

**SMAD**

Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

ISSN: 1806-6976



Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP - Brasil CEP: 14.040-902 Telefone: 055-16-602-3477ou 602-4754 Fax: 055-16-533-3271

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO BELIEVE**Jorge Daniel Neto Façanha¹; Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse¹; Rosa Maria Pereira Simões²; Lúcia Amélia³; José Carlos Santos⁴****Resumo**

A prevenção dos comportamentos da esfera suicidária, entre os adolescentes, constitui atualmente uma das prioridades de intervenção, contemplada no Plano Nacional de Saúde Mental. No âmbito desse plano, defende-se, ainda, a necessidade de desenvolvimento de respostas e programas de ligação aos Cuidados de Saúde Primários. Nesse sentido, foi delineado e implementado o Programa de Intervenção que designado *BELIEVE* com os objetivos de avaliar a autoestima e capacidade de resolução de problemas dos adolescentes e intervir para a sua melhoria, integrado no âmbito da prevenção dos comportamentos da esfera suicidária em adolescentes. Esse programa contemplou duas vertentes de atuação: uma orientada para Técnicos de Cuidados de Saúde Primários e a outra para o meio escolar, com 106 adolescentes do 8º e 9º ano de escolaridade em sala de aula. Os adolescentes do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de autoestima e menos dificuldades nas estratégias de resolução de problemas do que adolescentes do sexo feminino. A implementação do programa permitiu melhorar a autoestima e capacidade de resolução de problemas dos adolescentes.

Palavras-chaves: suicídio; adolescentes; prevenção; programa de intervenção.

PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BELIEVE**Resumen**

La prevención de los comportamientos acerca del suicidio entre los adolescentes constituye actualmente una de las prioridades de intervención, contemplada en el Plan Nacional de Salud Mental. En el ámbito de este plan se defiende también la necesidad de desarrollo de respuestas y programas ligados a los Cuidados de Salud Primarios. En este sentido, ha sido delineado e implementado el Programa de Intervención intitulado *BELIEVE*, con objetivo de evaluar la autoestima y capacidad de resolución de problemas de los adolescentes e intervenir para mejorarla, integrado en el ámbito de la prevención de los comportamientos relacionados al suicidio en adolescentes. Este programa ha contemplado dos vertientes de actuación: una orientada para Técnicos de Cuidados de Salud Primarios y la otra para el medio escolar, con 106 adolescentes del 8º y 9º años de escolaridad. Los adolescentes del sexo masculino tienen mayores niveles de autoestima y menos dificultades en la estrategia de resolución de problemas. La implementación del programa ha permitido mejorar el nivel de la autoestima y capacidad de resolución de problemas de los adolescentes.

Palabras clave: suicidio; adolescentes; prevención; programa de intervención.

SUICIDE PREVENTION IN ADOLESCENTS: THE "BELIEVE" INTERVENTION PROGRAM**Abstract**

Today the prevention of suicidal behaviors among adolescents is one of the priority areas for intervention identified in the National Mental Health Plan. In the scope of this plan, the need to develop Primary Health Care-based responses and programs is also underlined. In this sense, an Intervention Program for suicidal behavior prevention called *BELIEVE* was outlined and implemented. The aim of the program is to assess adolescents' self-esteem and problem-solving skills and intervene to improve them. This program was divided into two lines of action: one aimed at Primary Health Care Technicians, and the other, school-based, aimed at 106 eighth and ninth grade students. The male adolescents have higher levels of self-esteem and fewer difficulties in the problem-solving strategy than girls. The implementation of the program allowed the identification of positive changes in self-esteem and problem-solving skills.

Keywords: suicide; adolescents; prevention; intervention program.

¹Enfermeiros Graduados no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, 1º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, investigadores na UICISA-dE

²Enfermeira Graduada na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, 1º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre em Ciências de Enfermagem, investigadora na UICISA-dE

³Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, Centro de Saúde Norton de Matos, investigadora na UICISA-dE

⁴Enfermeiro, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Doutor em Saúde Mental, investigador na UICISA-dE, jcsantos@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, o suicídio encontra-se, em nível mundial, entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos e, se se limitar esse cálculo ao grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à segunda causa de morte. Numa amostra de 822 jovens de escolas secundárias de 4 regiões (Lisboa, Santarém, Guimarães e Évora), 34% desses referem ideação suicida e 7% fizeram uma tentativa de suicídio⁽¹⁾. Outro estudo refere prevalência de ideação suicida de 50%, numa amostra de 625 estudantes entre 15 e 18 anos⁽²⁾. Na região Centro, os dados da Consulta de prevenção de suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra apontam para valores elevados quando comparados com o WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide (1989-1992). Esses dados alertaram para a gravidade do problema e para a emergente necessidade de programas de prevenção. No entanto, existem evidências que apontam a necessidade de ser prudente no que se refere à prevenção do suicídio em adolescentes, dado que essas medidas podem ser muito delicadas, obrigando a que os programas de prevenção tenham que ser cuidadosamente elaborados⁽³⁾.

Um plano de prevenção do suicídio em Portugal deve passar pelas seguintes estratégias⁽⁴⁾: tarefa educativa geral - esclarecimento da comunidade e ajudas para pessoas em risco, identificação de grupos de alto risco - idosos, depressivos, alcoólicos e jovens, estudo dos fatores precipitantes - epidemiologia e medidas apropriadas, reorganização dos Serviços de Saúde Mental - serviços de atendimento permanente e apoio às famílias de suicidas e pelos quatro níveis de intervenção para prevenção do suicídio: *1º nível de intervenção* - comunidade (comunicação social, centros SOS, legislação, restrições); *2º nível de intervenção* - saúde (identificação de grupos de alto risco, prevenção de álcool e drogas e um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio); *3º nível de intervenção* - escola (desporto, sinais de alarme, técnicos

de saúde mental); *4º nível de intervenção* - política social (luta contra o desemprego, exclusão social e solidão).

Outras estratégias preventivas em Portugal⁽⁵⁾ passam por: **criação de serviços de apoio e promoção da sua utilização** – para acompanhamento e encaminhamento de casos, combatendo o estigma; **melhoria do diagnóstico e do tratamento pelos profissionais de saúde** – visando o diagnóstico precoce, os fatores de risco e a formação de profissionais nos diversos contextos; **desenvolvimento de programas com a finalidade de promover estratégias de resolução de problemas e a autoestima** – evidências científicas demonstram que a prevenção pode ser conseguida através do envolvimento dos jovens em geral e, principalmente, daqueles que evidenciam situações de risco, em programas que promovam a autoestima e o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas; **aumentar o conhecimento e a consciência das pessoas para a problemática do suicídio** – uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com o adolescente em risco relação de confiança que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico. Nas escolas, são possíveis diversas abordagens eficientes no que diz respeito à prevenção do suicídio, nomeadamente leituras didáticas e reflexões em algumas disciplinas, debates, serviços de atendimento e apoio ao estudante (psicólogo, médico escolar, assistente social, enfermeiro), programas formativos para os agentes educativos, intervenções dirigidas aos pais, programas de desenvolvimento de competências e campanhas de sensibilização para os adolescentes; **restringir o acesso aos métodos autodestrutivos**.

Mediante os pressupostos anteriormente enunciados, delineou-se o programa de intervenção *BELIEVE* que contemplou vertentes de atuação referidas e que, junto dos adolescentes, incidiu sobre a autoestima e a capacidade de resolução de problemas, enquanto fatores psicológicos que podem determinar a opção suicida⁽⁵⁾.

Programa de intervenção BELIEVE - descrição e desenvolvimento

Integrado ao Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi delineado um projeto de intervenção incidindo sobre a “Depressão e Suicídio em Jovens”.

Os comportamentos da esfera suicidária nos adolescentes podem ser precipitados por múltiplos e complexos fatores⁽⁶⁾: psicológicos que determinam a opção suicida, os fatores de vulnerabilidade (perfeccionismo, impulsividade, pessimismo e baixa capacidade de resolução de problemas), os fatores predisponentes (baixa autoestima, rigidez cognitiva, pensamento dicotômico, estilo atributivo disfuncional, perspectiva distorcida do tempo pessoal) e os fatores precipitantes (dor psicológica insuportável, constrição cognitiva, ansiedade elevada e decisão de morrer).

Esse conjunto de fatores leva a entender os comportamentos da esfera suicidária como situações multideterminadas que obrigam a uma abordagem multidisciplinar⁽¹⁾. Nesse sentido, os comportamentos da esfera suicidária devem ser entendidos como sinal de perturbação e como o culminar de situações de crise e sofrimento que atingem proporções descontroladas, representando a conduta suicidária verdadeiro desafio para os serviços de saúde mental, nomeadamente no que respeita à compreensão dos fatores que a ela predisõem e a precipitam.

A capacidade de resolução de problemas pode ser definida como processo cognitivo-comportamental autodirigido, através do qual as pessoas tentam identificar ou descobrir formas adaptativas de lidar com os problemas da vida, para os quais não estão disponíveis respostas adaptativas imediatas. Esse conceito encontra-se estritamente relacionado aos comportamentos de *coping* que a pessoa manifesta. Pode ser definido como o conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação, independentemente do seu resultado⁽⁷⁾.

Várias investigações realçaram a tendência de as pessoas que fizeram tentativas de suicídio

terem mais dificuldade na resolução dos problemas pessoais colocados pela vida diária, por apresentarem rigidez cognitiva e disporem de baixo nível de competências sociais⁽⁶⁾.

A autoestima pode ser definida como a avaliação que a pessoa efetua e, geralmente, mantém em relação a si própria, a qual implica sentimento de valor que engloba um componente predominantemente afetivo⁽⁸⁾, expresso numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma⁽⁶⁾. A análise de vários estudos experimentais permite concluir que existe consistente relação entre baixa autoestima e a conduta suicida. Baixa autoestima leva as pessoas a se avaliarem como incapazes de solucionar os problemas colocados pela vida e a antecipar o futuro de forma negativa⁽⁶⁾.

O programa de Intervenção *BELIEVE* contemplou duas vertentes de atuação: uma orientada para os cuidados de saúde primários e a outra para o meio escolar.

No âmbito da vertente orientada para os cuidados de saúde primários, especificamente para um Centro de Saúde da região de Coimbra, foram adotadas as duas estratégias, mostradas a seguir.

- Sessão de Sensibilização, Discussão e Reflexão: **“Prevenção do Suicídio nos Adolescentes”** dirigida a todos os profissionais do Centro de Saúde e que teve como objetivos: desmistificar conceitos acerca do suicídio; aprofundar conceitos (suicídio, para-suicídio e tentativa de suicídio); alertar para a necessidade de avaliar a gravidade de intenção suicidária; salientar fatores preditores dos comportamentos suicidários; sistematizar os modelos de intervenção terapêutica e discutir os recursos comunitários existentes.

Deve-se salientar que os profissionais do Centro de Saúde manifestaram as suas necessidades e os receios no que respeita à temática do suicídio e às escassas respostas de que dispõem, sendo consensual a importância atribuída ao acompanhamento dos doentes com comportamentos da esfera suicidária, para prevenção adequada e intervenção precoce, o que exige a extensão da Psiquiatria e da Enfermagem de Ligação para a comunidade.

- **Organização de rede de referenciação e encaminhamento** de adolescentes que evidenciem comportamentos da esfera suicidária. Nesse sentido, foi dado início ao processo de ligação entre a Psiquiatria, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e as restantes especialidades, no que se refere às instituições envolvidas.

No âmbito da vertente orientada para o meio escolar, foram adotadas estratégias nas duas Escolas da área de abrangência do Centro de Saúde, indicadas a seguir.

- Sessão de Sensibilização, Discussão e Reflexão, intitulada **“Prevenção do Suicídio na Escola”**, dirigida a todos os profissionais das escolas envolvidas e que teve como objetivos: sensibilizar os agentes educativos no sentido de poderem identificar adolescentes com tendências suicidas; clarificar e distinguir conceitos; apresentar dados epidemiológicos; enunciar sinais, sintomas e comportamentos que permitam identificar precocemente adolescentes em risco; enfatizar a importância da relação professor/aluno e da relação família/escola; alertar para a necessidade de encorajar os jovens com comportamentos da esfera suicidária a pedir ajuda; dar a conhecer os nomes e os locais de funcionamento dos serviços especializados e de apoio e combater o estigma da doença mental.

- Realização de intervenção dirigida aos adolescentes, intitulada **“Promoção da Autoestima e Resolução de Problemas”**.

Depois de estabelecido o diagnóstico de situação, através da aplicação de questionário, aqui designado como resultados da Fase 1, foi estruturada e implementada a intervenção especializada.

A população alvo dessa intervenção foi constituída pelos alunos do 8º e 9º ano de duas escolas básicas 2,3 da região de Coimbra. A intervenção centrou-se na promoção da autoestima e da capacidade de resolução de problemas e na diminuição do estigma em torno da doença mental, através de intervenção cognitiva, afetiva e comportamental. Utilizou-se a metodologia expositiva, interrogativa e interativa. Foi realizada em sala de aula, em 2 tempos

letivos da Área Projecto, num total de 90 minutos. No final da segunda intervenção, foram aplicados, pela segunda vez, os questionários, correspondendo na investigação à Fase 2.

Deve ser salientado que, ao longo do desenvolvimento das sessões especializadas, foram emergindo em todas as turmas situações que exigiram intervenção específica e dirigida aos problemas enunciados. Os adolescentes identificados, no decorrer da intervenção, foram referenciados para os elementos do Centro de Saúde responsáveis pelo apoio a essas escolas.

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica efetuada permitiu identificar e limitar o problema de investigação que se pretendeu estudar: a possibilidade do valor atribuído à autoestima e à capacidade de resolução de problemas serem influenciadas pela idade, sexo, ano de escolaridade, turma, localidade de residência, escola a que pertence e intervenção especializada em sala de aula.

O estudo realizado foi descritivo-correlacional, com nível de significância de 0,95%.

A amostra foi constituída pelos alunos das turmas do 8º e 9º ano que estiveram presentes no momento da recolha de dados e que aceitaram e foram autorizados a participar no estudo, num total de 106 adolescentes, em duas Fases: 1 e 2.

Do instrumento de recolha de dados, fez parte uma ficha de dados sociodemográficos, o IRP- Inventário de Resolução de Problemas⁽⁹⁾ e uma escala de autoestima⁽⁸⁾.

O IRP é escala unidimensional de tipo Likert que tem por finalidade avaliar estratégias de *coping*, utilizadas pelo indivíduo na vida quotidiana, quando enfrenta situações de dano, ameaça ou desafio suscetíveis de se prolongarem no tempo e terem repercussões interpessoais. É constituído por 40 itens, pontuados de 1 a 5. Quanto mais elevada é a nota global, maior é a capacidade de resolução de problemas, a pontuação varia de 40 a 200⁽⁹⁾.

Dos 40 itens do IRP sobressaem 9 fatores: **F₁** - pedido de ajuda, **F₂** - confronto e resolução ativa dos problemas, **F₃** - abandono passivo perante a situação, **F₄** - controle interno/externo dos problemas, **F₅** - estratégias de controle das emoções, **F₆** - atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, **F₇** - agressividade internalizada/externalizada, **F₈** - autorresponsabilização e medo das consequências e **F₉** - confronto com os problemas e planificação de estratégias.

O IRP tem boa consistência interna, com coeficiente de Spearman-Brown de 0,86⁽⁹⁾. No estudo atual, obteve-se valor de alfa de Cronbach de 0,77 na Fase 1 e de 0,79 na Fase 2 do estudo.

A escala de autoestima⁽⁸⁾ avalia a autoestima global e se encontra validada para a população portuguesa com valor de alfa de Cronbach de 0,84⁽¹⁰⁾. É constituída por 10 itens e a sua pontuação total oscila entre 10 e 40, sendo que pontuação alta reflete autoestima elevada. Neste estudo, o coeficiente alfa de Cronbach, obtido na Fase 1, foi de 0,85 e, na Fase, 2 foi de 0,83.

Delineou-se, aqui, os seguintes objetivos do estudo: identificar o valor atribuído pelos adolescentes da amostra à autoestima e à capacidade de resolução de problemas; verificar se existem diferenças em função das variáveis sexo, ano de escolaridade, turma, localidade de residência e escola a que pertence; analisar a relação existente entre o valor atribuído à autoestima e à capacidade de resolução de problemas e a variável idade; verificar se o valor atribuído pelos adolescentes da amostra à autoestima é maior nos adolescentes que apresentam maior valor atribuído à capacidade para resolução de problemas; verificar se o valor atribuído pelos adolescentes à autoestima e à capacidade para resolução de problemas é diferente após a intervenção especializada realizada em sala de aula.

Num primeiro momento, foram avaliadas a autoestima e a capacidade de resolução de

problemas, depois desenvolvia-se programa de intervenção, visando reforçar esses dois componentes e. posteriormente, voltava-se, numa segunda fase, a avaliar a autoestima e a capacidade de resolução de problemas.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 106 adolescentes na Fase 1 e 111 adolescentes na Fase 2. Em ambas as fases encontrou-se amostra com predominância de elementos do sexo feminino (56,6%), que frequentam o 8º ano de escolaridade (50,7%) e residentes em Coimbra (65,1%).

A idade variou entre 12 e 19 anos, com média de 14,2.

Valor atribuído à autoestima e à capacidade de resolução de problemas

A autoestima apresentou valores médios aceitáveis, aumentando da primeira para a segunda fase de 30,18 para 31,53. Também, a capacidade de resolução de problemas teve aumento de 140,43 para 145,41 para a segunda fase, tendo assim um bom valor. Ambos os indicadores registraram diferenças estatisticamente significativas, após a intervenção realizada em sala de aula.

Terminada a análise descritiva dos dados, apresenta-se, a seguir, resumidamente, os resultados obtidos da aplicação dos testes estatísticos às hipóteses formuladas:

Na Fase 1 e na Fase 2, observou-se que os rapazes apresentam média mais elevada de autoestima (31,93 – Fase 1 e 32,80 – Fase 2) relativamente às raparigas (28,85 – Fase 1 e 30,40 – Fase 2), tendo-se verificado que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas.

Na Fase 1 e na Fase 2 não se verificam diferenças estatisticamente significativas no valor de autoestima dos adolescentes da amostra consoante às variáveis ano de escolaridade, turma, localidade de residência e escola a que pertence.

Não se verifica diferença estatisticamente significativa no valor de capacidade de resolução de problemas dos adolescentes da amostra, consoante às variáveis sexo, ano de escolaridade, turma, localidade de residência e escola a que pertence, na Fase 1 e na Fase 2. No entanto, na Fase 1, verifica-se diferença estatisticamente significativa no valor do Fator 4 do IRP (controle interno/externo dos problemas), sendo maior nas turmas do 9º ano. Na Fase 2, verifica-se diferença estatisticamente significativa no valor do Fator 6 do IRP (atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências) em que as raparigas se deixam afetar mais pelas ocorrências.

Não se verifica relação estatisticamente significativa entre o valor de autoestima dos adolescentes e a idade, quer na Fase 1 quer na Fase 2.

Na Fase 1 e na Fase 2 não existe relação estatisticamente significativa entre o valor de capacidade de resolução de problemas total dos adolescentes e a idade. No entanto, na Fase 1 existe relação estatisticamente significativa com o valor do Fator 1 do IRP (pedido de ajuda) a aumentar com a idade e na Fase 2 existe relação estatisticamente significativa entre o valor dos Fatores 1, 2 (confronto e resolução ativa dos problemas) que aumentam com a idade, enquanto o Fator 9 (confronto com os problemas e planificação de estratégias) diminui com a idade.

Na Fase 1, existe correlação baixa ($r=0,36$) e estatisticamente significativa ($p=0,00$) entre o valor de autoestima dos adolescentes e a sua capacidade para resolução de problemas ($p=0,00$) e, na Fase, 2 existe correlação moderada ($r=0,46$) e estatisticamente significativa ($p=0,00$) entre o valor de autoestima dos adolescentes e a sua capacidade de resolução de problemas, ou seja, em ambas as Fases, maior valor de autoestima está associado à maior capacidade de resolução de problemas. Salienta-se que a correlação passou de baixa para moderada.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa, tendo subido entre o valor

atribuído pelos adolescentes à capacidade de resolução de problemas total e o Fator 1, 4 e 9 do IRP em virtude da realização de intervenção especializada em sala de aula. Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre o valor da autoestima total e os restantes Fatores do IRP.

DISCUSSÃO

Tendo já introduzido alguns comentários no capítulo anterior aos resultados obtidos, foi reservada a sua discussão detalhada e a sua comparação com dados encontrados em estudos similares, para este capítulo.

A amostra foi constituída por 106 adolescentes em duas fases, com maioria de elementos do sexo feminino (60%).

Em ambas as fases (antes e após intervenção) constatou-se que os elementos do sexo masculino apresentam valores médios de autoestima mais elevados que os apresentados pelos elementos do sexo feminino, sendo ainda de referir que essa diferença é estatisticamente significativa. No que se refere à capacidade de resolução de problemas global, não se verifica diferença estatisticamente significativa, consoante à variável sexo.

Ao analisar os resultados obtidos para a autoestima, pode-se afirmar que os mesmos vão ao encontro daqueles obtidos noutros estudos^(1, 11), em que o valor médio de autoestima é mais elevado nos rapazes do que nas raparigas e a diferença de médias é estatisticamente significativa.

Num estudo realizado, com estudantes portugueses e italianos, as diferenças de médias favorecem os rapazes⁽¹²⁾. Fato que os autores justificam, afirmando que esse valor reflete os estereótipos de gênero, que definem os papéis culturais e socialmente adaptados para cada um dos sexos, explicados pelo fato de a mulher ser tradicionalmente definida pela sociedade

como “menos competente”, “menos racional” e “menos organizada” do que o homem, levando à menor autoestima feminina⁽¹²⁾.

Ao avaliar o perfil de autopercepção corporal, verificou-se que em todas as dimensões consideradas os rapazes apresentaram valores superiores aos das raparigas⁽¹³⁾. Essas diferenças corroboram a ideia dos autores no sentido de as análises das autopercepções serem sistematicamente conduzidas por gênero.

Pode-se, contudo, encontrar estudos onde a relação da percepção de satisfação da autoestima com o sexo não foi estatisticamente significativa⁽¹⁴⁾.

Contrariamente aos resultados obtidos aqui para a variável capacidade de resolução de problemas, outros estudos apontam que grande percentagem dos estudantes apresenta dificuldades na resolução de problemas (70,2%) e, quando analisados em função do gênero, os resultados mostram que é no grupo das estudantes que há maior percentagem de dificuldades de resolução de problemas de vida⁽¹⁵⁾. Fato que interfere no bem-estar psicológico, já que as adolescentes, ao assumirem postura ativa na resolução dos problemas apresentam maior bem-estar psicológico. Já os adolescentes do sexo masculino apresentam melhor bem-estar na medida em que buscam pertença e procuram amigos íntimos e ajuda profissional⁽¹⁶⁾.

Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no valor de autoestima e da capacidade de resolução de problemas total dos adolescentes da amostra, consoante às variáveis ano de escolaridade, turma, localidade de residência e escola a que pertence. No entanto, ao analisar os fatores da capacidade de resolução de problemas, constou-se que na fase 1 existe diferença estatisticamente significativa no nível do Fator 4 do IRP (controle interno/externo dos problemas), consoante às variáveis turma (aumentando do 8º para o 9º ano) e na fase 2 existe diferença estatisticamente significativa no nível do Fator 6

(atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências), sendo maior nos rapazes que nas raparigas.

No estudo atual, verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre os valores globais dos construtos estudados e a idade, quer na Fase 1 quer na Fase 2. No entanto, na Fase 1 existe relação estatisticamente significativa entre o valor do Fator 1 do IRP (pedido de ajuda) e a idade, aumentando com a idade e, na Fase 2, a relação estatisticamente significativa é entre o valor dos Fatores 1, 2 (confronto e resolução ativa dos problemas) que aumenta com a idade e, pelo contrário, o 9 (confronto com os problemas e planificação de estratégias) diminui com a idade.

A relação da percepção de satisfação da autoestima com a idade não foi estatisticamente significativa, parecendo confirmar a tendência verificada noutros estudos^(11,14).

Na Fase 1 existe correlação positiva entre o valor de autoestima dos adolescentes e a sua capacidade de resolução de problemas e, na Fase 2, existe correlação positiva entre o valor de autoestima dos adolescentes e a sua capacidade de resolução de problemas, ou seja, em ambas as Fases, maior valor de autoestima está associado à maior capacidade de resolução de problemas.

Verificou-se aumento significativo entre o valor atribuído pelos adolescentes à capacidade de resolução de problemas total e ao Fator 1, 4 e 9 do IRP, em virtude da realização de intervenção especializada em sala de aula.

A alteração verificada entre os dois momentos de avaliação, pese, embora, uma intervenção curta vai no sentido de outros estudos realizados^(13,17). Um, do qual participaram 40 adolescentes e em que foi avaliada a eficácia de um estudo piloto de promoção da saúde psicosssexual, e em que foram trabalhadas questões ligadas à identidade, à autoestima e ao autoconceito⁽¹⁷⁾ e outro em que foi avaliado o efeito de um programa de intervenção de

valorização da autoestima em 136 adolescentes⁽¹³⁾. Nesse último, verificou-se mudança significativa positiva nos resultados das subescalas de caráter geral, sociais e autoestima, a intervenção teve maior impacto para as adolescentes do gênero feminino, os adolescentes com baixo nível socioeconômico e os adolescentes que têm amigos. Esses resultados são encorajadores para as estratégias de prevenção de suicídio adolescente por reforçam áreas seriamente comprometidas nos jovens com comportamentos para-suicidários^(5-6,18).

CONCLUSÃO

Ao desenvolver esforços para implementar estratégias de prevenção do suicídio em adolescentes, embora somente nalguns fatores de risco, haverá contribuição para a identificação precoce de situações problema e para melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental.

A melhoria dos resultados obtidos, após intervenção, no nível dos valores médios de capacidade de resolução de problemas e da autoestima, sugere que a intervenção foi eficaz nesses domínios. Contudo, mantém-se a tendência de os adolescentes do sexo masculino apresentarem níveis mais elevados de autoestima e melhores estratégias de resolução de problemas, características que devem ser valorizadas, dado ser exatamente nas adolescentes do sexo feminino onde se verificam maiores taxas de comportamentos para-suicidários, onde as dimensões referidas são importantes.

No sentido de continuar a contribuir para a análise do tema, torna-se pertinente a realização de estudo com maior número de elementos na amostra e a inclusão, em estudos futuros, de outras variáveis, como sejam, o clima da escola, o apoio social e o insucesso escolar.

Pensa-se, aqui, ter contribuído para melhor compreensão da importância do desenvolvimento de programas de prevenção de comportamentos da esfera suicidária em

adolescentes e, sobretudo, para o conhecimento do valor atribuído pelos adolescentes à autoestima e à capacidade de resolução de problemas.

REFERÊNCIAS

- 1- Sampaio D. et al – Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário – as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*. 2000; 18(2):139-55.
- 2- Oliveira A. Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência. [Dissertação de Doutorado]. Lisboa: ISCTE; 2004.
- 3- Kutcher S, Chehil S. *Gestão de Risco de Suicídio – Um manual para profissionais de saúde*. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2007.
- 4- Saraiva C. *Estudos sobre o Para-Suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse – Indústria Gráfica; 2006.
- 5- Núcleo de Estudos do Suicídio – Alguns meios de prevenir o suicídio. [acesso em: 08 novembro 2008]. Disponível em <http://www.tu-importas.com/geral/MeiosPrevenção.asp>
- 6- Cruz JP. Memórias traumáticas, auto-narrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In: Costa P, Pires CML, Veloso J, Pires CTL, compiladores. *Stresse Pós-traumático: modelos, abordagens e práticas*. Leiria: Editorial Diferença; 2006. p. 47-70.
- 7- Vaz Serra A. *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição Do Autor; 1999.
- 8- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
- 9- Vaz Serra A. Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatr Clín* 1988; 9(4):303-15.
- 10- Santos P, Maia J. Adaptação e análise Factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: resultados preliminares. In: Soares AP, Araújo S, Caíres S, organizadores. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. 1999; 6:101-13.
- 11- Romano A, Negreiros J, Martins T. - Contributos para a validação da escala de Auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicol, Saúde Doenças*. 2007; 8(1):107-14.
- 12 - Faria L, Pepi A, Alesi M. Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicol*. 2004; 22(4):747-64.
- 13- Dalgas P. Effects of a self-esteem intervention program on school-age children. 2006. [acesso em: 29 abril 2009]. Disponível em: <http://www.umass.edu/schoolcounseling/ResearchBrief7.1.pdf>
- 14- Weber L, Stasiack G, Brandenburg O. Percepção da Interação Familiar e Auto-estima de Adolescentes. *Aletheia* 2003; 17/18:95-105.
- 15- Fernandes E, Maia A, Meireles C, Rios S, Silva D, Feixas G. Dilemas implicativos e ajustamento psicológico – um estudo com alunos recém chegados à Universidade do Minho. [acesso em: 29 abril 2009]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33750205.pdf>.
- 16- Câmara S, Carlotto E. Coping e Género em Adolescentes. [acesso em: 29 abril 2009]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a10.pdf>.
- 17- McIntyre T, Araújo S. Programas de Promoção da Saúde: avaliação da eficácia de um programa de promoção da saúde psicosexual para adolescentes (PPSPA). In: Soares A,

- Araújo S, Caíres S, organizadores. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos Braga: APPORT; 1999. p. 616-31.
18. Santos J. Para-suicídio. O que dizem as famílias. A Emoção Expressa. Coimbra: Formasau; 2007.

Recebido em: 06/2009

Aprovado em: 07/2009