
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro



Departamento de Educação e Psicologia

**Depressão e Ideação Suicida em Adolescentes:
As Várias Faces da Institucionalização**

Dissertação em Psicologia Clínica sob a Orientação
da Professora Doutora Raquel Costa

João Pedro Nascimento Monteiro

Vila Real, 2012

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro



Departamento de Educação e Psicologia

**Depressão e Ideação Suicida em Adolescentes:
As Várias Faces da Institucionalização**

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre

apresentada à Universidade de

Trás-os-Montes e Alto Douro

Vila Real, 2012

Dissertação de Mestrado submetida à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, elaborada de acordo com o modelo aprovado pelo Concelho Pedagógico da Escola de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, para efeitos da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica ao abrigo do artigo n.º23 do Decreto de Lei 74/2006 de 24 de Março.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível, sem a colaboração de várias pessoas e instituições, que contribuíram com o seu saber, disponibilidade, apoio e encorajamento, às quais gostaria de expressar a minha gratidão e apreço.

Assim sendo, estou infinitamente grato...

À minha orientadora/supervisora Professora Doutora Raquel Costa.

Aos meus pais e padrinho.

Aos meus melhores amigos/as, pelo apoio, paciência e carinho demonstrados.

A todas as instituições que me abriram as portas.

A todos os jovens que participaram no estudo, pela simpatia e colaboração.

Aos autores das escalas, que permitiram a utilização dos referidos instrumentos de avaliação.

À Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro pela possibilidade concedida à minha formação académica, profissional e pessoal.

A todos, um muito obrigado.

Resumo:

A adolescência corresponde a uma etapa do desenvolvimento do Ser Humano, na qual ocorrem transformações e mudanças de ordem biológica, fisiológica e psíquica. Nesta fase do desenvolvimento humano, os adolescentes enfrentam muitos riscos, relacionados com o seu bem-estar físico e mental, como por exemplo, as perturbações do humor e as tentativas de suicídio. Há em Portugal crianças e jovens que estão, especialmente, vulneráveis a situações de risco, nomeadamente as crianças e os jovens institucionalizados. Assim, este estudo teve como objetivo primordial identificar a presença de sintomatologia depressiva e de ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados, num total de 240 adolescentes ($N = 240$). Para isso recorreu-se ao Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e ao Questionário de Ideação Suicida (QIS). Os resultados permitiram concluir que os adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas ($U_{BDI-II} = 4331.0$; $W_{BDI-II} = 10659.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$ e $U_{QIS} = 4551.5$; $W_{QIS} = 10879.0$; $p_{QIS} = 0.000$).

Palavras-chave: adolescência, depressão, ideação suicida, institucionalização.

Abstract:

Adolescence is a stage of development of the Human Being, in which biological, physiological and mental transformations and changes occur. At this stage of human development, teenagers face many risks, related to their physical and mental well-being, as for example, mood disorders and suicidal attempts. There are Portuguese children and young people, especially, vulnerable to risk, particularly those that are institutionalized. Thus, this study had as objective to identify the presence of depressive symptoms and suicidal ideation in adolescents institutionalized and non-institutionalized, a total of 240 adolescents ($N = 240$). For this we used the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ). The results showed that the institutionalized adolescents compared with non-institutionalized adolescents have higher levels of depressive symptoms and suicidal thoughts ($U_{BDI-II} = 4331.0$; $W_{BDI-II} = 10659.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$ and $U_{QIS} = 4551.5$; $W_{QIS} = 10879.0$; $p_{QIS} = 0.000$).

Key-words: adolescence, depression, suicidal ideation, institutionalization.

Índice Geral

Conteúdos	Página
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Índice Geral	vi
Introdução	10
 CAPÍTULO I – CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA	
Resumo	viii
Enquadramento Teórico	15
1. Considerações teóricas sobre a adolescência	15
2. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência	21
3. Considerações teóricas sobre a ideação suicida e o suicídio na adolescência ...	29
4. Considerações teóricas sobre as crianças/adolescentes em risco	37
4.1. Situações de risco que levam à institucionalização	39
4.2. Crianças/adolescentes institucionalizados	40
Conclusão	48
 CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	
Resumo	ix
Estudo Empírico	53
1. Objetivo	53
2. Hipóteses	53
3. Tipo de Metodologia	53
3.1. Participantes	54
3.2. Instrumentos	77
a) <i>Questionário de Informação Sociodemográfica</i>	77
b) <i>Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)</i>	77

c) <i>Questionário de Ideação Suicida (QIS)</i>	78
3.3. Procedimento e estratégia de análise de dados	79
Resultados	80
1. Parâmetros descritivos e de análise de normalidade	80
2. Prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II	81
3. Prevalência de pensamentos suicidas avaliados pelo QIS	81
4. Resultados relativos às hipóteses estimadas	81
a) Hipótese 1	81
b) Hipótese 2	82
c) Hipótese 3	83
d) Hipótese 4	85
e) Hipótese 5	87
f) Hipótese 6	90
i. <i>Acontecimentos de vida pessoais negativos</i>	91
ii. <i>Acontecimentos de vida familiares negativos</i>	107
Discussão dos Resultados	112
Conclusão	121
Referências Bibliográficas	127
Lista de Quadros	x
Lista de Figuras	xv
Lista de Abreviaturas	xvi
ANEXOS	
Anexo I	xvii
Anexo II	xx
Anexo III	xxiii

Introdução

A realização deste trabalho partiu da extrema relevância em compreender como a depressão e a ideação suicida estão presentes na fase da adolescência, nomeadamente nos adolescentes institucionalizados. Assim, ao longo do trabalho iremos tecer algumas considerações sobre a adolescência, sobre a depressão, sobre a ideação suicida e sobre a institucionalização dos jovens. Será, também, apresentado um estudo de carácter empírico envolvendo as variáveis/conceitos enunciados.

A infância e a adolescência são períodos determinantes na vida do Ser Humano, pois é quando o potencial de crescimento do indivíduo está no auge, tanto a nível dos aspetos biológicos como psicossociais e cognitivos. A adolescência é conceptualizada como o período situado entre a infância e a idade adulta (Cordeiro, Claudino, & Arriaga, 2006; Ferreira & Nelas, 2006; Marcelli & Braconnier, 1989; Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente (Ferreira & Nelas, 2006). A adolescência é também um tempo de transição. Considerada no passado apenas como um breve interlúdio entre a dependência da infância e as responsabilidades da vida adulta atribuída ao jovem (Ferreira & Nelas, 2006). Pouco depois da maturidade sexual, o novo adulto trabalhava, casava e tinha filhos (Taborda-Simões, 2002). Atualmente, a adolescência, é considerada um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados (de ordem biológica, fisiológica, psíquica e social), constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e os seus projetos de vida (Ferreira & Nelas, 2006; Monteiro & Santos, 2001).

Na adolescência ocorrem muitas transformações, tanto físicas como psicológicas, que possibilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento (Ferreira & Nelas, 2006; Papalia et al., 2001). Assim, a adolescência corresponde a um período da existência humana marcado por alterações profundas ao nível biológico, psíquico, afetivo, pulsional, intelectual e social (Monteiro & Santos, 2001). No entanto, também está associada a grandes riscos. Portanto, alguns jovens têm dificuldade em lidar com as muitas mudanças a que estão sujeitos de uma só vez, e podem precisar de ajuda para ultrapassar os acontecimentos inerentes a esse percurso (Papalia et al., 2001). Hoje em dia, os adolescentes enfrentam muitas situações que colocam em causa o seu bem-estar físico e mental. Entre essas situações estão, por exemplo, a gravidez precoce e a maternidade, as elevadas taxas de mortalidade por acidente, o homicídio

e o suicídio (Morris, 1973; Papalia et al., 2001; Ribeiro, Reis, & Cordellini, 2006). A estes acontecimentos podem acrescentar-se as perturbações de humor (Cordeiro et al., 2006; Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro, & Silva, 2006). Entre os padrões de comportamento de risco, estão o excesso de bebidas alcoólicas, o abuso de drogas, a delinquência e as atividades sexuais não protegidas (Papalia et al., 2001).

O desenvolvimento do adolescente não depende somente da maturação biológica e psíquica, mas também das condições do meio ambiente em que vive. Neste contexto, a família exerce um papel fundamental, pois constitui o primeiro elemento de relações sociais, sendo a fonte de proteção, vínculos, afetos, segurança e aprendizagem, podendo proporcionar-lhe um ambiente saudável para o crescimento e para o desenvolvimento (Fante & Cassab, 2007). Todavia, muitas crianças e adolescentes não têm o privilégio de fazer parte de uma família unida e organizada, devido, por exemplo, aos maus-tratos, à negligência parental e ao abandono, sendo necessário, assim, viverem noutros locais, como são exemplo os Lares de Infância e Juventude (Arteaga & Valle, 2003).

Em Portugal existem crianças e adolescentes expostos a situações de negligência (e.g. maus-tratos físico e emocional, abuso sexual, negligência e exploração), que resulta em dano atual ou potencial para a saúde da criança e/ou do jovem (Delgado, 2010). Assim, a institucionalização consolida-se como a principal medida de proteção da infância (Delgado, 2010; Oriente & Sousa, 2005; Siqueira, Tubino, Schwarz, & Dell'Aglio, 2009). O objetivo desta intervenção é o de garantir o desenvolvimento físico, moral e psíquico da criança, de modo adequado à sua idade e ao contexto sociocultural que a rodeia (Delgado, 2010). Para Siqueira et al. (2009), a instituição assume um importante papel na vida das crianças e adolescentes que vivem em lares. É nesse contexto que eles desenvolvem atividades, lúdicas e escolares, cooperam e disputam com outras crianças e adolescentes, assumem uma rotina de limpeza e higiene, além de estabelecer relações afetivas com os pares e os adultos da instituição de acolhimento (Siqueira et al., 2009). Desta forma, a instituição passa a constituir parte da rede de apoio social e afetivo das crianças e adolescentes institucionalizados (Siqueira, Betts, & Dell'Aglio, 2006).

Assim, a partir destas considerações, vamos abordar, seguidamente, qual a importância da realização deste trabalho, bem como o/s objetivo/s do mesmo.

A presente monografia foi realizada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica, no âmbito do Mestrado em Psicologia: Especialização em

Psicologia Clínica, que decorreu entre os anos letivos 2010 e 2012 na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob coordenação/orientação da Professora Doutora Raquel Costa. A dissertação tem como objetivos desenvolver, consolidar e avaliar as competências de investigação adquiridas ao longo do percurso académico. Este estudo corresponde a um trabalho científico original que apresenta uma reflexão aprofundada sobre um tema específico – Depressão e Ideação Suicida em Adolescentes Institucionalizados e Não-Institucionalizados. Assim sendo, pretende-se que o resultado final constitua uma contribuição valiosa e única para o conhecimento da matéria tratada. Esta tese, como todas as teses, é a defesa de um argumento.

Desta forma, este é um estudo exploratório, cujo principal objetivo é o de tentar esclarecer esta temática, e servir de ponto de partida para futuras investigações. É também objetivo deste estudo averiguar se os adolescentes institucionalizados apresentam uma maior sintomatologia depressiva e ideação suicida comparativamente a adolescentes não-institucionalizados. Sendo assim, colocamos as seguintes hipóteses de trabalho – a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é: (a) superior nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados; (b) superior no sexo feminino comparativamente ao masculino, relativamente à sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas; (c) menor nos jovens com maior suporte familiar; (d) superior nos jovens que apresentem insucesso escolar; (e) superior nos jovens com hábitos de consumo de álcool, de tabaco e drogas; e (f) superior nos jovens que tenham experienciado acontecimentos de vida negativos (e.g. problemas com professores; tirar notas baixas; mudar de escola; ser suspenso/expulso da escola; ser expulso da sala de aula; mudar de instituição; discutir com amigos; morte de um amigo; problemas com a aparência; agressões por parte dos pais; impedido de ver os pais ou outros familiares; ser rejeitado pelos familiares; separação dos pais; ser violado; algum familiar ter problemas com a polícia ou não conseguir emprego; familiares doentes ou deficientes; familiares que consumam droga e um dos pais ter que ir morar longe).

Saliente-se ainda, que o presente trabalho estrutura-se em duas partes: (a) a primeira analisa o estado atual do tema em estudo, centrando-se na revisão crítica da literatura mais recente respeitante à adolescência, à depressão e ideação suicida na adolescência, e à institucionalização dos jovens em Portugal; e, por fim, (b) a segunda traduz-se no nosso contributo pessoal para a evolução do conhecimento nesta área através de um estudo empírico. Finalmente apresentam-se os resultados da análise estatística dos dados recolhidos, a sua discussão e as respetivas conclusões.

Contribuição Teórica

Resumo:

A adolescência corresponde a uma etapa na vida de todas as pessoas. É nela que o indivíduo descobre a sua identidade e define a sua personalidade. No adolescente, nada é estável nem definitivo, porque se encontra numa época de transição. A adolescência é um período no qual uma criança se transforma em adulto. Não se trata apenas de uma mudança na altura e no peso, nas capacidades mentais e na força física, mas, também, de uma grande mudança na forma de ser, de uma evolução da personalidade. No entanto, também está associada a grandes riscos, logo, alguns jovens terão dificuldade em lidar com as muitas mudanças a que estão sujeitos de uma só vez. Assim, os adolescentes enfrentam muitas situações que colocam em causa o seu bem-estar físico e mental. Entre essas situações estão, por exemplo, as perturbações do humor, a depressão, e as tentativas de suicídio. Há em Portugal, como em todo o mundo, crianças e jovens que estão especialmente vulneráveis a situações de risco, muitas vezes resultado da dinâmica familiar, relacional, social, económica e cultural da sociedade. Assim, a medida de promoção e proteção, o acolhimento institucional, é fulcral para a garantia dos direitos dessas crianças/jovens.

Palavras-chave: adolescência, depressão, tentativas de suicídio, institucionalização.

Abstract:

Adolescence corresponds to a stage in the life of all people. A stage of individual discovery of the identity and definition of personality. As a teenager, nothing is stable or definitive, because it is a time of transition. Adolescence is a period in which a child becomes an adult. It's not just a change in height and weight, the mental and physical strength, but, also, a dramatic change in the way of being, an evolution of personality. However, it is also associated with large risks, so, some young people have difficulty in coping with the many changes that are subject at once. Thus, teens face many situations that compromise their mental and physical well-being. Among these situations are, for example, mood disorders, depression, and suicide attempts. There are in Portugal, and all over the world, children and young people who are especially vulnerable to risk situations, often a result of family dynamics, relational, social, economic and cultural society. Thus, the extent of promotion and protection, institutional care, is central to ensuring the rights of these children/youth.

Key-words: adolescence, depression, suicide attempts, institutionalization.

Enquadramento Teórico

1. Considerações teóricas sobre a adolescência

Seria inconcebível para um capítulo introdutório conseguir abarcar e discutir toda a quantidade de fenómenos que direta ou indiretamente interagem sistemicamente entre o adolescente e os que o rodeiam. De qualquer modo, tentaremos tecer algumas considerações.

O conceito de adolescência é relativamente recente (Sampaio, 2000). A adolescência é a idade da mudança, como implica a própria etimologia da palavra – *adolescere* – que em latim significa crescer (Marcelli & Braconnier, 1989; Petito & Cummins, 2000; Tavares & Alarcão, 2005). A adolescência corresponde a uma transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta (Cordeiro et al., 2006; Ferreira & Nelas, 2006; Galvis, Gómez, Bustamante, & Mejía, 2007; Kliegman, Stanton, Geme, Schor, & Behrman, 2004; Marcelli & Braconnier, 1989; Morris, 1973; Papalia et al., 2001; Peres & Rosenburg, 1998; Reato et al., 2006; Ribeiro et al., 2006; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002), o que implica importantes modificações ao nível físico, cognitivo e psicossocial (Araújo, Lunardi, Silveira, Thofehm, & Porto, 2011; Ferreira & Nelas, 2006; Kliegman et al., 2004; Papalia et al., 2001; Taborda-Simões, 2002). Vieira (1995) defende que a adolescência é um período de desenvolvimento marcado por profundas mudanças nos campos biopsicossocial.

A adolescência é um período de desenvolvimento físico, social e psicológico, e este período da vida tem um papel crucial a desempenhar no desenvolvimento total da pessoa e, especialmente, no desenvolvimento para a idade adulta (Kliegman et al., 2004; Laufer et al., 2000; Papalia et al., 2001; Reato et al., 2006). A adolescência é descrita pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (Eisenstein, 2005). Barbosa (1987) define a adolescência como uma fase da vida em que a pessoa está em constante processo de desestruturação e reestruturação. Esta fase do desenvolvimento humano, a adolescência, inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida o seu crescimento e a sua personalidade, obtendo progressivamente a sua independência económica, além da integração no seu grupo social (Eisenstein, 2005). Laufer et al. (2000) defendem que este é um conceito muito diferente do que existia no passado, isto é, de que a adolescência era um período de perturbação na vida da pessoa, um período de dificuldades para a própria pessoa e

para o seu ambiente, e de que era um alívio para todos quando este período da vida passava e a pessoa se tornava madura. Hoje em dia sabe-se que o que acontece durante o período da adolescência é crucial para o futuro da saúde mental e social da pessoa (Laufer et al., 2000).

Papalia et al. (2001) esclarecem que, na adolescência, a aparência dos jovens muda, devido às alterações hormonais da puberdade e, conseqüentemente, os corpos dos adolescentes tornam-se adultos. Para Papalia et al. (2001) a capacidade cognitiva também sofre alterações, nomeadamente ao nível da capacidade de pensamento abstrato e hipotético. Os seus sentimentos mudam acerca de quase tudo (Cordeiro et al., 2006; Papalia et al., 2001). Adicionalmente, todas as áreas do desenvolvimento convergem à medida que os adolescentes enfrentam a sua maior tarefa, isto é, tentar estabelecer uma identidade, incluindo uma identidade sexual, que acarretarão para a idade adulta (Cordeiro et al., 2006). Nesse sentido, é importante enfatizar que a experiência evolutiva do crescer tem-se realizado, em parte, pelas transformações intensas e rápidas da sociedade atual, e que os adolescentes são também corresponsáveis por essas mudanças ocorridas no nosso meio (Araújo et al., 2011; Assis et al., 2003). Assim, podemos considerar, então, que a adolescência é uma fase típica do desenvolvimento do jovem da nossa sociedade. Isso porque uma sociedade evoluída tecnicamente, isto é, industrializada, exige um período para que o jovem adquira os conhecimentos necessários para dela participar (Bock, Furtado, & Teixeira, 2001).

À primeira vista, a adolescência apresenta-se ligada à idade, portanto, referindo-se à biologia, ou seja, ao estado e à capacidade do corpo (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002). Contudo, essas mudanças, entretanto, não transformam, por si só, o indivíduo em adulto. São necessárias outras, mais variadas e menos visíveis, para alcançar a verdadeira maturidade (Berger & Thompson, 1997) – mudanças e adaptações que conduzem o indivíduo para a vida adulta (Bianculli, 1997). Essas mudanças incluem as alterações cognitivas, sociais e de perspectiva sobre a vida (Martins, Trindade, & Almeida, 2003; Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010).

Segundo Rosa (2002), a adolescência é um conceito utilizado, geralmente, para definir aqueles que se demarcam da condição de criança inocente ou do adulto, caracterizado pelo ideal de maturidade e equilíbrio. Já para Dias (2000) a adolescência será um momento em que ocorrem transformações na relação do sujeito com o seu corpo e com os laços amorosos e sociais.

A faixa etária da adolescência dura aproximadamente uma década, desde os 11 ou 12 anos até aos 19 ou 20 anos de idade (Papalia et al., 2001). Steinberg (2000) considera que a adolescência tem início por volta dos 12 ou 13 anos de idade, com as transformações físicas da puberdade, e termina por volta dos 18 ou 19 anos de idade. A *World Health Organization* (WHO, 2010) descreve esta etapa do ciclo vital como a transição entre a infância e a idade adulta, define-a como o período entre os 10 e os 19 anos de idade. Nem o seu início nem o seu fim são claramente marcados (Ferreira & Nelas, 2006; Medeiros, 2000; Papalia et al., 2001; Sampaio, 2000; Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006). O início da adolescência é geralmente relacionado com o início da puberdade, o processo através do qual o indivíduo atinge a maturação sexual ou a fertilidade, ou seja, a capacidade de reprodução (Delaroche, 2006; Ferreira & Nelas, 2006; Papalia et al., 2001; Ribeiro et al., 2006; Sampaio, 2000; Vieira, 1995). Por outras palavras, desde a altura em que alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida (Sampaio, 2000). Mas, se o início da adolescência parece coincidir com a emergência da puberdade, o seu final é de difícil precisão, sendo associado a critérios culturais, como a conclusão dos estudos, a entrada no mercado laboral, a saída de casa dos pais, a autonomia económica, a maioridade civil ou a constituição de família, acontecimentos cuja ordem e duração se têm modificado ao longo dos tempos (Bock et al., 2001; Silva, Silva, & André, 2005; Taborda-Simões, 2002).

Na adolescência poder-se-ão distinguir três fases (Fonseca, 2005): (a) uma fase inicial, dos 10 aos 13 anos de idade (puberdade ou pré-adolescência), em que as principais transformações se associam aos fenómenos da puberdade; (b) uma fase intermédia, dos 14 aos 16 anos de idade (adolescência propriamente dita), na qual começa a emergir o adolescente intelectual, reflexivo e idealista; e (c) uma fase final, depois dos 16 anos de idade (juventude), em que ocorre a integração do jovem na sociedade dos adultos. Assim, verifica-se que em cada uma das fases ocorrem transições e mudanças que marcam profundamente a personalidade do adolescente (Tavares & Alarcão, 2005).

A adolescência é marcada por um conjunto de tarefas desenvolvimentais (Sampaio, 2000), que é caracterizada por diversos estádios, cada um relacionado com certo número de tarefas que é necessário cumprir para passar ao estádio seguinte. Estas tarefas, quando resolvidas, levam a uma sensação de bem-estar e ao sucesso nas tarefas futuras, e são determinadas essencialmente pela maturação física e pelas pressões socioculturais (Davim, Germano, Menezes, & Carlos, 2009; Sampaio, 2000).

Algumas dessas tarefas são: (1) a alteração da relação com os pais – o jovem adolescente terá que abandonar gradualmente a sua posição de dependência face aos pais e caminhar para uma progressiva autonomia face à família (Aberastury & Knobel, 2000; Fonseca, 2005; Reato et al., 2006; Sampaio, 2000; Vieira, 1995). Para Bee (1996), os adolescentes têm duas tarefas aparentemente contraditórias com os seus pais, ou seja, estabelecer autonomia em relação a eles e manter com eles um sentimento de associação (de vinculação); (2) a alteração da relação com os companheiros – diminuindo a dependência afetiva face aos pais, característica do período infantil, o adolescente vai alterar também a relação com os seus companheiros e o grupo vai revestir-se de grande importância no seu desenvolvimento emotivo (Aberastury & Knobel, 2000; Rosa, 2002; Sampaio, 2000; Vieira, 1995). Cordeiro (1997) refere que o adolescente tem necessidade de se afirmar, procurando fora da família novas fontes de afeto, novos modelos, inserindo-se numa comunidade mais vasta (o grupo de pares), que lhe dá, por algum tempo, a identidade social que necessita; e, por último, (3) a identidade sexual – a formação da identidade sexual decorre com avanços e recuos, sendo na fase final da adolescência que esta se encontra estabelecida (Peres & Rosenburg, 1998; Sampaio, 2000; Vieira, 1995). Bee (1996) menciona que o final da adolescência é uma época de consolidação, ou seja, o jovem é capaz de estabelecer uma nova identidade coesa, com objetivos e compromissos de papel mais claros. Assim, a tarefa mais importante da adolescência consiste na construção da identidade pessoal, que não é mais do que a ascensão a um adulto amadurecido e com capacidade de produzir (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silveiras, 2003).

Do ponto de vista da Sociologia, as pessoas podem auto-designar-se adultas quando são autossuficientes ou quando escolheram uma carreira, casaram, estabeleceram uma relação significativa ou organizaram uma família (Papalia et al., 2001). Para a Psicologia, as pessoas podem auto-designar-se adultas quando adquiriram maturidade cognitiva (capacidade para o pensamento abstrato) e maturidade emocional, tais como descobrir a sua própria identidade, tornar-se independente dos pais, desenvolver um sistema de valores e estabelecer relações (Papalia et al., 2001). Já do ponto de vista Biomédico, a adolescência é considerada como uma fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a vida adulta, na segunda década da vida, marcada por transformações biológicas da puberdade e relacionada à maturidade biopsicossocial (Davim et al., 2009).

Delaroche (2006) acrescenta que a adolescência corresponde a uma tomada de consciência coletiva da existência de uma crise psíquica, desencadeada pelo

aparecimento do poder sexual na criança e que procura uma saída fora do quadro familiar. Para o autor, a adolescência seria, portanto, um fenómeno sociológico revelador de uma crise psíquica e, não apenas, unicamente, um conceito psicológico. Pelo contrário, engloba o conceito fisiológico da puberdade, o conceito de uma crise psíquica e, por fim, o de um estado socialmente reconhecido e até reivindicado pelos interessados, pais ou adolescentes (Delaroche, 2006). Medeiros (2000), tal como Rocha et al. (2006) consideram a adolescência como um período crítico, atravessado por transformações, conflitos e crises, que acabam por dar origem a sentimentos de angústia, medos e incertezas. Ou seja, a adolescência corresponde a um período de crise, caracterizado pela ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental dos indivíduos. No entanto, Medeiros (2000) considera que a conotação de adolescência com o termo de crise é perigosa, pois encerra em si mesmo um sentido pejorativo que reforça a ideia de que a adolescência é uma etapa penosa do ciclo de vida, com múltiplos paradoxos e contradições, que geram perturbações concêntricas e acarretam um estado de conflitualidade permanente.

As transformações que ocorrem na adolescência são elementares, o que leva a identificar a adolescência, segundo Peres e Rosenberg (1998), como sendo um período crítico, norteado de momentos de definição da identidade sexual, profissional, de valores e sujeito a crises, que muitas vezes são tratados como patológicos.

Para alguns autores, como Bee (1996) e Cordeiro (1997), o adolescente vive um processo de transformação, designado como crise da adolescência, caracterizado pelas confusões, contradições e ambivalências, vivendo, assim, o adolescente, uma oscilação permanente entre dois polos – necessidade de autonomia versus necessidade de dependência/proteção.

Assim sendo, Papalia et al. (2001) consideram que a adolescência inicial oferece oportunidades de crescimento, não só nas dimensões físicas, mas também na competência social e cognitiva, na autonomia, na autoestima e na identidade. No entanto, também está associada a grandes riscos. Portanto, alguns jovens têm dificuldade em lidar com as muitas mudanças e situações a que estão sujeitos de uma só vez (Morris, 1973; Papalia et al., 2001; Ribeiro et al., 2006). Entre essas situações estão – o acne, o peso, os problemas dentários, os problemas emocionais, dificuldades de relacionamento com a família, professores e colegas, o *stress* escolar (Cordeiro, 1997), a gravidez precoce e a maternidade, as elevadas taxas de mortalidade por acidente, o homicídio e o suicídio (Papalia et al., 2001; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002). Cordeiro et al. (2006), bem como Rocha et al. (2006)

acrescentam a esses acontecimentos, as perturbações de humor, ou seja, a depressão. Entre os padrões de comportamento que contribuem para estes riscos, estão o excesso de bebidas alcoólicas, o abuso de drogas, a delinquência e as atividades sexuais não protegidas (Papalia et al., 2001). Para Vinagre e Lima (2006) a elevada prevalência de consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes e a alteração nos padrões de consumo, constituem uma ameaça à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Nos países europeus, participantes do estudo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, realizado com adolescentes entre os 15 e os 16 anos de idade, 12.0% referiram ter consumido drogas ilícitas em 1995, em 2003 este número aumentou para os 21.0%, diminuindo, contudo, em 2007, para os 18.0%, em 2011 o valor manteve-se (Hibell, et al., 2007; 2011). Portugal seguiu uma tendência global idêntica, segundo os autores, ou seja, aumento do uso de drogas de 1995 (8.0%) a 2003 (18.0%), e descida em 2007 (14.0%), no entanto, verificou-se um aumento em 2011 do consumo de drogas pelos adolescentes portugueses. No contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciam que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos noventa diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, o que alerta desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas (Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], 2011). Num estudo onde participaram quinhentos e oitenta e cinco estudantes do ensino secundário de escolas públicas de Lisboa, permitiu aferir que os adolescentes referem o álcool como a substância lícita de maior consumo, 93.5% já experimentaram, seguida do consumo de cigarros em que 60.0% já tiveram esta experiência e, por último, cerca de 26.0% assumiram já ter consumido *cannabis/haxixe* ou outras drogas ilícitas, entre os quais 14.5% consomem às vezes (Vinagre & Lima, 2006).

Desta forma, Cordeiro (1997) afirma que a adolescência é a idade em que os comportamentos exploratórios e de experimentação são mais acentuados, em que existe uma tentação da novidade e um certo grau de atração pelo abismo.

Em síntese, pode afirmar-se que a adolescência corresponde a um período de transformações profundas, quer ao nível do corpo quer ao nível das relações com os pais e com as outras pessoas, bem como em muitos outros aspetos da vida. É um período de dificuldades e conflitos relacionados com todas essas transformações, mas também uma fase em que as ideias, experiências, sonhos, projetos e expectativas

abundam. É uma fase na qual vão ocorrer mudanças ao nível físico, social e psíquico. Assim, pode ser considerada uma etapa da vida de grandes alterações, porque o jovem está na transição entre o ser criança e tornar-se adulto.

Contudo, a fase da adolescência também é marcada por dificuldades, crises, mal-estar e angústias, devido, em parte, às diversas influências dos múltiplos contextos que circundam o jovem. Como exemplo dessas dificuldades, crises, mal-estar e angústias, temos as dificuldades de relacionamento com a família e colegas, os inconvenientes económicos, os problemas escolares, a gravidez precoce e a maternidade, o homicídio, a ideação suicida e o suicídio, as perturbações de humor (a depressão), a delinquência, o consumo de substâncias ilícitas e a violência.

Desta forma, seguidamente propomo-nos a tecer algumas considerações sobre certas dificuldades que inquietam os adolescentes, nomeadamente a depressão, a ideação suicida e o suicídio.

2. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência

O termo depressão – do latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar), isto é, *depromere* que, literalmente, significa pressão baixa, é relativamente recente (Rodrigues, 2000). Bahls (2002b), assim como Guerreiro (2009) observaram que a importância conferida à depressão de crianças e adolescentes, também, é recente. Até meados do século XX entendia-se que a depressão nestas faixas etárias fosse rara ou até inexistente (Acosta-Hernández et al., 2011; Lima, 2004; Monteiro & Lage, 2007; Scivoletto, Nicastri, & Zilberman, 1994), ou seja, julgava-se que devido à imaturidade do desenvolvimento mental das crianças, estas não teriam condições para apresentar manifestações graves do humor (Reato et al., 2006; Son & Kirchner, 2000). Considerava-se, até então, que a depressão e a irritabilidade eram normais nestas faixas etárias, ou seja, situações necessárias para o desenvolvimento (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2005). Porém, progressivamente foram sendo realizados estudos que demonstraram que não só a depressão existia em crianças, jovens e até bebés (Guerreiro, 2009; Reato et al., 2006; Ribeiro et al., 2006), como podia ser muito debilitante, recorrente e grave, ao ponto de conduzir à morte (Braconnier & Marcelli, 2000; Curatolo & Brasil, 2005).

Nas últimas décadas, observou-se um aumento muito grande do número de casos de depressão com início na adolescência e na infância (Bahls, 2002a; Ribeiro et al., 2006). Para Abramovitch, Lilian, e Aragão (2011), bem como para Curatolo e Brasil (2005), a perturbação depressiva na adolescência é uma condição clínica grave, que

origina prejuízos na relação do jovem com a escola, com a família e com a sociedade. Weissman et al. (1999) defendem que a depressão durante a adolescência pode predizer patologias mais graves na vida adulta.

Todos nós experimentamos em todas as etapas da vida momentos de tristeza, geralmente como uma resposta normal a situações desagradáveis, desilusões e perdas (SMP, 2005).

A depressão é uma das perturbações mentais mais comuns nos indivíduos (Lemma, 1996), com uma prevalência ao longo da vida de cerca de 16.0% na população em geral (Kessler et al., 2003), configurando-se, ainda, entre as mais altas entre os adolescentes e jovens adultos (Hysenbegasi, Hass, & Rowland, 2005; Kessler & Walters, 1998).

Acosta-Hernández et al. (2011), bem como Fuentes, Libreros, e Pérez (2007) defendem que, a depressão, como problema de saúde mental, afeta o Ser Humano sem distinção de sexo, idade, religião e classe social.

Marcelli e Braconnier (2005) referem que a adolescência, enquanto fase do desenvolvimento humano, está associada à depressão. Estes autores afirmam que não existe adolescência sem depressão. Assim, este período enquanto fase de maturação biopsicossocial cria as condições para os adolescentes vivenciarem uma maior sensação de desesperança e desespero, levando, assim, à depressão (Son & Kirchner, 2000). Além disso, desde há vinte anos, o número de adolescentes que apresentam episódios depressivos aumentou consideravelmente, ao ponto de poder ser considerado um verdadeiro problema de saúde pública (Bahls & Bahls, 2002; Marcelli & Braconnier, 2005). Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2005), na Europa cerca de 4.0% das crianças entre os 12 e os 17 anos e 9.0% a partir dos 18 anos de idade sofrem de depressão. Kliegman et al. (2004) afirmam que a prevalência de depressão difere nas diferentes faixas etárias, aumentando com a idade, 0.4 a 2.5% em crianças e 0.4 a 8.3% em adolescentes. As taxas de depressão nos adolescentes situam-se, em média, nos 42.0% para amostras clínicas (jovens hospitalizados) e nos 3.0% a 8.0% para amostras comunitárias (Petersen et al., 1993). Com o decurso da adolescência, ocorre um aumento substancial tanto do número de sintomas de depressão expressos, como do início das perturbações depressivas (Kliegman et al., 2004).

Do ponto de vista etiológico, as perturbações de humor constituem uma forma de sofrimento mental associado a fatores de ordem biológica e fatores de ordem

psicológica (Baptista, Baptista, & Dias, 2001; Guerreiro, 2009; Lemma, 1996; Marcelli & Braconnier, 2005; National Institute of Mental Health [NIMH], 2011; Sadock & Sadock, 2008). Em relação aos fatores biológicos, as perturbações do humor em crianças, adolescentes e adultos, tendem a agrupar-se nas mesmas famílias, uma incidência mais elevada é encontrada entre os filhos de pais com perturbação de humor e nos parentes das crianças afetadas (Brent, 1993; Guerreiro, 2009; Kliegman et al., 2004; Lima, 2004; Marcelli & Braconnier, 2005; NIMH, 2011; Sadock & Sadock, 2008; Son & Kirchner, 2000). Assim, na vertente biológica, a depressão é definida como uma doença, cuja etiologia está associada principalmente a fatores hereditários e, conseqüentemente, o tratamento mais indicado estaria ligado à terapia farmacológica (Monteiro & Lage, 2007). Já em relação aos fatores psicossociais, os acontecimentos de vida indutores de *stress*, como por exemplo, a morte de um ente querido, o impacto da negligência parental, o divórcio dos pais, a separação dos pais, o baixo nível socioeconómico e o abuso ou maus-tratos, podem precipitar um episódio de depressão (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994; Sadock & Sadock, 2008).

Segundo as teorias cognitivas da depressão, a forma como a pessoa vê e interpreta as situações incitadoras de *stress* é determinante para a sua saúde mental (Guerreiro, 2009). A sintomatologia depressiva pode envolver, fundamentalmente, componentes cognitivos e comportamentais (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

De acordo com Beck (2005) e Beck et al. (1979), o modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: (1) a tríade cognitiva, (2) os esquemas e (3) os erros cognitivos (quando o processamento da informação falha). A tríade cognitiva consiste em três padrões cognitivos maiores que induzem o paciente a considerar-se a si mesmo, ao seu futuro e às suas experiências de uma forma idiossincrática: (1) visão negativa que o indivíduo tem de si próprio; (2) tendência da pessoa deprimida interpretar as suas experiências atuais de uma forma negativa; e (3) visão negativa do futuro (Bahls, 1999; Haaga, Dyck, & Ernst, 1991). Desta forma, o modelo cognitivo vê os outros sinais e sintomas da depressão como conseqüências da ativação de padrões cognitivos negativos.

Beck et al. (1979) referem que um segundo ingrediente importante no modelo cognitivo é o conceito de esquemas. Este conceito é usado para explicar porque um paciente deprimido mantém as suas atitudes indutoras de sofrimento e auto-derrotistas apesar de evidências objetivas de fatores positivos na sua vida (Bahls, 1999). Os esquemas designam padrões cognitivos estáveis, os esquemas são a base para moldar os dados em cognições, portanto, o esquema constitui a base para extrair,

diferenciar e codificar os estímulos que confrontam o indivíduo (Beck et al., 1979). Um esquema pode permanecer inativo por longos períodos de tempo, mas pode ser energizado por estímulos ambientais específicos (e.g. situações desencadeadoras de *stress*) (Bahls, 1999; Rupke, Blecke, & Renfrow, 2006). Os esquemas ativados numa situação específica determinam diretamente o modo como a pessoa responde. À medida que os esquemas idiossincrásicos (negativos) se tornam mais ativos, o paciente perde grande parte do seu controlo voluntário sobre os seus processos de pensamento e é incapaz de invocar outros esquemas mais apropriados (Beck et al., 1979). Os esquemas idiossincrásicos levam a distorções da realidade e, conseqüentemente, a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida, ela é menos capaz de ponderar a noção de que as suas interpretações negativistas são erróneas (Goldrajch, 1996). Para Powell, Abreu, Oliveira, e Sudak (2008) esta forma de interpretar os pensamentos e as expectativas, funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, confirmam, após uma nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

Uma perturbação depressiva é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos (Guerreiro, 2009; Ribeiro et al., 2006). Afeta os instintos, a maneira como a pessoa come e dorme, a visão que tem de si e o modo de pensar sobre as coisas (Guerreiro, 2009). Alguns dos sintomas psíquicos da depressão são o humor depressivo (e.g. sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa), a anedonia (e.g. redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis), a fadiga ou a sensação de perda de energia (e.g. fadiga persistente, mesmo quando não existe esforço físico e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial), a diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões (e.g. o curso do pensamento pode estar notavelmente lentificado); já alguns dos sintomas fisiológicos da depressão são as alterações do sono (e.g. o mais frequente é a insónia, podendo ocorrer também a hiper-sonolência), as alterações de apetite (e.g. o mais comum é a perda de apetite, mas pode ocorrer também aumento do apetite), a redução da líbido (e.g. interesse sexual) e os sintomas físicos (e.g. dores articulares nos membros ou na coluna, problemas gastrointestinais, cefaleias, tonturas ou mesmo dor torácica) (American Psychiatric Association [APA], 2000; Bahls & Bahls, 2002; Bilsker, Gilbert, Worling, & Garland, 2005; NIMH, 2011; Tinberg, 2009).

Birmaher et al. (1996) acrescentam que a sintomatologia depressiva não difere de idade para idade, no entanto, o reconhecimento da perturbação pode ser mais difícil

nas crianças. A manifestação da depressão em adolescentes costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos (Bahls, 2002a). Contudo, as crianças e os adolescentes deprimidos apresentam alguns sintomas que são mais frequentes neste grupo (Braconnier & Marcelli, 2000; Curatolo & Brasil, 2005; Galvis et al., 2007; Guerreiro, 2009; Luby et al., 2002; Tinberg, 2009; Versiani, Reis, & Figueira, 2000) como a irritabilidade e a zanga, os comportamentos agressivos e de risco, o mau desempenho escolar, o isolamento social, a relutância em conhecer pessoas, as tentativas ou planos de fuga de casa, a ansiedade de separação, a sensação de aborrecimento, a fadiga, a agitação, alterações nos padrões de sono e apetite, o abuso de álcool ou de outras drogas, o medo da morte, a sensibilidade extrema à rejeição ou ao insucesso, e os sintomas físicos não devidos a outra doença (e.g. dores de cabeça, perturbações digestivas, dor crónica e mal-estar geral). Os adolescentes deprimidos não estão sempre tristes, apresentam-se, principalmente, irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva no seu comportamento (Bahls, 2002a). Assim sendo, a depressão em crianças e adolescentes afeta o crescimento e o desenvolvimento saudável dos indivíduos (Acosta-Hernández, 2011).

Petersen et al. (1993) observaram que a perturbação depressiva, parece estar fortemente associada com a presença de sintomas como o retraimento social, as queixas somáticas, os problemas sociais e cognitivos, o comportamento delinvente e/ou autodestrutivo e agressivo.

Weiner (1995) afirma que existem traços específicos e desenvolvimentais de depressão para os vários momentos da adolescência. Assim, o autor defende que enquanto no início da adolescência esses traços seriam a fadiga, a hipocondria e as dificuldades de concentração acompanhadas de defesas específicas (e.g. o aborrecimento, a inquietação e o *acting-out*), no final da adolescência, as marcas indeléveis de depressão subjacente seriam o abuso de substâncias, os comportamentos suicidários, a promiscuidade sexual nas raparigas e a alienação.

Desde a infância até meados da adolescência, as raparigas aumentam a tendência para desenvolver mais sintomatologia depressiva que os rapazes (Galvis et al., 2007; Giaconia et al., 1993; Kaplan, Sadock, & Greeb, 1997; Merikangas & Angst, 1995; Steinberg, 1999).

As raparigas e os rapazes não exprimem a depressão da mesma forma. As raparigas manifestam-na através de preocupações com a imagem corporal, com o peso, ou mesmo através de dores mais ou menos difusas (Bahls & Bahls, 2002; Marcelli &

Braconnier, 2005). A manifestação da depressão nos rapazes pode dar-se de uma forma comportamental, através da agressão, descarregando assim a tensão e o sofrimento que sentem relativamente a uma imagem negativa de si próprios, escondida por uma aparente insolência ou por uma reação violenta que mais não são do que as suas expressões manifestas (Marcelli & Braconnier, 2005). As raparigas costumam ter, também, mais preocupação com popularidade, menos satisfação com a aparência e menos autoestima, enquanto os rapazes relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e orgulho, e demonstram problemas de conduta como faltar às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias (Bahls, 2002a).

Hoffmann e Su (1998) referem que os acontecimentos de vida desencadeadores de *stress* levam à manifestação de sintomas depressivos nas raparigas, sobretudo na presença de baixa autoestima ou, contrariamente, de elevada sensação de perícia e desempenho. No entanto, os acontecimentos de vida (negativos) parecem ter mais impacto quando há um fraco suporte familiar, assim a depressão aparece relacionada com baixos níveis de suporte familiar/social (Laurence, Williams, & Eiland, 2009; Sumer, Poyrazli, & Grahame, 2008). Para Baptista et al. (2001), famílias intactas tendem a favorecer maior estabilidade e afeto para os seus filhos do que famílias reconstruídas ou separadas. Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha, e Morgado (1996) comentam que o suporte social, incluindo o suporte familiar, tem como objetivo atenuar os efeitos de situações indutoras de *stress* do dia-a-dia. Sendo assim, a ausência de suporte social ou familiar, faria com que os indivíduos estivessem mais predispostos a apresentarem uma perturbação psicológica/psiquiátrica quando submetidos a situações desencadeadoras de *stress* (Baptista et al., 2001). Estes factos poderão relacionar-se com a auto-perceção de eficácia no desempenho de tarefas (Kovacs & Goldston, 1991). Como tal, os adolescentes deprimidos apresentam maiores problemas de adaptação social e de desempenho académico, os quais persistem mesmo depois da completa remissão sintomática (Hoffmann & Su, 1998; Kovacs & Goldston, 1991).

Ribeiro et al. (2006) e Tinberg (2009) identificam como fatores de risco para depressão em crianças e adolescentes os seguintes: uma história familiar de depressão ou suicídio; disfunção familiar; lesão pré-natal a partir do abuso de álcool, drogas ilícitas, medicamentos, tabaco ou outro trauma; baixo peso ao nascer; a pobreza; o abuso físico e psicológico; negligência e múltiplos acontecimentos indutores de *stress* frequentes. No entanto, é importante notar que estes são fatores de risco, não preditores definitivos (Tinberg, 2009).

Bilsker et al. (2005) identificam cinco aspetos que podem causar depressão ou mantê-la: (1) a situação (a depressão muitas vezes começa com situações difíceis e desencadeadoras de *stress*); (2) os pensamentos (adolescentes deprimidos muitas vezes pensam sobre as situações e sobre si mesmos de uma maneira que é negativamente distorcida, ou seja, os seus pensamentos estão inclinados para uma direção negativa de olhar as coisas); (3) as emoções (a depressão geralmente começa com sentimentos de desânimo ou tristeza); (4) o estado físico (a depressão muitas vezes inclui diferentes tipos de problemas físicos, por exemplo, dificuldades com o sono); e (5) as ações (os sujeitos que estão deprimidos muitas vezes comportam-se de maneiras que fazem pior, por exemplo, o isolamento social e o abuso de substâncias). Estes aspetos referidos, segundo os autores, afetam-se uns aos outros. Assim, pode-se pensar nestes cinco aspetos como parte de um ciclo de depressão.

As diversas perturbações, que podem surgir na adolescência, nomeadamente a depressão, devem-se por um lado ao abandono da proteção infantil, proporcionada pelos pais e outras figuras de referência do mundo dos adultos e, por outro lado, à necessidade cada vez maior de estabelecer metas e traçar projetos utilizando só os seus próprios instrumentos (Cordeiro et al., 2006; Merikangas & Angst, 1995). Finalmente devem-se, ainda, à construção de uma imagem de si próprio consistente e sólida que resista aos desafios que se avizinham (Merikangas & Angst, 1995).

A depressão clínica é uma perturbação do humor, que devido à sua gravidade, durabilidade da sintomatologia, tendência a recorrência e alto custo para o indivíduo e para a sociedade, é uma condição significativa que necessita de ser devidamente diagnosticada e tratada (Stefanis & Stefanis, 2005).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2000) identifica como principais Perturbações do Humor as seguintes: (a) Perturbação Depressiva *Major* que é caracterizada por pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão (e.g. humor depressivo a maior parte dos dias, diminuição clara do interesse ou prazer nas atividades, perda de peso, insónia ou hipersónia, fadiga ou perda de energia, diminuição das capacidades de concentração e pensamento, e pensamentos acerca da morte); (b) Perturbação Distímica que é caracterizada pelo menos por dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para o Episódio Depressivo *Major* (e.g. apetite diminuído ou aumentado, insónia ou hipersónia, fadiga ou pouca energia, baixa autoestima, dificuldades de concentração ou em tomar decisões e

desesperança); e (c) Perturbação Bipolar I que se caracteriza pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos e, habitualmente, acompanhados por Episódios Depressivos *Major* e Perturbação Bipolar II (que se caracteriza pela presença de um ou mais Episódios *Major* acompanhados pelo menos por um Episódio Hipomaníaco).

A depressão pode ser, também, um importante preditor de ideação suicida, podendo sinalizar para a ideia de que adolescentes com depressão podem desenvolver pensamentos suicidas (Birmaher, 1996; Borges, Werlang, & Copatti, 2008; Braconnier & Marcelli, 2000; Lester, 2000). A depressão, realmente, tem uma posição de destaque no que se refere ao potencial para o suicídio (Borges et al., 2008; Lemma, 1996; Weissman et al., 1999). Assim, para minimizar o risco de depressão é necessária a existência de suportes sociais como a família, o grupo de amigos e a escola, que são de valor significativo para o adolescente (Cordeiro et al., 2006).

Para Torres (2005) existem múltiplos argumentos que sugerem que a prevenção da depressão deve ser uma prioridade de saúde mental, tendo em conta os seguintes motivos: a magnitude desta patologia; a sua tendência particular para a cronicidade; a alta taxa de comorbilidade que a caracteriza; e o custo pessoal, social e económico que acarreta.

Em resumo, podemos constatar que na contemporaneidade, os fenómenos da depressão e do suicídio ou da ideação suicida encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, afetando os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, etnia, classe socioeconómica, cultura ou zona geográfica. A depressão pode ser considerada atualmente um dos principais problemas da nossa época. Sendo considerada, hoje em dia, um verdadeiro problema de saúde pública. Assim, a importância de se estudar a depressão em crianças e adolescentes é indispensável, devido à possibilidade de evitar o desenvolvimento de maiores problemas ou perturbações futuras em fases subsequentes do ciclo vital, incluindo, até mesmo, o suicídio.

Durante tempos acreditou-se que os adolescentes, assim como as crianças, não eram afetadas pela depressão, já que se supunha que nestas faixas etárias não ocorreriam problemas existenciais, pois acreditava-se que a depressão era uma resposta emocional às contingências da vida, sendo assim, quem não tinha problemas não tinha depressão. Contudo, atualmente sabe-se que os adolescentes estão tão vulneráveis à depressão quanto os adultos.

Os adolescentes deparam-se, constantemente, com novas situações e várias pressões sociais que favorecem os mais sensíveis a desenvolver quadros de depressão, demonstrando, assim, sintomas de confusão, solidão, rebeldia, desagrado e angústia. Desta forma, a depressão interfere de maneira extremamente significativa na vida, nas relações sociais e no bem-estar geral do adolescente, e pode levar ao suicídio se não for previamente diagnosticada e tratada.

Assim sendo, de seguida faremos uma breve alusão à ideação suicida e ao suicídio durante a adolescência.

3. Considerações teóricas sobre a ideação suicida e o suicídio na adolescência

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVI (Werlang & Botega, 2004) e deriva do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar-se a si mesmo) (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Rapeli & Botega, 2003), ou seja, deriva da palavra latina para auto-assassínio (Werlang & Botega, 2004). Os últimos autores defendem que o suicídio, se bem-sucedido, é um ato fatal que representa o desejo de morrer de um indivíduo. Ou seja, uma situação em que o Ser Humano busca uma rutura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006). No entanto, há uma variação entre pensar em suicídio e expressá-lo comportamentalmente. Algumas pessoas têm ideias de suicídio que nunca levarão adiante; outras planeiam durante dias, semanas ou mesmo anos antes de agir; e outras ainda tiram a própria vida num impulso, sem premeditação (Sadock & Sadock, 2008). Dentro do espectro do comportamento suicida existe uma ampla variedade de situações, incluindo a ideação suicida, a tentativa de suicida, o suicídio consumado e o para-suicídio (e.g. indivíduo que se auto-mutila com o objetivo de conseguir modificações imediatas na sua situação através do seu comportamento, mas não tendo como objetivo a morte) (Guerreiro, 2009; Shaffer, 2004; Turecki, 1999). Weiner (1995) afirma que a ideação suicida não conduz necessariamente a atos suicidas e as tentativas não são seguidas inevitavelmente por suicídios consumados. Gil e Saraiva (2006) referem que o termo para-suicídio usa-se para designar uma tentativa de suicídio em que a verdadeira intenção não é pôr termo à vida, enquanto a tentativa de suicídio, ao contrário do para-suicídio, é entendida como o ato levado a cabo por um indivíduo e que tem por finalidade pôr fim à vida, mas em que, por diversas razões, esse objetivo não foi conseguido. Assim, num dos extremos tem-se, a ideação suicida (pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre estes (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). O comportamento suicida é, então, definido como uma ação através da qual um

indivíduo se fere a si mesmo (autoagressão), qualquer que seja o grau de intenção letal e reconhecimento da verdadeira razão para esta ação (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo, & Marín-León, 2005).

O suicídio é um fenômeno complexo e universal, que atingiu e atinge todas as culturas, classes sociais e idades (Borges & Werlang, 2006a; Botega et al., 2005).

Ivarsson, Larsson, e Gillberg (1998) consideram os comportamentos suicidários como característicos da adolescência. Para Pereira (2011) a adolescência representa um período do desenvolvimento que envolve uma maior suscetibilidade para a ocorrência de comportamentos suicidários.

O suicídio é uma das três causas líderes de morte entre os jovens (Anderson, Kochanek, & Murphy, 1997; Botega et al., 2006; Guerreiro, 2009; Ivarsson et al., 1998; Meichenbaum, 2007; NIMH, 2010; Pakis et al., 2010; Ribeiro et al., 2006; Sadock & Sadock, 2008; Serfaty, 1998; Vitiello & Pearson, 2008; WHO, 2000b; WHO, 2002; WHO, 2005; WHO, 2010). Cerca de 14.0% de todos os suicídios ocorrem entre os 15 e os 24 anos de idade (Guerreiro, 2009). O suicídio dos jovens tornou-se um problema de saúde pública à medida que se observa um aumento das taxas de suicídio e depressão em idade pediátrica (Borges et al., 2008; Guerreiro, 2009; Hoecker, 2007; Slater, Conley, Fobbs, & Lopez, 2000; WHO, 2002). Na Europa, o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre os adolescentes e os jovens adultos na faixa dos 15 aos 35 anos de idade (WHO, 2010). Em todo o mundo, a cada ano, pelo menos quatro milhões de adolescentes tentam suicídio e pelo menos cem mil obtêm êxito (WHO, 1998). Estima-se que as tentativas de suicídio sejam vinte vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (Prieto & Tavares, 2005). Também se verifica, segundo os autores, que as taxas de suicídios nas últimas cinco décadas têm aumentado cerca de 60.0%.

Desde há apenas vinte e cinco anos que o suicídio ou a tentativa de suicídio têm sido considerados como um sinal de crise mental severa ou de doença potencial (Laufer et al., 2000).

De acordo com Sadock e Sadock (2008), a ideação suicida, os gestos suicidas e, conseqüentemente, as tentativas de suicídio costumam estar associadas a perturbações depressivas. Para alguns autores (Duarté & Rosselló, 1999; Field, Diego, & Sanders, 2001; Souza, Minayo, & Malaquias, 2002), as perturbações afetivas, com destaque para a depressão, são referidas como um fator de extrema importância para o risco de suicídio, além de um fator preditivo deste. O suicídio, particularmente em

adolescentes, representa um problema de saúde pública crescente de saúde mental (Slater et al., 2000). A ideação suicida ocorre em todas as faixas etárias, contudo, com maior frequência quando a perturbação depressiva é grave (Sadock & Sadock, 2008). Assim, o tratamento das perturbações depressivas em jovens é relevante para a prevenção da ideação suicida nos mesmos (Vitiello & Pearson, 2008).

Na infância não se conhece a incidência da ocorrência de tentativas de suicídio, no entanto, ocorrem com uma regularidade trágica após a puberdade (Laufer et al., 2000; Meichenbaum, 2007; Shaffer, 2004).

Para Pereira (2011) na adolescência assiste-se a uma idealização do conceito de morte, que pode representar algo de mágico, de irreal e não permanente. Assim, a tentativa de suicídio é uma das condutas mais significativas da adolescência (Braconnier & Marcelli, 2000; Marcelli & Braconnier, 1989; Marcelli & Braconnier, 2005; Shaffer, 2004). E, pelas suas características epidemiológicas, distingue-se com bastante nitidez das tentativas de suicídio durante a infância e a idade adulta (Shaffer, 2004). O período da adolescência é uma fase do desenvolvimento marcada por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais, tais mudanças geralmente estão acompanhadas de conflitos e angústias (Araújo, Coutinho, & Saraiva, 2009; Galvis et al., 2007), e o sofrimento que o adolescente vivencia nesse período pode marcá-lo profundamente (Teixeira, 2004). É, também, nesse período, que tanto as ideações suicidas, como as tentativas ganham uma maior proporção, quando associadas ao quadro depressivo (Araújo et al., 2009; Bahls & Bahls, 2002; Teixeira, 2004).

De acordo com Campos e Leite (2002) são vários os fatores de risco para a consumação do suicídio, entre eles estão os fatores biológicos, culturais, sociais, familiares e individuais.

O suicídio atualmente é compreendido como uma perturbação multidimensional (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000), que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (Borges & Werlang, 2006b; Botega et al., 2005; WHO, 2000a). O suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas as perturbações mentais constituem um importante fator de risco para o suicídio (WHO, 2000a). A ideação suicida tem sido vista como tendo um importante valor preditivo na avaliação do risco para o suicídio (Turecki, 1999).

De acordo com Werlang, Borges, e Fensterseifer (2005) para que se possa atuar de maneira preventiva em relação aos comportamentos suicidas é preciso estar ciente e alerta para os diversos fatores de risco e de proteção. Oliveira et al. (2001) defendem que os comportamentos de risco nos adolescentes surgem como um meio de afirmação.

O comportamento suicida tem várias causas subjacentes, como já referido, as quais são complexas e interagem entre si (Werlang & Botega, 2004). Fatores de risco como a história de suicídio na família (antecedentes familiares) (Braconnier & Marcelli, 2000; Galvis et al., 2007; Hoecker, 2007; Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Levy, Jurkovic, & Spirito, 1995; Meichenbaum, 2007; NIMH, 2010; Suominen et al., 2004; Vitiello & Pearson, 2008; WHO, 2002), aspetos sociais (Levy et al., 1995), genéticos (Hoecker, 2007; Werlang & Botega, 2004), consumo de álcool e drogas (Marcelli & Braconnier, 2005; Meichenbaum, 2007; NIMH, 2010; Parrish & Tunkle, 2005; Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS], 2009; Vitiello & Pearson, 2008; Werlang & Botega, 2004; WHO, 2010), abuso físico ou sexual na infância (Hoecker, 2007; Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Levy et al., 1995; Meichenbaum, 2007; NIMH, 2010; Vitiello & Pearson, 2008) e o isolamento social aumentam a probabilidade de comportamento suicida (Marcelli & Braconnier, 2005; Meichenbaum, 2007; Vitiello & Pearson, 2008; Werlang & Botega, 2004). Problemas psiquiátricos, tais como a depressão e outras perturbações de humor (Galvis et al., 2007; Kaplan et al., 1994; Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Marcelli & Braconnier, 2005; Meichenbaum, 2007; NIMH, 2010; Parrish & Tunkle, 2005; Ribeiro et al., 2006; Slater et al., 2000; Vitiello & Pearson, 2008; Werlang & Botega, 2004; WHO, 2010), esquizofrenia, perturbações do comportamento, perturbações de ansiedade e um sentimento geral de desesperança também têm um importante papel, como também as doenças físicas, particularmente as dolorosas e incapacitantes (Marcelli & Braconnier, 2005; SPS, 2009; Werlang & Botega, 2004). A agressividade, a impulsividade, a desesperança, a ansiedade intensa, o autodesprezo, a apatia, a tristeza, a ausência de um projeto pessoal, também são importantes fatores de risco (Marcelli & Braconnier, 2005; Meichenbaum, 2007; Slater et al., 2000; Vitiello & Pearson, 2008; Shaffer, 2004; Werlang & Botega, 2004). O *stress* familiar (Levy et al., 1995) e interpessoal, a psicopatologia parental ou o abuso de substâncias pelos pais (Marcelli & Braconnier, 2005; Werlang & Botega, 2004), o abandono e a família desagregada, são também alguns preditores para o suicídio (Suominen et al., 2004). Ter tentado o suicídio anteriormente é, também, um importante fator preditivo de um futuro suicídio (Marcelli & Braconnier, 2005; Meichenbaum, 2007; Parrish & Tunkle, 2005; Vitiello & Pearson, 2008; Werlang &

Botega, 2004). A *World Health Organization* (WHO, 2000b) acrescenta como um importante fator de risco para cometer o suicídio os acontecimentos de vida incitadores de *stress* (os acontecimentos negativos). A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas psicológicos posteriores, tais como a ideação e condutas suicidas (Dieserud, Forsen, Braverman, & Roysamb, 2002).

Entre os fatores protetores estão a boa relação com os membros da família, o apoio familiar e a confiança em alguém (fatores familiares); boas competências sociais, busca por ajuda e conselhos, senso de valor pessoal, disponibilidade para novas experiências e aprendizagens, capacidade em comunicar, recetividade com a ajuda dos outros e projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); valores culturais, lazer, desporto, religião, relações saudáveis com os amigos e colegas, boas relações com os professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não usem drogas (fatores culturais e sociodemográficos); e, por fim, uma dieta saudável, boa qualidade do sono e atividade física (fatores ambientais) (WHO, 2000b).

Numa meta-análise, Bertolote, Fleischmann, De Leo, e Wassermann (2004), revelaram que mais de 90.0% das pessoas com comportamentos suicidas apresentam perturbações de humor (30.2%), perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (17.6%), esquizofrenia (14.1%) e perturbações da personalidade (13.0%).

Outras pesquisas, como as de Heisel e Flett (2004), para além de destacarem os quadros psicopatológicos relacionados com os comportamentos suicidários nos adolescentes, apontam, também, os indicadores próprios desses quadros (e.g. desespero, pensamentos negativos, baixo autoconceito, insónia, concentração diminuída, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimentos de culpa, perfeccionismo e poucas razões para viver), que são frequentemente encontrados na população jovem com comportamento suicida.

Muitos adolescentes, senão todos, pensam na morte a um dado momento, colocam questões existenciais sobre o sentido da vida em geral, das suas vidas em particular e, conseqüentemente, sobre o lugar da morte no próprio seio da vida (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000; Field et al., 2001). A morte é assim para alguns adolescentes, a única forma de viver, sendo aliás, o fantasma de uma possível morte o que torna tolerável, para alguns, o facto de continuar a viver (Ribeiro et al., 2006). Assim, diante de um jovem que pensa, faz ameaças, tenta ou consuma o ato suicida, observa-se um colapso com relação aos seus mecanismos adaptativos, como o intuito de aliviar o seu

sofrimento (Borges & Werlang, 2006a). Esses jovens, para as autoras, podem estar a expressar um sofrimento, geralmente associado a um conflito interno, encarando a possibilidade da morte como uma solução para terminar com esse sofrimento, embora a adolescência seja marcada por constantes mudanças e conflitos, tais pensamentos podem apontar para algo mais, que de facto ultrapassam as características próprias dessa fase do desenvolvimento.

Portugal apresentou uma das taxas de suicídio mais baixas da União Europeia, a seguir à Grécia (Campos & Leite, 2002). Em Portugal entre 2000 e 2004-2005 houve um mínimo de vinte e oito suicídios e um máximo de cinquenta para o sexo masculino, já para o sexo feminino ocorreu um mínimo de sete suicídios e um máximo de onze suicídios (Värnik et al., 2009). Uma média de 5.5 (por ano) de suicídios para o sexo masculino e de 1.3 (por ano) para o sexo feminino entre os 15 e os 24 anos de idade (Värnik et al., 2009).

Os métodos de eleição para o suicídio dos jovens portugueses foram o enforcamento (36.4%), seguido das armas de fogo (17.9%), saltar (14.4%), envenenamento por diversas substâncias (9.7%) e envenenamento por drogas (3.1%) (Värnik et al., 2009).

Um estudo realizado com adolescentes (seiscentos e vinte e oito adolescentes), estudantes em escolas secundárias de Lisboa, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, com o objetivo de identificar a prevalência de ideação suicida nos mesmos, permitiu verificar que cerca de 48.2% dos jovens já teve ideias de suicídio (Oliveira et al., 2001).

Segundo dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), Portugal registou 1.101 casos de suicídio e outras lesões autoinfligidas intencionalmente durante o ano de 2010.

De acordo com Anderson et al. (1997), a taxa de mortalidade é cerca de três vezes mais elevada nos rapazes entre os 15 e os 24 anos de idade do que nas raparigas. Rapazes e homens jovens têm mais probabilidade de morrer de homicídio ou de suicídio do que as raparigas ou mulheres jovens (Serfaty, 1998). Na maioria das regiões do mundo, o suicídio é mais comum no sexo masculino do que no sexo feminino em todas as faixas etárias (Borges et al., 2008; Meichenbaum, 2007; Pakis et al., 2010; Sadock & Sadock, 2008; Serfaty, 1998; Värnik et al., 2009). Gasquet e Choquet (1993) salientam que quando este comportamento é praticado por jovens do sexo masculino, manifesta-se de uma forma mais agressiva. A taxa de suicídio consumado é significativamente mais elevada no sexo masculino, embora a ideação

suicida e as tentativas de suicídio sejam mais comuns no sexo feminino (Edwards & Holden, 2001; Esposito & Clum, 2002; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Souza et al., 2010). A maior taxa de suicídio no sexo masculino parece estar relacionada com a maior frequência de fatores de risco associados, nomeadamente o abuso de substâncias e o comportamento agressivo, e com a tendência do sexo masculino à utilização de métodos mais violentos e letais, relativamente ao sexo feminino (Gould et al., 2003).

Em relação ao significado do ato suicidário, este pode ser compreendido a vários níveis – significado psicológico geral do suicídio, psicopatologia do próprio gesto, sentido do comportamento suicidário para o indivíduo e, por fim, lugar desse comportamento no seio das interações familiares (Marcelli & Braconnier, 2005).

Os comportamentos suicidários constituem uma forma não-verbal de comunicação em que é usado o corpo, portanto, apresentam vários significados (Pereira, 2011). Marcelli e Braconnier (1989, p. 106) relativamente ao significado psicológico geral do suicídio durante a adolescência descreveram vários sentidos possíveis: (1) a fuga é “*o facto de escapar, por meio de um atentado à sua vida, a uma situação sentida como insuportável pelo sujeito*”; (2) o luto é “*o facto de um sujeito atentar contra a sua vida após a perda de um elemento atual da personalidade ou do plano de vida*”; (3) o castigo é “*o facto de atentar contra a sua vida para expiar uma falta real ou imaginária*”; (4) o crime é “*o facto de atentar contra a sua vida arrastando outro na morte*”; (5) a vingança é “*o facto de atentar contra a sua vida, quer para provocar o remorso do outro quer para lhe infligir o opróbrio da comunidade*”; (6) o apelo e a chantagem é “*o facto de atentar contra a sua vida para atingir um valor ou um estado julgado superior*”; e (7) o ordálio ou o jogo é “*o facto de arriscar a sua vida para se experimentar a si próprio*”.

Quanto ao significado psicopatológico do ato suicidário há duas dimensões fundamentais para explicar o ato suicidário na adolescência: a dimensão depressiva e a dimensão impulsiva (o gesto suicidário comporta muitas vezes uma dimensão de aparente impulsividade e de ausência de reflexão, o que um bom número de jovens parece confirmar ao declarar que uma hora antes do gesto ainda não sabiam que iam fazer isso) (Marcelli & Braconnier, 2005).

Já relativamente ao significado das interações entre o adolescente suicida e o seu ambiente, Shaffer e Pfeffer (2001) afirmam a existência de uma correlação entre as tentativas de suicídio nos adolescentes e um ambiente familiar perturbado. Nessas

famílias, o adolescente é, muitas vezes, o lugar de projeção parental excessiva (Marcelli & Braconnier, 2005). Santiago e Rosselló (2001) observaram que adolescentes com dificuldades no seu ambiente familiar tendem a interiorizar os problemas, manifestando-os menos através de condutas agressivas e delituosas, e mais por comportamentos autodestrutivos. Assim, os adolescentes servem, mais especificamente, de recetáculo ao sofrimento parental (Marcelli & Braconnier, 1989; 2005). Para os autores, o adolescente é o lugar de projeção do sofrimento familiar, denuncia pelo seu gesto suicidário a angústia familiar e exprime um apelo de ajuda coletiva. O adolescente faz, portanto, uma super-representação dos conflitos familiares.

De acordo com Kaplan et al. (1994), a incapacidade de sintetizar soluções para os problemas e a falta de estratégias de *coping* para lidar com estímulos desencadeadores de *stress* imediatos, constituem características universais nos adolescentes suicidários. Daí que uma visão mais limitada das opções disponíveis para lidar com frequentes discussões familiares, rejeição ou fracasso, contribua para a decisão de cometer suicídio.

Assim, o aumento das tentativas de suicídio e das depressões nas nossas sociedades ocidentais depois da Segunda Grande Guerra Mundial pode ser explicado pelo conflito entre a necessidade inata da vinculação e a multiplicidade recente das situações de separação e de rutura nas nossas sociedades que valorizam a independência e a autonomia do sujeito (Marcelli & Braconnier, 2005).

Em forma de resumo, podemos considerar o suicídio de crianças e adolescentes um fenómeno causador de perplexidade e inquietação, não obstante, constitui, simultaneamente, um tema cativante, quer pela complexidade quer pela incompreensão que lhe estão associadas.

O gesto suicida nos jovens surge como uma estratégia desesperada para pôr fim a uma tensão difícil de controlar. Sendo assim, num individuo vulnerável, devido a fatores predisponentes (e.g. genéticos), com dificuldades no desenvolvimento biopsicossocial (e.g. abandonos e perdas) e perante o qual surgiram fatores precipitantes (e.g. conflitos, ruturas e insucessos), desencadeia o gesto suicida no mesmo. O suicídio é, portanto, um tema que preocupa os especialistas da área da saúde em todo o mundo. Ideias suicidas, ameaças, gestos e tentativas de suicídio são situações comuns entre os jovens, e devem ser muito valorizadas pela família e pelos profissionais de saúde envolvidos. Desta forma, a prevenção assume um papel

essencial enquanto esforço e estratégia para lidar com o suicídio na adolescência, a qual passa não só pela deteção e minimização dos fatores de risco associados ao suicídio, como pelo aumento da consciencialização e conhecimento relativamente ao tema, e pela promoção do acesso a fatores de proteção como é o suporte emocional.

De forma geral, o suicídio e a tentativa de suicídio de adolescentes são fenómenos complexos, constituindo, assim, um forte desafio à compreensão dos fatores que estão na sua origem, exigindo, pois, estudos interdisciplinares de forma a evitar uma visão unidimensional do problema.

O suicídio traduz sempre um insucesso face às dificuldades da existência, e resulta muitas vezes de um sofrimento não suficientemente valorizado. Contudo, existem crianças e jovens que se encontram particularmente vulneráveis a situações geradoras de *stress* devido à existência de circunstâncias específicas ou potenciais da sua vida pessoal, familiar, social ou económica (e.g. crianças e jovens institucionalizados).

Desta forma, tentaremos seguidamente abordar algumas considerações sobre este grupo de risco – as crianças e jovens institucionalizados.

4. Considerações teóricas sobre as crianças/adolescentes em risco

À luz do direito português, a definição de criança, menor de 18 anos, em situação de risco, encontra-se redigida no artigo terceiro, ponto dois, da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Constituição da República Portuguesa, 1999, p. 6117):

“Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações: a) está abandonada ou vive entregue a si própria; b) sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; e) está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; f) assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetam gravemente a sua saúde. Segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação”.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2006), os maus-tratos às crianças, por vezes referido como abuso e negligência, inclui todas as formas de deficiente tratamento físico e emocional, abuso sexual, negligência e exploração que resulta em dano atual ou potencial para a saúde, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e poder.

Assim, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo propõe que devem ser tomadas medidas de proteção como medidas em meio natural de vida; medidas de colocação, que implicam o afastamento da criança da sua família de orientação; e uma medida de confiança da criança ou jovem a uma instituição ou a uma pessoa idónea com vista à sua futura adoção, devendo, sempre que possível, aplicar-se medidas que preservem a manutenção da criança no seio da sua família e contextos atuais (Constituição da República Portuguesa, 1999). Delgado (2010) observou que no sistema de proteção português predomina o acolhimento em instituições. A institucionalização, para Oriente e Sousa (2005), surge como a única alternativa viável para garantir a sobrevivência de muitas crianças e adolescentes.

Ainda no que respeita ao direito português, o sistema social de proteção de crianças e jovens em risco, encontra-se redigido no sexagésimo nono artigo, ponto um e dois, dos Direitos e Deveres Sociais sobre a Infância (Constituição da República Portuguesa, 2005, p. 4652):

“As crianças têm direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições. O Estado assegura especial proteção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal”.

Os direitos das crianças e dos jovens estão decretados legalmente quer a nível internacional, quer a nível nacional. A nível internacional é exemplo a Convenção sobre os Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas [ONU], 1989, p. 6), que no artigo terceiro, ponto um, indica:

“Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança”.

A nível nacional pode ainda referir-se o novo modelo de proteção de crianças e jovens em risco, em vigor em Portugal desde Janeiro de 2001, que apela à participação ativa da comunidade, numa relação de parceria com o Estado, concretizada nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR], 2012). Assim, segundo a CNPCJR (2012), as CPCJ correspondem a instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e reverter ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

As Comissões de Proteção podem aplicar as seguintes medidas de promoção e proteção: apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea; apoio para a autonomia de vida; acolhimento familiar; e acolhimento em instituição (CNPCJR, 2012).

4.1. Situações de risco que levam à institucionalização.

A origem do acolhimento institucional de crianças e jovens em Portugal está relacionada com a vivência de situações de risco, isto é, da possibilidade de um acontecimento futuro e incerto, no seio das famílias de origem, para as crianças e jovens acolhidos (Gaspar, Freire, Pereira, Pascoal, & Quedas, 2000). Alberto (2003) considera que a institucionalização tem como objetivo primordial proteger a criança ou o jovem das condições desfavoráveis de que é alvo no seu ambiente familiar e fomentar o seu desenvolvimento biopsicossocial.

Desta forma, considera-se que uma criança ou o jovem está em risco quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações: (a) abandono, isto é, a ausência de proteção da criança ou jovem por desistência ou recusa da assunção das competências parentais; (b) negligência, como a incúria parental face às necessidades afetivas e de desenvolvimento da criança e/ou jovem; (c) abuso sexual, ou seja, a prática por parte de adultos de atos de natureza sexual envolvendo crianças e/ou jovens; (d) exercício abusivo da autoridade parental, através da violência física e/ou psicológica sobre as crianças e/ou jovens; (e) abandono escolar, que corresponde à desistência por parte das crianças e/ou jovens da frequência escolar; (f) absentismo escolar, que se traduz na não frequência das aulas, ainda que se mantenham vinculados à instituição escolar; (g) trabalho infantil, isto é, trabalho realizado por menores de 15 anos, os quais estão submetidos à obrigatoriedade escolar em regime diurno; e (h) a prática de condutas desviantes (e.g. uso de estupefacientes, ou seja, o

consumo de substâncias consideradas ilícitas ou ingestão de bebidas alcoólicas, e ainda a prática de facto qualificado pela lei como crime) (CNPCJR, 2012; Gaspar et al., 2000).

4.2. Crianças/adolescentes institucionalizados.

Historicamente, as sociedades buscam organizar-se através de instituições, sendo que as características e objetivos institucionais variam de acordo com as concepções sociais vigentes e as pessoas a quem se destinam (Santana, Doninelli, Frosi, & Koller, 2004). Desta forma, segundo as autoras, as instituições são criadas justamente para responder ao comportamento social existente. Para Silva (2004), bem como para Oliveira e Milnitisky-Sapiro (2005), as instituições de acolhimento de jovens foram criadas com o intuito de oferecer proteção integral às crianças e adolescentes que, por diversos motivos, necessitam de permanecer temporariamente privados da convivência familiar. Assim, pode-se então pensar que a institucionalização de crianças e adolescentes surge como resultado de um comportamento, produzido pela própria organização social, onde o crescimento das cidades e a complexidade da vida social exercem significativa importância (Oliveira & Milnitisky-Sapiro, 2005).

De acordo com o Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (Instituto de Segurança Social [ISS], 2012), encontravam-se acolhidas em Lares de Infância e Juventude 13.910 crianças/jovens em Portugal em 2008, 12.579 em 2009, 12.075 em 2010 e 11.572 em 2011. A negligência, os maus-tratos e o abandono são as razões mais frequentes para o acolhimento de crianças e jovens e, conseqüentemente, para a retirada da guarda da família (ISS, 2009; 2010).

A institucionalização consolida-se como a principal medida de proteção da infância (Cavalcante, Magalhães, & Pontes, 2007; Oriente & Sousa, 2005; Pereira et al., 2009), à semelhança do que sucede no contexto social europeu (Delgado, 2010). O objetivo desta intervenção, segundo o último autor, é o de garantir o desenvolvimento físico, moral e psíquico da criança, de modo adequado à sua idade e ao contexto sociocultural que a rodeia. Dell'Aglio (2000) salienta que, em casos de situações adversas na família, a instituição pode ser a melhor saída. Assim, a institucionalização, de acordo a autora, tem como objetivo a recriação de um ambiente familiar, com menos elementos, promovendo o apoio pessoal e a participação comunitária. A instituição para além de oferecer medidas de proteção à infância, também expõe inúmeras crianças e adolescentes a outras situações de risco, como o isolamento social e a rutura dos vínculos familiares (Morais, Leitão, Koller, & Campos, 2004;

Parreira & Justo, 2005). Em grande parte das vezes, a institucionalização das crianças/jovens é uma transição difícil e nem sempre aceita pelos mesmos (Mota & Matos, 2010). Para Fante e Cassab (2007) a institucionalização apresenta um impacto tremendo na vida da criança ou adolescente que se vê privado do convívio com a família.

Winnicott (2002, p. 207) menciona que as instituições de acolhimento de crianças e jovens têm como objetivos:

“(...) em primeiro lugar, prover teto, comida e roupa a crianças que foram negligenciadas; em segundo lugar, criar um tipo de vida em que as crianças tenham ordem em vez de caos; e, em terceiro lugar, impedir, para o maior número possível de crianças, a ocorrência de um choque com a sociedade, até que se soltem no mundo por volta dos 16 anos de idade”.

Alves (2007) salienta que é atribuída às instituições a responsabilização da prestação de cuidados de saúde e de alimentação, de forma a promover o desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e afetivo, e o equilíbrio emocional destas crianças e jovens.

Para Alberto (2003, p. 242) a institucionalização de crianças e adolescentes faz lembrar pássaros e as instituições imagens de gaiolas:

“(...) cada instituição é uma casa de «faz-de-conta», é uma família de «faz-de-conta», para crianças e adolescentes que continuam a sentir um profundo vazio de uma casa «de verdade», com uma família «de verdade», como têm os outros meninos e meninas”.

Fernandes e Silva (1996) indicam que os principais objetivos desta resposta social, a institucionalização de crianças e jovens, são: (a) proporcionar alojamento temporário; (b) assegurar a satisfação das necessidades básicas, mas também possibilitar apoio socioeducativo de acordo com a idade e suas características; (c) garantir a intervenção junto da família de origem; (d) elaborar o diagnóstico individual de cada um/a; e, por último, (e) definir projetos de vida mais adequados, de forma a possibilitar a inserção no seio familiar e social ou um encaminhamento mais adequado.

De maneira geral, a família é considerada o primeiro e o principal contexto de desenvolvimento da criança, justamente porque tem obrigações e responsabilidades bem específicas ao longo da trajetória de socialização da criança (Cavalcante, Magalhães, & Pontes, 2009; Gabatz, Padoin, Neves, & Terra, 2010). A convivência

familiar é uma condição relevante para a proteção, crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente (Fante & Cassab, 2007; Winnicott, 2002). No entanto, muitas crianças e adolescentes não têm o privilégio de fazer parte de uma família unida e organizada, que consiga satisfazer as suas necessidades básicas, sendo necessário, assim, viverem em outros locais, como são exemplo os Lares de Infância e Juventude (Arteaga & Valle, 2003; Fante & Cassab, 2007).

Assim, no caso de crianças e jovens institucionalizados, sujeitos a privação familiar, seja este afastamento de ordem física ou emocional, muitas são as consequências (Gabatz et al., 2010; Oppenheim, Koren, & Sagi, 2001), tanto de ordem física quanto intelectual e social, podendo, inclusive, protagonizar o aparecimento de patologias físicas e mentais (Oppenheim et al., 2001). Quando a criança é privada dessa relação (relação familiar), desenvolve angústia, necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e sintomatologia depressiva (Barros & Fiamenghi, 2007). Martins e Szymanski (2004) salientam que a separação familiar gera ansiedade e depressão nas crianças, podendo levar a alterações no desenvolvimento das mesmas. Martins (2005) acrescenta que estas crianças poderão apresentar problemas de crescimento físico, cognitivo e linguístico, e no desenvolvimento e funcionamento psicossocial. Zeanah et al. (2003) consideram que experiências de separação ou perda de figuras de referência durante a infância, como é exemplo a institucionalização, podem estar relacionadas a danos quase irreparáveis no desenvolvimento da linguagem e na capacidade de estabelecer vínculos.

Siqueira e Andriatte (2001) acreditam que a privação materna nos primeiros anos de vida causa prejuízos no desenvolvimento afetivo das crianças, e poderá levar à formação de psicopatologias, como perturbações de comportamento (e.g. delinquência) e dificuldades na formação de vínculos com outras pessoas na posteridade. Bowlby (2001) enfatiza a importância do estudo dos efeitos da separação da criança do seu lar, e menciona que a criança que sofre privação devido ao afastamento dos cuidados da sua mãe e privação total quando é institucionalizada apresentará dificuldades no desenvolvimento da personalidade. A criança que sofre privação no período inicial de vida poderá produzir reações que venham a substituir o percurso natural do crescimento, assimilando perturbações devido a um ambiente deficitário e não facilitador (Careta & Motta, 2007).

Em Portugal, o Sistema Nacional de Acolhimento para crianças e jovens em risco contempla as seguintes vertentes (ISS, 2009): (a) Unidade de Emergência – visa assegurar o acolhimento imediato de crianças e jovens, entre os 0 e os 12 anos de

idade, em situações de perigo grave, real, atual e iminente, por um período que não deve ultrapassar as quarenta e oito horas; (b) Centro de Acolhimento Temporário – destinado ao acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em perigo, por um período que não deve ultrapassar os seis meses, com base na aplicação de medidas de promoção e proteção, tendo como objetivo central a realização de diagnósticos e a definição de projetos de vida; (c) Lar de Infância e Juventude – prevê o acolhimento de adolescentes e jovens adultos com mais de 12 anos de idade em situação de perigo, de duração superior a seis meses, com base na aplicação de medidas de promoção e proteção, tendo como princípio genérico proporcionar estruturas de vida tão aproximadas quanto possível às das famílias; e (d) Famílias de Acolhimento – resposta social em que uma família habilitada e tecnicamente enquadrada assegura às crianças e aos jovens, predominantemente, com idades entre os 12 e os 17 anos de idade os cuidados adequados às suas necessidades, que a família biológica não pode garantir.

Patrício e Calheiros (2011) referem que a negligência, os maus-tratos, o abandono e outros indicadores anunciam que muitas são as crianças que, em Portugal, crescem e se desenvolvem fora do contexto familiar, logo, fora do contexto ecológico natural do desenvolvimento humano. Sabe-se, também, de acordo com os autores, que os problemas associados ao acolhimento de crianças são vários e estão há muito identificados e diagnosticados. Prendem-se com um deficitário acompanhamento das crianças por parte quer das instituições de acolhimento, quer das entidades oficiais (e.g. Segurança Social e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco), com a lentidão do funcionamento dos operadores judiciais e com a desadequação da delimitação conceptual do que deva ser entendido por superior interesse da criança (Patrício & Calheiros, 2011).

Desta forma, Patrício e Calheiros (2011) realizaram um estudo com jovens institucionalizados tendo como objetivo identificar as dimensões e variáveis relevantes para os jovens neste contexto. Assim, verificaram que as necessidades mais referidas pelos jovens foram a Situação Habitacional (Residência de Acolhimento – engloba a visão dos jovens acerca das características da residência de acolhimento, tanto em termos físicos como funcionais, e as perceções dos jovens em termos estruturais, funcionais, culturais, profissionais, os serviços, as regras da instituição e a segurança da instituição) e as Relações Sociais/Familiares (relação dos jovens com uma série de intervenientes, dentro e fora da instituição, as mais referidas são os Educadores, o Grupo de Pares, os Técnicos e a Família). Sucedem-se a Educação (relação com os professores e colegas, a motivação e a integração na escola), as Competências e

Comportamentos (visão dos jovens acerca dos seus comportamentos e competências), os Fatores para a Saúde Psicológica (e.g. fatores da instituição e fatores do jovem), o Emprego (perceção do jovem face ao trabalho e contexto profissional) e, por último, os Fatores para a Saúde Física (perspetiva dos jovens acerca dos fatores que contribuem para a saúde física).

A institucionalização, durante a infância e durante a adolescência, mesmo que temporária, tem sido associada à rutura dos vínculos e a situações de violência (Dell'Aglio & Hutz, 2004). Essas experiências podem estar, também, relacionadas a sintomas depressivos (Dell'Aglio & Hutz, 2004; Kim & Cicchetti, 2006). Silva (2004) refere que os danos causados pela instituição às crianças e aos jovens serão tanto maiores quanto maiores for o tempo de espera, que interfere não só na adaptação da criança/jovem em caso de regresso à família de origem, como nos casos de inserção em famílias substituta. Desta forma, Mota e Matos (2008; 2010) referem que à luz da teoria da vinculação, o processo de institucionalização pode ser acompanhado de sentimentos de perda, abandono e solidão na medida em que implica o confronto com a realidade de negligência e insensibilidade parental. Cansado (2009) indica que estas crianças e jovens sentem um constante mal-estar psicológico promovido pela negligência, pelo abandono ou pelos abusos dos familiares. A família tem sido descrita como o principal suporte de apoio durante a infância e a adolescência (Steinberg, 1999). Assim, de acordo com o autor, a institucionalização de uma criança ou de um adolescente, especialmente em casos de extensivos períodos de tempo, pode envolver diretamente a quebra de vínculos e o afastamento da família. Para Cavalcante et al. (2009), a contínua e a longa permanência da criança/jovem num ambiente institucional pode constituir um importante fator de risco à saúde infantil, deixando-a particularmente vulnerável a doenças físicas, bem como à manifestação de diversos estados depressivos.

A institucionalização durante a infância e durante a adolescência tem sido apontada como um acontecimento de vida indutor de *stress* e, portanto, como um fator de risco para o desenvolvimento humano que pode ter como efeito a depressão (Dell'Aglio & Hutz, 2004). Um estudo realizado por Wathier e Dell'Aglio (2007) permitiu concluir que os jovens institucionalizados estavam expostos a um número maior de situações incitadoras de *stress* do que os jovens que moravam com a família.

Dell'Aglio (2000) salientou que acontecimentos negativos entre crianças e adolescentes institucionalizados envolviam com maior frequência as categorias de desentendimento com os pares e de privação/afastamento. Este resultado indica,

segundo a autora, a perda de qualidade de vida e o risco para presença de sintomatologia depressiva dos jovens institucionalizados.

Para Fante e Cassab (2007) a institucionalização não oferece condições para um pleno desenvolvimento da personalidade, da individualidade e dos vínculos afetivos. No entender de Martins (2005) as instituições que acolhem crianças e jovens estão privadas de estimulação e de competências e, por vezes, não têm condições suficientes para o desenvolvimento de quem acolhem, nem para o desenvolvimento das relações interpessoais e de vinculação que essas crianças devem adquirir.

Dell'Aglio (2000) investigou diversos aspetos no desenvolvimento de crianças e adolescentes que viviam em instituições de acolhimento e que viviam com a família, não tendo encontrado diferenças significativas entre os grupos. As análises demonstraram, de acordo com a autora, resultados semelhantes no nível intelectual, desempenho escolar, estratégias de *coping* e estilo atribucional, tendo sido encontradas apenas diferenças nos índices de depressão, que foram mais altos entre as meninas institucionalizadas. No entanto, conforme Dell'Aglio (2000), este resultado não pode ser interpretado como indicação de que haja alguma relação causal entre a institucionalização e a depressão. Na maioria dos casos, de acordo com a autora, a institucionalização ocorreu em consequência de situações traumáticas na família (e.g. abandono, violência doméstica e negligência), podendo ter sido este o principal fator de risco para a depressão. Além disso, a autora também aponta que, para muitos dos participantes de seu estudo, a institucionalização foi percebida como um acontecimento de vida positivo. Pereira et al. (2009) efetuaram um estudo exploratório, com o objetivo de examinar o desenvolvimento mental e a qualidade do funcionamento sócio-emocional de crianças, entre os 3 e os 6 anos de idade, institucionalizadas em Centros de Acolhimento Temporário da região norte e centro de Portugal. Os resultados revelaram, segundo os autores, que o nível de desenvolvimento das crianças institucionalizadas foi inferior aos valores normativos.

Dell'Aglio e Hutz (2004) verificaram que as meninas institucionalizadas apresentam mais sintomas depressivos e um pior desempenho escolar comparativamente a meninas não-institucionalizadas. Também, jovens institucionalizados, com exposição frequente ao *bullying*, tanto como vítima quanto como agressor, apresentam um elevado risco de depressão, de ideação suicida e de tentativa de suicídio, em relação a jovens que não estiveram envolvidos em comportamentos de *bullying* (Wathier & Dell'Aglio, 2007).

Campo e Rosa (2001) concluíram que os jovens institucionalizados, com história de maus-tratos, apresentam um risco considerável de ideação suicida, de sintomatologia depressiva e de consumo de substâncias.

A vivência institucional pode apresentar, tantos ou mais fatores de risco quanto a rua para as crianças, pois o ambiente institucional e as relações estabelecidas neste meio influenciarão o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo dos jovens, bem como a construção das suas identidades e dos seus projetos futuros (Yunes, Miranda, & Cuello, 2004). Aparentemente, a situação de institucionalização, pela conotação de ruptura e perda, poderia ser concebida como uma situação de risco para os jovens que muito provavelmente faria com que os jovens cedessem perante a sua vulnerabilidade interna (Mota & Matos, 2008).

Desta forma, uma criança que tem pais afetivos e vive num lar bem-estruturado, no qual encontra conforto e proteção, consegue desenvolver um sentimento de segurança e confiança em si mesma e em relação àqueles que convivem com ela (Bowlby, 1980). Pelo contrário, conforme o autor, se uma criança cresce em situação irregular (afastada da vida familiar), pressupõe-se que a sua base de segurança tende a desaparecer, o que pode prejudicar as suas relações com os outros, havendo, assim, prejuízos nas demais funções do seu desenvolvimento. Contudo, a possibilidade do jovem vir a estabelecer ligações afetivamente seguras, dentro ou fora da instituição, permite que, por um lado, a organização emocional e afetiva se complexifique, evitando a permanência de estados de vulnerabilidade e, por outro lado, que o estado de maior consistência interna e segurança nas relações represente um fator protetor face ao risco (Mota & Matos, 2008).

Assim, a instituição deveria garantir condições que afastassem, ou pelo menos reduzissem, os fatores de risco já intensamente vivenciados por muitas crianças e jovens nos seus ambientes de origem (Yunes et al., 2004). Nesta medida, e assumindo uma perspectiva ecológica, Mota e Matos (2010), assumem, que o desenvolvimento destes jovens pode ser pautado pela vivência com outras figuras significativas que podem dar respostas pessoais, afetivas e sociais de qualidade, potenciando um desenvolvimento adaptativo dos jovens institucionalizados.

Em linhas gerais o conceito de crianças e jovens em risco é heterogéneo e muito vasto. Todas as crianças e adolescentes passam por dificuldades durante o seu desenvolvimento. Estas dificuldades são inevitáveis, por mais que os pais as protejam. Neste sentido, todas as crianças e jovens são vulneráveis e suscetíveis a viver

experiências menos agradáveis e tensões. Todavia, há grupos que são duplamente vulneráveis, devido à existência de circunstâncias específicas ou potenciais da sua vida pessoal, familiar, social ou económica. São estas crianças que, perante situações de grande vulnerabilidade, ficam expostas a situações de risco. Desta forma, a problemática dos menores em risco está ligada a uma enorme diversidade de fatores, de ordem económica, biológica, psicológica, social, familiar, situacional e individual. Assim, a combinação destes fatores numa família coloca as crianças e jovens, que dela fazem parte, numa situação de grande vulnerabilidade e risco.

A institucionalização de crianças e adolescentes tem como objetivo/s promover o desenvolvimento físico, intelectual, psíquico, social e moral, fomentando a inserção das crianças/jovens na sociedade. Contudo, o afastamento da criança e adolescente da sua família natural traz nefastas consequências para o desenvolvimento dos mesmos, além de dificultar a capacitação individual e subjetiva para a vida familiar e social. No entanto, a família quando é disfuncional torna-se o palco de conflitos, de agressividade, de negligência, de maus-tratos que levam a criança a ser vítima de vivências negativas e que impedem o seu desenvolvimento saudável. Nestas circunstâncias, e na defesa do interesse da criança/jovem, urge descobrir um ambiente que lhe proporcione as condições necessárias e os instrumentos adequados à realização de um projeto de vida pessoal, de apoio e que potencie as suas qualidades – assim, a institucionalização surge como a melhor opção. Em suma, a medida de promoção e proteção, o acolhimento institucional, é fulcral para a garantia dos direitos das crianças/jovens em risco.

Conclusão

A adolescência corresponde a uma fase do desenvolvimento do Ser Humano marcada pela transição entre a infância e a idade adulta. Esta fase do desenvolvimento caracteriza-se por modificações em diferentes níveis, por exemplo, físico, mental e social. E, apresenta para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância, e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto.

Apesar do aspeto biológico deste fenómeno, as transformações sociais e psíquicas têm de ser tidas em conta. Do ponto de vista biológico, a adolescência inicia-se quando surgem os sinais físicos sexuais e a capacidade de reprodução. Socialmente é um período de transição entre a infância (de dependência dos adultos) e a idade adulta (de autonomia económica e social). Do ponto de vista psicológico, é um período que começa com a aquisição da maturidade fisiológica e termina com a aquisição da maturidade social, ou seja, quando se assumem os direitos e deveres sexuais, económicos, legais e sociais de adulto (profundamente influenciadas pelo ambiente social e cultural).

Esta fase do desenvolvimento humano está marcada por diversas transformações, mudanças e riscos, como o acne, o peso, os problemas dentários, os problemas emocionais, dificuldades de relacionamento com a família, professores e colegas, o *stress* escolar, a maternidade, a delinquência, a depressão e a ideação suicida. É um período de dificuldades e conflitos relacionados com todas essas transformações. Em termos de idade, o início e o final da adolescência é muito variável.

Os adolescentes encaram, constantemente, novas situações e várias tensões sociais. Estas situações e tensões constantes propiciam os mais sensíveis a desenvolver quadros de depressão, podendo, mesmo, levar à ideação suicida e ao suicídio dos mesmos.

A depressão pode ser considerada atualmente um dos principais problemas do nosso tempo. Sendo encarada como um verdadeiro problema de saúde pública. Do ponto de vista etiológico, as perturbações de humor são uma forma de sofrimento mental associado a fatores de ordem biológica e de ordem psicológica. A relevância de compreender e estudar a depressão em crianças e adolescentes é indispensável, devido à possibilidade de acautelar o desenvolvimento de maiores problemas ou perturbações futuras. Todavia, durante algum tempo acreditou-se que as crianças e os adolescentes não eram afetados pela depressão, já que se supunha que nestas faixas

etárias não existiriam problemas existenciais, mas hoje em dia sabe-se que as crianças e os adolescentes estão tão vulneráveis à depressão quanto os adultos.

A depressão caracteriza-se pela perda de prazer nas atividades diárias (anedonia), apatia, alterações cognitivas (e.g. diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de concentração e/ou de tomar decisões), psicomotoras (e.g. lentidão, fadiga e sensação de fraqueza), alterações do sono (e.g. mais frequentemente a insônia, podendo ocorrer também híper-sonolência), alterações do apetite (e.g. mais comumente perda do apetite, podendo, ocorrer, também, o aumento do apetite), redução do interesse sexual, retraimento social, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (e.g. piorar o desempenho escolar). Contudo, as crianças e os adolescentes deprimidos apresentam alguns sintomas que são mais frequentes neste grupo etário, como a irritabilidade e a zanga, os comportamentos agressivos e de risco, o mau desempenho escolar, o isolamento social, a relutância em conhecer pessoas, as tentativas ou planos de fuga de casa, a ansiedade de separação, a sensação de aborrecimento, a fadiga, a agitação, alterações nos padrões de sono e apetite, o abuso de álcool ou de outras drogas, o medo da morte, a sensibilidade extrema à rejeição ou ao insucesso, e os sintomas físicos não devidos a outra doença (e.g. dores de cabeça, perturbações digestivas, dor crónica e mal-estar geral).

Assim sendo, a depressão interfere de maneira extremamente significativa na vida, nas relações sociais e no bem-estar geral do adolescente, e pode levar ao suicídio se não for previamente diagnosticada e tratada.

O suicídio de crianças e adolescentes é um fenómeno complexo e perturbador. O suicídio é a terceira causa de morte de adolescentes, depois de homicídios e acidentes. No gesto autodestrutivo do adolescente há vários fatores envolvidos como a pressão (interna ou externa) sobre o adolescente; o sofrimento psicológico insuportável; e a perturbação que pode assumir diversas formas psicopatológicas (e.g. depressão). Desta forma, o gesto suicida surge como uma estratégia desesperada para pôr fim a uma tensão difícil de controlar.

Assim, a prevenção assume um papel essencial enquanto esforço e estratégia para lidar com o suicídio na adolescência, a qual passa não só pela deteção e minimização dos fatores de risco associados ao suicídio, como pelo aumento da consciencialização e conhecimento relativamente ao tema, e pela promoção do acesso a fatores de proteção como é o suporte emocional. Desta forma, para que se possa atuar de maneira preventiva em relação aos comportamentos suicidas é preciso estar ciente e

alerta para os diversos fatores de risco (e.g. história de suicídios na família, tentativas anteriores, acontecimentos de vida negativos, baixa autoestima, desesperança e perturbações psicológicas como é exemplo a depressão) e de proteção (e.g. boas competências sociais, relações saudáveis com a família e grupo de pares).

Todavia, há em Portugal, como em todo o mundo, crianças e jovens que estão, especialmente, vulneráveis a situações de risco no seu meio natural de vida, muitas vezes resultado da dinâmica familiar, relacional, social, económica e cultural da sociedade.

Nestas circunstâncias, a frequente exposição da criança ou jovem a estes contextos, marcados pelo abandono e pela negligência parental, que os leva para vivências em meios marginais, ao vício e ao promíscuo, terminam com a intervenção das redes formais (e.g. Comissões de Proteção de Crianças e Jovens) e, não raramente, com a colocação do menor num Lar de Infância e Juventude. A intervenção destas Instituições de Solidariedade Social têm como objetivo a normalização das práticas das crianças/jovens, de modo a torná-las socialmente aceitáveis, contudo, por vezes, os contextos adversos em que estas crianças/jovens se encontram inseridas são uma barreira, assim como as próprias experiências por eles vivenciadas. Desta forma, os Lares de Infância e Juventude têm vindo a tornar-se um espaço de transição para estas crianças/jovens, onde é trabalhado com elas o seu projeto de vida, de acordo com as particularidades que cada qual apresenta, com vista a uma possível reintegração familiar e/ou à sua autonomização.

Assim, a medida de promoção e proteção, o acolhimento institucional, é fulcral para a garantia dos direitos destas crianças/jovens. No entanto, é conveniente centrar, também, as atenções em medidas de promoção, de valorização das competências pessoais, educativas, psicológicas e sociais, pois é insuficiente apenas proteger as crianças/jovens, no sentido de lhes criar condições para desenvolverem e aplicar os seus direitos. Desta forma, o acolhimento institucional é uma das medidas mais importantes que pode ser realizada para ajudar estas crianças/jovens que se encontram em situações de risco/vulnerabilidade.

Contudo, não será o acolhimento institucional propício para estas crianças/jovens despoletarem sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas? Assim sendo, na segunda parte deste escrito propusemo-nos a investigar a questão/ideia enunciada.

Resumo:

Este estudo teve como objetivo principal identificar a presença de sintomatologia depressiva e de ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados, num total de 240 adolescentes ($N = 240$), com idades entre 12 e os 18 anos de idade ($M = 15.62$; $DP = 1.63$). Para isso recorreu-se ao Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e ao Questionário de Ideação Suicida (QIS). Os dados foram analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 19.0), com recurso ao teste não-paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para $\alpha = 0.05$. Os resultados mostraram que os adolescentes institucionalizados apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados ($U_{BDI-II} = 4331.0$; $W_{BDI-II} = 10659.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$ e $U_{QIS} = 4551.5$; $W_{QIS} = 10879.0$; $p_{QIS} = 0.000$). Desta forma, parece que o grupo de adolescentes institucionalizados devido a circunstâncias da vida pessoal, familiar, social ou económica, ficam expostos a situações de maior risco, logo, mais suscetíveis a desenvolver sintomatologia depressiva e ideação suicida.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva, ideação suicida, institucionalização.

Abstract:

This study aimed to identify the presence of depressive symptoms and suicidal ideation in adolescents institutionalized and non-institutionalized, a total of 240 adolescents ($N = 240$), aged between 12 and 18 years of age ($M = 15.62$, $SD = 1.63$). For this we used the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ). The data were analyzed using the statistical program *Statistical Package for the Social Sciences* (version 19.0), using the nonparametric *Wilcoxon-Mann Whitney* test for $\alpha = 0.05$. The results showed that the institutionalized adolescents have higher levels of depressive symptoms and suicidal ideation compared to non-institutionalized adolescents ($U_{BDI-II} = 4331.0$; $W_{BDI-II} = 10659.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$ and $U_{QIS} = 4551.5$; $W_{QIS} = 10879.0$; $p_{QIS} = 0.000$). Thus, it seems that the group of institutionalized adolescents due to circumstances of personal, family, social or economic, is exposed to greater risk and therefore more likely to develop depressive symptoms and suicidal ideation.

Key-words: depressive symptoms, suicidal ideation, institutionalization.

Estudo Empírico

1. Objetivo

A presente contribuição empírica pretendeu avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva e de ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados.

2. Hipóteses

A prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é:

- i. superior nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados;
- ii. superior no sexo feminino comparativamente ao masculino;
- iii. menor nos jovens com maior suporte familiar;
- iv. superior nos jovens que apresentem insucesso escolar;
- v. superior nos jovens com hábitos de consumo de álcool, de tabaco e drogas;
- vi. e, superior nos jovens que tenham experienciado acontecimentos de vida negativos (e.g. problemas com professores; tirar notas baixas; mudar de escola; ser suspenso/expulso da escola; ser expulso da sala de aula; mudar de instituição; discutir com amigos; morte de um amigo; problemas com a aparência; agressões por parte dos pais; impedido de ver os pais ou outros familiares; ser rejeitado pelos familiares; separação dos pais; ser violado; algum familiar ter problemas com a polícia ou não conseguir emprego; familiares doentes ou deficientes; familiares que consomem droga e um dos pais ter que ir morar longe).

3. Metodologia

Este estudo é de carácter quantitativo e transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento.

3.1. Participantes

Neste estudo recorreu-se a um tipo de amostragem não-probabilística, já que a escolha dos elementos não dependeu da probabilidade, mas sim de causas relacionadas com as características da pesquisa (Guéguen, 1999; Maroco, 2007; Ribeiro, 1999). Recorreu-se, desta forma, a uma amostragem não-probabilística objetiva, pois a recolha dos dados esteve assente em certas variáveis demográficas da população, como são exemplo a idade e a institucionalização ou não dos jovens.

Assim, a amostra de adolescentes estudada, é composta num total por 240 adolescentes (N = 240), 97 jovens do sexo masculino (40.4%) e 143 jovens do sexo feminino (59.6%). Quanto aos adolescentes institucionalizados (em casas de acolhimento e orfanatos), estes perfazem um total de 128 adolescentes (n = 128), 60 do sexo masculino (25.0%) e 68 do sexo feminino (28.3%), relativamente aos jovens não-institucionalizados, estes completam um total de 112 adolescentes (n = 112), 37 do sexo masculino (15.4%) e 75 do sexo feminino (31.3%).

Analisando os dados obtidos, podemos apreender que os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, obtendo uma média de idades de 15.62 anos ($DP = 1.63$) (*Tabela 1 e Gráfico A*). Relativamente ao peso e altura dos jovens adolescentes inquiridos, estes apresentam uma média de 59.86 kg de peso ($DP = 12.31$) e uma média de 1.66 m de altura ($DP = 0.09$).

Tabela 1.

Frequência das idades dos jovens adolescentes

		Idade (anos)						
		12	13	14	15	16	17	18
		N (%)						
Grupo	AI	10	18	14	29	20	16	21
	N=128	(4.2)	(7.5)	(5.8)	(12.1)	(8.3)	(6.7)	(8.8)
Total	ANI	0	0	10	33	34	16	19
	N=112	(0.0)	(0.0)	(4.2)	(13.8)	(14.2)	(6.7)	(7.9)
Total		10	18	24	62	54	32	40
%		4.2	7.5	10.0	25.8	22.5	13.3	16.7

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

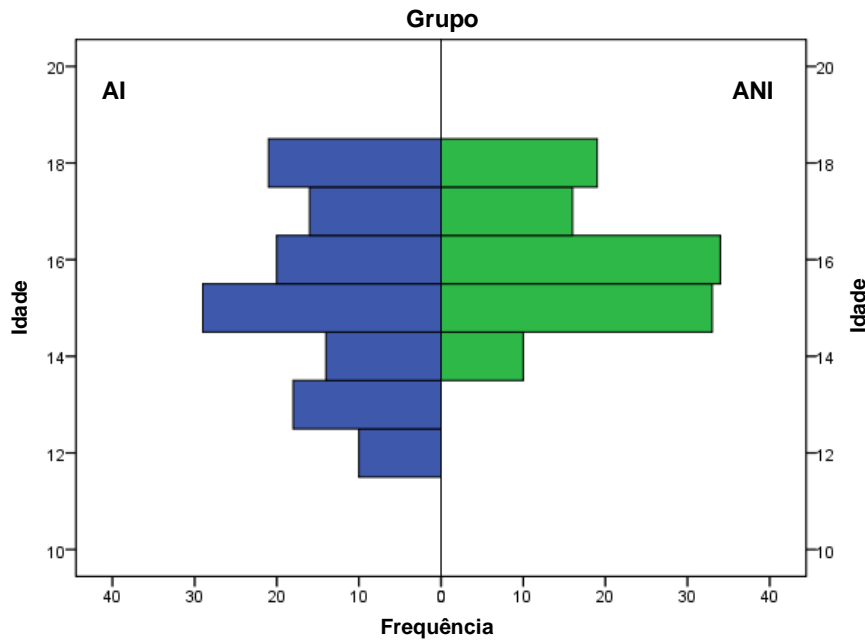


Gráfico A. Distribuição da frequência das idades dos jovens

Em relação à escolaridade, e analisando os dados obtidos, os participantes estão distribuídos entre o 4º ano de escolaridade e o 1º ano de universidade. A maioria dos adolescentes inquiridos frequenta o 10º ano de escolaridade (27.5%) (Tabela 2).

Tabela 2.

Frequência da escolaridade dos jovens adolescentes

		Escolaridade (anos escolares)									
		4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	1º
		N (%)									
Grupo AI		1	1	18	23	16	31	22	13	2	0
	N=128	(0.4)	(0.4)	(7.5)	(9.6)	(6.7)	(12.9)	(9.2)	(5.4)	(1.3)	(0.0)
ANI		0	0	0	0	0	17	44	25	10	16
	N=112	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(7.1)	(18.3)	(10.4)	(4.2)	(6.7)
Total		1	1	18	23	16	48	66	38	13	16
%		0.4	0.4	7.5	9.6	6.7	20.0	27.5	15.8	5.4	6.7

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Quanto à reprovação escolar, verifica-se (*Tabela 3*) que os jovens adolescentes institucionalizados apresentam uma maior taxa de fracasso escolar (43.8%) comparativamente aos jovens adolescentes não-institucionalizados (5.8%).

Tabela 3.

Frequência da reprovação escolar dos jovens adolescentes

		Reprovação escolar	
		Sim	Não
		N (%)	
Grupo	AI	105	23
	N=128	(43.8)	(9.6)
	ANI	14	98
	N=112	(5.8)	(40.8)
Total		119	121
%		49.6	50.4

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Em consequência, são também os jovens adolescentes institucionalizados que apresentam um maior número de reprovações escolares (*Tabela 4*).

Tabela 4.

Frequência do número de reprovações escolares dos jovens adolescentes

		Número de reprovações					
		1	2	3	4	5	7
		N (%)					
Grupo	AI	47	41	12	3	1	1
	N=128	(39.5)	(34.5)	(10.1)	(2.5)	(0.8)	(0.8)
	ANI	9	4	1	0	0	0
	N=112	(7.6)	(3.4)	(0.8)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
Total		56	45	13	3	1	1
%		47.1	37.8	10.9	2.5	0.8	0.8

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

No que respeita ao faltar às aulas, observa-se que são os jovens adolescentes institucionalizados que mais faltam às aulas comparativamente aos jovens adolescentes não-institucionalizados (13.3% versus 5.0%) (*Tabela 5*).

Tabela 5.

Frequência do faltar ou não às aulas dos jovens adolescentes

		Faltar às aulas	
		Sim	Não
		N (%)	
Grupo	AI	32	96
	N=128	(13.3)	(40.0)
ANI	ANI	12	100
	N=112	(5.0)	(41.7)
Total		44	196
%		18.3	81.7

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Relativamente ao número de irmãos dos jovens adolescentes inquiridos, observa-se que a maioria dos adolescentes tem apenas um irmão (31.3%) (*Tabela 6*).

Tabela 6.

Frequência do número de irmãos dos jovens adolescentes

		Número de irmãos									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	12
		N (%)									
Grupo	AI	12	14	26	29	21	12	5	4	4	1
	N=128	(5.0)	(5.8)	(10.8)	(12.1)	(8.8)	(5.0)	(2.1)	(1.7)	(1.7)	(0.4)
ANI	ANI	21	61	21	6	2	1	0	0	0	0
	N=112	(8.8)	(25.4)	(8.8)	(2.5)	(0.8)	(0.4)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
Total		33	75	47	35	23	13	5	4	4	1
%		13.8	31.3	19.6	14.6	9.6	5.4	2.1	1.7	1.7	0.4

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Constata-se, também, que dos 116 adolescentes institucionalizados que têm irmãos, 38 estão com os irmãos na mesma instituição (32.8%), já os restantes 78 adolescentes institucionalizados não estão com os irmãos na instituição (67.2%)¹ (Tabela 7).

Tabela 7.

Frequência dos irmãos dos jovens adolescentes na mesma instituição

	Irmãos na instituição		
	Sim	Não	Total
N	38	78	116
%	32.8	67.2	100

Nota. Adolescentes institucionalizados com irmãos (n = 116).

Dos jovens adolescentes institucionalizados com irmãos na mesma instituição (n = 38), 63.2% dos adolescentes estão com um irmão na mesma instituição.

Evidencia-se, ainda, que 26.3% dos jovens adolescentes institucionalizados com irmãos na mesma instituição estão com dois irmãos na mesma instituição, 7.9% estão com três irmãos na mesma instituição e apenas 2.6% estão com quatro irmãos na mesma instituição¹ (Tabela 8).

Tabela 8.

Frequência do número de irmãos dos jovens adolescentes na mesma instituição

	Irmãos contigo na instituição			
	1	2	3	4
N	24	10	3	1
%	63.2	26.3	7.9	2.6

Nota. Adolescentes institucionalizados com irmãos (n = 116).

¹ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Relativamente à distribuição da frequência das idades dos pais dos jovens adolescentes, pode verificar-se dois grandes picos nas idades dos pais dos jovens adolescentes ($n = 219$) inquiridos, 45 e 50 anos de idade. É de salientar que a idade dos pais dos adolescentes inquiridos está compreendida entre os 31 anos de idade e os 68 anos de idade² (*Gráfico B*).

Podemos, ainda, verificar outros grandes picos nas idades dos pais dos jovens adolescentes inquiridos, nomeadamente 42 e 43 anos de idade (com 15 indivíduos cada faixa etária), 44 anos de idade (com 13 indivíduos), 46 anos de idade (com 11 indivíduos), 47 e 49 anos de idade (com 10 indivíduos cada faixa etária).

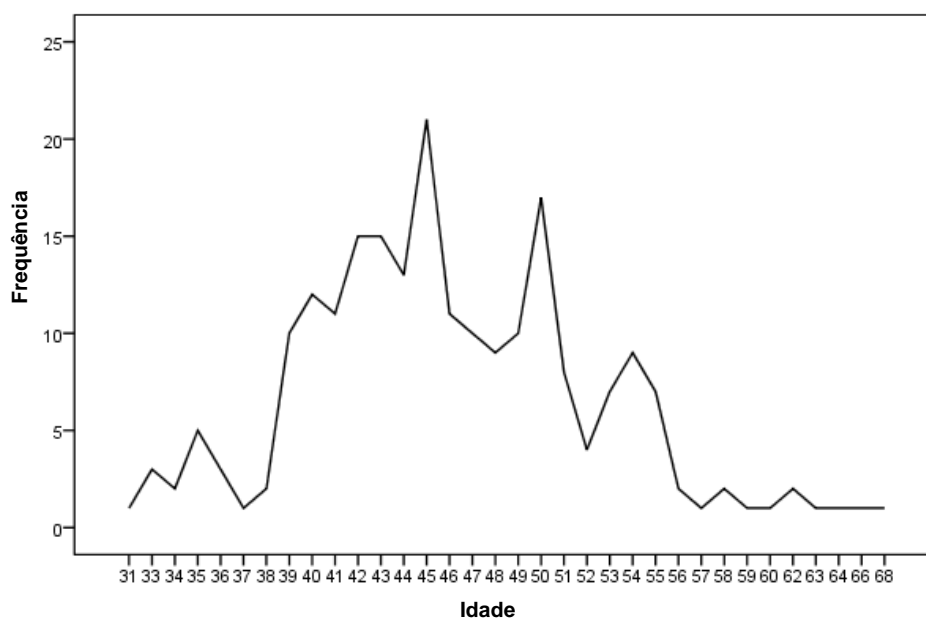


Gráfico B. Distribuição da frequência das idades dos pais dos jovens

Comparando a distribuição da frequência das idades dos pais dos jovens adolescentes (como mostra a *Figura C*), há um grande pico nas idades dos pais dos adolescentes institucionalizados ($n = 110$), 45 anos de idade².

No que respeita aos pais dos jovens adolescentes não-institucionalizados ($n = 109$), verifica-se dois grandes picos nas idades dos pais dos adolescentes, 45 e 50 anos de idade² (*Gráfico C*).

² Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

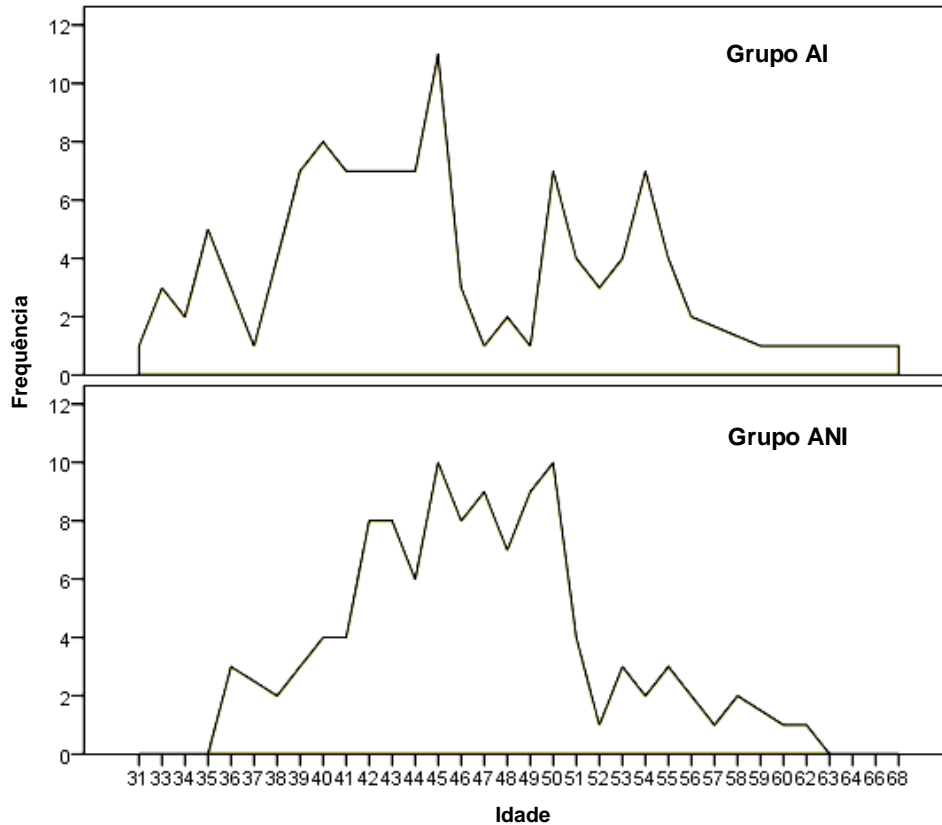


Gráfico C. Distribuição das idades dos pais dos jovens não e institucionalizados

No que concerne à distribuição da frequência das idades das mães dos adolescentes (Gráfico D), existe dois grandes picos nas idades das mães dos adolescentes inquiridos, 40 e 42 anos de idade. De sublinhar que a idade das mães dos jovens inquiridos está compreendida entre os 31 anos de idade e os 66 anos de idade³.

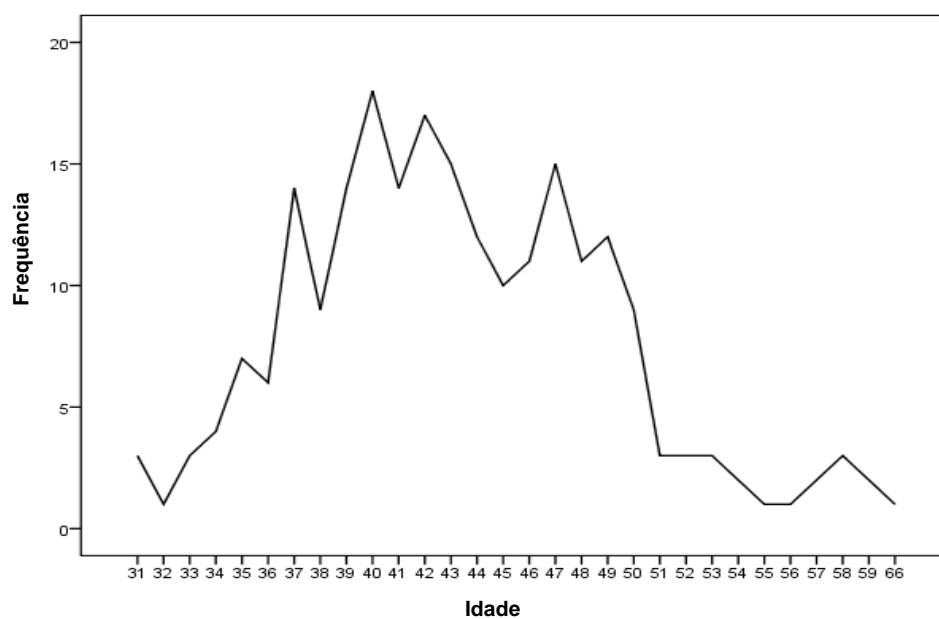


Gráfico D. Distribuição da frequência das idades das mães dos jovens

Comparando a distribuição da frequência das idades das mães dos jovens adolescentes (como mostra a *Gráfico E*), há dois grandes picos nas idades das mães dos adolescentes institucionalizados ($n = 115$), 37 e 40 anos de idade.

No que respeita às mães dos jovens adolescentes não-institucionalizados ($n = 111$), verifica-se, também, dois grandes picos nas idades das mães dos jovens, 42 e 47 anos de idade³ (*Gráfico E*).

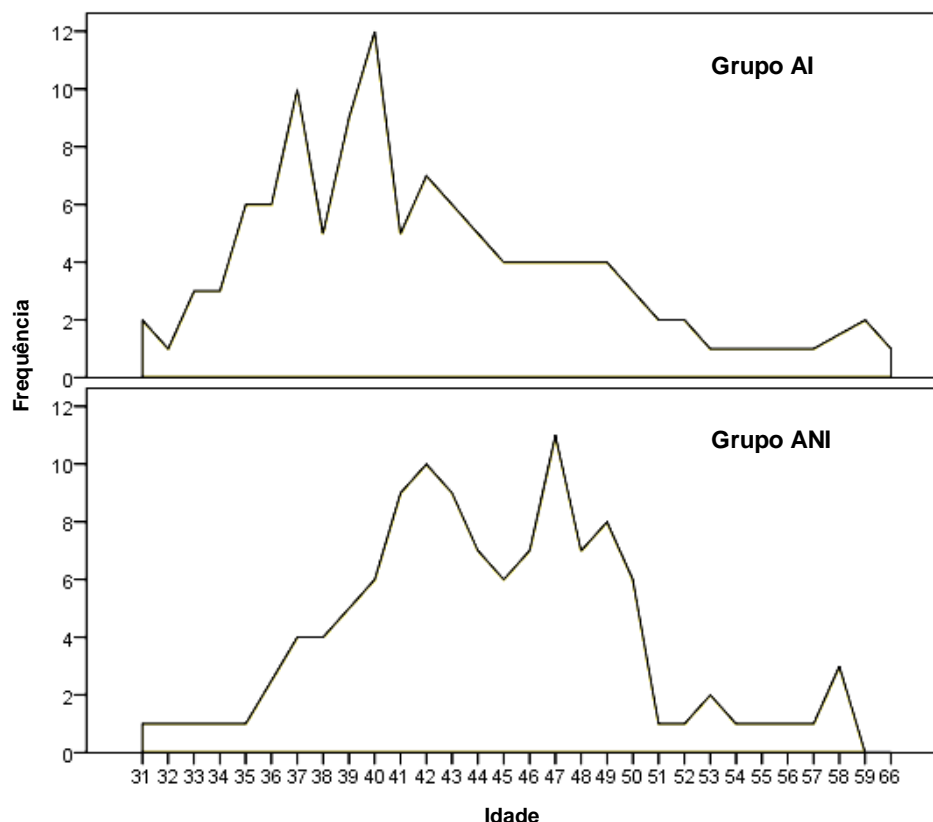


Gráfico E. Distribuição das idades das mães dos jovens não e institucionalizados

Em relação à escolaridade dos pais dos jovens adolescentes inquiridos, constata-se que os pais dos jovens ($n = 219$) inquiridos na sua maioria apenas possui o 4º ano de escolaridade (49.3%)³ (*Gráfico F*). A segunda grande fatia corresponde ao 9º ano de escolaridade, perfazendo um total de 56 indivíduos (25.6%). Observa-se, ainda, também, que uma grande parte dos pais dos jovens inquiridos goza do 12º ano de escolaridade (14.2%). E, apenas, uma baixo número de indivíduos possui a licenciatura, 8 indivíduos (3.7%). Já 7.3% dos indivíduos desfrutam de outro título académico.

³ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

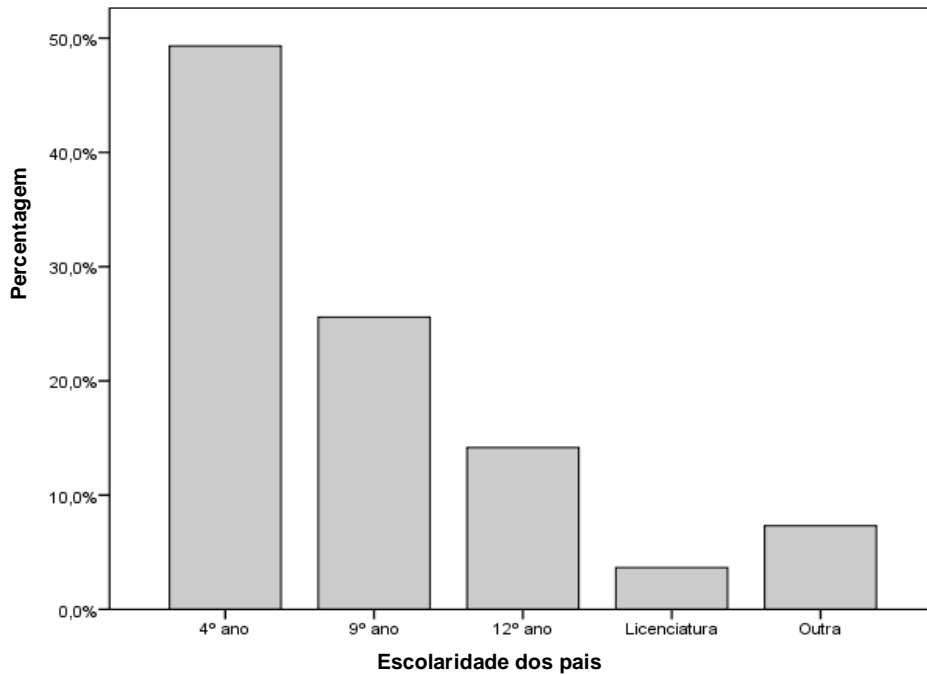


Gráfico F. Distribuição das percentagens da escolaridade dos pais dos jovens

Comparando os pais dos jovens adolescentes institucionalizados com os pais dos jovens adolescentes não-institucionalizados (n = 219), em relação ao grau académico, verifica-se em ambos os grupos que a maioria dos sujeitos possui o 4º ano de escolaridade⁴ (Gráfico G). De referir um elevado número de sujeitos no grupo dos pais dos jovens não-institucionalizados, também, a possuir o 9º ano de escolaridade.

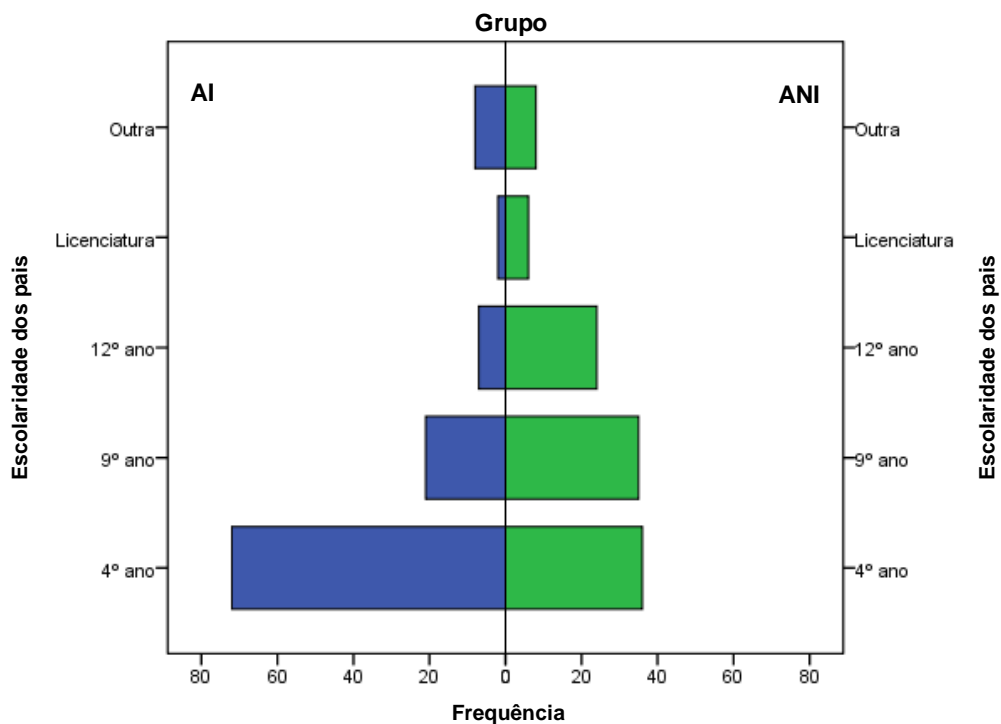


Gráfico G. Distribuição da escolaridade dos pais dos jovens não e institucionalizados

Relativamente à escolaridade das mães dos jovens adolescentes inquiridos ($n = 226$), estas na sua maioria possuem, também, tal como os pais dos jovens inquiridos, o 4º ano de escolaridade (42.0%)⁴ (*Gráfico H*).

Uma segunda grande fatia corresponde ao 9º ano de escolaridade, perfazendo um total de 65 indivíduos (28.8%).

Observa-se, ainda, também, que uma grande parte das mães dos jovens adolescentes inquiridos goza do 12º ano de escolaridade (13.3%). E, apenas, uma baixo número de indivíduos possui a licenciatura, 7 indivíduos (3.1%). Já 12.8% dos indivíduos desfrutam de outro título académico.

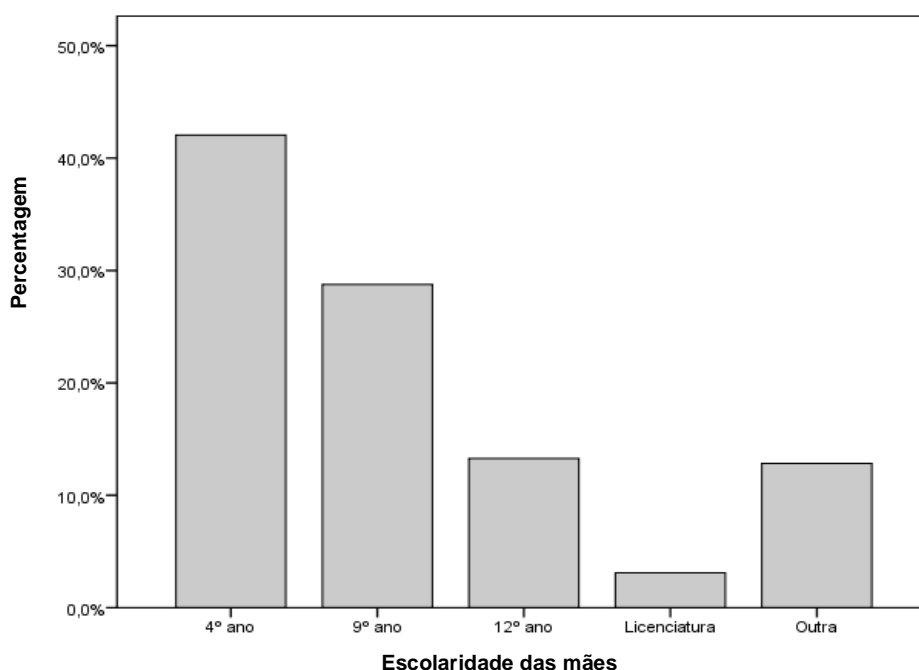


Gráfico H. Distribuição das percentagens da escolaridade das mães dos jovens

Ainda, em relação à escolaridade das mães dos jovens adolescentes inquiridos, e realizando uma comparação entre as mães dos jovens adolescentes institucionalizados e as mães dos jovens adolescentes não-institucionalizados, observa-se que as mães dos jovens institucionalizados ($n = 115$) na sua maioria possui o 4º ano de escolaridade⁴ (*Gráfico I*). Verifica-se, ainda, que uma elevada percentagem de sujeitos possui o 9º ano de escolaridade (23 mães dos jovens adolescentes institucionalizados).

⁴ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Já no que respeita às mães dos jovens adolescentes não-institucionalizados ($n = 111$), estas dividem-se na sua maioria entre o 4º ano de escolaridade (32 mães) e o 9º ano de escolaridade (42 mães)⁵.

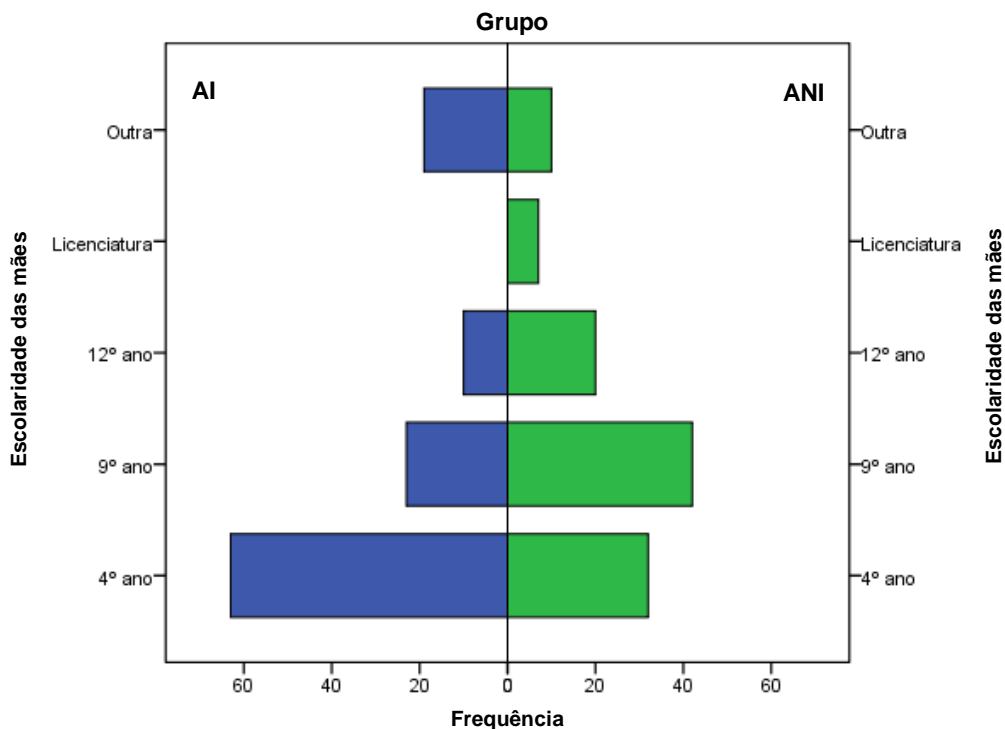


Gráfico I. Distribuição da escolaridade das mães dos jovens não e institucionalizados

Relativamente à situação conjugal dos pais jovens adolescentes avaliados, constata-se que a maioria dos pais dos jovens adolescentes institucionalizados estão separados (17.5%) comparativamente aos jovens adolescentes não-institucionalizados (3.3%). Contrariamente, verifica-se que os pais dos jovens adolescentes não-institucionalizados na sua maioria vivem juntos (40.4%) (*Tabela 9*). Evidencia-se, ainda, uma grande percentagem de pais dos adolescentes institucionalizados a viver cada um com outra pessoa (8.8%) e órfãos de pai (5.3%). Já nos adolescentes não-institucionalizados, para além da grande percentagem de pais a viverem juntos (40.4%), há também um grande número de pais separados (3.3%) (*Tabela 9*). Contudo, evidencia-se índices inferiores nos adolescentes não-institucionalizados em todas as categorias analisadas (pais vivendo juntos; pais vivendo separados; cada um dos pais a viver com outra pessoa; órfão de mãe; órfão de pai; sem pai, e a mãe a viver com outra pessoa; e sem mãe, e o pai a viver com outra pessoa) comparativamente aos adolescentes institucionalizados.

⁵ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Tabela 9.*Frequência da situação conjugal dos pais dos jovens adolescentes*

Situação	Grupo	AI	ANI	Total
		N=128	N=112	
		N (%)		
<i>Pais vivendo juntos</i>		35	97	132
		(14.6)	(40.4)	(55.0)
<i>Pais vivendo separados</i>		42	8	50
		(17.5)	(3.3)	(20.8)
<i>Cada um com outra pessoa</i>		21	1	22
		(8.8)	(0.4)	(9.2)
<i>Órfão de mãe</i>		10	1	11
		(4.2)	(0.4)	(4.6)
<i>Órfão de pai</i>		13	2	15
		(5.4)	(0.8)	(6.3)
<i>S/pai, e a mãe a viver c/outro</i>		4	1	5
		(1.7)	(0.4)	(2.1)
<i>S/mãe, e o pai a viver c/outro</i>		2	0	2
		(0.8)	(0.0)	(0.8)
<i>Outra</i>		1	2	3
		(0.4)	(0.8)	(1.3)

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

No que respeita aos jovens adolescentes institucionalizados terem ou não contacto com familiares, verifica-se (*Tabela 10*) que a maioria dos adolescentes institucionalizados tem contacto com familiares (96.1%)⁶.

No entanto, de sublinhar que 3.9% dos jovens adolescentes institucionalizados mencionarem que não têm qualquer tipo de contacto com os familiares.

⁶ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Tabela 10.*Frequência do contato com familiares dos jovens adolescentes institucionalizados*

Contato com familiares			
N=128			
	Sim	Não	Total
N	123	5	128
%	96.1	3.9	100

Nota. Adolescentes institucionalizados (n = 128).

Verifica-se, ainda, que a maioria dos jovens adolescentes institucionalizados tem contacto com a mãe, pai e irmãos (38.2%)⁷ (Tabela 11).

Tabela 11.*Frequência com que familiares os jovens adolescentes institucionalizados têm contato*

Com que familiares os jovens institucionalizados têm contato			
N=128			
		N	%
Familiares	<i>Mãe</i>	39	31.7
	<i>Pai</i>	16	13.0
	<i>Irmãos</i>	7	5.7
	<i>Mãe, pai e irmãos</i>	47	38.2
	<i>Tios</i>	9	7.3
	<i>Primos</i>	3	2.4
	<i>Outros</i>	2	1.6

Nota. Adolescentes institucionalizados (n = 128).

No que concerne às problemáticas que estiveram na origem do acolhimento institucional dos adolescentes (Gráfico J), observa-se que o abandono escolar foi uma das principais razões para o acolhimento institucional dos jovens (16.4%). Uma outra elevada percentagem (46.9%) é encontrada em outras razões que não foram inquiridas, ou seja, e, talvez, pelo facto de os adolescentes desconhecerem a razão do seu acolhimento ou por se sentirem pouco à vontade para responder, esta elevada

⁷ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

percentagem encontrada é seguida pela negligência (9.4%), pelo abandono (8.6%), pelos maus-tratos (8.6%), pelo trabalho infantil (6.3%) e pelo abuso sexual (3.9%).

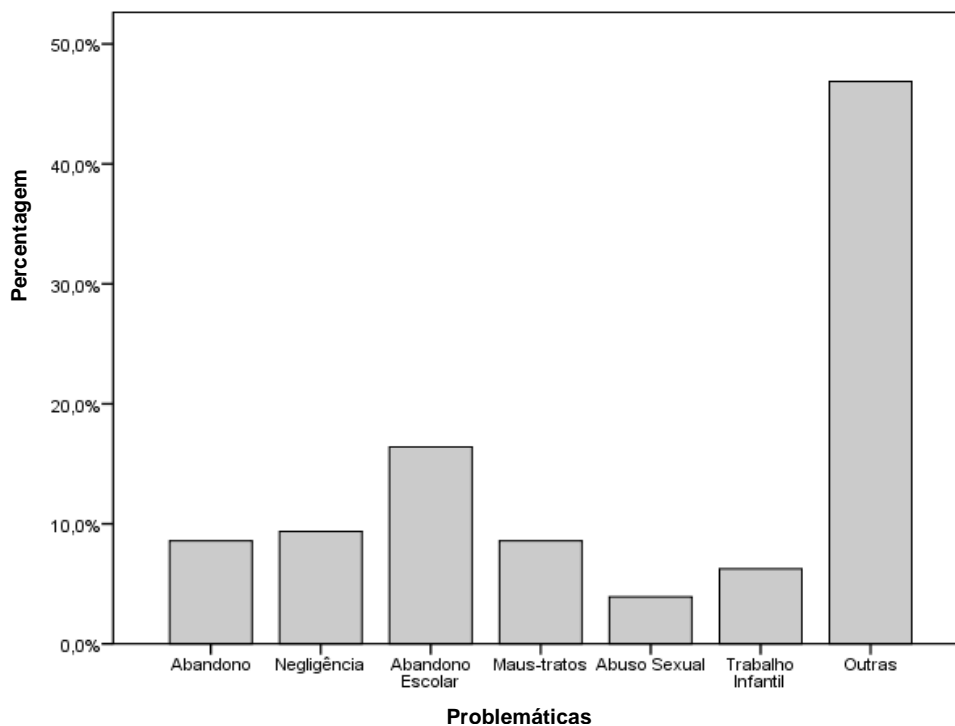


Gráfico J. Distribuição das percentagens das problemáticas na origem do acolhimento

Respeitante à experiência tabágica dos adolescentes (*Tabela 12*), observa-se que os jovens adolescentes institucionalizados comparativamente aos não-institucionalizados são aqueles que já experimentaram fumar ou fumam (38.8% versus 14.6%).

Tabela 12.

Frequência da experiência tabágica dos jovens adolescentes

		Hábitos tabágicos			
Grupo		AI N=128	ANI N=112	Total	%
N (%)					
Fumar	Sim	93 (38.8)	61 (25.4)	154	64.2
	Não	35 (14.6)	51 (21.3)	100	35.8

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Dos 21.4% dos 38.8% adolescentes institucionalizados fumadores, estes afirmam que fumam com frequência e, apenas, 9.1% dos 25.4% jovens adolescentes não-institucionalizados fumadores afirmam que fumam com frequência (*Tabela 13*).

Tabela 13.

Frequência do padrão de consumo tabágico dos jovens adolescentes

Fumar com frequência				
Grupo				
	AI	ANI	Total	%
	N=93	N=61		
	N (%)			
Sim	33 (21.4)	14 (9.1)	47	30.5
Não	60 (39.0)	47 (30.5)	107	69.5

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 93); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 61).

No que concerne ao padrão de consumo tabágico, verifica-se que tanto os jovens adolescentes institucionalizados como os não-institucionalizados fumaram menos (44.8%)⁸ nas últimas quatro semanas (*Tabela 14*).

Contudo, de salientar uma elevada percentagem de adolescentes que afirmam que registaram alterações nas últimas quatro semanas relativamente ao seu consumo tabágico (40.9%).

E, ainda de referir uma baixa percentagem de adolescentes a mencionarem que nas últimas quatro semanas fumaram mais (14.3%).

Assim, podemos constatar que dos adolescentes fumadores, estes fumaram menos durante as últimas quatro semanas ou mantiveram o seu consumo ao longo das últimas quatro semanas.

⁸ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Tabela 14.

Frequência dos hábitos tabágicos dos adolescentes nas últimas quatro semanas

Últimas quatro semanas				
Grupo				
	AI	ANI	Total	%
	N=93	N=61		
	N (%)			
Fumaste menos	50 (32.5)	19 (12.3)	69	44.8
Fumaste mais	8 (5.2)	14 (9.1)	22	14.3
Sem variações	35 (22.7)	28 (18.2)	63	40.9

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 93); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 61).

Relativamente ao consumo diário de cigarros são os adolescentes institucionalizados aqueles que consomem um maior número de cigarros por dia⁹ (Gráfico K).

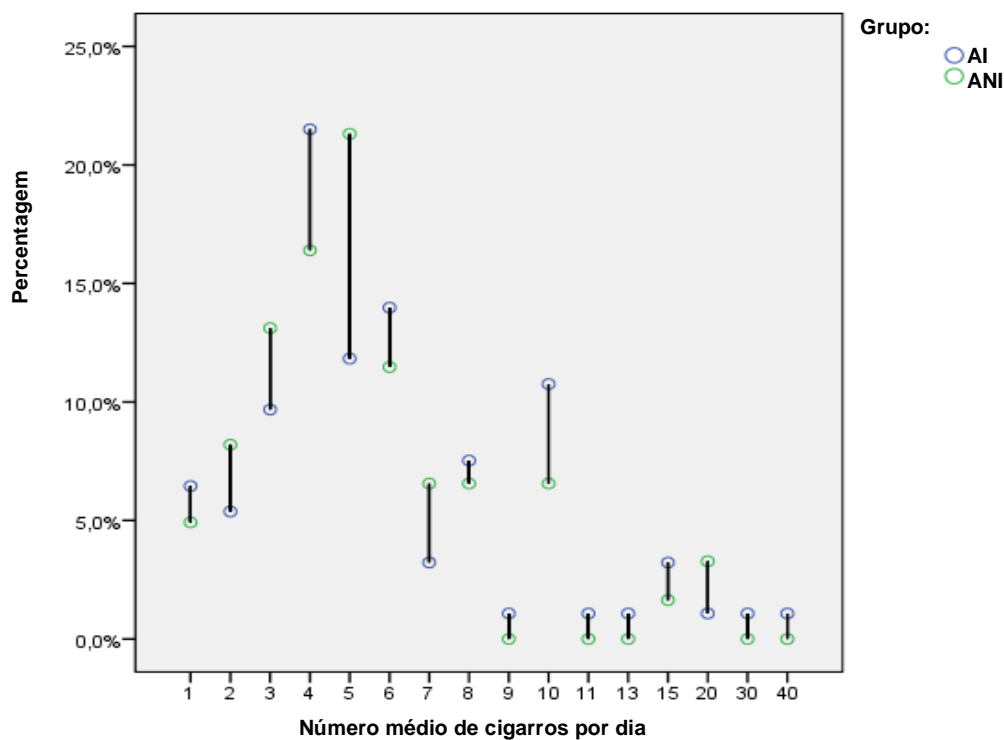


Gráfico K. Distribuição do consumo diário de cigarros dos jovens fumadores

Respeitante ao consumo semanal de tabaco por parte dos jovens inquiridos, verifica-se que tanto os jovens adolescentes institucionalizados fumadores como os não-institucionalizados fumadores (n = 154) afirmam fumar mais durante a semana (57.1%)⁹ (*Tabela 15*).

Tabela 15.

Frequência dos picos de consumo semanal de tabaco

	Consumo semanal			
	Grupo		Total	%
	AI N=128	ANI N=112		
	N (%)			
Todos os dias fumo o mesmo	26 (16.9)	6 (3.9)	32	20.8
Durante o fim-de-semana	17 (11.0)	17 (11.0)	34	22.1
Durante a semana	50 (32.5)	38 (24.7)	88	57.1

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 93); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 61).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, os jovens adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados na sua maioria (67.1%) não apresentam comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas (*Tabela 16*).

Verifica-se, ainda, que os adolescentes não-institucionalizados comparativamente aos adolescentes institucionalizados são aqueles que apresentam um maior comportamento de consumo de bebidas alcoólicas (17.9% versus 15.0%).

E, conseqüentemente, também, se constata que os jovens adolescentes institucionalizados analogamente aos jovens adolescentes não-institucionalizados são os sujeitos que nunca apresentaram hábitos de consumo de bebidas alcoólicas (38.3% versus 28.8%).

⁹ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Tabela 16.*Frequência dos hábitos de consumo de álcool dos jovens adolescentes*

Consumo de álcool					
Grupo	AI	ANI	Total	%	
	N=128	N=112			
N (%)					
Consumo	Sim	36 (15.0)	43 (17.9)	79	32.9
	Não	92 (38.3)	69 (28.8)	161	67.1

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Verifica-se que dos adolescentes inquiridos que consomem bebidas alcoólicas (n = 79) na sua maioria o fazem uma ou duas vezes por semana (91.1%)¹⁰ (Tabela 17).

Tabela 17.*Frequência dos picos de consumo semanal de álcool*

Consumo semanal				
Grupo		Total	%	
AI	ANI			
N=36	N=43			
N (%)				
Uma/duas vezes por semana	33 (41.8)	39 (49.4)	72	91.1
Várias vezes por semana	2 (2.5)	3 (3.8)	5	6.3
Diário	1 (1.3)	1 (1.3)	2	2.5

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 36); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 43).

¹⁰ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

No que concerne aos hábitos de consumo de drogas, os jovens adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados na sua maioria (94.6%) não apresentam comportamentos de consumo de drogas (*Tabela 18*).

E, de referir, que apenas 5.4% dos jovens inquiridos ($n = 240$) apresentam comportamentos de consumo de drogas, e aqui verifica-se uma supremacia dos adolescentes institucionalizados sobre os não-institucionalizados (3.3% versus 2.1%), ainda que não significativo (*Tabela 18*).

Tabela 18.

Frequência dos hábitos de consumo de drogas dos jovens adolescentes

		Consumo de drogas			
Grupo		AI N=128	ANI N=112	Total	%
N (%)					
Consumo	Sim	8 (3.3)	5 (2.1)	13	5.4
	Não	120 (50.0)	107 (44.6)	227	94.6

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados ($n = 128$); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados ($n = 112$).

Em relação ao pico de consumo semanal de drogas, observa-se que os jovens adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados que consomem droga ($n = 13$) na sua maioria o fazem uma ou duas vezes por semana (84.6%)¹¹. Observe-se a *Tabela 19*.

Constata-se, ainda, que os jovens adolescentes institucionalizados apresentam uma ligeira supremacia neste consumo semanal de drogas sob os adolescentes não-institucionalizados (46.2% versus 38.5%).

De mencionar que o grupo de adolescentes não-institucionalizados não apresenta consumo de drogas nas categorias – várias vezes durante a mesma semana e/ou diário, encontrando-se uma percentagem de 0.0% para as duas categorias referidas.

¹¹ Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respetivas variáveis analisadas.

Tabela 19.*Frequência dos picos de consumo semanal de drogas*

	Consumo semanal			
	Grupo		Total	%
	AI N=8	ANI N=5		
N (%)				
Uma/duas vezes por semana	6 (46.2)	5 (38.5)	11	84.6
Várias vezes por semana	1 (7.7)	0 (0.0)	1	7.7
Diário	1 (7.7)	0 (0.0)	1	7.7

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 8); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 5).

Em relação aos tempos livres dos jovens adolescentes, evidencia-se que a maioria dos jovens adolescentes gosta de ouvir música (24.6%), praticar desporto fora da escola (24.2%) e ver televisão durante os seus tempos livres (22.5%) (*Tabela 20*).

Observa-se, também, que 12.1% dos adolescentes durante os seus tempos livres convive com os amigos e 6.7% dos jovens adolescentes passa os seus tempos livres em redes sociais.

De referir, que 2.5% dos jovens adolescentes gosta de ler nos seus tempos livres, e uma mesma percentagem é encontrada no passatempo ir as festas ou ir dançar e, também, na atividade jogar computador.

Por último, são encontradas baixas percentagens de jovens adolescentes que praticam atividades coletivas, como é exemplo, ir ao cinema, apenas 2.1% dos adolescentes dedica o seu tempo livre em atividades coletivas.

Tabela 20.*Frequência dos tempos livres dos jovens adolescentes*

	Grupo	AI	ANI	Total	%
		N=128	N=112		
		N			
Tempos livres	<i>Praticar desporto fora da escola</i>	33	25	58	24.2
	<i>Ver televisão</i>	30	24	54	22.5
	<i>Ouvir música</i>	35	24	59	24.6
	<i>Ler</i>	3	3	6	2.5
	<i>Convívio com amigos</i>	14	15	29	12.1
	<i>Ir a festas ou ir dançar</i>	2	4	6	2.5
	<i>Atividades coletivas (e.g. cinema)</i>	3	2	5	2.1
	<i>Jogar computador</i>	1	5	6	2.5
	<i>Redes sociais (e.g. facebook)</i>	6	10	16	6.7
	<i>Outras</i>	1	0	1	0.4

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Observando os acontecimentos de vida familiares negativos a que os jovens adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados estiveram expostos, verifica-se que os jovens adolescentes institucionalizados são aqueles que foram sujeitos de forma mais significativa a esses acontecimentos.

Assim, constata-se que os jovens adolescentes institucionalizados testemunharam acontecimentos de vida familiares negativos de forma superior aos jovens adolescentes não-institucionalizados, especialmente: familiares com problemas com a polícia, familiares que não conseguem emprego, familiares que consomem ou já consumiram droga e um dos pais ter que ir morar longe, excetuando no acontecimento ter familiares doentes ou deficientes. Neste último acontecimento verifica-se uma supremacia dos jovens adolescentes não-institucionalizados (*Tabela 21*).

Tabela 21.*Frequência dos acontecimentos de vida familiares negativos dos jovens adolescentes*

		Grupo			
		AI	ANI	Total	%
		N=128	N=112		
		N			
Familiares	<i>Problemas com polícia</i>	52	9	61	25.4
	<i>Não conseguirem emprego</i>	91	45	136	56.7
	<i>Doentes ou deficientes</i>	52	54	106	44.2
	<i>Consumirem droga</i>	40	9	49	20.4
	<i>Um dos pais morar longe</i>	43	19	62	25.8

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Por último, e analisando os acontecimentos de vida pessoais negativos a que os jovens adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados estiveram expostos, verifica-se que os jovens adolescentes institucionalizados são aqueles que foram sujeitos de forma mais significativa a esses acontecimentos.

Assim, verifica-se que os jovens adolescentes institucionalizados vivenciaram um maior número de acontecimentos de vida pessoais negativos, nomeadamente: problemas com professores, discutir com amigos, problemas com a aparência, mudar de escola, morte de um amigo, sofrer agressões por parte dos pais, ser suspenso/a da escola, impedido/a de ver pais/familiares, tirar notas baixas, ser violado/a, ser rejeitado/a pelos familiares, ser insultado/a por professores, separação dos pais, ser expulso/a da escola e ser expulso/a da sala de aula (*Tabela 22*).

Tabela 22.*Frequência dos acontecimentos de vida pessoais negativos dos jovens adolescentes*

		Grupo			
		AI	ANI	Total	%
		N=128	N=112		
		N			
Pessoais	<i>Problemas com professores</i>	64	38	102	42.5
	<i>Discutir com amigos</i>	108	84	192	80.0
	<i>Problemas com a aparência</i>	52	45	97	40.4
	<i>Mudar de instituição</i>	37	-	37	28.9
	<i>Mudar de escola</i>	75	27	102	42.5
	<i>Morte de um amigo</i>	36	23	59	24.6
	<i>Sofrer agressões por parte dos pais</i>	32	3	35	14.6
	<i>Ser suspenso/a da escola</i>	30	5	35	14.6
	<i>Impedido/a de ver pais/familiares</i>	23	0	23	9.6
	<i>Tirar notas baixas</i>	96	54	150	62.5
	<i>Ser violado/a</i>	14	2	16	6.7
	<i>Ser rejeitado/a pelos familiares</i>	29	6	35	14.6
	<i>Ser insultado/a por professores</i>	13	6	19	7.9
	<i>Separação dos pais</i>	61	12	73	30.4
	<i>Ser expulso/a da escola</i>	9	0	9	3.8
	<i>Ser expulso/a da sala de aula</i>	70	23	93	38.8

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

3.2. Instrumentos

a) *Questionário de Informação Sociodemográfica.*

Utilizou-se um questionário para a recolha de informações relativas às variáveis pessoais e sociodemográficas dos adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. Trata-se de um conjunto de perguntas fechadas, de fácil resposta e curto tempo de administração, as quais permitiram uma melhor caracterização da amostra a analisar.

b) *Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II).*

O *Beck Depression Inventory* (BDI) original (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) é um dos instrumentos de autoadministração mais utilizados na prática clínica para a deteção e medição da sintomatologia depressiva.

A sua primeira versão foi desenvolvida por Beck et al. (1961), e administrada em populações de adolescentes por vários autores (e.g. Baron & Perron, 1986; Connelly, Johnston, Brown, Mackay, & Blackstock, 1993; Ehrenberg, Cox, & Koopman, 1990; Kaplan, Nussbaum, Skomorowsky, Shenker, & Ramsey, 1980; e Teri, 1982). Recentemente, este inventário foi modificado e melhorado surgindo uma nova versão, o BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*), que foi utilizado no presente estudo (Ver Anexo I). O BDI-II pode ser usado em populações adolescentes (Beck, Steer, & Brown, 1996). Estudos das propriedades psicométricas do BDI-II neste grupo etário incluem os contributos de Beck et al. (1996), Steer e Clark (1997), Steer, Kumar, Ranieri, e Beck (1998), Krefetz, Steer, Gulab, e Beck (2002), Kumar, Steer, e Deblinger (2002), Osman, Barrios, Gutierrez, Williams, e Bailey (2008), assim como de Osman, Kopper, Barrios, Gutierrez, e Bagge (2004). No caso português, como exemplo da aplicação do BDI-II a populações de adolescentes dos 15 aos 19 anos refira-se o estudo de Coelho, Martins, e Barros (2002).

O BDI-II a versão mais recente do BDI foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Coelho et al. (2002), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Título da versão portuguesa – Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). Este inventário tem como objetivo a avaliação das manifestações comportamentais da depressão. Trata-se de uma escala de autoavaliação que consiste em 21 categorias de sintomas e atitudes, cada categoria é composta por uma série de 4 a 6 afirmações a partir das quais se pede ao sujeito que escolha a que melhor descreve a forma como ele se sente (o sujeito deve escolher a frase que o descreve melhor, ou seja, o modo

como o sujeito se tem sentido durante as passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje). A pontuação de cada item varia de 0 a 3, representando o 3 a maior intensidade de presença de sintomatologia depressiva. Ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa por Coelho et al. (2002) revelam um coeficiente *Alfa de Cronbach* de 0.89.

O seu vasto uso em populações adolescentes e o facto de estar extensamente testado relativamente às suas propriedades psicométricas parece aprovar a adequabilidade da sua utilização na avaliação da sintomatologia depressiva em adolescentes, nomeadamente em Portugal (Coelho, Braga-Oliveira, Martins, Prata, & Barros, 1999; Martins, Coelho, & Barros, 1997).

Desta forma, o BDI-II tem sido uma medida valiosa e fiável na triagem de sintomatologia depressiva em amostras clínicas e não-clínicas de adolescentes.

A análise da consistência interna da amostra estudada apresentou um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.94.

c) Questionário de Ideação Suicida (QIS).

Suicide Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Título da versão portuguesa – Questionário de Ideação Suicida (QIS) é um dos instrumentos de autoadministração mais utilizados na prática clínica para a deteção e medição da ideação suicida.

A sua primeira versão foi desenvolvida por Reynolds (1988), e administrada em populações de adolescentes por vários autores (e.g. Brausch & Gutierrez, 2010; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Levy et al., 1995; Range, 1993; e Wong, Ang, & Huan, 2007).

O QIS destina-se a avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes e adultos, avaliando hierarquicamente a gravidade dos pensamentos suicidas entre pouco e muito graves. O QIS é um questionário de autorresposta com 30 itens que descrevem os pensamentos suicidas dos sujeitos avaliados, respondido numa escala ordinal de 7 pontos entre *o pensamento nunca ocorreu* e *o pensamento ocorre quase todos os dias*, de forma a avaliar a frequência de ideação suicida (*Ver Anexo II*). Para propósitos de pontuação, os 30 itens são pontuados de 0 a 6, numa direção patológica, sendo que a pontuação máxima de 180 indicia cognições suicidas ocorrendo quase todos os dias. Ao nível da consistência interna, os estudos

psicométricos efetuados na versão portuguesa por Ferreira e Castela (1999) revelam um coeficiente *Alfa de Cronbach* de 0.96 e uma correlação teste-reteste, com intervalo de um mês entre as duas aplicações, de 0.76. O QIS apresenta ainda uma correlação positiva e significativa com o Inventário de Depressão de Beck ($r = 0.59$; $p < 0.001$) e uma correlação negativa e significativa com a Escala de Autoestima de Rosenberg ($r = -0.45$; $p < 0.001$).

A análise da consistência interna da amostra estudada apresentou um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.87.

3.3. Procedimento e estratégia de análise de dados

Descrever-se-ão de seguida os procedimentos adotados no decurso deste estudo, tanto ao nível funcional (procedimentos adotados que antecederam a recolha dos dados e que conduziram a essa mesma recolha), como ao nível operacional (procedimentos relativos ao tratamento estatístico dos dados).

Tratando-se de um estudo transversal, a recolha dos dados foi realizada num só momento em instituições de acolhimento e escolas da região do norte de Portugal (Mirandela, Vila Real e Porto). A aplicação teve lugar nas instituições fora do horário escolar, sendo realizada com a presença de um responsável da instituição e apoiada pelo responsável do estudo, isto na recolha de dados relativos aos adolescentes institucionalizados. Já ao nível dos adolescentes não-institucionalizados, a aplicação teve lugar nas escolas durante o horário escolar, sendo realizada com a presença de um responsável da escola, nomeadamente de um professor responsável pelas turmas inquiridas, e apoiada pelo responsável do estudo.

Aquando da administração foram apresentados os objetivos gerais do estudo, pelo que, tratando-se de uma administração coletiva, foram dadas instruções *standard* de esclarecimento no que diz respeito ao preenchimento dos questionários de autorrelato, realçando em todo momento o carácter sigiloso da informação inerente aos questionários, assim como a índole voluntária da participação no estudo. O consentimento para o uso dos dados foi oficializado através de um documento assinado pela participante (*Ver Anexo III*).

Para a análise dos resultados recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19.0 para *Windows* (SPSS).

Para compreender se estamos na presença de uma distribuição não-normal, ou na presença de uma distribuição normal, efetuou-se o teste de normalidade, ou seja, o

Teste de *Kolmogorov-Smirnov* utilizado para amostras robustas, com a intenção de analisar o valor de significância (*p-value*) que nos indicará que se o valor de significância for inferior a 0.05 ($p < 0.05$) usaremos testes não-paramétricos e superiores a 0.05 usaremos testes paramétricos (Maroco, 2007). Posteriormente fez-se o teste de homogeneidade das variâncias, o Teste de *Levene*, atendendo mais uma vez ao valor de significância (*p-value*), se o *p-value* for inferior a 0.05, a homogeneidade das variâncias não está garantida. Pelo contrário, segundo o autor, se o *p-value* for superior a 0.05, a homogeneidade das variâncias encontra-se garantida.

Após a realização destes testes, e interpretados os valores de significância procedeu-se à análise estatística indicada. Os resultados serão expressos através de tabelas e/ou gráficos, sendo que, no que se refere à estatística descritiva poder-se-á apresentar a frequência absoluta, relativa e acumulada. Quanto à estatística inferencial, todos os testes aplicados serão acompanhados pelo seu nível de significância para verificar a legitimidade e relevância dos resultados.

Analisando todo o processo até então, chega a altura de discutir todo o trabalho. Esta secção deve ter em conta eventuais discrepâncias ou concordâncias, refletindo os objetivos e as hipóteses propostos, bem como comentários acerca dos procedimentos estatísticos e dos resultados, tendo em conta a revisão da literatura realizada.

Por último finalizar-se-á o estudo apresentando as principais conclusões, bem como as limitações adjacentes e recomendações para eventuais investigações futuras.

Resultados

1. Parâmetros descritivos e de análise de normalidade

Em primeiro lugar são apresentados os parâmetros descritivos e de análise de normalidade das escalas, coeficientes de assimetria (*Skewness*), achatamento (*Kurtosis*) e consistência interna (*Alpha de Cronbach*). E, ainda, o teste de normalidade, o Teste de *Kolmogorov-Smirnov* e, o teste de homogeneidade das variâncias, o Teste de *Levene*. Assim, a partir destes testes, pode-se afirmar que as escalas apresentam consistência interna, uma vez que os valores de *Alpha de Cronbach* são superiores a 0.70 ($\alpha_{BDI-II} = 0.94$; $\alpha_{QIS} = 0.87$). Os valores de *Skewness* e *Kurtosis* situam-se dentro do intervalo entre [-1;1], confirmando, assim, a normalidade das escalas utilizadas. No que respeita ao Teste de *Kolmogorov-Smirnov* obteve-se um *p-value* < 0.05 , logo corrobora a ideia que a amostra não segue uma distribuição normal. Por fim, e em relação ao Teste de *Levene* observa-se um

p -value < 0.05, o que significa que a homogeneidade das variâncias não está garantida. Desta forma, obteve-se valores uni-variados de normalidade situados fora do intervalo associado a uma distribuição normal, assim, recorrer-se-á a testes não-paramétricos (Almeida & Freire, 2003; Maroco, 2007).

2. Prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II

A média (M) de pontuações totais no BDI-II da presente amostra foi de 12.71, com um desvio-padrão (DP) de 10.36. Sugerindo, assim, uma sintomatologia depressiva mínima (scores de 0 a 13 indicam uma sintomatologia mínima) para os respondentes (Coelho et al., 2002).

3. Prevalência de pensamentos suicidas avaliados pelo QIS

A média (M) de pontuações totais no QIS da presente amostra foi de 31.23, com um desvio-padrão (DP) de 38.46. Este resultado sugere que os adolescentes inquiridos, na sua plenitude, não apresentam risco de suicídio (scores superiores a 41 sugerem um risco elevado de suicídio) (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1988).

4. Resultados relativos às hipóteses estimadas

a) Hipótese 1

A hipótese de que a *prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicida é superior nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados*, foi avaliada pelo teste não-paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney*. A análise estatística foi efetuada com o *software* SPSS (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007), para $\alpha = 0.05$. Verifica-se que os adolescentes institucionalizados apresentam níveis de prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas mais elevados que os adolescentes não-institucionalizados e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{BDI-II} = 4331.0$; $W_{BDI-II} = 10659.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$ e $U_{QIS} = 4551.5$; $W_{QIS} = 10879.0$; $p_{QIS} = 0.000$) (Tabelas 23 e 24).

Tabela 23.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a institucionalização ou não dos adolescentes

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AI N=128	142.66	18261.00	4331.00	10659.00	0.000
ANI N=112	95.17	10659.00			

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

Tabela 24.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a institucionalização ou não dos adolescentes

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AI N=128	140.94	18040.50	4551.50	10879.50	0.000
ANI N=112	97.17	10879.50			

Nota. Grupo AI = Adolescentes institucionalizados (n = 128); Grupo ANI = Adolescentes não-institucionalizados (n = 112).

b) Hipótese 2

A hipótese de que a *prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior no sexo feminino comparativamente ao masculino, relativamente à sintomatologia depressiva e aos pensamentos suicidas*, foi avaliada pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007). Considerou-se um $\alpha = 0.05$. Verifica-se que o sexo feminino apresenta níveis superiores de sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 5071.0$; $W_{BDI-II} = 9824.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$) e pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 5017.5$; $W_{QIS} = 9770.0$; $p_{QIS} = 0.000$) comparativamente ao masculino, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabelas 25 e 26).

Tabela 25.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o sexo dos adolescentes

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ASM N=97	101.28	9824.00			
ASF N=143	133.54	19096.00	5071.00	9824.00	0.000

Nota. Grupo ASM = Adolescentes do sexo masculino (n = 97); Grupo ASF = Adolescentes do sexo feminino (n = 143).

Tabela 26.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o sexo dos adolescentes

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ASM N=97	100.73	9770.50			
ASF N=143	133.91	19149.50	5017.50	9770.50	0.000

Nota. Grupo ASM = Adolescentes do sexo masculino (n = 97); Grupo ASF = Adolescentes do sexo feminino (n = 143).

c) Hipótese 3

A hipótese de que a *prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é menor nos jovens com maior suporte familiar*, foi avaliada pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, recorrendo para isso à inferência estatística com as variáveis *tens irmãos e viver ou não com os pais*. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007), para $\alpha = 0.05$. Verifica-se que o facto de ter irmãos não constitui um elemento protetor quanto à presença de sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 3351.0$; $W_{BDI-II} = 24672.0$; $p_{BDI-II} = 0.687$) e pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 3270.5$; $W_{QIS} = 24591.5$; $p_{QIS} = 0.536$) (Tabelas 27 e 28).

Tabela 27.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ter ou não irmãos

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACI N=206	119.77	24672.00			
ASI N=34	124.94	4248.00	3351.00	24672.00	0.687

Nota. Grupo ACI = Adolescentes com irmãos (n = 206); Grupo ASI = Adolescentes sem irmãos (n = 34).

Tabela 28.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ter ou não irmãos

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACI N=206	119.38	24591.50			
ASI N=34	127.31	4328.50	3270.50	24591.50	0.536

Nota. Grupo ACI = Adolescentes com irmãos (n = 206); Grupo ASI = Adolescentes sem irmãos (n = 34).

Relativamente à variável *viver ou não com os pais*, verifica-se que viver com os dois progenitores é um fator protetor quanto à possível presença de sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 4071.0$; $W_{BDI-II} = 9222.5$; $p_{BDI-II} = 0.000$) e pensamentos suicidas, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{QIS} = 4355.5$; $W_{QIS} = 9506.5$; $p_{QIS} = 0.000$) (Tabelas 29 e 30).

Tabela 29.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o viver ou não com os pais

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AVP N=101	91.31	9222.50	4071.50	9222.50	0.000
ANVP N=139	141.71	19697.50			

Nota. Grupo AVP = Adolescentes a viver com os pais (n = 101); Grupo ANVP = Adolescentes que não vivem com os pais (n = 139).

Tabela 30.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o viver ou não com os pais

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AVP N=101	94.12	9506.50	4355.50	9506.50	0.000
ANVP N=139	139.67	19413.50			

Nota. Grupo AVP = Adolescentes a viver com os pais (n = 101); Grupo ANVP = Adolescentes que não vivem com os pais (n = 139).

d) Hipótese 4

A hipótese de que a *prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos jovens que apresentem insucesso escolar*, foi avaliada pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007), para $\alpha = 0.05$. Observa-se que o fracasso escolar está fortemente associado com a presença de sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 5106.0$; $W_{BDI-II} = 12487.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$) e pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 5129.5$; $W_{QIS} = 12510.5$; $p_{QIS} = 0.000$), e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabela 31 e 32).

Tabela 31.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a reprovação escolar

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ARA N=119	130.09	16433.00	5106.00	12487.00	0.000
ANRA N=121	103.20	12487.00			

Nota. Grupo ARA = Adolescentes que já reprovaram de ano (n = 119); Grupo ANRA = Adolescentes que nunca reprovaram de ano (n = 121).

Tabela 32.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a reprovação escolar

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ARA N=119	137.89	16409.50	5129.50	12510.50	0.000
ANRA N=121	103.39	12510.50			

Nota. Grupo ARA = Adolescentes que já reprovaram de ano (n = 119); Grupo ANRA = Adolescentes que nunca reprovaram de ano (n = 121).

Verifica-se, também, que faltar às aulas apenas parece estar relacionado com a sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 3472.5$; $W_{BDI-II} = 22778.5$; $p_{BDI-II} = 0.043$), algo que não se observa com a ideação suicida ($U_{QIS} = 3986.0$; $W_{QIS} = 23292.0$; $p_{QIS} = 0.432$) (Tabelas 33 e 34).

Tabela 33.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o faltar às aulas

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFA N=44	139.58	6141.50			
ANFA N=196	116.22	22778.50	3472.50	22778.50	0.043

Nota. Grupo AFA = Adolescentes que costumam faltar às aulas (n = 44); Grupo ANFA = Adolescentes que não costumam faltar às aulas (n = 196).

Tabela 34.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o faltar às aulas

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFA N=44	127.91	5628.00			
ANFA N=196	118.84	23292.00	3986.00	23292.00	0.432

Nota. Grupo AFA = Adolescentes que costumam faltar às aulas (n = 44); Grupo ANFA = Adolescentes que não costumam faltar às aulas (n = 196).

e) Hipótese 5

A hipótese de que a *prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos jovens com hábitos de consumo de álcool, de tabaco e drogas*, foi avaliada pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007). Considerou-se um $\alpha = 0.05$. Evidencia-se que apenas o consumo de tabaco parece estar associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{BDI-II} = 5395.0$; $W_{BDI-II} = 9136.0$; $p_{BDI-II} = 0.017$ e $U_{QIS} = 5290.5$; $W_{QIS} = 9031.5$; $p_{QIS} = 0.010$) (Tabela 35 e 36).

Tabela 35.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o consumo de tabaco

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACT N=154	128.47	19784.00			
ANCT N=86	106.23	9136.00	5395.00	9136.00	0.017

Nota. Grupo ACT = Adolescentes que consomem tabaco (n = 154); Grupo ANCT = Adolescentes que não consomem tabaco (n = 86).

Tabela 36.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o consumo de tabaco

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACT N=154	129.15	19888.50			
ANCT N=86	105.02	9031.50	5290.50	9031.50	0.010

Nota. Grupo ACT = Adolescentes que consomem tabaco (n = 154); Grupo ANCT = Adolescentes que não consomem tabaco (n = 86).

Relativamente ao consumo de álcool, observa-se que o consumo de bebidas alcoólicas não parece estar associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas ($U_{BDI-II} = 5985.0$; $W_{BDI-II} = 19026.0$; $p_{BDI-II} = 0.458$ e $U_{QIS} = 5951.5$; $W_{QIS} = 18992.5$; $p_{QIS} = 0.418$) (Tabela 37 e 38).

Tabela 37.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o consumo de álcool

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACBA N=79	125.24	9894.00			
ANCBA N=161	118.17	19026.00	5985.00	19026.00	0.458

Nota. Grupo ACBA = Adolescentes que consomem bebidas alcoólicas (n = 79); Grupo ANCBA = Adolescentes que não consomem bebidas alcoólicas (n = 161).

Tabela 38.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o consumo de álcool

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACBA N=79	125.66	9927.50			
ANCBA N=161	117.97	18992.50	5951.50	18992.50	0.418

Nota. Grupo ACBA = Adolescentes que consomem bebidas alcoólicas (n = 79); Grupo ANCBA = Adolescentes que não consomem bebidas alcoólicas (n = 161).

Por fim, e em relação ao consumo de drogas, constata-se que o consumo de drogas não parece, também, estar associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas nos jovens ($U_{BDI-II} = 1220.5$; $W_{BDI-II} = 27098.5$; $p_{BDI-II} = 0.294$ e $U_{QIS} = 1178.5$; $W_{QIS} = 27056.5$; $p_{QIS} = 0.221$) (Tabelas 39 e 40).

Tabela 39.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o consumo de drogas

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACD N=13	140.12	1821.50			
ANCD N=227	119.38	27098.50	1220.50	27098.50	0.294

Nota. Grupo ACD = Adolescentes que consomem droga (n = 13); Grupo ANCD = Adolescentes que não consomem droga (n = 227).

Tabela 40.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o consumo de drogas

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACD N=13	143.35	1863.50			
ANCD N=227	119.19	27056.50	1178.50	27056.50	0.221

Nota. Grupo ACD = Adolescentes que consomem droga (n = 13); Grupo ANCD = Adolescentes que não consomem droga (n = 227).

f) Hipótese 6

A hipótese de que a *prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos jovens que tenham experienciado acontecimentos de vida negativos*, foi avaliada pelo teste não-paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, recorrendo para isso à inferência estatística com as seguintes variáveis: (a) as que dizem respeito a acontecimentos de vida pessoais negativos, como são exemplo, *problemas com professores, discutir com amigos, problemas com a aparência, mudar de escola, mudar de instituição, morte de um amigo, sofrer agressões físicas ou ameaças por parte dos pais, ser suspenso/a da escola, ser expulso/a da escola, ser expulso/a da sala de aula, tirar notas baixas, ser insultado/a ou ameaçado/a por professores, ser impedido/a de ver os pais ou outros familiares, ser violado/a, ser*

rejeitado/a pelos familiares e separação dos pais; e (b) as que fazem referência a acontecimentos de vida familiares negativos, como são exemplo, algum familiar ter problemas com a polícia, alguém da família não conseguir emprego, ter familiares doentes ou deficientes, ter algum familiar que consome droga e um dos pais ter que ir morar longe. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007), para $\alpha = 0.05$.

i. Acontecimentos de vida pessoais negativos.

Verifica-se que o facto de o jovem ter *problemas com professores* constitui um elemento que pode desencadear a sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 5510.5$; $W_{BDI-II} = 15101.5$; $p_{BDI-II} = 0.004$) e os pensamentos suicidas no mesmo ($U_{QIS} = 5589.5$; $W_{QIS} = 15180.5$; $p_{QIS} = 0.006$), e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabelas 41 e 42).

Tabela 41.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e os problemas com os professores

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
APP N=102	135.48	13818.50	5510.50	15101.50	0.004
ANPP N=138	109.43	15101.50			

Nota. Grupo APP = Adolescentes com problemas com professores (n = 102); Grupo ANPP = Adolescentes que não têm problemas com professores (n = 138).

Tabela 42.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e os problemas com os professores

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
APP N=102	134.70	13739.50			
ANPP N=138	110.00	15180.50	5589.50	15180.50	0.006

Nota. Grupo APP = Adolescentes com problemas com professores (n = 102); Grupo ANPP = Adolescentes que não têm problemas com professores (n = 138).

Relativamente à variável *discutir com amigos*, verifica-se que discutir ou não com os amigos não parece estar estatisticamente associado com o facto de os jovens apresentarem sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 3970.5$; $W_{BDI-II} = 5146.5$; $p_{BDI-II} = 0.138$), no entanto, encontra-se uma forte associação com a presença de ideação suicida, sendo observadas diferenças estatisticamente significativas ($U_{QIS} = 3548.0$; $W_{QIS} = 4724.5$; $p_{QIS} = 0.014$) (Tabelas 43 e 44).

Tabela 43.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o discutir com amigos

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ADC N=192	123.82	23773.50			
ANDC N=48	107.22	5146.50	3970.50	5146.50	0.138

Nota. Grupo ADC = Adolescentes que discutem com colegas (n = 192); Grupo ANDC = Adolescentes que não discutem com colegas (n = 48).

Tabela 44.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o discutir com amigos

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ADC N=192	126.02	24196.00			
ANDC N=48	98.42	4724.50	3548.00	4724.00	0.014

Nota. Grupo ADC = Adolescentes que discutem com colegas (n = 192); Grupo ANDC = Adolescentes que não discutem com colegas (n = 48).

No que diz respeito à variável *problemas com a aparência*, observa-se que esta constitui um elemento que pode desencadear sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 4376.5$; $W_{BDI-II} = 14672.5$; $p_{BDI-II} = 0.000$) e pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 4242.5$; $W_{QIS} = 14538.5$; $p_{QIS} = 0.000$), e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (*Tabelas 45 e 46*).

Tabela 45.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e os problemas com a aparência

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACPA N=97	146.88	14247.50			
ASPA N=143	102.60	14672.50	4376.50	14672.50	0.000

Nota. Grupo ACPA = Adolescentes com problemas com a aparência (n = 97); Grupo ASPA = Adolescentes sem problemas com a aparência (n = 143).

Tabela 46.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e os problemas com a aparência

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ACPA N=97	148.26	14381.50			
ASPA N=143	101.67	14538.50	4242.50	14538.50	0.000

Nota. Grupo ACPA = Adolescentes com problemas com a aparência (n = 97); Grupo ASPA = Adolescentes sem problemas com a aparência (n = 143).

A variável *mudar de escola*, parece apresentar uma elevada associação com o facto de o jovem manifestar sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 5764.5$; $W_{BDI-II} = 15355.5$; $p_{BDI-II} = 0.017$) e pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 5782.5$; $W_{QIS} = 15373.5$; $p_{QIS} = 0.018$), sendo observadas diferenças estatisticamente significativas (Tabelas 47 e 48).

Tabela 47.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o mudar de escola

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AME N=102	132.99	13564.50			
ANME N=138	111.27	15355.50	5764.50	15355.50	0.017

Nota. Grupo AME = Adolescentes que já mudaram de escola (n = 102); Grupo ANME = Adolescentes que nunca mudaram de escola (n = 138).

Tabela 48.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o mudar de escola

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AME N=102	132.81	13546.50			
ANME N=138	111.40	15373.50	5782.50	15373.50	0.018

Nota. Grupo AME = Adolescentes que já mudaram de escola (n = 102); Grupo ANME = Adolescentes que nunca mudaram de escola (n = 138).

Relativamente à variável *mudar de instituição* não foi encontrada nenhuma associação com o facto de o jovem apresentar sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, isto apenas só para os jovens institucionalizados, pois os jovens não-institucionalizados nunca experienciaram este acontecimento de vida ($U_{BDI-II} = 1425.5$; $W_{BDI-II} = 5611.5$; $p_{BDI-II} = 0.175$ e $U_{QIS} = 1568.0$; $W_{QIS} = 5754.0$; $p_{QIS} = 0.543$) (Tabelas 49 e 50).

Tabela 49.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o mudar de instituição

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AMI N=37	71.47	2644.50			
ANMI N=91	61.66	5611.50	1425.50	5611.50	0.175

Nota. Grupo AMI = Adolescentes que já mudaram de instituição (n = 37); Grupo ANMI = Adolescentes que nunca mudaram de instituição (n = 91).

Tabela 50.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o mudar de instituição

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AMI N=37	67.62	2502.00			
ANMI N=91	63.23	5754.00	1568.00	5754.00	0.543

Nota. Grupo AMI = Adolescentes que já mudaram de instituição (n = 37); Grupo ANMI = Adolescentes que nunca mudaram de instituição (n = 91).

Para o acontecimento de vida *morte de um amigo* observa-se que este constitui um elemento que pode desencadear a sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 4113.5$; $W_{BDI-II} = 20584.5$; $p_{BDI-II} = 0.008$) e os pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 3829.5$; $W_{QIS} = 20300.5$; $p_{QIS} = 0.001$), e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabelas 51 e 52).

Tabela 51.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a morte de um amigo

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AVMA N=59	141.28	8335.50			
ANVMA N=181	113.73	20584.50	4113.50	20584.50	0.008

Nota. Grupo AVMA = Adolescentes que já vivenciaram a morte de um amigo (n = 59); Grupo ANVMA = Adolescentes que nunca vivenciaram a morte de um amigo (n = 181).

Tabela 52.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a morte de um amigo

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AVMA N=59	146.09	8619.50			
ANVMA N=181	112.16	20300.50	3829.50	20300.50	0.001

Nota. Grupo AVMA = Adolescentes que já vivenciaram a morte de um amigo (n = 59); Grupo ANVMA = Adolescentes que nunca vivenciaram a morte de um amigo (n = 181).

O acontecimento *sofrer agressões físicas ou ameaças por parte dos pais* está estatisticamente associado com a sintomatologia depressiva e com a ideação suicida, e as diferenças observadas foram significativas ($U_{BD-II} = 2153.0$; $W_{BD-II} = 23268.0$; $p_{BD-II} = 0.000$ e $U_{QIS} = 1627.5$; $W_{QIS} = 22742.5$; $p_{QIS} = 0.000$) (Tabela 53 e 54).

Tabela 53.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o sofrer agressões físicas ou ameaças por parte dos pais

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ASAAP N=35	161.49	5652.00			
ANSAAP N=205	113.50	23268.00	2153.00	23268.00	0.000

Nota. Grupo ASAAP = Adolescentes que sofrem ou sofreram agressões/ameaças por parte dos pais (n = 35); Grupo ANSAAP = Adolescentes que nunca sofreram agressões/ameaças por parte dos pais (n = 205).

Tabela 54.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o sofrer agressões físicas ou ameaças por parte dos pais

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ASAAP N=35	176.51	6178.00			
ANSAAP N=205	110.94	22742.00	1627.00	22742.00	0.000

Nota. Grupo ASAAP = Adolescentes que sofrem ou sofreram agressões/ameaças por parte dos pais (n = 35); Grupo ANSAAP = Adolescentes que nunca sofreram agressões/ameaças por parte dos pais (n = 205).

Relativamente à variável *ser suspenso/a da escola* não foi encontrada nenhuma associação com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas ($U_{BDI-II} = 3224.0$; $W_{BDI-II} = 24399.0$; $p_{BDI-II} = 0.338$ e $U_{QIS} = 3046.5$; $W_{QIS} = 24161.5$; $p_{QIS} = 0.153$) (Tabelas 55 e 56).

Tabela 55.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser suspenso/a da escola

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ASE N=35	130.89	4581.00			
ANSE N=205	118.73	24339.00	3224.00	24339.00	0.338

Nota. Grupo ASE = Adolescentes que já foram suspensos da escola (n = 35); Grupo ANSE = Adolescentes que nunca foram suspensos da escola (n = 205).

Tabela 56.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e ser o suspenso/a da escola

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ASE N=35	135.96	4758.50			
ANSE N=205	117.86	24161.50	3046.50	24161.50	0.153

Nota. Grupo ASE = Adolescentes que já foram suspensos da escola (n = 35); Grupo ANSE = Adolescentes que nunca foram suspensos da escola (n = 205).

Para o acontecimento *ser expulso/a da sala de aula*, tal como o acontecimento de vida anterior, não foi observada nenhuma associação com a presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida ($U_{BDI-II} = 5977.0$; $W_{BDI-II} = 16855.0$; $p_{BDI-II} = 0.101$ e $U_{QIS} = 5938.5$; $W_{QIS} = 16816.5$; $p_{QIS} = 0.086$) (Tabelas 57 e 58).

Tabela 57.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser expulso/a da sala de aula

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AESA N=93	129.73	12065.00			
ANESA N=147	114.66	16855.00	5977.00	16855.00	0.101

Nota. Grupo AESA = Adolescentes que já foram expulsos da sala de aula (n = 93); Grupo ANESA = Adolescentes que nunca foram expulsos da sala de aula (n = 147).

Tabela 58.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser expulso/a da sala de aula

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AESA N=93	130.15	12103.50			
ANESA N=147	114.40	16816.50	5938.50	16816.50	0.086

Nota. Grupo AESA = Adolescentes que já foram expulsos da sala de aula (n = 93); Grupo ANESA = Adolescentes que nunca foram expulsos da sala de aula (n = 147).

O acontecimento *ser expulso/a da escola*, também, e tal como o acontecimento de vida anterior, não foi observada nenhuma associação com a presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida ($U_{BDI-II} = 948.0$; $W_{BDI-II} = 27774.0$; $p_{BDI-II} = 0.654$ e $U_{QIS} = 970.5$; $W_{QIS} = 27776.5$; $p_{QIS} = 0.735$) (Tabelas 59 e 60).

Tabela 59.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser expulso/a da escola

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AEE N=9	130.67	1176.00			
ANEE N=231	120.10	27774.00	948.00	27774.00	0.654

Nota. Grupo AEE = Adolescentes que já foram expulsos da escola (n = 9); Grupo ANEE = Adolescentes que nunca foram expulsos da escola (n = 231).

Tabela 60.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser expulso/a da escola

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AEE N=9	128.17	1153.50			
ANEE N=231	120.20	27766.50	970.50	27766.0	0.735

Nota. Grupo AEE = Adolescentes que já foram expulsos da escola (n = 9); Grupo ANEE = Adolescentes que nunca foram expulsos da escola (n = 231).

Contudo, o acontecimento *tirar notas baixas* parece ser um acontecimento fortemente relacionado com a sintomatologia depressiva e com a ideação suicida, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{BDI-II} = 5026.5$; $W_{BDI-II} = 9121.5$; $p_{BDI-II} = 0.001$ e $U_{QIS} = 4882.0$; $W_{QIS} = 8977.5$; $p_{QIS} = 0.000$) (Tabelas 61 e 62).

Tabela 61.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o tirar notas baixas

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ANB N=150	131.99	19798.50			
ANNB N=90	101.35	9121.50	5026.50	9121.50	0.001

Nota. Grupo ANB = Adolescentes que já tiraram notas baixas (n = 150); Grupo ANNB = Adolescentes que nunca tiraram notas baixas (n = 90).

Tabela 62.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o tirar notas baixas

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ANB N=150	132.95	19943.00			
ANNB N=90	99.74	8977.00	4882.50	8977.00	0.000

Nota. Grupo ANB = Adolescentes que já tiraram notas baixas (n = 150); Grupo ANNB = Adolescentes que nunca tiraram notas baixas (n = 90).

Para o acontecimento *ser insultado/a ou ameaçado/a por professores*, este não demonstra qualquer associação com o facto de o jovem apresentar sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 1931.0$; $W_{BDI-II} = 26462.0$; $p_{BDI-II} = 0.561$) e pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 1779.5$; $W_{QIS} = 26310.5$; $p_{QIS} = 0.269$) (Tabelas 63 e 64).

Tabela 63.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser insultado/a ou ameaçado/a por professores

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AIAP N=19	129.37	2458.00			
ANIAP N=221	119.74	26462.00	1931.00	26462.50	0.561

Nota. Grupo AIAP = Adolescentes que já foram insultados/ameaçados por professores (n = 19); Grupo ANIAP = Adolescentes que nunca foram insultados/ameaçados por professores (n = 221).

Tabela 64.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser insultado/a ou ameaçado/a por professores

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AIAP N=19	137.34	2609.50			
ANIAP N=221	119.05	26310.50	1779.50	26310.50	0.269

Nota. Grupo AIAP = Adolescentes que já foram insultados/ameaçados por professores (n = 19); Grupo ANIAP = Adolescentes que nunca foram insultados/ameaçados por professores (n = 221).

Em relação ao jovem *ser impedido/a de ver os pais ou outros familiares*, este acontecimento demonstra estar estatisticamente associado com a presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida, e as diferenças observadas foram significativas ($U_{BDI-II} = 1285.5$; $W_{BDI-II} = 24938.5$; $p_{BDI-II} = 0.000$ e $U_{QIS} = 1207.0$; $W_{QIS} = 24860.0$; $p_{QIS} = 0.000$) (Tabelas 65 e 66).

Tabela 65.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser impedido/a de ver os pais/familiares

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AIVPF N=23	173.11	3981.50			
ANIVPF N=217	114.92	24938.50	1285.50	24938.50	0.000

Nota. Grupo AIVPF = Adolescentes que já foram impedidos de ver os pais/familiares (n = 23); Grupo ANIVPF = Adolescentes que nunca foram impedidos de ver os pais/familiares (n = 217).

Tabela 66.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser impedido de ver os pais/familiares

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AIVPF N=23	176.52	4060.00			
ANIVPF N=217	114.56	24860.00	1207.00	24860.00	0.000

Nota. Grupo AIVPF = Adolescentes que já foram impedidos de ver os pais/familiares (n = 23); Grupo ANIVPF = Adolescentes que nunca foram impedidos de ver os pais/familiares (n = 217).

Quanto ao acontecimento *ser rejeitado/a pelos familiares*, este tal como o acontecimento anterior, parece estar fortemente relacionado com a presença de sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 2438.5$; $W_{BDI-II} = 23553.5$; $p_{BDI-II} = 0.002$) e pensamento suicidas, ($U_{QIS} = 1898.5$; $W_{QIS} = 23013.5$; $p_{QIS} = 0.000$), e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabelas 67 e 68).

Tabela 67.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser rejeitado/a pelos familiares

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ARF N=35	153.33	5366.50			
ANRF N=205	114.90	23553.50	2438.50	23553.50	0.002

Nota. Grupo ARF = Adolescentes que já foram rejeitados pelos familiares (n = 35); Grupo ANRF = Adolescentes que nunca foram rejeitados pelos familiares (n = 205).

Tabela 68.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser rejeitado/a pelos familiares

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
ARF N=35	168.76	5906.50			
ANRF N=205	112.26	23013.50	1898.50	23013.50	0.000

Nota. Grupo ARF = Adolescentes que já foram rejeitados pelos familiares (n = 35); Grupo ANRF = Adolescentes que nunca foram rejeitados pelos familiares (n = 205).

O acontecimento de vida *separação dos pais* está estatisticamente associado com sintomatologia depressiva e ideação suicida, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{BDI-II} = 4739.5$; $W_{BDI-II} = 18767.0$; $p_{BDI-II} = 0.006$ e $U_{QIS} = 4556.0$; $W_{QIS} = 18584.0$; $p_{QIS} = 0.002$) (Tabelas 69 e 70).

Tabela 69.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a separação dos pais

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AVSP N=73	139.08	10153.00			
ANVSP N=167	112.38	18767.00	4739.00	18767.00	0.006

Nota. Grupo AVSP = Adolescentes que já vivenciaram a separação dos pais (n = 73); Grupo ANVSP = Adolescentes que nunca vivenciaram a separação dos pais (n = 167).

Tabela 70.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a separação dos pais

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AVSP N=73	141.59	10336.00			
ANVSP N=167	111.28	18584.00	4556.00	18584.00	0.002

Nota. Grupo AVSP = Adolescentes que já vivenciaram a separação dos pais (n = 73); Grupo ANVSP = Adolescentes que nunca vivenciaram a separação dos pais (n = 167).

Por último, e para o acontecimento de vida *ser violado/a*, este apenas parece estar fortemente associado com a sintomatologia depressiva e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{BDI-II} = 960.0$; $W_{BDI-II} = 26160.0$; $p_{BDI-II} = 0.002$), já no que respeita à ideação suicida, este acontecimento não demonstra qualquer relação com a mesma ($U_{QIS} = 1377.0$; $W_{QIS} = 26577.0$; $p_{QIS} = 0.121$) (Tabelas 71 e 72).

Tabela 71.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser violado/a

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFV N=16	172.50	2760.00			
ANFV N=224	116.79	26160.00	960.00	26160.00	0.002

Nota. Grupo AFV = Adolescentes que já foram violados (n = 16); Grupo ANFV = Adolescentes que nunca foram violados (n = 224).

Tabela 72.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser violado/a

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFV N=16	146.44	2343.00	1377.00	265777.00	0.121
ANFV N=224	118.65	26577.00			

Nota. Grupo AFV = Adolescentes que já foram violados (n = 16); Grupo ANFV = Adolescentes que nunca foram violados (n = 224).

ii. **Acontecimentos de vida familiares negativos.**

Verifica-se que o facto de o jovem ter experienciado que a sua família teve ou tem *problemas com a polícia* é um elemento fortemente relacionado com a sintomatologia depressiva e com a ideação suicida, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U_{BDI-II} = 4119.5$; $W_{BDI-II} = 20219.5$; $p_{BDI-II} = 0.004$ e $U_{QIS} = 3519.0$; $W_{QIS} = 19629.0$; $p_{QIS} = 0.000$) (Tabelas 73 e 74).

Tabela 73.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a família ter problemas com a polícia

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFPP N=61	142.47	8690.50	4119.50	20219.50	0.004
AFNPP N=179	113.01	20229.50			

Nota. Grupo AFPP = Adolescentes cujos familiares já tiveram problemas com a polícia (n = 61); Grupo AFNPP = Adolescentes cujos familiares nunca tiveram problemas com a polícia (n = 179).

Tabela 74.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a família ter problemas com a polícia

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFPP N=224	152.31	9291.00			
AFNPP N=179	109.66	19629.00	3519.00	19629.00	0.000

Nota. Grupo AFPP = Adolescentes cujos familiares já tiveram problemas com a polícia (n = 61); Grupo AFNPP = Adolescentes cujos familiares nunca tiveram problemas com a polícia (n = 179).

O acontecimento *alguém da família não conseguir emprego*, tal como o acontecimento anterior está fortemente associado com a sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 5048.5$; $W_{BDI-II} = 10598.0$; $p_{BDI-II} = 0.000$) e com os pensamentos suicidas ($U_{QIS} = 5305.5$; $W_{QIS} = 10765.5$; $p_{QIS} = 0.001$), e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabelas 75 e 76).

Tabela 75.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e alguém da família não conseguir emprego

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFNCE N=136	135.38	18412.00			
AFNPCE N=104	101.04	10508.00	5048.00	10508.00	0.000

Nota. Grupo AFNCE = Adolescentes cujos familiares não conseguem emprego (n = 136); Grupo AFNPCE = Adolescentes cujos familiares nunca tiveram problemas em conseguir emprego (n = 104).

Tabela 76.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e alguém da família não conseguir emprego

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFNCE N=136	133.49	18154.50			
AFNPCE N=104	103.51	10765.50	5305.50	10765.50	0.001

Nota. Grupo AFNCE = Adolescentes cujos familiares não conseguem emprego (n = 136); Grupo AFNPCE = Adolescentes cujos familiares nunca tiveram problemas em conseguir emprego (n = 104).

Para o acontecimento *ter familiares doentes ou deficientes*, também, este acontecimento, está estatisticamente relacionado com a sintomatologia depressiva e com os pensamentos suicidas, e as diferenças observadas foram significativas ($U_{BDI-II} = 5678.0$; $W_{BDI-II} = 14723.0$; $p_{BDI-II} = 0.008$ e $U_{QIS} = 5657.0$; $W_{QIS} = 14702.0$; $p_{QIS} = 0.007$) (Tabelas 77 e 78).

Tabela 77.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e ter familiares doentes/deficientes

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFDD N=106	133.93	14197.00			
ANFDD N=134	109.87	14723.00	5678.00	14723.00	0.008

Nota. Grupo AFDD = Adolescentes que têm familiares doentes/deficientes (n = 106); Grupo ANFDD = Adolescentes que não têm familiares doentes/deficientes (n = 134).

Tabela 78.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e ter familiares doentes/deficientes

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFDD N=106	134.13	14218.00			
ANFDD N=134	109.72	14702.00	5657.00	14702.00	0.007

Nota. Grupo AFDD = Adolescentes que têm familiares doentes/deficientes (n = 106); Grupo ANFDD = Adolescentes que não têm familiares doentes/deficientes (n = 134).

Relativamente ao acontecimento *ter algum familiar que consome droga*, este está estatisticamente associado com a presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida nos jovens ($U_{BDI-II} = 3428.5$; $W_{BDI-II} = 21764.5$; $p_{BDI-II} = 0.004$ e $U_{QIS} = 3790.5$; $W_{QIS} = 22126.5$; $p_{QIS} = 0.040$) (Tabelas 79 e 80).

Tabela 79.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e ter algum familiar que consome droga

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFCD N=49	146.03	7155.50			
ANFCD N=191	113.95	21764.50	3428.50	21764.50	0.004

Nota. Grupo AFCD = Adolescentes que têm familiares que consomem droga (n = 49); Grupo ANFCD = Adolescentes que não têm familiares que consomem droga (n = 191).

Tabela 80.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e ter algum familiar que consome droga

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
AFCD N=49	138.64	6793.50			
ANFCD N=191	115.85	22126.50	3790.50	22126.50	0.040

Nota. Grupo AFCD = Adolescentes que têm familiares que consomem droga (n = 49); Grupo ANFCD = Adolescentes que não têm familiares que consomem droga (n = 191).

Por último, e para o acontecimento, *um dos pais ter que ir morar longe*, não se verifica qualquer associação com o facto de o jovem apresentar sintomatologia depressiva ($U_{BDI-II} = 4790.0$; $W_{BDI-II} = 20721.0$; $p_{BDI-II} = 0.122$) e ideação suicida ($U_{QIS} = 4871.0$; $W_{QIS} = 20802.0$; $p_{QIS} = 0.168$) (Tabelas 81 e 82).

Tabela 81.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e um dos pais ter que ir morar longe

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
APML N=62	132.24	8199.00			
ANPML N=178	116.41	20721.00	4790.00	20721.00	0.122

Nota. Grupo APML = Adolescentes que têm um dos pais a morar longe (n = 62); Grupo ANPML = Adolescentes que não têm um dos pais a morar longe (n = 178).

Tabela 82.

Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e um dos pais ter que ir morar longe

	Médias das Ordens	Soma das Ordens	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	p-value
APML N=62	130.94	8118.00			
ANPML N=178	116.87	20802.00	4871.00	20802.00	0.168

Nota. Grupo APML = Adolescentes que têm um dos pais a morar longe (n = 62); Grupo ANPML = Adolescentes que não têm um dos pais a morar longe (n = 178).

Discussão dos Resultados

O principal objetivo do presente estudo é examinar a prevalência de sintomatologia depressiva e de ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. Assim, e através da análise dos resultados, podemos concluir que os dados recolhidos correspondem, na sua generalidade, à literatura encontrada.

Com base na literatura acedida, esperávamos níveis mais elevados (extremados ou não) de sintomatologia depressiva e de ideação suicida (tal como eram percecionados pelos adolescentes) nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos não-institucionalizados; superiores no sexo feminino comparativamente ao masculino; menores nos jovens com maior suporte familiar; superiores nos jovens que apresentassem insucesso escolar; superiores nos jovens com hábitos de consumo de álcool, de tabaco e drogas; e superiores nos jovens que tenham experienciado acontecimentos de vida negativos.

Em relação à primeira hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados* – foi verificada, o que vai de encontro à ideia de Barros e Fiamenghi (2007), Cordeiro et al. (2006), Martins e Szymanski (2004), e Merikangas e Angst (1995), pois segundo estes autores o afastamento da criança e/ou do adolescente dos pais corresponde a um fator de risco para o surgimento da depressão. A convivência familiar é uma condição relevante para a proteção, crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente (Fante & Cassab, 2007; Winnicott, 2002). Steinberg (1999) afirma que o suporte social

adequado é um fator protetor para o não surgimento da sintomatologia depressiva. Assim, segundo o autor, a maior ou menor probabilidade de surgimento de sintomatologia depressiva é resultado da interação de um conjunto de condições ambientais, especialmente o *stress*, a perda e a predisposição individual. No caso dos jovens institucionalizados o *stress* e o afastamento dos pais parece serem fatores decisivos para o despoletar da sintomatologia depressiva. Abreu (2001) e Fitzpatrick (1993) mencionam que crianças e adolescentes que vivem no contexto institucional têm uma maior probabilidade de apresentar perturbações psiquiátricas do que aquelas crianças e adolescentes que vivem com a família de origem. Assim, no caso de crianças e jovens institucionalizados, sujeitos a privação familiar, seja este afastamento de ordem física ou emocional, muitas são as consequências (Gabatz et al., 2010; Oppenheim et al., 2001), tanto de ordem física quanto intelectual e social, podendo, inclusive, protagonizar o aparecimento de patologias físicas e mentais (Oppenheim et al., 2001). Para Fante e Cassab (2007) a institucionalização apresenta um impacto tremendo na vida da criança ou adolescente que se vê privado do convívio com a família. A diferença encontrada, neste estudo, na sintomatologia depressiva entre os adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados está de acordo com as ideias de Dell'Aglio (2000), Dell'Aglio, Borges, e Santos (2004), Cavalcante et al. (2009), Poletto (2007), assim como de Siqueira e Dell'Aglio (2006). Dell'Aglio e Hutz (2004), bem como Merikangas e Angst (1995) apontam a institucionalização durante a infância e a adolescência como um fator de risco para a depressão. Em relação aos pensamentos suicidas, os adolescentes institucionalizados apresentam, também, tal como na sintomatologia depressiva, níveis mais elevados do que os adolescentes não-institucionalizados. Mota e Matos (2010) afirmam que o processo de institucionalização pode ser acompanhado de sentimentos de perda, abandono e solidão, já que implica o confronto com a realidade de negligência e insensibilidade parental. E, de acordo com Borges et al. (2008), e Sadock e Sadock (2008), a ideação suicida, os gestos suicidas e, conseqüentemente, as tentativas de suicídio costumam estar associadas a perturbações depressivas. Campo e Rosa (2001) concluíram que os jovens institucionalizados, com história de maus-tratos, apresentam um risco significativo de ideação suicida, de sintomatologia depressiva e de consumo de substâncias. Desta forma, seria de esperar que associado à sintomatologia depressiva dos jovens institucionalizados estivesse, também, associada a ideação suicida, facto verificado. O período da adolescência é considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e mudanças (Borges & Werlang, 2006). Na busca de uma solução para os seus problemas, de acordo com as autoras, estes jovens, podem, por exemplo, recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas.

Assim, a ideação suicida pode ser considerada como um primeiro passo para um eventual suicídio (Flechner, 2000; Turecki, 1999). E, por último, pode enfatizar-se a ideia que a depressão e a desesperança são fatores importantes para a predição de ideação suicida em adolescentes (Beck, Steer, & Grisham, 2000; Burge & Lester, 2001; Esposito & Clum, 2002; Joiner, Pfaff, & Acres, 2002; McGee, Williams, & Nadera-Raja, 2001; Nugent & Williams, 2001), logo vai de encontro aos resultados encontrados.

Quanto à segunda hipótese – *superior no sexo feminino comparativamente ao masculino, relativamente à sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas* – foi aferida. Em relação aos estudos acerca do género e da sintomatologia depressiva, Giaconia et al. (1993) demonstraram que desde a infância até meados da adolescência, as raparigas aumentam a tendência para desenvolver mais sintomatologia depressiva que os rapazes. Outros autores também corroboram esta ideia, ou seja, que o sexo feminino apresenta níveis superiores de depressão do que o sexo masculino (Allison, Roeger, Martin, & Keeves, 2001; Bahls & Bahls, 2002; Esposito & Clum, 2002; Reinherz et al., 1995). Relativamente à ideação suicida, Anderson et al. (1997) referem que a taxa de mortalidade é cerca de três vezes mais elevada no sexo masculino entre os 15 e os 24 anos de idade do que no sexo feminino. Borges et al. (2008), Meichenbaum (2007), Pakis et al. (2010), Sadock e Sadock (2008), e Värnik et al. (2009), mencionam que o suicídio é mais comum no sexo masculino do que no sexo feminino em todas as faixas etárias. Contudo, e apesar de a taxa de suicídio consumado ser significativamente mais elevada no sexo masculino, a ideação suicida e as tentativas de suicídio são mais comuns no sexo feminino (Edwards & Holden, 2001; Esposito & Clum, 2002; Gould et al., 2003; Souza et al., 2010). Ideias que consolidam os dados encontrados.

No que concerne à terceira hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é menor nos jovens com maior suporte familiar* – foi parcialmente comprovada. Observou-se que o facto de ter irmãos não constituía um elemento protetor quanto à presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, no entanto, verificou-se que viver com os dois pais é um fator protetor quanto à possível presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas. Bowlby (1980) menciona que uma vinculação insegura na relação precoce mãe-bebé, a perda de um dos pais na infância e ter sido criado num ambiente pouco afetivo, são condições de risco para o desenvolvimento de uma depressão. Johnson et al. (2002) observaram, num estudo epidemiológico prospetivo com seiscentas e cinquenta e nove famílias, que crianças maltratadas possuíam maiores dificuldades interpessoais

durante a adolescência e mais tentativas de suicídio quando comparadas a crianças não maltratadas. Harris e Molock (2000) associaram o suporte familiar inadequado com a ideação suicida e com a sintomatologia depressiva em adolescentes (cento e oitenta e sete estudantes africanos), os mesmos autores verificaram que altos níveis de coesão e suporte familiar estavam correlacionados com baixos níveis de depressão e pensamentos suicidas. Quando a criança é privada da relação familiar, desenvolve angústia, necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e sintomatologia depressiva (Barros & Fiamenghi, 2007). Tinberg (2009) identifica como um fator de risco para depressão em crianças e adolescentes a disfunção familiar. Assim, a qualidade das relações familiares, parece, estar associada ao ajustamento emocional e comportamental entre crianças e adolescentes, ou até mesmo entre adultos. Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha, e Morgado (1996) afirmam que o suporte social e familiar têm como objetivo enfraquecer os efeitos das situações incitadoras de *stress* do dia-a-dia do indivíduo. Desta forma, aqueles que não possuem suporte social ou familiar estariam mais predispostos a apresentarem uma perturbação psicológica ou psiquiátrica quando submetidos a situações desencadeadoras de *stress*. Cordeiro, Claudino, e Arriaga (2006), tal como Rubin et al. (1992), afirmam que relacionamentos sociais construtivos com os membros da família e pares podem propiciar sentimentos de bem-estar no adolescente, o que pode prevenir a sintomatologia depressiva. Quando a criança/jovem é privada da relação familiar, desenvolve angústia, necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e sintomatologia depressiva (Barros & Fiamenghi, 2007). Krause, Liang, e Yatomi (1989) sugerem que as perturbações psicológicas e, especialmente, os sintomas depressivos, podem ser influenciados por consequência da insatisfação do indivíduo com o suporte fornecido pelo seu grupo social. Assim, os relacionamentos pessoais, os primeiros relacionamentos seguros e a relação pais-criança durante a infância, propiciam um crescimento saudável com sentimentos de maior autoestima e autoeficácia na vida de um indivíduo (Aro, 1994). Birtchnell (1988) afirma que relacionamentos pobres na infância e na adolescência (e.g. pouco afeto proveniente dos pais, estimulação e comunicação) contribuem de forma significativa para a aquisição de personalidades vulneráveis, depressão e modelos insatisfatórios de relacionamentos. Quanto maior a depressão apresentada pelos adolescentes, maior será o número de problemas que os mesmos tiveram na sua infância, menor será a percepção do suporte familiar e maior será o uso/consumo de drogas (Windle, 1991). Em suma, parece haver uma coerência teórica e prática em afirmar que o suporte familiar/social pode ser considerado como um importante preditor de perturbações afetivas em crianças, adolescentes e adultos, pois ele influencia

diretamente a forma como o sujeito se autoavalia e como avalia as informações provenientes do exterior.

Respeitante à quarta hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos jovens que apresentem insucesso escolar* – foi parcialmente verificada, pois verificou-se que o fracasso escolar está fortemente associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, mas faltar às aulas apenas parece estar relacionado com a sintomatologia depressiva. O fracasso escolar ou o baixo desempenho académico podem interferir de forma prejudicial no desenvolvimento da criança ou do jovem, e podem ser o ponto de partida para o despoletar de problemas de aprendizagem e de ajustamento (Capellini, Tonelotto, & Ciasca, 2004). Loureiro e Sanches (2006) afirmam que o desempenho académico e o ajustamento social estão, quase sempre, relacionados. Assim, segundo os autores, o fracasso escolar e as dificuldades escolares podem constituir fatores potenciais de vulnerabilidade e risco psicossocial para a criança ou jovem. Por outro lado, Loureiro e Sanches (2006) mencionam que o sucesso escolar e a experiência escolar positiva podem constituir-se como mecanismos de proteção para a criança e para o jovem, uma vez que vai facilitar a superação das dificuldades comportamentais. Dell’Aglío e Hutz (2004) verificaram que as crianças institucionalizadas apresentam uma média de desempenho escolar mais baixa do que as crianças que habitam com a sua família. Fatores como o *stress* e a sintomatologia depressiva estão fortemente associados ao desempenho académico. Crianças expostas a *stress* apresentam pior desempenho académico, uma vez que o *stress* tem implicações diretas sobre a concentração e sobre as capacidades de aprender (Lemes et al., 2003; Lipp, Arantes, Buriti, & Witzig, 2002). Os estados depressivos, também, parecem estar relacionados com o fracasso escolar (Cole, Martin, Powers, & Truglio, 1996; Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Guiland, Korber, & Hernandez, 2000; Jacob, Loureiro, Marturano, Linhares, & Machado, 1999; Nunes, 1990; Pérez & Urquijo, 2000). Kovacs e Goldston (1991) afirmam que a área do desempenho cognitivo e académico é a primeira a ser afetada socialmente por uma perturbação depressiva, e que mesmo depois de esta ser ultrapassada, o desempenho cognitivo e académico continua a manifestar problemas. Um estudo realizado por Tomé e Matos (2006), envolvendo duzentos e quarenta e dois indivíduos entre os 10 e os 16 anos de idade (a frequentarem os 2º e 3º Ciclos do Concelho de Odivelas – Portugal), permitiu confirmar que os adolescentes com baixo rendimento escolar demonstravam mais sintomas de depressão. Relativamente à ideação suicida, os adolescentes, muitas vezes, na escola veem-se avaliados em termos da sua formação académica e

desempenho, e a pressão exercida sobre esses adolescentes é elevada (Ang & Huan, 2006). Portanto, para as autoras, não é surpreendente que os adolescentes que tentaram o suicídio, muitas vezes tiveram problemas na escola. Assim, há evidências que apontam o *stress* acadêmico e, em particular, as expectativas acadêmicas, como um fator que contribui para a ideação suicida em adolescentes. Toero, Nagy, Sawaguchi, Sawaguchi, e Sotonyi (2001) argumentam que existe uma forte ligação entre a pressão para se destacar na escola e os comportamentos suicidas entre crianças e adolescentes. Toero et al. (2001) verificaram que o número de casos de suicídio de crianças e adolescentes durante a época de exames experimentou um nível elevado, devido ao *stress* a que as crianças e os adolescentes estão sujeitos na escola.

No que respeita à quinta hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos jovens com hábitos de consumo de álcool, de tabaco e drogas* – evidenciou-se que apenas o consumo de tabaco parece estar associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas. Na fase da adolescência, estimulado pelas intensas transformações, o jovem torna-se mais vulnerável a comportamentos que podem fragilizar a sua saúde, por exemplo, uma alimentação incorreta, tabagismo, consumo de álcool e de drogas. Assim, a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano especialmente importante, uma vez que é durante esta fase da vida que muitos comportamentos de risco para a saúde são iniciados, nomeadamente o consumo de substâncias (Carvalho, 1990; Simões, Matos, & Batista-Foguet, 2006). O consumo dessas substâncias pelos pais e amigos, assim como o desenvolvimento de sintomas depressivos, são fatores de risco para a experimentação e abuso de substâncias pelo adolescente (Schenker & Minayo, 2003). Em geral, o uso de substâncias, como o tabaco, o álcool e as drogas, fazem parte de um conjunto de comportamentos de risco relativamente comuns entre os adolescentes (McArdle, 2008; Vinagre & Lima, 2006). Dos fatores de risco para o consumo de substância evidenciam-se: as causas comportamentais, de afeto, de personalidade, fatores emocionais (e.g. presença de sintomas psicológicos), genéticos e ambientais (e.g. família e grupo de pares) (Belcher & Shinitzky, 1998; Matos, 2002). Por outro lado, os principais fatores protetores são a boa comunicação no contexto familiar, relações positivas com os colegas e professores, e a satisfação escolar (Matos, 2002). Para Simões, Matos, e Batista-Foguet (2006) a ligação positiva à família, amigos, colegas e professores constitui um fator de proteção, nomeadamente pela sua influência ao nível do bem-estar. O consumo de substâncias no início da adolescência pode afetar o desenvolvimento biopsicossocial, levando a graves consequências a

médio e a longo prazo, quer a nível pessoal, quer a nível social (McArdle, 2008). A nível pessoal as consequências adversas do consumo de substâncias pelos jovens incluem: a dependência, a *overdose*, acidentes, prejuízos para a saúde (e.g. físicos e psicológicos), e a morte prematura (McArdle, 2008; WHO, 1998). A nível social as consequências adversas compreendem: problemas nas relações interpessoais, isolamento e rejeição social, incumprimentos na escola e em casa, e problemas jurídico-legais (McArdle, 2008). Embora, o consumo de substâncias seja um problema de saúde pública, o consumo de tabaco na adolescência continua a ser um dos mais importantes problemas da atualidade (WHO, 1998). Segundo Fergusson, Lynskey, e Horwood (1996), a comorbilidade entre a depressão e a dependência tabágica parece estar já bem estabelecida por altura dos 16 anos de idade e parece assentar em fatores de risco comuns. Lerman et al. (1996) compararam um grupo de fumadores deprimidos com um grupo de fumadores não-deprimidos, e verificaram que os primeiros tinham uma dependência de nicotina significativamente maior, bem como um maior recurso a automedicação. Na generalidade, os resultados dos últimos estudos a nível nacional (Antunes & Feijão, 2001; Feijão & Lavado, 2003; IDT, 2005; Matos, 2003) apontam para o aumento do consumo de tabaco sobretudo nas raparigas. Em relação ao consumo de álcool, Duncan, Alpert, Duncan, e Hops (1997) mencionam que o consumo exagerado de álcool na adolescência prevê um consumo mais elevado na idade adulta, um maior número de problemas relacionados com o álcool (e.g. comportamentos agressivos e roubos), e uma maior ideação suicida nos jovens adultos, para ambos os sexos. Num estudo de Moscato et al. (1997), envolvendo mil trezentos e seis adolescentes, e partindo da hipótese de que a sintomatologia depressiva aumentaria os consumos de álcool nas raparigas, enquanto nos rapazes, a sintomatologia depressiva seria uma consequência do consumo de álcool – Moscato et al. (1997) verificaram que nas raparigas os sintomas depressivos prediziam problemas subsequentes de álcool, mas não encontraram suporte empírico para a mesma hipótese relativamente aos rapazes. Em suma, as perturbações depressivas aumentam a probabilidade de consumos de álcool e tabaco, para adolescentes de ambos os sexos (Clark et al., 1997; Duncan et al., 1997; Fergusson et al., 1996; Moscato et al., 1997). Relativamente ao uso de drogas ilícitas (e.g. *cannabis*, anfetaminas, cocaína, *crack*, *ecstasy*, *LSD* e heroína), nos últimos anos tem-se verificado uma diminuição global no consumo destas substâncias a nível global (Hibell, et al., 2007). A associação entre a sintomatologia depressiva e o consumo de drogas é frequente nos adolescentes, aumentando, assim, também, o risco de suicídio nesta faixa etária (Weinberg, Rahdert, Colliver, & Glantz, 1998). Portanto, a associação entre

as perturbações de comportamento, o abuso de substâncias, as tentativas de suicídio e os suicídios consumados têm sido repetidamente demonstrados (King et al., 2001).

Por último, e em relação à sexta hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas é superior nos jovens que tenham experienciado acontecimentos de vida negativos* – foi parcialmente observada. Verificou-se que acontecimentos de vida como: *ter problemas com professores; problemas com a aparência; mudar de escola; morte de um amigo; sofrer agressões físicas ou ameaças por parte de um dos pais; tirar notas baixas; ser impedido/a de ver os pais ou outros familiares; ser rejeitado/a pelos familiares; separação dos pais; ser violado/a; discutir com os amigos; a família ter problemas com a polícia; alguém da família não conseguir emprego; ter familiares doentes ou deficientes; e ter algum familiar que consome droga*, são acontecimentos de vida pessoais ou familiares negativos relacionados com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, com ambos, ou apenas com um. Wilde, Kienhorst, Diekstra, e Wolters (1992), assim como Prieto e Tavares (2005), afirmam que a vivência de acontecimentos negativos indutores de *stress* têm sido associados à depressão, bem como à tentativa ou ideação suicida. Wathier-Abaid, Dell'Aglio, e Koller (2010) num estudo longitudinal, envolvendo cento e vinte e sete crianças e adolescentes institucionalizados, observaram uma forte associação entre a manifestação de sintomas depressivos e a ocorrência de acontecimentos negativos desencadeadores de *stress*. Acontecimentos de vida negativos incitadores de *stress*, tais como a separação dos pais, uma família numerosa, um dos pais ter registo criminal, doença mental dos pais, a morte de um ente querido, negligência parental e baixo poder socioeconómico, são fatores apontados como de risco para o desencadear da sintomatologia depressiva (Cowan, Cowan, & Shultz, 1996; Guerreiro, 2009; Heim & Nemeroff, 2001; Kaplan et al., 1994; Sadock & Sadock, 2008). Num estudo longitudinal, Sternberg, Lamb, Guterman, e Abbott (2006) confirmam que crianças que foram alvo de algum tipo de violência intrafamiliar apresentam mais problemas de comportamento ou sintomas depressivos na adolescência do que crianças que não foram sujeitas a violência. Feijó, Raupp, e John (1999), também, demonstraram, que situações crónicas ou microssituações diárias podem ser mais perturbadoras para a saúde mental do que situações indutoras de *stress* agudas. Assim, acontecimentos que envolvam a violência, o abandono, a falta de apoio social e a quebra de vínculos, poderão ser fortemente associadas à depressão (Dell'Aglio et al., 2004). Abreu (2001) afirma que crianças e adolescentes que vivem em lares de acolhimento estão marcados por acontecimentos adversos, logo, poderá, existir uma associação entre a

institucionalização dessas crianças/jovens e as perturbações psicológicas. Dell'Aglio (2000) investigou os acontecimentos de vida de crianças e jovens institucionalizados e não-institucionalizados, através de amostras emparelhadas e, a análise quantitativa, demonstrou que não existia uma diferença significativa quanto ao número médio de acontecimentos de vida positivos ou negativos nos dois grupos. No entanto, a autora verificou um maior número médio de acontecimentos negativos do que positivos em ambos os grupos, o que sugere baixa qualidade de vida para ambos os grupos. Os eventos de vida que foram identificados com mais frequência diziam respeito à discussão com os amigos, violência e a doenças. Salienta-se que os jovens institucionalizados, geralmente, passam por mais situações geradoras de *stress* do que os jovens não-institucionalizados, como é exemplo, o afastamento da família de origem, os maus-tratos e a perda dos pais, que têm sido considerados como fatores de risco para a depressão por diversos autores (Abreu, 2001; Dell'Aglio, 2000; Dell'Aglio et al., 2004; Fitzpatrick, 1993; Merikangas & Angst, 1995; Poletto, 2007). Johnson et al. (2002) verificaram que acontecimentos negativos, tais como problemas socioeconómicos, escolares ou de trabalho, como sendo preditores de tentativa de suicídio em adolescentes e jovens adultos. Steinberg (1999) refere que entre os fatores ambientais relacionados com o *stress* e a depressão em adolescentes, estão os conflitos e a baixa coesão familiar, o fraco relacionamento com os pares e a separação dos pais. Acontecimentos como o abuso ou a violência na infância, dificuldades de comunicação com os pais, mudanças frequentes nas condições de vida e das pessoas responsáveis pelos seus cuidados, são algumas evidências apontadas por Prieto e Tavares (2005) como características comuns de indivíduos que cometeram o suicídio. Portanto, dados que consolidam os achados encontrados na presente investigação quantitativa.

Conclusão

Apesar do carácter exploratório da presente investigação, esta contribuiu para dar mais um passo no sentido de compreender as questões relacionadas com a depressão e com a ideação suicida da população de adolescentes residentes em instituições. O estudo da problemática da depressão e da ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados carece ainda de muita investigação. Apresentando-se, assim, a própria sensibilidade do tema uma séria limitação para o avanço do seu conhecimento. Muito embora sejam notórios os recentes avanços acerca do estudo da depressão e da ideação suicida em adolescentes, institucionalizados ou não, parece claro que estes jovens, testemunhas de situações chocantes, seja pelos acontecimentos de vida inerentes ao seu desenvolvimento, seja pela negligência parental, são ainda esquecidos enquanto verdadeiras vítimas. Pelo que estas crianças e jovens merecem mais atenção e apoio, tanto a nível afetivo como a nível de investigações que permitam melhorar ou assegurar o seu estilo de vida (o bem-estar biopsicossocial).

Assim, e no sentido de apresentar, brevemente, as conclusões retiradas da investigação quantitativa, retoma-se o objetivo geral e as questões de investigação anteriormente definidas.

Em relação à primeira hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas ser superior nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não-institucionalizados*, os resultados mostraram que os adolescentes institucionalizados apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de ideação suicida. De acordo com a literatura analisada, a institucionalização, nos primeiros anos de vida, tem sido associada à rutura dos vínculos e a situações de violência, logo, essas experiências podem estar, também, associadas a sintomas depressivos e a pensamentos suicidas. Assim, a institucionalização durante a infância e durante a adolescência tem sido apontada como um acontecimento de vida gerador de *stress* e, portanto, como um fator de risco para o desenvolvimento humano que pode ter como resultado a depressão e a ideação suicida. Portanto, aparentemente, a situação de institucionalização, pela conotação de rutura e perda, poderia ser concebida como uma situação de risco para os jovens, que muito provavelmente faria com que os jovens cedessem perante a sua vulnerabilidade interna. Desta forma, e para além do facto de o acolhimento institucional ser uma das maiores respostas para as crianças/jovens em risco, a interação familiar ajustada na amizade/afeto, na autoestima, no diálogo, na

solidariedade/apoio e no respeito mútuo que propicie um clima de convivência saudável, confiante e participativo, parece ser essencial para o crescimento saudável das crianças e dos jovens. A família é, assim, o referencial de desenvolvimento e crescimento de todas as crianças/jovens, é a fonte de referência que permite aos mesmos a aquisição de valores e padrões de comportamento. A família, de forma geral, corresponde a um sistema de interação e permite aos seus vários elementos, nomeadamente às crianças e aos jovens, a exploração de relações interpessoais, a aquisição de valores, a exploração de comportamentos, afeto e apoio. Permite, também, às crianças/jovens um contínuo equilíbrio ao longo do seu desenvolvimento. Assim, e por mais que os Lares de Infância e Juventude tentem substituir a família de origem as crianças/jovens que deles fazem parte nunca se sentirão como em suas próprias casas. Talvez por estas razões enunciadas e, também, pela vulnerabilidade interna destas crianças e jovens institucionalizados (devido às vivências de maus-tratos, abandono, perdas, rupturas e negligência parental) os níveis de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas encontrados nesta investigação sejam mais elevados nas mesmas comparativamente aos jovens não-institucionalizados.

No que respeita à segunda hipótese – *superior no sexo feminino comparativamente ao masculino, relativamente à sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas*, os resultados permitiram verificar que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas. A literatura analisada vai de encontro a este achado. Ou seja, os estudos acerca do género e da sintomatologia depressiva (e.g. Allison et al., 2001; Bahls & Bahls, 2002; Esposito & Clum, 2002; Giaconia et al., 1993; Reinherz et al., 1995) evidenciaram que o sexo feminino tem uma maior tendência para desenvolver mais sintomatologia depressiva que o sexo masculino. Em relação à ideação suicida e ao suicídio, investigações empíricas têm demonstrado (e.g. Edwards & Holden, 2001; Esposito & Clum, 2002; Gould et al., 2003; Souza et al., 2010) que o suicídio é mais comum no sexo masculino, contudo, a ideação suicida e as tentativas de suicídio são mais comuns no sexo feminino. O resultado encontrado nesta investigação (os níveis de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas serem superiores no sexo feminino), talvez, e em parte, se deva ao facto de o sexo feminino ser mais suscetível a conflitos nas relações interpessoais, a situações desencadeadoras de *stress*, mais emotivo e, provavelmente, por apresentar comportamentos ruminantes. Para Baptista, Baptista, e Oliveira (1999) o sexo feminino parece ser mais auto-consciente e mais informado sobre os seus estados internos, podendo, portanto, favorecer a ruminação de ideias, ao invés de comportamentos de distração (e.g. fuga). Uma outra possível explicação seja pelo

facto da amostra estudada ser maioritariamente do sexo feminino. Situação, esta, que possivelmente tenha enviesado os resultados. No entanto, Bapstista et al. (1999) apresentam, também, alguns pressupostos para o facto de o sexo feminino comparativamente ao masculino ser mais suscetível: (1) psicológicos – a maior ruminação de ideias negativas; maior capacidade do sexo masculino em encontrar estratégias de confrontação, baseados na fuga de pensamentos negativos; e avaliação da imagem corporal; (2) socioculturais – diferenças nas regras e *status* social; crenças sociais de que o sexo masculino não pode ser fraco ou chorar; e maior vitimização do sexo feminino; e (3) biológicas – grandes modificações hormonais no sexo feminino e funções reprodutivas.

Relativamente à terceira hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas ser menor nos jovens com maior suporte familiar*, os resultados corroboraram parcialmente esta hipótese. Os resultados demonstraram que o facto de ter irmãos não constituía um elemento protetor quanto à presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, no entanto, verifica-se que viver com os dois pais é um fator protetor quanto à possível presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas. Há evidências empíricas (e.g. Cordeiro et al., 2006; Harris & Molock, 2000; Rubin et al., 1992) que associam o suporte familiar inadequado com a ideação suicida e com a sintomatologia depressiva em adolescentes. Assim, parece que um fator de risco para depressão em crianças e adolescentes seja a disfunção familiar. Este resultado permite, em parte, comprovar mais uma vez a importância da família para os jovens. Como já sublinhado, a família é a fonte para o desenvolvimento saudável das crianças e dos jovens, logo, crianças e jovens sem este apoio terão mais tendência a desenvolver quadros psicopatológicos, nomeadamente sintomatologia depressiva e ideação suicida. Visto que o afastamento da criança e do adolescente da sua família (principalmente dos pais) traz trágicas consequências para o desenvolvimento dos mesmos.

No que concerne à quarta hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas ser superior nos jovens que apresentassem insucesso escolar*. Os resultados demonstraram que esta hipótese em parte é verdadeira, visto que os resultados evidenciaram que o fracasso escolar está fortemente associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas, mas faltar às aulas apenas parece estar relacionado com a sintomatologia depressiva. Diversas pesquisas (e.g. Cole et al., 1996; Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Dell'Aglio & Hutz, 2004; Guillard et al., 2000; Jacob et al., 1999; Nunes, 1990; Pérez & Urquijo, 2000) demonstram a relação entre os estados depressivos, o fracasso escolar e a ideação suicida. Assim

sendo, não é surpreendente que o baixo rendimento acadêmico gere nas crianças sentimentos de angústia, tristeza e preocupação. No entanto, nem todas as crianças e jovens reagem da mesma forma a esse acontecimento. Desta forma, uma criança ou jovem que apresente sintomatologia depressiva poderá, também, apresentar desinteresse escolar, dificuldades de atenção e de concentração, que podem, muitas das vezes, influenciar o rendimento escolar. Tomé e Matos (2006) afirmam que a sintomatologia depressiva influencia negativamente a aprendizagem das crianças e dos jovens, que passam a demonstrar desinteresse pelas tarefas escolares, uma vez que a sintomatologia depressiva interfere nas funções cognitivas, como a atenção, a concentração, a memória e o raciocínio, intrometendo-se, desta forma, no rendimento escolar. Portanto, também, não é de estranhar a relação com os pensamentos suicidas, uma vez que a sintomatologia depressiva está interligada à ideação suicida. Tomé e Matos (2006) relatam que, geralmente, adolescentes com dificuldades de aprendizagem possuem níveis de ansiedade mais elevados, maior risco de depressão e uma tendência maior ao comportamento suicida do que os colegas sem dificuldades de aprendizagem.

No que diz respeito à quinta hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas ser superior nos jovens com hábitos de consumo de álcool, de tabaco e drogas*, os resultados evidenciaram que apenas o consumo de tabaco parece estar associado com a presença de sintomatologia depressiva e pensamentos suicidas. O consumo de substâncias, como o tabaco, o álcool e as drogas, fazem parte de um conjunto de comportamentos de risco relativamente comuns entre os adolescentes. Há evidências empíricas (e.g. Lerman et al., 1996) que demonstram que fumadores deprimidos têm uma dependência de nicotina significativamente maior comparativamente a fumadores não-deprimidos. E, há também, estudos que demonstram a associação entre as perturbações de comportamento, o abuso de substâncias, as tentativas de suicídio e os suicídios consumados (e.g. King et al., 2001). A adolescência geralmente é considerada uma etapa do ciclo vital de exploração. É, também, como um período crítico na cronologia da saúde, visto que muitas das escolhas com impacto na saúde são feitas neste período de vida. Dentro destas escolhas encontra-se, por exemplo, o consumo de substâncias que está frequentemente associado a vários sintomas de mal-estar. Daí não ser surpreendente o achado encontrado pela investigação, ou seja, que o consumo de tabaco esteja associado à presença de sintomatologia depressiva e ideação suicida. Para Simões et al. (2006) o consumo de tabaco apresenta um impacto positivo ao nível do consumo de álcool e de drogas ilícitas, ou seja, o tabaco é referido como a porta de entrada

para o consumo de outras substâncias, como o álcool e drogas ilegais. É de sublinhar que grande parte da amostra analisada consome tabaco o que poderá ter interferido no resultado obtido. Assim, e sendo a adolescência um período de descoberta e curiosidade pelo desconhecido, facilmente se compreende a suscetibilidade aos consumos, nomeadamente, nesta amostra, o consumo de tabaco. E, também, não é admirável, a associação entre o consumo de tabaco e a presença de sintomatologia depressiva e a ideação suicida. Maia, Freira, Fonseca, Pedro, e Silva (2010) mencionam sinais de alarme possíveis devido aos consumos exagerados: diminuição do rendimento escolar; isolamento; dificuldades nas relações interpessoais; comportamentos violentos ou desviantes; sintomas depressivos; e problemas funcionais que são a expressão de um mal-estar. Desta forma, compete à família, aos profissionais de saúde, à escola e à comunidade em geral implementar medidas preventivas.

Em relação à sexta hipótese – *a prevalência de sintomatologia depressiva e de pensamentos suicidas ser superior nos jovens que tenham experienciado acontecimentos de vida negativos*. Os resultados demonstraram que há alguns acontecimentos de vida que propiciam a sintomatologia depressiva e a ideação suicida nos jovens. A vivência de acontecimentos negativos indutores de *stress* têm sido associados à depressão (e.g. Prieto & Tavares, 2005; Wilde et al., 1992), bem como à tentativa ou ideação suicida (e.g. Johnson et al., 2002). Não há uma causa única para a sintomatologia depressiva e para a ideação suicida. A sintomatologia depressiva e a ideação suicida podem ser causadas por um ou mais fatores. Entre esses fatores estão, por exemplo, os fatores psicossociais, nomeadamente os acontecimentos de vida negativos indutores de *stress*. Assim, e o que esta investigação permitiu concluir, a este respeito, é que existem determinados acontecimentos de vida marcantes que acabam por provocar no indivíduo um sofrimento psíquico e uma consequente dificuldade de adaptação, que conduzem subseqüentemente à sintomatologia depressiva e à ideação suicida. No entanto, de referir que os acontecimentos de vida negativos geradores de *stress* acabam por funcionar, de certa forma, e apenas, como um fator de risco, entre outros, para a sintomatologia depressiva e para a ideação suicida, uma vez que nem todos os indivíduos sujeitos ao mesmo acontecimento de vida desenvolvem estes quadros psicopatológicos.

Por fim, e apesar do contributo a nível investigacional deste trabalho, algumas limitações devem ser tidas em consideração, sendo que possíveis estudos poderão tê-las em atenção. Assim, gostaríamos de fazer referência a algumas limitações que fomos encontrando ao longo da realização desta investigação. Inicialmente o nosso

estudo estava pensado para comportar uma amostragem maior, bem como abranger uma maior variabilidade de faixas etárias o que iria permitir um maior cruzamento de informação. Contudo, foram realizados vários pedidos a várias instituições, onde a colaboração das mesmas não foi possível devido à sensibilidade do tema. Deparamo-nos, também, com a desistência de alguns participantes, verificada, essencialmente, nos indivíduos mais jovens. Uma outra limitação com a qual nos deparamos foi a rejeição de alguns questionários, pois a idade do respondente não se enquadrava nas faixas etárias pretendidas ou o preenchimento do questionário estava incompleto, diminuindo, assim, significativamente, o tamanho da amostra utilizada. Salienta-se, ainda, o facto de amostra utilizada ser não-probabilística, não permitindo, assim, a generalização efetiva dos resultados. Desta forma, propomos que o estudo seja novamente realizado numa população mais alargada, ou seja, em amostras representativas da população analisada, e com metodologias mistas que cruzem variáveis e explorem outras variáveis além das habitualmente estudadas.

A nível prático, sugerimos, ainda, e ao nível das crianças/jovens institucionalizadas que todos os sujeitos e profissionais de saúde, de educação, da própria instituição e da comunidade em geral, estejam atentos e prestem cuidados específicos a estes jovens, pois é um fator essencial para minimizar a perceção negativa destas crianças/jovens acerca das suas vivências. Visto que a sociedade, o meio envolvente e todos os fatores externos à criança/jovem sempre influenciaram e marcaram a vida destas crianças/jovens. De sublinhar a importância conferida à ajuda e cuidados específicos prestados pelos profissionais da instituição, possivelmente um dos mais importantes, para minimizar a perceção negativa destas crianças/jovens. Para tal, a sua intervenção tem que atender à individualidade de cada situação, fomentar e dinamizar ativamente no terreno o acesso à cultura, autonomia, educação e socialização. E, ainda, possibilitar a alteração de situações e comportamentos antissociais que caracterizam, muitas vezes, o funcionamento destas crianças/jovens, e também, tentar, evitar e corrigir problemas emocionais e comportamentais da criança e adolescente, fazendo-os sentirem-se bem consigo próprios.

Relativamente a todas as crianças e jovens não-institucionalizados, a família, nomeadamente os pais e os irmãos, são, sem qualquer dúvida, a sua base segura, a sua fonte de aquisição de comportamentos, valores, normas, regras, afeto, amizade e apoio. Portanto, os familiares devem estar atentos para todos os sinais de alerta de mal-estar nas crianças e jovens, e se necessário pedirem ajuda profissional, como forma de prevenir situações trágicas.

Referências Bibliográficas

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2000). *Adolescência Normal: Um Enfoque Psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abramovitch, S., Lilian, O., & Aragão, C. (2011). Depressão na Infância e Adolescência. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10, 41-47.
- Abreu, S. (2001). *Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Criados em Instituições* (Tese de Doutorado/Mestrado Não Publicada). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J., & Niconoff, S. (2011). Depresión en la Infancia y Adolescencia: Enfermedad de Nuestro Tiempo. *Archivos de Neurociencias*, 16(1), 20-25.
- Alberto, I. (2003). Como Pássaros em Gaiolas? Reflexões em Torno da Institucionalização de Menores em Risco. In C. Machado, & R. Gonçalves (Eds.), *Violência e Vítimas de Crimes* (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto Editora.
- Allison, S., Roeger, L., Martin, G., & Keeves, J. (2001). Gender Differences in the Relationship between Depression and Suicidal Ideation in Young Adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 498-503.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada: Percursos de Jovens em Lares de Infância e Juventude*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- Anderson, N., Kochanek, D., & Murphy, L. (1997). Report of Final Mortality Statistics, 1995. *National Center for Health Statistics*, 45(11), 1-80.
- Ang, R., & Huan, V. (2006). Relationship between Academic Stress and Suicidal Ideation: Testing for Depression as a Mediator Using Multiple Regression. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(2), 133-143. DOI: 10.1007/s10578-006-0023-8.
- Antunes, C., & Feijão, F. (2001). *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD 99): Síntese dos Principais Resultados*. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.
- Araújo, A., Lunardi, V., Silveira, R., Thofehrn, M., & Porto, M. (2011). Transição da Adolescência para a Fase Adulta na Ótica de Adolescentes. *Revista de Enfermagem*, 19(2), 280-285.
- Araújo, L., Coutinho, M., & Saraiva, E. (2009, Dezembro). *Ideação Suicida no Contexto do Ensino Médio: Um Olhar da Psicologia*. Paper/Poster apresentado no XI Encontro de Iniciação à Docência, Universidade Federal da Paraíba.
- Aro, H. (1994). Risk and Protective Factors in Depression: A Developmental Perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(377), 59-64. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05804.x.
- Arteaga, A., & Valle, J. (2003). Las Redes de Apoyo Social de los Adolescentes Acogidos en Residências de Protección: Un Análisis Comparativo con Población Normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.

Assis, S., Avanci, J., Silva, C., Malaquias, J., Santos, N., & Oliveira, R. (2003). A Representação Social do Ser Adolescente: Um Passo Decisivo na Promoção da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 669-680.

Bahls, S. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.

Bahls, S. (2002a). Aspectos Clínicos da Depressão em Crianças e Adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

Bahls, S. (2002b). Epidemiology of Depressive Symptoms in Adolescents of a Public School in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63-67.

Bahls, S., & Bahls, F. (2002). Depressão na Adolescência: Características Clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.

Baptista, M., Baptista, A., & Dias, R. (2001). Estrutura e Suporte Familiar como Fatores de Risco na Depressão de Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.

Baptista, M., Baptista, A., & Oliveira, M. (1999). Depressão e Gênero: Por Que as Mulheres Deprimem Mais que os Homens? *Temas em Psicologia*, 7(2), 143-156.

Barbosa, L. (1987). Depressão na Infância e Adolescência: Aspectos Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(3), 250-265.

Baron, P., & Perron, L. (1986). Sex Differences in the Beck Depression Inventory Scores of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 15(2), 165-171.

Barrios, L., Everett, S., Simon, T., & Brener, N. (2000). Suicide Ideation among US College Students: Associations with Other Injury Risk Behaviors. *Journal of American College Health*, 48(5), 229-233.

- Barros, R., & Fiamenghi, G. (2007). Interações Afetivas de Crianças Abridadas: Um Estudo Etnográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(5), 1267-1276.
- Beck, A. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York and London: The Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R., & Grisham, J. (2000). Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(68), 371-377.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bee, H. (1996). *A Criança em Desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Belcher, H., & Shinitzky, H. (1998). Substance Abuse in Children: Prediction, Protection, and Prevention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152(10), 952-60.
- Berger, K., & Thompson, R. (1997). *El Desarrollo de la Persona desde la Niñez a la Adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence [Abstract]. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Bianculli, C. (1997). Realidad y Propuestas para Continencia de la Transición Adolescente en Nuestro Medio. *Adolescência Latinoamericana*, 1, 31-39.

- Bilsker, D., Gilbert, M., Worling, D., & Garland, J. (2005). *Dealing with Depression: Antidepressant Skills for Teens*. Canada: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Birtchnell, J. (1988). Depression and Family Relationships: A Study of Young, Married Women on a London Housing Estate. *British Journal of Psychiatry*, 153, 758-769.
- Bock, A., Furtado, O., & Teixeira, M. (2001). Adolescência: Tornar-se Jovem. In A. Bock, O. Furtado, & M. Teixeira (Eds.), *Psicologias: Uma Introdução ao Estudo da Psicologia* (pp. 290-306). São Paulo: Editora Saraiva.
- Borges, V., & Werlang, B. (2006a). Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doença*, 7(2), 195-210.
- Borges, V., & Werlang, B. (2006b). Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 15 a 19 Anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Borges, V., Werlang, B., & Copatti, M. (2008). Ideação Suicida em Adolescentes de 13 a 17 Anos. *Barbarói*, 28, 109-123.
- Botega, N., Barros, M., Oliveira, H., Dalgalarrodo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal Behavior in the Community: Prevalence and Factors Associated with Suicidal Ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2001). Efeitos sobre o Comportamento do Rompimento de um Vínculo Afetivo. In J. Bowlby (Ed.), *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos* (pp. 95-111). São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal Youth Adolescence*, 39(3), 233-242. DOI: 10.1007/s10964-009-9482-0.
- Brent, D. (1993). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, 14(10), 380-383. DOI: 10.1542/pir.14-10-380.
- Brown, G., Beck, A., Steer, R., & Grisham, J. (2000). Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- Burge, M., & Lester, D. (2001). Predicting Suicidal Ideation in High School Students. *Psychological Reports*, 89(2), 283-284.
- Campo, A., & Rosa, A. (2001). Ideación Suicida en Niños, Niñas y Adolescentes Maltratados [Abstract]. *Actualizaciones Pediátricas*, 11(2), 55-57.
- Campos, M., & Leite, S. (2002). O Suicídio em Portugal nos Anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, 4, 81-106.
- Cansado, T. (2009). Institucionalização de Crianças e Jovens em Portugal Continental: O Caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *E-Cadernos: Centro de Estudos Sociais*, 2, 1-11.

- Capellini, S., Tonelotto, J., & Ciasca, S. (2004). Medidas de Desempenho Escolar: Avaliação Formal e Opinião de Professores. *Revista Estudos de Psicologia*, 21(2), 79-90.
- Careta, D., & Motta, I. (2007). The Importance of Early Diagnosis and Preventive Intervention for Children Institutionalized. *Revista de Psicologia da Universidade Estadual de São Paulo*, 6(1), 45-59.
- Carvalho, J. (1990). Comportamentos Desviantes. In B. Campos (Ed.), *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (pp. 214-249). Lisboa: Universidade Aberta.
- Cavalcante, L., Magalhães, C., & Pontes, F. (2007). Abrigo para Crianças de 0 a 6 Anos: Um Olhar sobre as Diferentes Concepções e suas Interfaces. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(2), 329-352.
- Cavalcante, L., Magalhães, C., & Pontes, F. (2009). Processos de Saúde e Doença entre Crianças Institucionalizadas: Uma Visão Ecológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 615-625.
- Clark, D., Pollock, N., Bukstein, O., Mezzich, A., Bromberger, I., & Donovan, J. (1997). Gender and Comorbid Psychopathology in Adolescents with Alcohol Dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1195-1203.
- Coelho, R., Braga-Oliveira, L., Martins, A., Prata, I., & Barros, H. (1999). Factores Psico-Sociais e Asma Brônquica na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 131-143.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical Profiles Relating Gender and Depressive Symptoms among Adolescents Ascertained by the Beck Depression Inventory-II. *European Psychiatry*, 17, 222-226.

- Cole, D., Martin, J., Powers, B., & Truglio, R. (1996). Modeling Causal Relations between Academic and Social Competence and Depression: A Multitrait-Multimethod Longitudinal Study of Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 258-270.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR] (2012). *Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ): O Que São?* Acedido em 01-06-2012 a partir de: <http://www.cnpcjr.pt/>.
- Connelly, B., Johnston, D., Brown, I., Mackay, S., & Blackstock, E. (1993). The Prevalence of Depression in a High School Population. *Adolescence*, 28(109), 149-158.
- Constituição da República Portuguesa (1999). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo*. Diário da República-I, Série-A, Número 204.
- Constituição da República Portuguesa (2005). *Direitos e Deveres Sociais – Infância*. Diário da República-I, Série-A, Número 155.
- Cordeiro, M. (1997). *Adolescentes e Adolescência dos 10 aos 15 Anos*. Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e Suporte Social em Adolescentes e Jovens Adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(6), 1-10.
- Cowan, P., Cowan, P., & Schulz, M. (1996). Thinking about Risk and Resilience in Families. In E. Hetherington, & E. Bleachman (Eds.), *Stress, Coping and Resiliency in Children and Families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2006). Sintomas Depressivos, Estratégias de Aprendizagem e Rendimento Escolar de Alunos do Ensino Fundamental. *Psicologia em Estudo, 9*(3), 369-378.
- Curatolo, E., & Brasil, H. (2005). Depressão na Infância: Peculiaridades no Diagnóstico e Tratamento Farmacológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*(3), 170-176.
- Davim, R., Germano, R., Menezes, R., & Carlos, D. (2009). Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica sobre uma Fase Crítica da Vida. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 10*(2), 131-140.
- Delaroche, P. (2006). *A Adolescência: Desafios Clínicos e Terapêuticos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Delgado, P. (2010). O Acolhimento Familiar em Portugal. Conceitos, Práticas e Desafios. *Psicologia e Sociedade, 22*(2), 336-344.
- Dell'Aglio, D. (2000). *O Processo de Coping, Institucionalização e Eventos de Vida em Crianças e Adolescentes* (Tese de Doutorado/Mestrado Não Publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dell'Aglio, D., & Hutz, D. (2004). Depressão e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 17*(3), 351-357.
- Dell'Aglio, D., Borges, J., & Santos, S. (2004). Eventos Estressores e Depressão em Adolescentes do Sexo Feminino, *Psico, 35*(1), 43-50.
- Dias, S. (2000). A Inquietante Estranheza do Corpo e o Diagnóstico na Adolescência. *Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo, 11*(1), 119-135.
- Dieserud, G., Forsen, L., Braverman, M., & Roysamb, E. (2002). Negative Life Events in Childhood, Psychological Problems and Suicide Attempts in Adulthood: A

Matched Case-Control Study [Abstract]. *Archives of Suicide Research*, 6(4), 291-308. DOI: 10.1080/13811110214525.

Duarté, Y., & Rosselló, J. (1999). Riesgo Suicida, Sintomatología Depresiva y Actitudes Disfuncionales en Adolescentes Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 33(1), 219-234.

Duncan, S., Alpert, A., Duncan, T., & Hops, H. (1997). Adolescent Alcohol Use Development and Young Adult Outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 39-48.

Edwards, M., & Holden, R. (2001). Coping, Meaning in Life and Suicidal Manifestations Examining Gender Differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517-1534. DOI: 10.1002/jclp.1114.

Ehrenberg, M., Cox, D., & Koopman, R. (1990). The Prevalence of Depression in High School Students. *Adolescence*, 25(100), 905-912.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, Conceitos e Critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.

Esposito, C., & Clum, G. (2002). Psychiatric Symptoms and their Relationship to Suicidal Ideation in a High-Risk Adolescent Community Sample. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 44-51.

Fante, A., & Cassab, L. (2007). Convivência Familiar: Um Direito à Criança e ao Adolescente Institucionalizado. *Revista Textos e Contextos*, 6(1), 154-174.

Feijão, F., & Lavado, E. (2003). Assimetrias Geográficas e Jovens Consumidores de Drogas: Portugal 2001. *Toxicodependências*, 9(1), 73-84.

- Feijó, R., Raupp, A., & John, A. (1999). Eventos Estressores de Vida e sua Relação com Tentativas de Suicídio em Adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(4), 151-157.
- Fergusson, D., Lynskey, M., & Horwood, L. (1996). Comorbidity between Depressive Disorders and Nicotine Dependence in a Cohort of 16 Year-Olds. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1043-1047.
- Fernandes, M., & Silva, M. (1996). *Centro de Acolhimento para Crianças em Risco*. Lisboa: Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 129-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-162.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent Suicidal Ideation. *Adolescence*, 36(142), 241-248.
- Fitzpatrick, K. (1993). Exposure to Violence and Presence of Depression among Low-Income African-American Youth. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61(3), 528-531.
- Flechner, S. (2000). Psicoanálisis y Cultura: La Clínica Actual de Pacientes Adolescentes en Riesgo. Um Nuevo Desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise*, 4(1), 467-481.
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os Adolescentes: Um Desafio para Pais e Educadores*. Barcarena: Editorial Presença.

- Fuentes, L., Libreros, L., & Pérez, A. (2007). Factores Epidemiológicos Asociados a la Depresión en Estudiantes de Medicina. *Informed*, 9(5), 261-264.
- Gabatz, R., Padoin, S., Neves, E., & Terra, M. (2010). Fatores Relacionados à Institucionalização: Perspectivas de Crianças Vítimas de Violência Intrafamiliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 670-677.
- Galvis, Y., Gómez, J., Bustamante, P., & Mejía, R. (2007). *Salud Mental del Adolescente*. Colombia: Editorial Artes y Letras.
- Gaspar, A., Freire, A., Pereira, E., Pascoal, M., & Quedas, M. (2000). *Crianças e Jovens que Vivem em Lar: Caracterização Sociográfica e Percursos de Vida*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Gasquet, I., & Choquet, M. (1993). Gender Role in Adolescent Suicidal Behavior: Observations and Therapeutic Implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 87(1), 59-65.
- Giaconia, R., Reinharz, H., Silverman, A., Pakis, B., Frost, A., & Cohen, E. (1993). Ages of Onset of Psychiatric Disorders in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5), 706-717.
- Gil, N., & Saraiva, C. (2006). Comportamentos Suicidários: Aspectos Conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, 27(3), 211-225.
- Goldrajch D. (1996). Uma Estratégia Cognitivo-Comportamental para o Manejo da Depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(12), 709-712.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., & Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.

- Guéguen, N. (1999). *Manual de Estatística para Psicólogos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, D. (2009). Depressão e Suicídio. In M. Frasquilho, & D. Guerreiro (Eds.), *Stress, Depressão e Suicídio: Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar* (pp. 115-144). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Guilland, R., Körbes, J., & Hernandez, J. (2000). Ansiedade, Depressão e Desempenho Escolar na Adolescência. *Aletheia*, 11, 29-40.
- Haaga, D., Dyck, M., & Ernst, D. (1991). Empirical Status of Cognitive Theory of Depression. *Psychological Bulletin*, 110(2), 215-236.
- Harris, T., & Molock, S. (2000). Cultural Orientation, Family Cohesion and Family Support in Suicide Ideation and Depression among African-American College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4), 341-353.
- Heim, C., & Nemeroff, B. (2001). The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Heisel, M., & Flett, G. (2004). Purpose in Life, Satisfaction with Life and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127-135.
- Hewitt, P., Newton, J., Flett, G., & Callander, L. (1997). Perfectionism and Suicide Ideation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2), 95-101.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2007). *The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries*. Sweden: The Swedish Council for Information on

Alcohol and other Drugs/The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2011). *The 2011 ESPAD Report: Substance Use among Students in 36 European Countries*. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs/The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hoecker, P. (2007). Suicídio en Adolescentes: Lo Que el Equipo de Salud Debe Saber. *Revista Peruana de Pediatría*, 60(1), 61-65.

Hoffmann, J., & Su, S. (1998). Stressful Life Events and Adolescent Substance Use and Depression: Conditional and Gender Differentiated Effects. *Substance Use and Misuse*, 33(11), 2219-2262.

Hysenbegasi, A., Hass, S., & Rowland C. (2005). The Impact of Depression on the Academic Productivity of University Students. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(3), 145-151.

Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT] (2005). *Relatório Anual 2004: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT] (2011). *Relatório Anual 2010: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: IDT.

Instituto da Segurança Social [ISS] (2009). *Plano de Intervenção Imediata: Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2008*. Lisboa: DC-ISS.

Instituto da Segurança Social [ISS] (2010). *Plano de Intervenção Imediata: Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2009*. Lisboa: DC-ISS.

Instituto da Segurança Social [ISS] (2012). *Casa 2011: Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: DC-ISS.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Boletim Mensal de Estatística: Junho de 2012*. Lisboa: INE.

Ivarsson, T., Larsson, B., & Gillberg, C. (1998). A 2-4 Year Follow-Up of Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts among Adolescent Psychiatric Inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(2), 96-104.

Jacob, A., Loureiro, S., Marturano, E., Linhares, M., & Machado, V. (1999). Aspectos Afetivos e o Desempenho Acadêmico de Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 153-162.

Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. (2002). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts during Late Adolescence and Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749.

Joiner, T., Pfaff, J., & Acres, J. (2002). Characteristics of Suicidal Adolescents and Young Adults Presenting Primary Care with Non-Suicidal (Indeed Non-Psychological) Complaints. *European Journal of Public Health*, 12(3), 177-179.

Kaplan, I., Sadock, J., & Grebb, J. (1994). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Kaplan, I., Sadock, J., & Greeb, J. (1997). Transtornos do Humor e Suicídio. In I. Kaplan, J. Sadock, & J. Greeb (Eds.), *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (pp. 1039-1045). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, S., Nussbaum, M., Skomorowsky, P., Shenker, I., & Ramsey, P. (1980). Health Habits and Depression in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 9(4), 299-304.
- Kessler, R., & Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R Major Depression and Minor Depression among Adolescents and Young Adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7(1), 3-14.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A., Walters, E., & Wang, P. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal Trajectories of Self-System and Depressive Symptoms among Maltreated and Non-Maltreated Children. *Child Development*, 77(3), 624-639.
- King, R., Schwab-Stone, M., Flisher, A., Greenwald, S., Kramer, R., Goodman, S., Lahey, B., Shaffer, D., & Gould, M. (2001). Psychosocial and Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kliegman, R., Stanton, B., Geme, J., Schor, N., & Behrman, R. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Kostenuik, M., & Ratnapalan, M. (2010). Approach to Adolescent Suicide Prevention. *Canadian Family Physician*, 56(8), 755-60.

- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and Social Cognitive Development of Depressed Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 388-392.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with Social Support and Depressive Symptoms: A Panel Analysis. *Psychology and Aging*, 4(1), 88-97.
- Krefetz, D., Steer, R., Gulab, N., & Beck, A. (2002). Convergent Validity of the Beck Depression Inventory-II with the Reynolds Adolescent Depression Scale in Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 451-460.
- Kumar, G., Steer, R., & Deblinger, E. (1996). Problems in Differentiating Sexually From Non-Sexually Abused Adolescent Psychiatric Inpatients by Self-Reported Anxiety, Depression, Internalization, and Externalization. *Child Abuse and Neglect*, 20(11), 1079-1086.
- Laufer, M., Bellman, D., Gibson, C., Joffe, R., Schachter, J., Stokoe, W., Ceglie, D., Glasser, M., Laufer, M., Stern, P., Vites, J., & Wohl, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Laurence, B., Williams, C., & Eiland, D. (2009). Depressive Symptoms, Stress, and Social Support among Dental Students at a Historically Black College and University. *Journal of American College Health*, 58(1), 56-63. DOI: 10.3200/JACH.58.1.56-63.
- Lemes, S., Fisberg, M., Rocha, G., Ferrini, L., Martins, G., Siviero, K., & Ataka, M. (2003). Stress Infantil e Desempenho Escolar: Avaliação de Crianças de 1ª a 4ª Série de uma Escola Pública do Município de São Paulo. *Revista Estudos de Psicologia*, 20(1), 5-14.
- Lemma, A. (1996). Depression. In A. Lemma (Ed.), *Introduction to Psychopathology* (pp. 71-87). London: Sage Publications.

- Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C., Boyd, R., Gold, K., Main, D., & Caporaso, N. (1996). Investigation of Mechanisms Linking Depressed Mood to Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors, 21*(1), 9-19.
- Lester, D. (2000). Psychache, Depression, and Personality. *Psychological Reports, 87*(3), 940-940. DOI: 10.2466/pr0.2000.87.3.940.
- Levy, S., Jurkovic, G., & Spirito, A. (1995). A Multisystems Analysis of Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(2), 221-234.
- Lima, D. (2004). Bipolar Disorder and Depression in Childhood and Adolescence. *Jornal de Pediatria, 80*(2), 11-20.
- Lipp, M., Arantes, J., Buriti, M., & Witzig, T. (2002). O Estresse em Escolares. *Psicologia Escolar e Educacional, 6*(1), 51-56.
- Loureiro, S., & Sanches, S. (2006). Crianças com Bom Desempenho Acadêmico: Dificuldades Comportamentais e Eventos de Vida. In M. Bandeira, Z. Del Prette, & A. Del Prette (Eds.), *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamentos Interpessoal* (pp. 69-88). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lovisi, G., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., & Morgado, A. (1996). Suporte Social e Distúrbios Psiquiátricos: Em que Base se Alicerça a Associação? *Informação Psiquiátrica, 15*(2), 65-68.
- Luby, J., Heffelfinger, A., Mrakotsky, C., Hessler, M., Brown, K., & Hildebrand, T. (2002). Preschool Major Depressive Disorder: Preliminary Validation for Developmentally Modified DSM-IV Criteria. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(8), 928-937.
- Maia, C., Freira, S., Fonseca, H., Pedro, R., & Silva, F. (2010). Consumo de Substâncias no Adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa, 41*(6), 262-265.

- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1989). *Manual de Psicopatologia do Adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2007). *Análise e Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, A., Coelho, R., & Barros, H. (1997). Impacto do Stress da Época de Exames e Sintomatologia Depressiva numa Amostra de Estudantes Universitários. *Revista de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, 19(3-4), 35-39.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). Brincando de Casinha: Significado de Família para Crianças Institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 177-187.
- Martins, P. (2005, Maio). *A Qualidade dos Serviços de Protecção às Crianças e Jovens: As Respostas Institucionais*. Paper/Poster apresentado no VI Encontro Cidade Solidária: Crianças em Risco, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martins, P., Trindade, Z., & Almeida, A. (2003). O Ter e o Ser: Representações Sociais da Adolescência entre Adolescentes de Inserção Urbana e Rural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 555-568.
- Matos, M. (2002). O Uso de Substâncias Ilícitas nos Adolescentes Portugueses: Modelo Compreensivo. *Toxicodependências*, 3, 37-46.
- Matos, M. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições da Faculdade de Motricidade Humana.

- McArdle, P. (2008). Use and Misuse of Drugs and Alcohol in Adolescence. *British Medical Journal*, 337(7660), 46-60. DOI: 10.1136/bmj.a306.
- McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4), 281-291.
- Medeiros, M. (2000). Conceito de Adolescência. In M. Medeiros (Ed.), *Adolescência: Abordagens, Investigações e Contextos de Desenvolvimento* (pp. 12-27). Lisboa: Direcção Regional da Educação.
- Meichenbaum, D. (2007). *35 Years of Working with Suicidal Patients: Lessons Learned*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Merikangas, K., & Angst, J. (1995). The Challenge of Depressive Disorders in Adolescence. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial Disturbances in Young People* (pp. 131-165). London: Cambridge University Press.
- Monteiro, K., & Lage, A. (2007). A Depressão na Adolescência. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 257-265.
- Monteiro, M., & Santos, M. (2001). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.
- Morais, N., Leitão, H., Koller, S., & Campos, H. (2004). Notas sobre a Experiência de Vida num Internato: Aspectos Positivos e Negativos para o Desenvolvimento dos Internos. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 379-387.
- Morris, D. (1973). Adolescence. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66(9), 850-851.
- Moscato, B., Russell, M., Zielezny, M., Bromet, E., Egri, G., Mudar, P., & Marshall, J. (1997). Gender Differences in the Relation between Depressive Symptoms

and Alcohol Problems: A Longitudinal Perspective. *American Journal of Epidemiology*, 146(11), 966-974.

Mota, C., & Matos, P. (2008). Adolescência e Institucionalização numa Perspectiva de Vinculação. *Psicologia e Sociedade*, 20(3), 367-377.

Mota, C., & Matos, P. (2010). Adolescentes Institucionalizados: O Papel das Figuras Significativas na Predição da Assertividade, Empatia e Autocontrole. *Análise Psicológica*, 2(28), 245-254.

National Institute of Mental Health [NIMH] (2010). *Suicide in America: Frequently Asked Questions*. United States: Science Writing, Press and Dissemination Branch.

National Institute of Mental Health [NIMH] (2011). *Depression*. United States: Science Writing, Press and Dissemination Branch.

Nugent, W., & Williams, M. (2001). The Relationship between the Comorbidity of Depression with Problems in Psychosocial Functioning and the Severity of Suicidal Ideation. *The Social Service Review*, 75(4), 581-604.

Nunes, A. (1990). Fracasso Escolar e Desamparo Adquirido. *Teoria e Pesquisa*, 6(2), 139-154.

Oliveira, A., & Milnitisky-Sapiro, C. (2005, Maio). *Abrigos para Adolescentes: Função de Lar – Transitório?* Paper/Poster apresentado no Simpósio Internacional do Adolescente, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar Morrer para Sobreviver: Olhar sobre o Suicídio Adolescente. *Análise Psicológica*, 4(19), 509-521.

- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi, A. (2001). Mothers' Emphatic Understanding of their Preschoolers' Internal Experience: Relations with Early Attachment. *International Journal of Behavioral Development, 25*(1), 16-26.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral nas Nações Unidas: Unicef.
- Oriente, I., & Sousa, S. (2005). O Significado do Abandono para Crianças Institucionalizadas. *Psicologia em Revista, 11*(17), 29-46.
- Osman, A., Barrios, F., Gutierrez, M., Williams, E., & Bailey, J. (2008). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Nonclinical Adolescent Samples. *Journal of Clinical Psychology, 64*(1), 83-102.
- Osman, A., Kopper, A., Barrios, F., Gutierrez, M., & Bagge, L. (2004). Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-II with Adolescent Psychiatric Inpatients. *Psychological Assessment, 16*(2), 120-132.
- Pakis, I., Yayci, N., Karapirli, M., Yildiz, N., Gunce, E., Yilmaz, R., & Polat, O. (2010). Childhood Deaths due to Suicide. *Australian Journal of Forensic Sciences, 42*(3), 191-197. DOI: 10.1080/00450611003685988.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Parreira, S., & Justo, J. (2005). A Criança Abrigada: Considerações acerca do Sentido de Filiação. *Psicologia em Estudo, 10*(2), 175-180.
- Parrish, M., & Tunkle, J. (2005). Clinical Challenges following an Adolescent's Death by Suicide: Bereavement Issues faced by Family, Friends, Schools, and Clinicians. *Clinical Social Work Journal, 33*(1), 81-102. DOI: 10.1007/s10615-005-2621-5.

- Patrício, J., & Calheiros, M. (2011). Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação de Necessidades de Jovens em Acolhimento Residencial. In M. Calheiros, M. Garrido, & S. Santos (Eds.), *Crianças em Risco e Perigo: Contextos, Investigação e Intervenção* (pp. 127-163). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, C. (2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *PsiLogos*, 9(1), 11-23.
- Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marquesa, S., & Baptista, J. (2009). Desenvolvimento, Psicopatologia e Apego: Estudo Exploratório com Crianças Institucionalizadas e suas Cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 222-231.
- Peres, F., & Rosenburg, C. (1998). Desvelando a Concepção de Adolescência/Adolescente presente no Discurso da Saúde Pública. *Saúde e Sociedade*, 7(1), 53-86.
- Pérez, M., & Urquijo, S. (2001). Depresión en Adolescentes: Relaciones con el Desempeño Acadêmico. *Psicología Escolar e Educacional*, 5(1), 49-58.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in Adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Petito, F., & Cummins, R. (2000). Quality of Life in Adolescence: The Role of Perceived Control, Parenting Style, and Social Support. *Behaviour Change*, 17(3), 196-207.
- Pietro, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de Risco para o Suicídio e Tentativa de Suicídio: Incidência, Eventos Estressores e Transtornos Mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.

- Poletto, M. (2007). *Contextos Ecológicos de Promoção de Resiliência para Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade* (Tese de Doutorado/Mestrado Não Publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental da Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80.
- Range, L. (1993). Suicide Prevention: Guidelines for Schools. *Educational Psychology Review*, 5(2), 135-154.
- Rapeli, C., & Botega, N. (2003). Tentativas de Suicídio Graves: Um Estudo de Análise de Agrupamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(1), 5-11.
- Raynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Reato, L., Leone, C., Françoso, L., Mauro, A., Silva, L., Ranña, F., Yao, G., & Sadeck, L. (2006). *Manual de Atenção à Saúde do Adolescente*. São Paulo: UniRepro Soluções para Documentos.
- Reinherz, H., Giaconia, R., Silverman, A., Friedman, A., Pakis, B., Frost, A., & Cohen, E. (1995). Early Psychosocial Risks for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, P., Reis, J., & Cordellini, J. (2006). *Atenção à Saúde do Adolescente: Saúde em Casa*. Minas Gerais: Casa de Editoração e Arte.

- Rocha, T., Ribeiro, J., Pereira, G., Aveiro, C., & Silva, L. (2006). Sintomas Depressivos em Adolescentes de um Colégio Particular. *Revista de Psicologia da Universidade de São Francisco*, 11(1), 95-102.
- Rodrigues, M. (2000). O Diagnóstico de Depressão. *Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 11(1), 155-187.
- Rosa, M. (2002). Adolescência: Da Cena Familiar à Cena Social. *Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 13(2), 227-241.
- Rubin, C., Rubenstein, J., Stechler, G., Heeren, T., Halton, A., Housman, D., & Kasten, L. (1992). Depressive Affect in "Normal" Adolescents: Relationship to Life Stress, Family and Friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 430-441.
- Rupke, S., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive Therapy for Depression. *American Family Physician*, 73(1), 83-86.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sampaio, D. (2000). *Ninguém Morre Sozinho: O Adolescente e o Suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santana, J., Doninelli, T., Frosi, R., & Koller, S. (2004). Instituições de Atendimento a Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. *Psicologia e Sociedade*, 16(2), 59-70.
- Santiago, E., & Rosselló, J. (2001). Relación entre el Ambiente Familiar, los Síntomas Depresivos y los Problemas de Conducta en Adolescentes Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(1), 113-125.

- Schenker, M., & Minayo, M. (2003). A Implicação da Família no Uso Abusivo de Drogas: Uma Revisão Crítica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), 299-306.
- Schoen-Ferreira, T., & Aznar-Farias, M. (2010). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234.
- Schoen-Ferreira, T., Aznar-Farias, M., & Silves, E. (2003). A Construção da Identidade em Adolescentes: Um Estudo Exploratório. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 107-115.
- Scivoletto, S., Nicastri, S., & Zilberman, M. (1994). Transtorno Depressivo na Adolescência: Diagnóstico e Tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51, 1211-1228.
- Serfaty, E. (1998). Suicidio en la Adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(2), 105-110.
- Shaffer, D. (2004). The Suicidal Adolescent. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2(4), 517-523.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. (2001). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 7(40), 24-51.
- Silva, E. (2004). *O Direito à Convivência Familiar e Comunitária: Os Abrigos para Crianças e Adolescentes no Brasil*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.
- Silva, E., Silva, D., & André, S. (2005). A Pequena Sereia: Arquétipo da Adolescência. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 31, 93-99.

- Simões, C., Matos, M., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um Modelo Explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças, 7*(2), 147-164.
- Siqueira, A., & Dell'Aglio, D. (2006). O Impacto da Institucionalização na Infância e na Adolescência: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia e Sociedade, 18*, 71-80.
- Siqueira, A., Betts, M., & Dell'Aglio, D. (2006). Redes de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados. *Interamerican Journal of Psychology, 40*(2), 149-158.
- Siqueira, A., Tubino, C., Schwarz, C., & Dell'Aglio, D. (2009). Percepção das Figuras Parentais na Rede de Apoio de Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61*(1), 176-190.
- Siqueira, L., & Andriatte, A. (2001). Um Estudo Observacional sobre o Vínculo Afetivo de Bebês Abridados em Instituições. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia, 2*(1), 8-25.
- Slater, W., Conley, S., Fobbs, E., & Lopez, E. (2000). *A Study of Suicide in the Commonwealth*. Virginia: Virginia Department of Health.
- Smetana, J., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. *Annual Review of Psychology, 57*, 255-284. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190124.
- Sociedad Mexicana de Psicología [SMP] (2005). *Boletín: Depresión Mayor en Adolescentes* [Folheto]. México: SMP.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS] (2009). *O Suicídio: Respostas a Questões Frequentes*. Acedido em 21-09-2011 a partir de: <http://www.spsuicidologia.pt/>.

- Son, S., & Kirchner, J. (2000). Depression in Children and Adolescents. *American Family Physician*, 62(10), 2297-2308.
- Souza, E., Minayo, M., & Malaquias, J. (2002). Suicide among Young People in Selected Brazilian State Capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 673-683.
- Souza, L., Ores, L., Oliveira, G., Cruzeiro, A., Silva, R., Pinheiro, R., & Horta, B. (2010). Ideação Suicida na Adolescência: Prevalência e Fatores Associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
- Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (Version 19.0) [Computer Software]. *SPSS Statistics 19.0*. United States: Copyright IBM Corporation.
- Steer, A., & Clark, A. (1997). Psychometric Characteristics of the Beck Depression Inventory-II with College Students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30(3), 128-136.
- Steer, R., Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A. (1997). Further Evidence for the Construct Validity of the Beck Depression Inventory-II with Psychiatric Outpatients. *Psychological Reports*, 80(2), 443-446.
- Steer, R., Kumar, G., & Beck, A. (1993). Self-Reported Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1096-1099.
- Steer, R., Kumar, G., Ranieri, W., & Beck, A. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with Adolescent Psychiatric Outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(2), 120-137.

Stefanis, C., & Stefanis, N. (2005). Diagnóstico dos Transtornos Depressivos: Uma Revisão. In M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), *Transtornos Depressivos* (pp. 13-77). Porto Alegre: Artes Médicas.

Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.

Steinberg, L. (2000). Gallagher Lecture. The Family at Adolescence: Transition and Transformation. *Journal of Adolescent Health, 27*(3), 170-178.

Sternberg, K., Lamb, M., Guterman, E., & Abbott, C. (2006). Effects of Early and Later Family Violence on Children's Behavior Problems and Depression: A Longitudinal, Multi-Informant Perspective. *Child Abuse and Neglect, 30*(3), 283-306.

Sumer, S., Poyrazli, S., & Grahame, K. (2008). Predictors of Depression and Anxiety among International Students. *Journal of Counseling and Development, 86*(4), 429-436.

Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry, 161*(3), 562-563.

Taborda-Simões, M. (2002). Adolescência: Transição, Crise ou Mudança? *Psychologica, 30*, 407-429.

Tavares, J., & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Teixeira, C. (2004). Tentativa de Suicídio na Adolescência. *Revista da Universidade Federal de Goiás, 6*(1), 1-2.

Teri, L. (1982). The Use of the Beck Depression Inventory with Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*(2), 277-284.

- Tinberg, E. (2009). *Parent Handbook on Childhood and Adolescent Depression*. Chicago: Erika's Lighthouse.
- Toero, K., Nagy, A., Sawaguchi, T., Sawaguchi, A., & Sotonyi, P. (2001). Characteristics of Suicide among Children and Adolescents in Budapest. *Pediatrics International*, 43(4), 368-371.
- Tomé, G., & Matos, M. (2006). Depressão, Rendimento Escolar e Estratégias de Coping em Adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 85-94.
- Torres, F. (2005). Prevención del Comienzo de la Depresión: Estado Actual y Desafíos Futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.
- Traverso-Yépez, M., & Pinheiro, V. (2002). Adolescência, Saúde e Contexto Social: Esclarecendo Práticas. *Psicologia e Sociedade*, 14(2), 133-147.
- Turecki, G. (1999). O Suicídio e sua Relação com o Comportamento Impulsivo-Agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria: Genética*, 21(2), 18-22.
- Värnik, A., Kõlves, K., Allik, J., Arensman, E., Aromaa, E., Audenhove, C., Bouleau, J., Feltz-Cornelis, C., Giupponi, G., Gusmão, R., Kopp, M., Marusic, A., Maxwell, M., Óskarsson, H., Palmer, A., Pull, C., Realo, A., Reisch, T., Schmidtke, A., Sola, V., Wittenburg, L., & Hegerl, U. (2009). Gender Issues in Suicide Rates, Trends and Methods among Youths Aged 15-24 in 15 European Countries. *Journal of Affective Disorders*, 113, 216–226. DOI:10.1016/j.jad.2008.06.004.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(10-12), 367-382.
- Vieira, A. (1995). Adolescência e Depressão. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 12, 54-57.

- Vinagre, M., & Lima, M. (2006). Consumo de Álcool, Tabaco e Droga em Adolescentes: Experiências e Julgamentos de Risco. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), 73-81.
- Vitiello, B., & Pearson, J. (2008). A Depressed Adolescent at High Risk of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 323-328.
- Wathier, J., & Dell'Aglio, D. (2007). Sintomas Depressivos e Eventos Estressores em Crianças e Adolescentes no Contexto de Institucionalização. *Revista de Psiquiatria*, 29(3), 305-314.
- Wathier-Abaid, J., Dell'Aglio, D., & Koller, S. (2010). Preditores de Sintomas Depressivos em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 9(1), 203-216.
- Weinberg, N., Rahdert, E., Colliver, J., & Glantz, M. (1998). Adolescent Substance Abuse: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(3), 252-261.
- Weiner, B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C., Ryan, N., Dahl, R., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed Adolescents Grow-Up. *The Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1707-1713. DOI: 10.1001/jama.281.18.1707.
- Werlang, B., & Botega, N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). Factores de Risco ou Protecção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 59-266.
- Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R., & Wolters, W. (1992). The Relationship between Adolescent Suicidal Behavior and Life Events in Childhood and Adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 45-51.
- Windle, M. (1991). The Difficult Temperament in Adolescence: Associations with Substance Use, Family Support, and Problem Behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 310-315.
- Winnicott, D. (2002). *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wong, S., Ang, R., & Huan, V. (2007). Externalizing Problems, Internalizing Problems, and Suicidal Ideation in Singaporean Adolescents: Sex Differences. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality and Social*, 25(4), 231-244.
- World Health Organization [WHO] (1998). *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health Development (WHO).
- World Health Organization [WHO] (2000a). *Preventing Suicide: A Manual for Doctors General Practitioners*. Geneva: Department of Mental Health (WHO).
- World Health Organization [WHO] (2000b). *Preventing Suicide: A Resource for Teachers and Other School Staff*. Geneva: Department of Mental Health (WHO).
- World Health Organization [WHO] (2001). *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development (WHO).

World Health Organization [WHO] (2002). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva and Switzerland: WHO.

World Health Organization [WHO] (2005). *The Health of Children and Adolescents in Europe*. Copenhagen and Bucharest: WHO.

World Health Organization [WHO] (2006). *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva and Switzerland: WHO.

World Health Organization [WHO] (2010). *IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV*. Geneva and Switzerland: WHO.

Yunes, A., Miranda, T., & Cuello, S. (2004). Um Olhar Ecológico para os Riscos e as Oportunidades de Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes Institucionalizados. In H. Koller (Ed.), *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenções no Brasil* (pp. 197-218). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zeanah, H., Nelson, C., Fox, N., Smyke, A., Marshall, P., Parker, S., & Koga, S. (2003). Designing Research to Study the Effects of Institutionalization on Brain and Behavioral Development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology*, 15(4), 885-907. DOI: 10.1017.S0954579403000452.

Lista de Quadros

Lista de Quadros

Quadro	Página
1. – Frequência das idades dos jovens adolescentes	54
2. – Frequência da escolaridade dos jovens adolescentes	55
3. – Frequência da reprovação escolar dos jovens adolescentes	56
4. – Frequência do número de reprovações escolares dos jovens adolescentes ...	56
5. – Frequência do faltar ou não às aulas dos jovens adolescentes	57
6. – Frequência do número de irmãos dos jovens adolescentes	57
7. – Frequência dos irmãos dos jovens adolescentes na mesma instituição	58
8. – Frequência do número de irmãos dos jovens adolescentes na mesma instituição	58
9. – Frequência da situação conjugal dos pais dos jovens adolescentes	65
10. – Frequência do contato com familiares dos jovens adolescentes institucionalizados	66
11. – Frequência com que familiares os jovens adolescentes institucionalizados têm contato	66
12. – Frequência da experiência tabágica dos jovens adolescentes	67
13. – Frequência do padrão de consumo tabágico dos jovens adolescentes	68
14. – Frequência dos hábitos tabágicos dos adolescentes nas últimas quatro semanas	69
15. – Frequência dos picos de consumo semanal de tabaco	70
16. – Frequência dos hábitos de consumo de álcool dos jovens adolescentes	71
17. – Frequência dos picos de consumo semanal de álcool	71
18. – Frequência dos hábitos de consumo de drogas dos jovens adolescentes	72
19. – Frequência dos picos de consumo semanal de drogas	73
20. – Frequência dos tempos livres dos jovens adolescentes	74
21. – Frequência dos acontecimentos de vida familiares negativos dos jovens adolescentes	75

22. – Frequência dos acontecimentos de vida pessoais negativos dos jovens adolescentes	76
23. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e a institucionalização ou não dos adolescentes	82
24. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e a institucionalização ou não dos adolescentes	82
25. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e o sexo dos adolescentes	83
26. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e o sexo dos adolescentes	83
27. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e o ter ou não irmãos	84
28. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e o ter ou não irmãos	84
29. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e o viver ou não com os pais	85
30. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e o viver ou não com os pais	85
31. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e a reprovação escolar	86
32. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e a reprovação escolar	86
33. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e o faltar às aulas	87
34. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e o faltar às aulas	87
35. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre a sintomatologia depressiva e o consumo de tabaco	88
36. – Teste não-paramétrico de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> entre os pensamentos suicidas e o consumo de tabaco	88

37. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o consumo de álcool	89
38. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o consumo de álcool	89
39. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o consumo de drogas	90
40. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o consumo de drogas	90
41. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e os problemas com os professores	91
42. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e os problemas com os professores	92
43. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o discutir com amigos	92
44. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o discutir com amigos	93
45. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e os problemas com a aparência	93
46. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e os problemas com a aparência	94
47. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o mudar de escola	94
48. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o mudar de escola	95
49. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o mudar de instituição	95
50. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o mudar de instituição	96
51. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a morte de um amigo	96

52. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a morte de um amigo	97
53. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o sofrer agressões físicas ou ameaças por parte dos pais	97
54. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o sofrer agressões físicas ou ameaças por parte dos pais	98
55. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser suspenso/a da escola	98
56. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e ser o suspenso/a da escola	99
57. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser expulso/a da sala de aula	99
58. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser expulso/a da sala de aula	100
59. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser expulso/a da escola	100
60. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser expulso/a da escola	101
61. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o tirar notas baixas	101
62. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o tirar notas baixas	102
63. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser insultado/a ou ameaçado/a por professores	102
64. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser insultado/a ou ameaçado/a por professores	103
65. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser impedido/a de ver os pais/familiares	103
66. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser impedido/a de ver os pais/familiares	104

67. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser rejeitado/a pelos familiares	104
68. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser rejeitado/a pelos familiares	105
69. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a separação dos pais	105
70. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a separação dos pais	106
71. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e o ser violado/a	106
72. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e o ser violado/a	107
73. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e a família ter problemas com a polícia	107
74. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e a família ter problemas com a polícia	108
75. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e alguém da família não conseguir emprego	108
76. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e alguém da família não conseguir emprego	109
77. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e ter familiares doentes/deficientes	109
78. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e ter familiares doentes/deficientes	110
79. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e ter algum familiar que consome droga	110
80. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e ter algum familiar que consome droga	111
81. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre a sintomatologia depressiva e um dos pais ter que ir morar longe	111

82. – Teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney entre os pensamentos suicidas e um dos pais ter que ir morar longe	112
--	-----

Lista de Figuras

Lista de Figuras

Gráfico	Página
A. – Distribuição da frequência da idade dos jovens	55
B. – Distribuição da frequência das idades dos pais dos jovens	59
C. – Distribuição das idades dos pais dos jovens não e institucionalizados	60
D. – Distribuição da frequência das idades das mães dos jovens	60
E. – Distribuição das idades das mães dos jovens não e institucionalizados	61
F. – Distribuição das percentagens da escolaridade dos pais dos jovens	62
G. – Distribuição da escolaridade dos pais dos jovens não e institucionalizados ...	62
H. – Distribuição das percentagens da escolaridade das mães dos jovens	63
I. – Distribuição da escolaridade das mães dos jovens não e institucionalizados ...	64
J. – Distribuição das percentagens das problemáticas na origem do acolhimento .	67
K. – Distribuição do consumo diário de cigarros dos jovens fumadores	69

Lista de Abreviaturas

Lista de Abreviaturas

Extenso

Adolescentes a Viver com os Pais	AVP
Adolescentes Com Irmãos	ACI
Adolescentes Com Problemas com a Aparência	ACPA
Adolescentes com Problemas com Professores	APP
Adolescentes cujos Familiares já tiveram Problemas com a Polícia	AFPP
Adolescentes cujos Familiares Não Conseguem Emprego	AFNCE
Adolescentes cujos Familiares Nunca tiveram Problemas com a Polícia	AFNPP
Adolescentes cujos Familiares Nunca tiveram Problemas em Conseguir Emprego	AFNPCE
Adolescentes do Sexo Feminino	ASF
Adolescentes do Sexo Masculino	ASM
Adolescentes Institucionalizados	AI
Adolescentes Não-Institucionalizados	ANI
Adolescentes que Consomem Bebidas Alcoólicas	ACBA
Adolescentes que Consomem Tabaco	ACT
Adolescentes que costumam Faltar às Aulas	AFA
Adolescentes que Discutem com Colegas	ADC
Adolescentes que já foram Expulsos da Escola	AEE
Adolescentes que já foram Expulsos da Sala de Aula	AESA
Adolescentes que já foram Impedidos de Ver os Pais/Familiares	AIVPF
Adolescentes que já foram Insultados/Ameaçados por Professores	AIAP
Adolescentes que já foram Rejeitados pelos Familiares	ARF
Adolescentes que já foram Suspensos da Escola	ASE
Adolescentes que já Foram Violados	AFV
Adolescentes que já Mudaram de Escola	AME

Adolescentes que já Mudaram de Instituição	AMI
Adolescentes que já Reprovaram de Ano	ARA
Adolescentes que já tiraram Notas Baixas	ANB
Adolescentes que já Vivenciaram a Morte de um Amigo	AVMA
Adolescentes que já Vivenciaram a Separação dos Pais	AVSP
Adolescentes que Não Consomem Bebidas Alcoólicas	ANCBA
Adolescentes que Não Consomem Tabaco	ANCT
Adolescentes que Não costumam Faltar às Aulas	ANFA
Adolescentes que Não Discutem com Colegas	ANDC
Adolescentes que Não têm Familiares Doentes/Deficientes	ANFDD
Adolescentes que Não têm Familiares que Consomem Droga	ANFCD
Adolescentes que Não têm Problemas com Professores	ANPP
Adolescentes que Não têm um dos Pais a Morar Longe	ANPML
Adolescentes que Não Vivem com os Pais	ANVP
Adolescentes que Nunca foram Expulsos da Escola	ANEE
Adolescentes que Nunca foram Expulsos da Sala de Aula	ANESA
Adolescentes que Nunca foram Impedidos de Ver os Pais/Familiares	ANIVPF
Adolescentes que Nunca foram Insultados/Ameaçados por Professores	ANIAP
Adolescentes que Nunca foram Rejeitados pelos Familiares	ANRF
Adolescentes que Nunca foram Suspensos da Escola	ANSE
Adolescentes que Nunca Foram Violados	ANFV
Adolescentes que Nunca Mudaram de Escola	ANME
Adolescentes que Nunca Mudaram de Instituição	ANMI
Adolescentes que Nunca Reprovaram de Ano	ANRA
Adolescentes que Nunca Sofreram Agressões/Ameaças por parte dos Pais	ANSAAP
Adolescentes que Nunca tiraram Notas Baixas	ANNB

Adolescentes que Nunca Vivenciaram a Morte de um Amigo	ANVMA
Adolescentes que Nunca Vivenciaram a Separação dos Pais	ANVSP
Adolescentes que Sofrem ou Sofreram Agressões/Ameaças por parte dos Pais	ASAAP
Adolescentes que têm Familiares Doentes/Deficientes	AFDD
Adolescentes que têm Familiares que Consomem Droga	AFCD
Adolescentes que têm um dos Pais a Morar Longe	APML
Adolescentes Sem Irmãos	ASI
Adolescentes Sem Problemas com a Aparência	ASPA
American Psychiatric Association	APA
Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco	CNPCJR
Comissões de Proteção de Crianças e Jovens	CPCJ
Instituto da Droga e da Toxicodependência	IDT
Instituto de Segurança Social	ISS
Instituto Nacional de Estatística	INE
Inventário de Depressão de Beck-II	BDI-II
National Institute of Mental Health	NIMH
Organização das Nações Unidas	ONU
Questionário de Ideação Suicida	QIS
Sociedad Mexicana de Psicología	SMP
Sociedade Portuguesa de Suicidologia	SPS
Statistical Package for the Social Sciences	SPSS
World Health Organization	WHO

Inventário de Depressão de Beck-II

BDI-II

Versão Portuguesa – Martins e Coelho (2000)

Instruções: Este questionário possui 21 grupos de afirmações. Leia por favor cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um **a frase que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Assinale o quadrado que antecede a frase que escolheu. Poderá haver várias frases no mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, no entanto, **escolha apenas uma** em cada grupo.

1. Tristeza

- Não me sinto triste.
- Sinto-me triste muitas vezes.
- Sinto-me sempre triste.
- Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

2. Pessimismo

- Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que antes.
- Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

3. Fracassos Passados

- Não me considero um falhado.
- Fracassei mais vezes do que deveria.
- Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- Sinto-me completamente falhado como pessoa.

4. Perda de Prazer

- Tenho tanto prazer como antes com as coisas de que eu gosto.
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.
- Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de Culpa

- Não me sinto particularmente culpado.
- Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.
- Sinto-me culpado durante o tempo todo.

6. Sentimentos de Punição

- Não sinto que esteja a ser castigado.
- Sinto que posso vir a ser castigado.
- Espero vir a ser castigado.
- Sinto que estou a ser castigado.

7. Auto-Depreciação

- Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- Perdi confiança em mim próprio.
- Estou desapontado comigo mesmo.
- Eu não gosto de mim.

8. Auto-Criticismo

- Não me critico mais que o habitual.
- Critico-me mais do que costumava.
- Critico-me por todas as minhas falhas.
- Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Não tenho qualquer ideia de me matar.
- Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.
- Gostaria de me matar.
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10. Choro

- Não choro mais do que costumava.
- Choro mais do que costumava.
- Choro por tudo e por nada.
- Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieto.
- Sinto-me mais inquieto que o habitual.
- Estou tão agitado que é difícil parar quieto.
- Estou tão agitado que tenho de me manter a fazer algo.

12. Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas atividades.
- Estou menos interessado pelas coisas ou pelas outras pessoas.
- Perdi a maioria do interesse nas coisas e nas outras pessoas.
- É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

14. Sentimentos de Inutilidade

- Não me considero incapaz/inútil.
- Não me considero tão válido e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- Tenho a mesma energia de sempre.
- Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- Não me sinto com energia para muitas coisas.
- Não me sinto com energia para nada.

16. Alterações no Padrão de Sono

- Não notei qualquer mudança no meu sono.
- Durmo um pouco mais que o habitual.
- Durmo um pouco menos que o habitual.
- Durmo muito mais que o habitual.
- Durmo muito menos que o habitual.
- Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal.
- Estou mais irritável do que o habitual.
- Estou muito mais irritável que o normal.
- Estou irritável o tempo todo.

18. Alterações no Apetite

- Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.
- Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
- O meu apetite é muito menor que o normal.
- O meu apetite é muito maior que o normal.
- Perdi por completo o apetite.
- Anseio por comida o tempo todo.

19. Dificuldades de Concentração

- Concentro-me tão bem como antes.
- Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- Não me sinto mais cansado que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
- Estou demasiado cansado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessado sexualmente que o habitual.
- Sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

Questionário de Ideação Suicida

QIS

Versão Portuguesa – Ferreira e Castela (1999)

Instruções: Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com um **círculo**, a resposta que **melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses**. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta:

(0) Nunca; (1) Quase Nunca; (2) Raramente; (3) Às Vezes; (4) Frequentemente; (5) Quase Sempre e (6) Sempre.

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

2. Pensei suicidar-me.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

3. Pensei na maneira como me suicidaria.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

4. Pensei quando me suicidaria.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

5. Pensei em pessoas a morrerem.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

6. Pensei na morte.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

8. Pensei em escrever um testamento.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

12. Desejei estar morto(a).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

16. Desejei ter coragem para me matar.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

17. Desejei nunca ter nascido.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

20. Pensei em matar-me, mas não o faria.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

21. Pensei em ter um acidente grave.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

22. Pensei que a vida não valia a pena.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

27. Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

30. Desejei ter o direito de me matar.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Declaração de Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996
& Edimburgo 2000)

Psicopatologia em Adolescentes Institucionalizados e Não Institucionalizados

Este projecto de investigação tem como objectivo perceber se os adolescentes institucionalizados apresentam uma maior taxa de pensamentos suicidas, bem como maiores índices de depressão, comparativamente a adolescentes não-institucionalizados. A sua participação no estudo consiste no preenchimento de alguns questionários com a duração aproximada de 15 minutos. A sua participação é inteiramente voluntária e os dados recolhidos confidenciais.

Eu, abaixo-assinado (nome legível e completo),

.....,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído/a. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da *Declaração de Helsínquia*, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 2012

Assinatura: _____

Investigador Responsável:

Assinatura: _____

O investigador: _____

