom leitor	Sim	Não
56	Tenho medo muitas vezes.	Sim	Não
57	Sou diferente das outras pessoas.	Sim	Não
58	Penso em coisas más.	Sim	Não
59	Choro facilmente.	Sim	Não
60	Sou uma boa pessoa.	Sim	Não

6ª PARTE

Por favor indica para cada afirmação, com um (X), qual a que se aproxima mais da tua experiência.

	<i>Na minha vida já tive:</i>	Nunca (0)	Às vezes (0-2)	Muitas vezes (>2)
1	Ideação suicida			
2	Desejo de morrer			
3	Comportamentos de risco			

Questionário

	<i>Na minha vida já tive:</i>	Nunca (0)	Às vezes (0-2)	Muitas vezes (>2)
4	Consumo excessivo de substâncias alcoólicas			
5	Conduzir em contramão			
6	Conduzir em excesso de velocidade			
7	Correr riscos desmedidos			
8	Me cortei deliberadamente até ver sangue			
9	Tomei comprimidos ou tóxicos com a intenção de morrer			
0	Tomei comprimidos ou tóxicos para conseguir o que queria			

Se respondeste afirmativamente a alguma questão anterior onde o fizeste?

Casa: _____

Sozinho: _____

Na presença de outra pessoa: _____

Na escola: _____

Outro/Qual: _____

Acabaste o preenchimento do questionário. Agora verifica se deixaste alguma questão por responder.

Obrigado pela tua colaboração