

## **+ CONTIGO:**

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E  
PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS  
SUICIDÁRIOS NA COMUNIDADE EDUCATIVA

## **+ CONTIGO:**

MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION  
OF SUICIDAL BEHAVIOURS WITHIN THE  
EDUCATIONAL COMMUNITY

**Série Monográfica** | **Monographic Series**  
**Educação e Investigação** | **Health Sciences Education**  
**em Saúde** | **and Research**

9

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing  
Nursing School of Coimbra



**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM**

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

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

MONOGRAFIA – Nº 9

ISBN: 978-989-98909-0-9

Coordenação: Investigador Principal do Projeto Estruturante: “Prevenção de Comportamentos Suicidários”



## **+ CONTIGO:**

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E  
PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS  
SUICIDÁRIOS NA COMUNIDADE EDUCATIVA

## **+ CONTIGO:**

MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION  
OF SUICIDAL BEHAVIOURS WITHIN THE  
EDUCATIONAL COMMUNITY

Coord.

José Carlos Pereira Santos

Série Monográfica | Monographic Series  
Educação e Investigação | Health Sciences Education  
em Saúde | and Research

9

**Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Health Sciences Research Unit: Nursing  
Nursing School of Coimbra

# FICHA TÉCNICA

## TÍTULO

+ CONTIGO: PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA COMUNIDADE EDUCATIVA

## EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

José Carlos Pereira Santos, *PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador Principal do Projeto Estruturante: "Prevenção de Comportamentos Suicidários"*

## AUTORES

José Carlos Pereira Santos

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse

Jorge Daniel Neto Façanha

Lúcia Amélia Fernandes Alves Marques

Rosa Maria Pereira Simões

## SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

## MONOGRAFIA

Número 9

ISBN: 978-989-98909-0-9

DEPÓSITO LEGAL 372551/14

## MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

## REVISÃO FINAL

Cândida Loureiro, *PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## REVISÃO DOCUMENTAL

Dulce Helena Campos Monteiro, *Assistente Técnica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

## GRÁFICA

Candeias Artes Gráficas Unipessoal, Lda - Braga

## TIRAGEM

1000 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO 2014

## AUTORES

### **José Carlos Pereira SANTOS**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Sociopsicologia da Saúde. Doutorado em Saúde Mental. Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2011-2013). Exerceu funções no Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Geral e Hospital Sobral Cid. Membro da Consulta de Prevenção de Suicídio dos CHUC. Coordenador do Projeto + Contigo

### **Maria Pedro Queiroz de Azevedo ERSE**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeira no Serviço de Psiquiatria Forense do Pólo Sobral Cid, CHUC, EPE. Membro dos Órgãos Sociais da Sociedade Portuguesa de Suicidologia desde 2011. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo

### **Jorge Daniel Neto FAÇANHA**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeiro na Unidade de Cuidados Especiais em Psiquiatria do Pólo Sobral Cid, CHUC, EPE. Membro da Unidade de Investigação (UICISA - E) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

### **Lúcia Amélia Fernandes Alves MARQUES,**

Enfermeira Especialista em Enfermagem na Comunidade. Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade. Mestre em Enfermagem Comunitária. Exerce funções no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

### **Rosa Maria Pereira SIMÕES**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Enfermeira no Serviço de Urgência do Pólo A, CHUC, EPE. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

---

*A tod@s quant@s tornaram o + Contigo o Seu Projeto!*

---

## AGRADECIMENTOS

- *Aos adolescentes que diariamente ousam partilhar e nos ensinam com as suas vivências.*
- *Aos professores e assistentes operacionais que diariamente conseguem transformar as dificuldades em desafios e os desafios, por vezes, em aprendizagens.*
- *Aos encarregados de educação que ousam estar e assumir uma parentalidade responsável, nem sempre fácil.*
- *Aos colegas e amigos dinamizadores do projeto porque ousaram arriscar.*

## ENTIDADES PROMOTORAS

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Administração Regional de Saúde do Centro
- Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem



## ENTIDADES PARCEIRAS

- Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Mental
- Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares, Direção de Serviços da Região Centro
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Serviço de Psiquiatria, Consulta de Prevenção de Suicídio, Serviço de Pedopsiquiatria
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Serviço de Pedopsiquiatria



# ÍNDICE

PREFÁCIO.....	11
<i>Álvaro Andrade de Carvalho</i>	
PREFÁCIO.....	13
<i>José Manuel Azenha Tereso</i>	
PREFÁCIO.....	15
<i>Maria da Conceição Bento</i>	
INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I	
<b>INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR.....</b>	<b>19</b>
CAPÍTULO II	
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NAS ESCOLAS E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS.....</b>	<b>25</b>
CAPÍTULO III	
<b>COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA NA ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>31</b>
CAPÍTULO IV	
<b>PROJETO + CONTIGO.....</b>	<b>47</b>
4.1 Objetivos.....	47
4.2. Entidades promotoras e parceiras.....	48
4.3. Agrupamentos de Centros de Saúde e Escolas envolvidas.....	48
4.4. Modelo de intervenção do Projeto + Contigo.....	48

4.5. Formação de profissionais de saúde.....	49
4.6. Sensibilização de assistentes operacionais e professores.....	50
4.7. Sensibilização de encarregados de educação.....	50
4.8. Intervenção global com os estudantes.....	50
CAPÍTULO V	
<b>RESULTADOS GLOBAIS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>73</b>
CAPÍTULO VI	
<b>RESULTADOS GLOBAIS COM OS ESTUDANTES.....</b>	<b>83</b>
PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES.....	95
CONCLUSÃO .....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=66).....	76
Tabela 2 - Resultados do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida .....	77
Tabela 3 - Resultados do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida, por fatores.....	78
Tabela 4 - Participantes no Projecto de acordo com o sexo, idade e ano de escolaridade .....	86
Tabela 5 - Projecto de acordo com o género, idade e ano de escolaridade, distribuído por fases .....	87
Tabela 6 - Níveis médios de sintomatologia depressiva dos participantes no Projecto .....	87
Tabela 7 - Classificação da depressão dos participantes no Projecto .....	88
Tabela 8 - Índice de bem-estar dos participantes no Projecto .....	88
Tabela 9 - Autoconceito dos participantes no Projecto e suas dimensões.....	89
Tabela 10 - <i>Coping</i> dos participantes no Projecto .....	89
Tabela 11 - Níveis médios de sintomatologia depressiva dos estudantes alvo de intervenção, de acordo com o sexo .....	90
Tabela 12 - Caracterização do grupo de intervenção tendo em conta as variáveis avaliadas nas três fases.....	91

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores de Risco para os comportamentos autolesivos e atos suicidas (Adaptado de Hawton, Saunders & Connor, 2012; Santos et al., 2012).....	42
Figura 2 - Sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente (Adaptado de Bycroft, 2010; Santos et al., 2012).....	44
Figura 3 - Fluxograma +Contigo.....	49
Figura 4 - Representação esquemática dos momentos que ocorrem em sala de aula.....	51
Figura 5 - Exemplos de situação problema e propostas de resolução.....	67

# PREFÁCIO

Na esteira da Lei de Saúde Mental em vigor, a Lei n.º 36/98, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, veio consolidar e aprofundar o modelo de saúde mental comunitária como o de referência em Portugal, em consonância com várias orientações e compromissos internacionais, tendo em fundo a assunção, por um Conselho de Ministro da Saúde da União Europeia (1999), da saúde mental como um problema de saúde pública.

A herança contudo foi pesada, sobretudo após a precipitada extinção, em 1992, dos Centros de Saúde Mental e sua consequente integração em hospitais gerais como departamentos de psiquiatria e saúde mental, a par dos da infância e adolescência nos hospitais pediátricos como departamentos de saúde mental da infância e adolescência. Ao estarem em causa modelos diferentes de considerar a intervenção em saúde, não foi nem ainda é pacífica para muitos gestores hospitalares a compatibilização do modelo hospitalar, muito centrado na gestão de camas e de atos clínicos, com outro que considera o internamento uma exceção e para tal assenta em forte e persistente investimento na comunidade. De facto são referências complementares, que importa respeitar e apoiar com igual dignidade, a bem da Saúde (física e mental) dos cidadãos!

A extinção das Coordenações Nacionais das áreas prioritárias, com a integração das respetivas estruturas e funções na Direção Geral da Saúde (DGS), como Programas Nacionais Prioritários, veio permitir a melhor articulação dos vários setores e temáticas concorrentes para a qualidade da Saúde Pública dos Portugueses. Entre os oito iniciais figurou, naturalmente, o da Saúde Mental, que tem vindo a responder e a propor iniciativas de articulação dentro da DGS, numa atitude disponível e dialogante.

Um dos primeiros exemplos desta postura e prática surgiu com a estruturação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, objetivo considerado no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que, muito apoiado na experiência da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, naturalmente integrou o trabalho em curso referente à criação do SICO (Sistema de Informação de Certificados de Óbitos), que aliás respondia à preocupação da comissão de peritos quanto à assustantemente prolongada taxa de mortes de causa

não identificada, que muito provavelmente escamoteia os totais de mortes violentas em Portugal. No mesmo contexto estabeleceu-se também uma profícua articulação com a coordenação da Linha Saúde 24.

Recentemente, por indicação do Sr. Diretor-Geral da Saúde, integramos o grupo de trabalho conjunto com a Direção Geral da Educação, que revê os conteúdos e as intervenções a definir no contexto da construção do Referencial de Educação para a Saúde, onde naturalmente também estão os Programas Nacionais de Promoção da Alimentação Saudável e da Saúde Escolar.

Foi no contexto da implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio que, em 2013, o Programa Nacional para a Saúde Mental apoiou financeiramente a consolidação e o alargamento da aplicação do projeto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Administração Regional de Saúde do Centro “+Contigo”.

Sobre o seu enquadramento, estrutura, aplicação e resultados, quase tudo é dito nas páginas desta publicação, tendo sido a excelência desses conteúdos que nos levaram a criar condições para que a equipa que o desenhou e implementou o possa estender a mais escolas nacionais, que o mesmo é dizer a mais jovens e família, não só da Região de Saúde Centro como das restantes Regiões de Saúde.

Como vem explicitado logo na introdução, é uma matéria que é para ser aplicada no âmbito da Saúde Escolar. A circunstância de Declaração de Odense da 4ª Conferência Europeia de Promoção da Saúde nas Escolas, colocar a Saúde Mental no centro da intervenção, aumenta a responsabilidade da DGS em majorar a divulgação e a aplicação por outras entidades do setor com projetos comprovadamente eficazes, como é o caso do “+Contigo”, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Administração Regional de Saúde do Centro.

Simultaneamente, para o Programa Nacional para a Saúde Mental da DGS é uma forma de dar maior viabilidade ao que o modelo de referência internacional e a nossa Lei de Saúde Mental pugnam - é no trabalho em rede, baseado no saber e na prática de equipas multidisciplinares, em que os profissionais de enfermagem têm um papel particularmente relevante, inclusive no desenvolvimento da promoção da saúde mental e da prevenção da doença, que a Saúde Mental Comunitária de alicerça e se constrói.

Álvaro Andrade de Carvalho

*Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental*

Lisboa, Fevereiro 2014

# PREFÁCIO

É com a maior satisfação que correspondo ao convite para redigir umas breves notas para inclusão no prefácio do manual do projeto + Contigo.

Satisfação que decorre da materialização de um projeto de intervenção comunitária através da edição de um manual, colocado à disposição dos profissionais de saúde e da comunidade educativa.

O projeto + Contigo nasceu em 2009, tendo como entidades promotoras a ARS Centro, através do seu Departamento de Saúde Pública, e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e como entidade parceira a estrutura regional do Ministério da Educação.

Decorridos 4 anos após o início deste projeto, foi decidido elaborar um “diário de bordo”, detalhando o seu enquadramento e os principais resultados.

Intervir em saúde escolar é intervir numa fase precoce do desenvolvimento em que (ainda) é possível “moldar”, de forma positiva, comportamentos e atitudes, atuando a um nível dito primordial de prevenção em saúde.

O projeto + Contigo tem como população-alvo alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário da região Centro. A sua finalidade consiste na prevenção do suicídio neste grupo-alvo, mediante a promoção da auto-estima e da resiliência psicossocial e a prevenção de comportamentos de risco associados.

Pelo seu âmbito de intervenção inclui, igualmente, duas entidades hospitalares da região de saúde do Centro: o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga. O seu financiamento conta com o apoio da Direção-geral da Saúde, serviço central de saúde pública, através do Programa Nacional de Saúde Mental.

Em saúde a disseminação do conhecimento é tão importante como o conhecimento em si, pois só assim o conhecimento se traduz em resultados.

Espera-se, pois, que esta edição contribua para a difusão de boas práticas em saúde comunitária e, muito especialmente, para a promoção da saúde mental em meio escolar.

José Manuel Azenha Tereso

*Presidente do Conselho Diretivo  
Administração Regional de Saúde do Centro IP*

## PREFÁCIO

O Projeto + Contigo é um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível, em rede, no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária (Santos et al., 2014). Este projeto teve início em 2009, no âmbito da componente formativa de Enfermagem de Saúde Mental Comunitária, do curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e é um excelente exemplo de como os percursos de formação avançada, quando pensados aliando a academia, a clínica e a investigação podem ser um real contributo para a inovação ou (re)invenção das práticas clínicas de forma a responder aos desafios que a complexidade dos problemas e intervenções no domínio da Saúde Mental comportam.

Tem sido para nós uma honra e um privilégio acompanhar o desenvolvimento do projeto + Contigo, que cumpriu com sucesso todos os desafios que promotores, investigadores, colaboradores e parceiros definiram. Publica-se agora o “*o diário de bordo*” do Projeto. De forma generosa e cientes da importância de divulgar e partilhar o conhecimento e as Boas Práticas a Equipa põe à disposição de técnicos de saúde mental, professores, auxiliares de educação, famílias e comunidade um instrumento de trabalho que permite, não apenas refletir sobre a pertinência da utilização de um modelo ecológico, na promoção da saúde mental dos adolescentes e jovens e prevenção de problemas, como é o caso dos comportamentos suicidários, como acompanhar indiretamente o projeto desenvolvido – desde a sua fundamentação teórica, à conceção, implementação e avaliação da intervenção, recursos envolvidos, intervenientes, interlocutores e parceiros estratégicos para o sucesso, dando-nos ainda a conhecer os resultados obtidos junto da(s) população(ões) alvo e indicadores de produtividade científica a ele associados – oferecendo-nos a possibilidade de reforçar a nossa crença de que mesmo em áreas complexas e com poucos mais recursos financeiros é possível fazer diferente e a diferença na vida e na saúde das pessoas, intervindo precocemente na promoção dos projetos de vida e de saúde, nos contextos de vida das pessoas e mobilizando/envolvendo os recursos da comunidade (desde os atores aos decisores políticos).

Parabéns à equipa de projeto também autores desta monografia! É uma honra e um privilégio escrever este prefácio, que me permite reconhecer publicamente e agradecer a tod@s.

Ao longo da leitura do livro convencemo-nos que vale a pena não desistir, que é possível, através de projetos de promoção da saúde mental na escola, que envolvam um trabalho em rede (em que o sistema escolar se agrega aos centros de saúde, hospitais e instituições de ensino superior, líderes locais e demais parceiros da comunidade (Weist et al., 2003; Wasserman et al., 2012), que “desenvolvam competências pessoais e sociais, aumentem a resiliência, a promoção da auto-estima e a autonomia dos jovens; criem um clima de escola amigável, combatam o abandono e a exclusão escolar, identifiquem crianças em risco de doença mental ou com distúrbios do comportamento e promovam a equidade, melhorar saúde mental e o bem-estar dos jovens e ajudar a construir uma sociedade com pessoas mais felizes.

Caro leitor não desista!

Boa leitura.

Maria da Conceição Bento

*Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Coimbra, 24 de fevereiro de 2014

# INTRODUÇÃO

Este livro relata o enquadramento e os resultados quantitativos do + Contigo. Trata-se de um diário de bordo de uma viagem que teve início em 2009 no decorrer de um Curso de Pós-licenciatura de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, durante o ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental Comunitária. É um projeto inscrito na Unidade de Investigação de Ciências da Saúde: Enfermagem, na linha de Bem-estar, Saúde e Doença e fazendo parte da Prevenção de Comportamentos Suicidários.

Passados mais de quatro anos o + Contigo tem vindo a ganhar dimensão, a aumentar os parceiros ... a construir mais relações na promoção da saúde mental.

O +Contigo tem como alvo primordial os adolescentes do ensino básico e secundário. Tem trabalhado sobretudo com jovens do 3º ciclo, mas consideramos em projeto, os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da área do estabelecimento de ensino, os professores e assistentes operacionais da escola e os encarregados de educação dos estudantes em projeto. Esta é uma característica do projeto, uma intervenção ecológica em rede.

@s profissionais de saúde, depois de formação específica prévia, dinamizam o projeto a nível local, fazem o contacto com as escolas, dinamizam as sessões em sala de aula, fazem a ponte com a equipe de coordenação sempre que necessário.

@s assistentes operacionais e professor@s ajudam no desenvolvimento do projeto e na deteção, vigilância e monitorização de comportamentos de risco ou outros.

@s encarregados de educação são chamados a participar como agentes promotores de saúde mental e de uma sã parentalidade na vivência familiar, numa etapa particular do desenvolvimento dos filhos, a adolescência, mas também no ciclo vital dos pais com os desafios inerentes à parentalidade nesta fase.

@s estudantes são atores principais na construção, na interpretação, no desenvolvimento e na concretização do projeto através da sua criatividade, empenho, dinâmica e sugestões na concretização dos principais objetivos do projeto: promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos de risco, particularmente da esfera suicidária.

Ao longo da implementação do projeto tod@s os intervenientes têm demonstrado um empenho notável, mesmo que por vezes o tempo disponível para o mesmo seja escasso, mesmo que por vezes estar no projeto signifique abdicar de tempo livre! Julgamos que tem valido a pena. Esperamos que o sentimento seja comum!

A presente monografia + Contigo tem como objetivos apresentar o projeto, os seus princípios enquadradores, as suas dinâmicas e resultados.

Daremos conta dos resultados quantitativos do projeto, com uma análise do diagnóstico de situação, da avaliação imediatamente após a intervenção e seis meses depois. Falaremos de forma detalhada sobre os resultados num capítulo específico.

Não falaremos de outros resultados, da riqueza do contacto com colegas em diferentes espaços e da noção de utilidade nos contextos profissionais. Não falaremos da dinâmica em torno do concurso para o logotipo do projeto. Não falaremos das pequenas vitórias conseguidas em sala de aula e relatadas pelos professores. Dos *casos* identificados e resolvidos com pequenas/grandes intervenções. Não falaremos da emoção dos pais quando nos procuram e conseguimos ajudar. Disso falaremos noutros momentos. Temo-lo feito nos Encontros + Contigo onde anualmente damos voz aos participantes no projeto e testemunhamos e partilhamos as dificuldades e os sucessos. Fizemos dois, o terceiro será como habitualmente no início do ano letivo. Não falamos como estamos gratos a todos os intervenientes que desde o primeiro momento abraçaram o + Contigo. Tod@s o sabem!

Continuamos a contar consigo!

## CAPÍTULO I

# INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR

Em Portugal, a intervenção em saúde escolar foi iniciada em 1901 (DGS, 2007) e mantida até aos nossos dias tendo, no entanto, sido alvo de várias reformas resultantes da evolução social, demográfica, cultural, etc. e numa tentativa de conciliar e ajustar as necessidades de saúde emergentes, às necessidades das escolas.

Até 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para atividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a porém aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra (DGS, 2007).

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objetivos, mas utilizando metodologias distintas. Em 1993, os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos, tendo os seus profissionais sido integrados, em 2002, nos quadros das Administrações Regionais de Saúde (ARS) (DGS, 2007).

Em 1994, em resultado de uma parceria formalizada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, iniciou-se uma cooperação que resultou numa parceria, através da candidatura e posterior adesão de Portugal à rede europeia de escolas promotoras de saúde. Esta rede de escolas promotoras de saúde em Portugal teve um crescimento muito acentuado nos anos 1998, 1999 e 2000, como consequência desta iniciativa.

As escolas promotoras de saúde, permitem e visam a capacitação dos jovens para intervir na mudança, de forma inovadora, tendo sempre por base a promoção da saúde na escola, passaram a integrar o dia-a-dia de um grande número das escolas no nosso país, resultado da grande aceitação das equipas de saúde escolar. E por acreditarem nos seus princípios, as equipas uniram-se e passaram a trabalhar mais em conjunto, resultando num reforço das intervenções/trabalho realizado, sabendo que por cada euro gasto hoje na promoção da saúde, no futuro serão ganhos 14 euros em serviços de saúde (DGS, 2007), com significativos ganhos de saúde conseguidos.

Este trabalho foi de tal forma valorizado e conseguido que, em 2006, foi assinado um protocolo mais global entre a saúde e a educação, em que os dois ministérios se

comprometeram a incrementar um modelo de parceria para implementação dos princípios das escolas promotoras de saúde.

Desde 2002 o Ministério da Saúde tem a tutela da saúde escolar, existindo um programa tipo, que as equipas de saúde escolar devem operacionalizar.

Para o presente ano letivo 2013-2014, foi emitida uma orientação da Direção Geral de Saúde (DGS, 2013a) para o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), no entanto continua atual o de 2007, que tem as seguintes finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento da promoção da saúde em meio escolar (DGS, 2007).

A população alvo do PNSE abrange toda a comunidade educativa (educadores de infância, professores, assistentes técnicos e operacionais, alunos, pais/encarregados de educação e outros profissionais com intervenção em meio escolar) dos jardins-de-infâncias, escolas do ensino básico e secundário e outras instituições com intervenção em meio escolar. Esta população alvo é muito diversificada, podendo as suas características estar relacionadas também com os contextos de vida de cada um dos envolvidos, do local onde a escola se encontra inserida e outros fatores. devendo as intervenções da equipa de saúde escolar serem capazes de dar resposta às necessidades reais e sentidas pela comunidade educativa.

O PNSE tem como áreas de intervenção prioritárias:

- A Saúde individual e coletiva;
- A Inclusão escolar;
- O Ambiente escolar;
- Os Estilos de vida.

O conhecimento atual permite afirmar que muitos dos comportamentos de risco e problemas de saúde estão associados aos estilos de vida, pelo que, a intervenção na escola direcionada para estas áreas prioritárias, de acordo com os problemas e realidades locais existentes, é seguramente um bom investimento e uma aposta ganha

para o futuro das nossas crianças e jovens. No âmbito das intervenções a realizar, o PNSE faz referência à promoção da saúde mental como atividade relevante a realizar na escola, enquanto promotora de estilos de vida mais saudáveis. Refere também que os projetos de promoção da saúde mental devem ter por base o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumentando a resiliência, a promoção da auto-estima e da autonomia e visam prevenir comportamentos de risco. Prevê que a promoção da **saúde mental na escola**, seja feita através da implementação de projetos que visem: Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos; Criar um clima de escola amigável; Combater o abandono e a exclusão escolar; Identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais; Promover a equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.) (DGS, 2007).

O PNSE refere que a escola, a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e de todos os jovens, no seu desenvolvimento académico e profissional, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental.

Salienta ainda a saúde escolar enquanto referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola, devendo promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida (DGS, 2007).

Constantino Sakellarides (1999) referiu que a escola ocupa um local central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as *peças* do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, *equipamento* para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (estradas, locais de trabalho, praias mais seguras), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes (DGS, 2007).

A recente reorganização dos serviços de saúde implicou a efetivação de novas formas de operacionalização do programa e consequentes tipos de avaliação no terreno. Independentemente da forma de organização, o princípio da escola enquanto um dos principais locais de promoção da saúde das crianças e das famílias, deverá estar sempre presente.

As equipas de saúde escolar são multiprofissionais e, independentemente da unidade de saúde a que pertençam os profissionais de saúde que as integram, estão preparados para apoiar e dinamizar a implementação/desenvolvimento de projetos de intervenção em meio escolar, partilhando saberes e experiências positivas e procurando os pontos de convergência necessários para o sucesso dos mesmos.

A intervenção em saúde escolar deve privilegiar uma metodologia de projeto, atendendo a que esta poderá funcionar com uma forma eficaz de garantir a continuidade das intervenções, articulando-se sempre com os parceiros que melhor se encontram posicionados para a sua implementação.

Para a implementação/desenvolvimento dos projetos, as parcerias estabelecidas podem disponibilizar um conjunto de recursos e meios que, de outra forma, seriam inacessíveis e que podem potenciar a qualidade dos recursos materiais utilizados e abrangência dos mesmos, numa altura em que mais do que nunca há elevada necessidade de gerir com eficiência os recursos humanos e materiais existentes.

O envolvimento da comunidade educativa assume um papel preponderante em todo este processo, importando assegurar e garantir as condições para a implementação e o sucesso dos projetos sendo por isso, muito importante a sua inclusão nos projetos educativos dos agrupamentos de escolas e/ou escolas não agrupadas. Em simultâneo, as equipas de saúde escolar deverão, de igual forma, garantir a sua inclusão nos Planos de Ação para o programa de saúde escolar nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)/ Unidades Locais de Saúde (ULS) e respetivas unidades de saúde, para serem garantidos os meios necessários e suficientes para a intervenção sistemática em saúde escolar.

Neste contexto, importa garantir os meios necessários para a avaliação das intervenções realizadas que, tanto quanto possível, deverão traduzir os ganhos em saúde alcançados. A realização desta avaliação será, seguramente, um dos maiores contributos que as equipas de saúde escolar poderão dar para atingir os objetivos, descritos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), uma vez que, em simultâneo, com a operacionalização de ações específicas, no âmbito do PNSE, utilizam na sua prática diária uma estratégia global previamente definida, que lhes permite melhorar o seu desempenho e, como é referido no PNS, trazer mais valor ao sistema de saúde.

Cada vez mais as solicitações direcionadas às crianças e jovens são muitas e variadas, aplicadas com dinamismo e elevada capacidade de captar a sua atenção. Num contexto de intervenção em saúde escolar é importante que as estratégias utilizadas contemplem metodologias interativas e participativas, como garante de boa aceitação e envolvimento das crianças e jovens no desenvolvimento das mesmas. Perante este contexto, a garantia do sucesso destas intervenções, terá cada vez mais de passar pela capacidade de reinventar e adaptar novas tecnologias, de uma forma ativa e que permita a participação de todos os intervenientes nos vários contextos em que se desenvolve (sala de aulas, escola, comunidade, etc.).

O envolvimento da equipa de saúde escolar na articulação com toda a comunidade educativa e com os parceiros é essencial para o êxito das intervenções em saúde escolar e particularmente dos projetos a desenvolver, na medida em que esta funciona como

elemento central na articulação com toda a dinâmica existente em cada estabelecimento de ensino (incluindo os órgãos de direção da escola), mas de forma mais direta e próxima com os professores pelo projeto de educação para a saúde da escola, atores privilegiados e essenciais para o desenvolvimento de qualquer atividade ou projeto.

A equipa de saúde escolar deve manter todo este dinamismo na articulação da escola com os serviços de saúde, nas questões de saúde individual, em ligação com as equipas de saúde familiar, com envolvimento dos encarregados de educação, numa tentativa de resolução/melhoria de qualquer problema identificado, atendendo a que não pode ser esquecido o facto de que esta equipa acompanha a família/criança ao longo de todo o ciclo vital, sendo por isso o melhor aliado para o acompanhamento no momento e no futuro da criança, jovem e família.

De forma mais global, a equipa de saúde escolar poderá ainda envolver-se no sentido de proporcionar aos restantes profissionais de saúde dos serviços, momentos formativos ou outros que visem criar as condições para implementação de projetos ou realização de outras atividades mais vastas, no contexto das intervenções em saúde escolar. O aprofundar de algumas temáticas relacionadas com as problemáticas identificadas/projetos a implementar visa, acima de tudo, a sensibilização e envolvimento de todos em torno de uma causa comum, como garantia de sucesso dos projetos e consequentes repercussões na saúde e bem-estar das comunidades educativas envolvidas, particularmente das nossas crianças e jovens.



## CAPÍTULO II

# PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NAS ESCOLAS E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Como foi referido anteriormente a escola é um dos mais importantes contextos comunitários para a promoção a saúde mental dos jovens (WHO, 2001) e, em Portugal a promoção de saúde mental nas escolas tem sido, nos últimos anos, uma prioridade. Entendemos por promoção de saúde mental nas escolas as intervenções psicossociais e serviços organizados especificamente para o apoio e desenvolvimento de novas aprendizagens/ desafios para estudantes ao nível social, emocional e educacional, identificando e atuando nas necessidades específicas dos estudantes (Franklin et al., 2012).

É possível identificar programas específicos para a promoção da saúde mental desde o séc. XIX (1890) nos Estados Unidos. De uma forma geral este tipo de programas tem sido generalizado nas sociedades ocidentais, podendo ser identificados vários tipos de programas, modelos de intervenção e diferentes formas de avaliação de resultados. Apesar disso, continua a ser negligenciado em países de baixo e médio rendimento per capita (Barry et al., 2013) e a não ser satisfatório noutros contextos (OFSTED, 2005). Todavia, estima-se que entre 10 a 20% dos jovens tenham problemas de saúde mental (Kieling et al., 2011), que estão associados a questões de saúde e questões sociais, como por exemplo, reprovações na escola, delinquência e abuso de substâncias que aumentam o risco de pobreza e outras adversidades na adultez (Jenkins et al., 2011). Existe uma população escondida de adolescentes em sofrimento incluindo alguns com graves problemas de saúde mental (Madge et al., 2008).

A evidência aponta para que programas de promoção de saúde mental nas escolas, com um modelo de intervenção global contribuem para uma melhor saúde mental e melhores resultados educacionais (Weare & Nind, 2011).

Uma das questões iniciais prende-se com o formato do programa. Tem-se verificado que os projetos que têm um modelo ecológico, com uma intervenção global e um funcionamento em rede tendem a ser mais eficazes (Diekstra, 2008).

Por modelo ecológico entendem-se como referência as interações múltiplas, dinâmicas e complexas de todos os fatores e entre os vários níveis, ajudando a providenciar pontos-

-chave para a prevenção primária e para a intervenção. Importa ter em conta os quatro níveis: individual, relacional, comunitário e social, sendo todos compostos por fatores protetores e fatores de risco (OMS, 2002).

Por sua vez, a promoção da saúde mental nas escolas implica um trabalho em rede em que o sistema escolar se agrega aos centros de saúde mental comunitária, centros de saúde, hospitais e universidades de forma a ampliar a promoção e oferta de intervenções e serviços (Weist et al., 2003). O sucesso dos programas aumenta com a cooperação das escolas, dos professores, dos líderes locais e demais parceiros (Wasserman et al., 2012).

A efetividade dos programas tem sido pouco avaliada mas, mesmo assim é possível concluir que, de uma forma geral todos melhoram algumas variáveis (Barry et al., 2013). Numa revisão sistemática foi possível identificar efeitos positivos em jovens a viver em zonas de conflito, sobretudo no bem-estar emocional e comportamental, incluindo aumento da auto-estima e coping. Todavia, alguns estudos mostram resultados modestos com diferenças entre idades e género (Barry et al., 2013).

Um fator geralmente não avaliado prende-se com os recursos socioeconómicos dos estudantes que poderão interferir definitivamente na leitura sobre os resultados do programa (Dix et al., 2012). Outra dificuldade da avaliação prende-se com a variabilidade entre turmas (Mishara & Ystgaard, 2006). Também a questão temporal é importante, os programas devem ter tempo suficiente de implementação para permitir uma avaliação ajustada (Cooper & Clements, 2011).

Os apoios económicos para o desenvolvimento dos programas são, regra geral, escassos pelo que a necessidade de financiamento dos programas implica uma preocupação de melhoria da qualidade, avaliação da efetividade do programa e a defesa do mesmo para que possa haver financiamento (Weist et al., 2003).

## **Prevenção dos comportamentos suicidários**

Os programas que promovem a saúde mental, através da promoção de fatores protetores podem mediar o comportamento suicida, como as redes familiares e sociais funcionais e os programas que aumentam a literacia, promovendo maior conhecimento e maior celeridade na procura de ajuda, também podem prevenir os comportamentos suicidários. No entanto, estes programas devem ser complementados com instruções sobre as especificidades em torno dos comportamentos suicidários (Brás & Santos, 2014).

A ideação suicida e os comportamentos suicidas são comuns em idade escolar e associam-se com frequência a perturbações psicológicas passíveis de serem identificadas nas escolas (Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000). Contudo, somente 10 a 20% dos

adolescentes, ou um em cada oito, que protagonizam comportamentos auto-lesivos vai ao hospital como consequência desse ato, sendo as intoxicações medicamentosas as situações mais comuns (Hawton et al., 2002; Madge et al., 2008; Ystgaard et al., 2003). Há uma correlação positiva entre comportamentos auto-lesivos e história de abuso sexual, depressão, ansiedade, alexitimia hostilidade, consumo de tabaco, dissociação, ideação suicida, comportamentos suicidas (Jacobson & Gould, 2007).

Na ausência de estudos epidemiológicos com alcance nacional, referimos as estatísticas internacionais que apontam para cerca de 30 comportamentos não fatais por cada suicídio consumado na população em geral, mas se tivermos em conta apenas os jovens entre os 15 e os 24 anos esses números sobem para um intervalo entre 100 e 200 comportamentos (Bertolote & Fleischmann, 2009)

O fundamento dos programas específicos sobre o suicídio consiste em eliminar ou reduzir as condições que colocam os estudantes em risco de suicídio e fortalecer os fatores protetores do comportamento suicida (Berman, Jobes & Silverman, 2006).

Podemos identificar vários tipos de programas de prevenção do suicídio: ações de rastreio, programas psicoeducacionais, desenvolvimento de competências, formação de porteiros sociais, atividades de pósvenção, programas multinível.

De uma forma sintética poderemos caracterizar cada um deles da seguinte forma:

As ações de rastreio têm como objetivo identificar casos de risco que necessitem de avaliação mais específica e intervenção clínica; Os programas psicoeducacionais consistem em atividades didáticas e pedagógicas destinadas à aquisição de conhecimentos sobre a temática do suicídio e aspetos psicológicos associados; O desenvolvimento de competências pretende fortalecer os fatores protetores do comportamento suicida e pode ser implementado de forma complementar aos programas psicoeducacionais; O treino de porteiros sociais (emergentes ou designados) pode ter como destinatários, para além dos próprios jovens, outras pessoas que com estes convivam regularmente ou tenham uma relação privilegiada, quer na comunidade escolar, quer fora dela; As atividades de pósvenção são desenvolvidas quando ocorre o suicídio de um jovem membro da escola. Estas atividades têm como objetivos identificar jovens em risco através de um rastreio, reduzir o stresse em jovens e agentes escolares que eram próximos da pessoa falecida, designados por sobreviventes e diminuir o risco de suicídios por imitação; Os programas multinível associam duas ou mais estratégias referidas anteriormente. Se devidamente coordenados e planeados permitem criar sinergias entre todas as intervenções potencializando os efeitos desejados, podendo ser mais eficazes (Brás & Santos, 2014).

## População alvo

As primeiras iniciativas na década de 90 excluíam os estudantes e incluíam os pais, pois persistiam dúvidas sobre eventuais efeitos controversos da aplicação destes programas diretamente aos jovens (Shaffer & Gould, 2000).

A evolução do conhecimento sobre a eficácia das abordagens de prevenção primária nas escolas contribuiu para que atualmente se preconize a sua aplicação coordenada e complementar aos estudantes, a todos os agentes educativos (administradores escolares, professores, staff escolar, psicólogos escolares, enfermeiros e outros profissionais da escola), aos pais ou encarregados de educação e à comunidade local (Shaffer & Gould, 2000; Kalafat, 2003; Brás & Santos, 2014).

A inclusão de toda a escola (professores e auxiliares incluídos) nas estratégias definidas e a implementação de um programa com duração superior a seis meses optimizam os resultados alcançados a curto e médio prazo, nomeadamente aprendizagem ou melhoria de habilidades e competências sociais, atitudes positivas em relação a si e aos outros, redução de comportamento anti-social, prevenção ou identificação precoce de doença mental, melhoria dos resultados escolares (Diekstra, 2008).

Os professores, por exemplo, apesar da sua posição estratégica para identificarem sinais de alerta nos adolescentes, não têm um conhecimento muito alargado sobre o suicídio (MacDonald, 2004), e sentem-se incapazes para lidar com alunos com doença mental (Rothi, Leavey & Best, 2008). Todavia, são chamados a intervir em muitas situações, nalgumas de forma isolada (Franklin et al., 2012). Talvez por isso não devem ser afastados do programa e das sessões de intervenção, podendo aprender pelo exemplo em vez de apenas executar as directrizes dos expert em saúde mental (Rothi, Leavey & Best., 2008).

Cerca de metade dos adolescentes pensa no ato uma hora antes (Madge et al., 2008) tendo um comportamento de grande impulsividade e as principais razões para tal são conseguir alívio de um estado de sofrimento mental terrível (Madge et al., 2008). Mais recentemente tem sido associado o bullying aos comportamentos suicidários adolescentes, não só as vítimas, mas também os agressores (Klomek, Sourander & Gould, 2010), sendo o reforço dos fatores protetores e das competências sociais acompanhados pela monitorização de comportamentos, pelos professores e estudantes, importantes medidas para a sua prevenção (Kaminski & Fang, 2009). Também por isso um ambiente promotor de saúde mental, esclarecido e perspicaz, pode permitir a identificação de sinais de alarme e uma primeira intervenção de proximidade, que as escolas com programas de prevenção deverão ser capazes de interpretar.

Hoje podemos afirmar com segurança que os programas aumentam o conhecimento dos estudantes e influenciam as suas atitudes sem qualquer evidência em efeitos

indesejáveis, por exemplo aumentar níveis de desesperança (Ciffone, 2007; Portzky & Van Heeringen, 2006; Diekstra, 2008). Todavia, algumas hesitações e receios persistem ainda nalguns espaços escolares pelo receio de *motivar para o suicídio* ou pela insegurança dos atores em abordar o assunto. Os programas incluídos nos currícula dos cursos têm menos obstáculos que os programas de rastreio, devido à não autorização dos pais (Whitney et al., 2011). Apesar disso tem sido possível implementar programas de prevenção do suicídio na realidade nacional.

A nível nacional, o trabalho do Núcleo de Estudos do Suicídio foi pioneiro na prevenção e pósvenção de comportamentos suicidários nas escolas, sobretudo na região da grande Lisboa (<http://nes.pt/>). Recentemente na região do Algarve foi também desenvolvida uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas, dirigida a jovens do ensino secundário (Brás, 2014). Outros programas existem para a promoção de saúde mental nas escolas, nomeadamente o Feliz Mente (<http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/>), através da promoção da literacia em saúde mental; o Aventura Social (<http://aventurasocial.com/>) que tem desenvolvido trabalho no domínio da promoção da saúde e comportamento social; a Encontrar-se: Associação Para a Promoção da Saúde Mental, que além de outras atividades também desenvolve intervenções em contexto escolar (<http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Pagel=1>)

O recentemente criado Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) inclui os adolescentes como uma população com intervenção prioritária e prevê:

- a) Campanhas de prevenção nas escolas (incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e família), através do combate ao estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas;
- b) Criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo uma visão ecológica e integradora;
- c) Maior restrição do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas;
- d) Aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência (DGS, 2013b).

A prevenção do suicídio em meio escolar tem-se revelado extremamente pertinente. A prioridade de intervenção nesta faixa etária mantém-se dado que a ocorrência destes comportamentos da esfera suicidária na adolescência aumenta o risco de problemas na idade adulta (Wasserman et al., 2010; Brás & Santos, 2014).



## CAPÍTULO III

# COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é considerada uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, cronologicamente abrange os indivíduos que se encontram entre os dez e os 20 anos de idade (WHO, 2011).

A determinação rigorosa do início e do fim da adolescência não é consensual, podendo variar em relação ao sexo, etnia, geografia, cultura e condição socioeconómica (Saraiva, 2006; Batista, 2010).

Nesta etapa de transição marcadas transformações a nível físico, psíquico, afetivo e social, o adolescente é confrontado com uma série de problemas e desafios que exigem um esforço de reorganização para a sua resolução, cumprindo assim as várias tarefas desenvolvimentais.

De facto, numa fase intensa e marcada por profundas alterações, conflitos e desafios, a instabilidade emocional poderá ser vivenciada como um período de crise com repercussões na saúde mental dos adolescentes, tornando-os vulneráveis à adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas (Borges & Werlang, 2006).

Baggio, Palazzo & Aerts (2009) destacam que o comportamento suicida ocorre, muitas vezes, como reflexo de conflitos internos, sentimentos de depressão e ansiedade que acompanham a profunda reorganização física, psíquica e social que ocorre na adolescência.

### Dados epidemiológicos

Os comportamentos suicidários nos adolescentes representam um grave problema de saúde mental e pública a nível mundial, com importantes repercussões sociais, familiares e económicas (WHO, 2002; Borges, Werlang & Copatti, 2008; WHO, 2010).

Mundialmente, o suicídio constitui-se como a 13<sup>a</sup> causa de morte, apresentando uma taxa de mortalidade global de 16 por 100 mil habitantes (DGS, 2013b). A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem por suicídio, o que representa uma

morte a cada 40 segundos, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020 (WHO, 2010). Cerca de um quarto das mortes afectam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos (Collet et al., 2003; Schmitt et al., 2001).

O suicídio representa a 2ª causa de morte na faixa etária dos 15-19 anos, a seguir aos acidentes de viação (Callahan et al., 2011; Sharp, 2013; DGS, 2013b).

Os índices de suicídio nos jovens têm aumentado significativamente, principalmente em países como Rússia, Lituânia, Finlândia, Japão e Hungria (Hawton, Saunders & Connor, 2012; Varnik et al., 2009).

A nível mundial a taxa de suicídio nos adolescentes em 2010 foi de 19,94 por 100 mil habitantes. Anualmente cerca de 164 mil adolescentes perdem a vida por suicídio e estima-se que 4 milhões façam tentativas de suicídio (Hawton, Saunders & Connor, 2012; Sharp, 2013).

Contudo, basear a avaliação do risco e a dimensão do problema tendo como único indicador o número de mortes por suicídio, revela uma fotografia gravemente incompleta (Tompkins, Witt & Abraibesh, 2009). Por um lado a subnotificação dos casos de suicídio persiste em diversos países, inclusivamente em Portugal, em que um número significativo de óbitos por suicídio são notificados como morte acidental ou como morte com causa indeterminada (Borges, Werlang & Copatti, 2008; Hawton, Saunders & Connor, 2012; Saraiva, 2006), por razões culturais, religiosas e económicas.

Em Portugal, o suicídio é um fenómeno que predomina sobretudo na população idosa, pelo que a taxa de mortalidade por suicídio em adolescentes não é muito expressiva (DGS, 2013b; Saraiva, 2006). No ano de 2012, em Portugal a taxa global de suicídio foi de 10,2 por 100 mil habitantes e concretamente nos adolescentes dos 15 aos 24 anos foi de três por 100 mil habitantes, sendo 4,5 nos rapazes e 1,4 nas raparigas (INE, 2014).

Alguns autores denunciam a fragilidade destes dados, alertando não só para a subnotificação dos casos de suicídio anteriormente referida, mas também pelo aumento dos anos de vida potencialmente perdidos, o que pode indiciar um aumento de suicídios em pessoas cada vez mais jovens (Borges, Werlang & Copatti, 2008; DGS, 2013b; Saraiva, 2006).

## **Conceitos (ou noções) importantes**

**Atos suicidas:** incluem a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (DGS, 2013b).

**Suicídio consumado:** refere-se a todas as mortes auto-infligidas de forma voluntária. Ato em que o indivíduo coloca a sua vida em perigo e resulta em morte (WHO, 2002).

**Tentativa de suicídio:** refere-se a gestos auto-destrutivos não fatais, com intenção suicida. Ato em que a pessoa coloca em perigo a sua vida, de forma voluntária, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado (DGS, 2013b; WHO, 2002).

**Ideação suicida:** refere-se aos pensamentos e cognições sobre a intenção de acabar com a própria vida (Batista, 2005; Saraiva, 2006). Podem manifestar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato (DGS, 2013b).

**Comportamentos autolesivos:** caracterizam-se por atos autolesivos sem intencionalidade suicida como as automutilações ou intoxicações/sobredosagem. São exemplos deste comportamento: as flebotomias em diferentes zonas do corpo, beliscões, perfurar e queimar a pele, ingerir substância ou objeto não ingeríveis (lixívia, detergente, lâminas ou pregos), saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo (DGS, 2013b; Kapur et al., 2013; Saraiva, 2006).

### **Comportamentos suicidários nos adolescentes**

O ato suicida nos adolescentes deve ser considerado com o culminar de um sofrimento psíquico grave (Wohl & Joffe, 2000), em que o adolescente encontra na sua morte a resolução dos seus problemas e o fim do seu sofrimento e dor (Saraiva, 2006). O suicídio é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas. Os rapazes recorrem a métodos mais letais como, a precipitação e o uso de armas de fogo, e nas raparigas são mais comuns as intoxicações medicamentosas, sobretudo com psicofármacos (DGS, 2013b; Wilcox et al., 2010).

Estima-se que as tentativas de suicídio sejam cerca de 20 a 30 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado e também que, para cada tentativa de suicídio registada oficialmente, existem pelo menos quatro tentativas não registadas (Rapeli & Botega, 2005; WHO, 2010; Stefanello et al., 2008).

O comportamento suicida é entendido como um processo de evolução gradual em que o desenvolvimento e a intensificação dos pensamentos suicidas poderão conduzir às tentativas de suicídio e por sua vez ao suicídio consumado (Marcelli & Braconnier, 2005; WHO, 2002). Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de forma imediata, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, as tentativas e a concretização da morte oferece um tempo propício e de crucial importância para a intervenção terapêutica (Krüger & Werlang, 2010).

A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005; Saraiva, 2006). A intensidade desses pensamentos, profundidade, duração e o contexto em que surgem podem conduzir à passagem de ideação suicida passiva para ideação ativa, podendo indiciar risco elevado de suicídio (Bridge, Golstein & Brent, 2006; WHO, 2002; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Quanto mais grave a ideação suicida, isto é, quanto maior a frequência, intenção e planejamento, maior é a probabilidade de uma tentativa de suicídio (Bertolote, et al., 2004; Bridge, Golstein & Brent, 2006; Mann, 2005).

A ideação suicida tem, na adolescência, uma prevalência de 15 a 25% (Bridge, Golstein & Brent, 2006). Sampaio et al. (2000) referem a existência de ideação suicida em 34% dos casos numa amostra de 822 jovens portugueses, em que destes, 7 % fizeram uma tentativa de suicídio. Ordaz et al. (2004) encontraram uma prevalência de ideação suicida de 50% numa amostra de 625 estudantes entre os 15 e os 18 anos.

A presença de ideação suicida e de comportamentos auto-lesivos representam importantes preditores para a tentativa de suicídio nos adolescentes e está por isso associado ao risco de suicídio (Bathia & Bathia, 2007; Wilcox et al., 2010).

É consensual entre os peritos, que é fundamental desenvolver esforços no sentido de avaliar a intenção suicida dos comportamentos de forma a diferenciar os comportamentos autolesivos dos atos suicidas.

Existem três características comuns nos potenciais suicidas (WHO, 2002):

A ambivalência – coexiste um misto de sentimentos entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Esta ambivalência é expressa pela manifestação da intenção de morrer e sinais de alerta a familiares, amigos, técnicos de saúde.

A impulsividade – precipitado sobretudo por eventos negativos. Durante a adolescência, a impulsividade é uma característica comum, e não sabendo gerir muitas vezes a frustração ou situações geradoras de stress, os adolescentes incorrem neste tipo de comportamento como reação a uma discussão familiar ou rutura amorosa.

Rigidez cognitiva – associado à depressão, a pessoa concentra-se no desejo de morrer não conseguindo encontrar alternativa para os seus problemas.

## **Comportamentos autolesivos**

Entre adolescentes e jovens adultos os comportamentos autolesivos são os mais comuns (Sharp, 2013; Wilcox et al., 2010) e caracterizam-se por automutilações ou intoxicações/sobredosagem sem intenção suicida (Kapur et al., 2013; Saraiva, 2006).

A prevalência destes comportamentos entre adolescentes é divergente e apresenta lacunas, considerando-se que só se conhece uma pequena parte da realidade, não permitindo assim que exista uma real consciência do problema e que se possam identificar os indivíduos que estão em maior risco (DGS, 2013b; Madge et al., 2008). Justificado pelo elevado número de adolescentes envolvidos, mas sobretudo pela evidente relação com os atos suicidas e também pelos prejuízos individuais, familiares e sociais associados (Rodham & Hawton, 2009), os comportamentos autolesivos assumem-se como uma preocupação e um foco importante de política social e prática profissional nos países ocidentais (Glassman et al., 2007).

É um fenómeno em evidente crescimento entre os adolescentes e os estudantes do ensino secundário e superior (Rodham & Hawton, 2009; Williams & Bydalek, 2007).

Estima-se que ocorram cerca de 100 a 200 comportamentos autolesivos por cada suicídio consumado (Westefeld et al., 2006).

Estes comportamentos têm início na adolescência, e mantêm-se na grande maioria dos casos durante mais 10 ou 20 anos, envolvendo prejuízos para a saúde física (problemas digestivos, cardíacos e metabólicos) e mental (anorexia, depressão, cleptomania, depressão major), mas também maior vulnerabilidade à adoção de comportamentos de risco (abuso de álcool e drogas, problemas legais, comportamentos de hetero-agressividade, condução perigosa, sexualidade promiscua) (Goldman-Mellor et al., 2013; Williams & Bydalek, 2007).

Nas raparigas entre os 12 e 15 anos os comportamentos autolesivos são cinco vezes mais frequentes que nos rapazes (Hawton, Saunders & Connor, 2012; Nock, 2009; Wilcox et al., 2010).

A taxa de incidência dos comportamentos de auto-lesão é mais elevada em adolescentes do que em adultos, aproximando-se dos 40% nos indivíduos jovens. Entre 13% a 39% dos adolescentes na comunidade referem ter tido pelo menos um comportamento autolesivo ao longo da sua vida (Nock & Prinstein, 2004; Saraiva, 2006; Wilcox et al., 2010). Este número sobe significativamente em adolescentes em regime de internamento psiquiátrico, sendo que 40% a 80% dos adolescentes têm comportamentos auto-lesivos (Heath et al., 2009; Nock & Prinstein, 2004).

No estudo *CASE - Child & Adolescent Self-harm in Europe* (Madge et al., 2008), que envolveu cerca de 30 mil adolescentes de seis países europeus e Austrália com idades entre os 14 e os 17 anos, os autores verificaram que os comportamentos auto-lesivos são precursores do suicídio e têm uma alta probabilidade de repetição de episódios. 11,5% dos jovens relatou um comportamento auto-lesivo no último ano e 17,8 % (destes 13,5% são raparigas e 4,3% são rapazes) reportou um episódio durante a vida. A maioria

das vezes estes comportamentos ocorreram em casa e os métodos mais frequentes foram as flebotomias (55,9%) e as overdoses (22,3%) e cerca de 10,2% dos jovens conjugou vários métodos. A grande maioria dos episódios ocorreu sem que ninguém soubesse e também por isso, o jovem não recebeu tratamento hospitalar, apenas 12,4% das situações justificou assistência hospitalar.

No estudo *Health Behaviour In School-Aged Children* (HBSC) desenvolvido em Portugal em 2010, foram inquiridos 5050 estudantes, do 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, com uma média de idades de 14 anos. Constatou-se que 15,6 % dos adolescentes mencionaram ter tido pelo menos um comportamento autolesivo nos últimos 12 meses. Os métodos mais comuns foram as automutilações e ingestão de doses sub-letais de tóxicos ou medicação (Matos & Equipa Aventura Social, 2010).

Os comportamentos de autolesão representam uma forma de expressar e lidar com a angústia, tensão, ansiedade e dor psicológica profundas (Williams & Bydalek, 2007). Sem intenção suicida presente, estes comportamentos exprimem uma necessidade de mudança ou o alívio da dor psicológica (Reis et al., 2012; Saraiva, 2006). De acordo com Potter (2003) e Nock e Prinstein (2004) estes comportamentos conferem ao adolescente uma sensação de controlo sobre si próprio e cumprem as funções de regulação emocional e de comunicação, e devem ser entendidos sempre como um pedido de ajuda e uma expressão inequívoca do seu sofrimento.

Estes comportamentos exigem uma intervenção específica e atempada, porque apesar de na sua origem não estar presente intenção de morte, se não foram tratados podem anteceder o suicídio Rodham e Hawton (2009). Bennewith et al. (2002) referem que 15 a 23% dos indivíduos repetirão o comportamento auto-lesivo dentro de um ano após o primeiro episódio e 3 a 5% acabarão por cometer suicídio consumado dentro de 5 a 10 anos.

No contexto dos comportamentos autolesivos, termos como parasuicídio e comportamentos de violência autodirigida podem também ser encontrados na literatura. A DSM 5, publicada em maio de 2013, apresentou um novo diagnóstico – *Non suicidal self injury*, que incluiu a prática de autolesões diretas e voluntárias no tecido corporal sem intenção suicida (Nock & Favazza, 2009; Kapur et al., 2013). Apesar de contribuir para a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde com uma linguagem única, não reúne consenso entre os peritos. As principais críticas apontadas são: a dificuldade em muitos casos averiguar presença de ideação e intencionalidade suicida, a exclusão dos casos de intoxicações, a aparente desvalorização do comportamento ao considera-lo *non suicidal* quando é considerado um importante preditor para o suicídio e contribuir para a estigmatização de milhares de jovens ao atribuir um diagnóstico, do qual se desconhecem totalmente as causas e o tratamento adequado e eficaz (Kapur et al., 2013).

## **Fatores preditores e de risco associado aos comportamentos suicidas e autolesivos**

Os comportamentos suicidas são fenómenos complexos e multifatoriais e por isso de difícil explicação, uma vez que resultam da interação de múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais) (Saraiva, 2006; DGS, 2013b; Santos et al., 2012).

Neste contexto, Araújo, Vieira e Coutinho (2010) referem que os fatores de risco são elementos que podem desencadear ou associar-se ao desenvolvimento do comportamento suicidário, não sendo, necessariamente, o fator causal.

Não havendo evidente consenso acerca de que fatores, contextos ou combinações de circunstâncias conduzem à adoção de comportamentos suicida ou autolesivo num adolescente, salientam-se alguns dos fatores de risco ou precipitantes mais importantes:

### **História de tentativas de suicídio, ideação suicida e comportamentos autolesivos**

A história de tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos e a presença de ideação suicida são importantes preditores para a consumação do suicídio (Borges, 2004; Cheng et al., 2010; DGS, 2013b; Wilcox et al., 2008).

Estima-se que o risco de suicídio em pessoas com tentativas de suicídio prévias seja 100 vezes maior do que o da população em geral (Owens, Horrocks & House, 2002).

Cerca de 25 a 40% dos jovens que se suicidam tiveram, pelo menos, uma tentativa de suicídio prévia. Estima-se que até 11% dos adolescentes que fazem tentativa de suicídio através de intoxicação irão suicidar-se nos próximos anos (Hurry, 2000; Ward et al., 2000).

Num estudo realizado em Portugal com estudantes de escolas secundárias do Norte, Centro e Sul do país, com idades entre os 15 e os 18 anos, cerca de 7% tinha feito uma ou mais tentativas de suicídio (Sampaio et al., 2000).

Walsh e Eggert (2007) constataram que cerca de 40% dos alunos reportaram ideação suicida e que 17% tentou uma ou mais vezes o suicídio.

Christiansen e Jensen (2007) referem que os indivíduos com história de comportamentos autolesivos e de tentativa de suicídio, representam um grupo bem definido com maior risco de repetição do comportamento, de suicídio e de morte prematura. Verificaram também que existe uma associação positiva entre a repetição e o subsequente suicídio.

## **Existência de Psicopatologia**

Os comportamentos suicidários na adolescência ocorrem na maioria das vezes associados a quadros psiquiátricos de elevado risco. O diagnóstico de doença mental está presente em cerca de 90% dos jovens que se suicidaram, estimando-se que 60% aconteçam no contexto de uma depressão (Bahls, 2002; DGS, 2013b; Hawton & Fortune, 2009; Hawton, Saunders & Connor, 2012).

O risco de suicídio é 20 vezes maior para pessoas com depressão e 15 vezes maior em pessoas com doença bipolar (Hawton & Fortune, 2009; Wyeth, 2008).

Garlow et al. (2008) num estudo desenvolvido entre 2002 e 2005, incidiu na avaliação da depressão e ideação suicida numa amostra constituída por 729 alunos, constataram que cerca de 75% apresentava sintomatologia depressiva e encontraram forte relação entre a severidade dos sintomas depressivos e a ideação suicida. Verificaram também que a sintomatologia depressiva era significativamente mais alta nos alunos que reportaram história de tentativa de suicídio ou de comportamento autolesivos (16,5%) do que nos restantes alunos sem história destes comportamentos.

O Projeto de Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar + Contigo, durante o ano 2012/2013, envolveu 1699 alunos de estabelecimentos de ensino da região centro, com uma média de idades de 13,63 anos. Constatou-se que 27,9% dos adolescentes apresentava sintomatologia depressiva e destes 14,5% apresenta sintomatologia depressiva moderada a grave. Deste último grupo, 136 alunos (9,98%) encontrava-se em maior risco de adotar um comportamento suicidário (Erse et al., 2013).

A presença de depressão e comorbilidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias, representa um risco de comportamento suicida em adolescentes três vezes mais elevado em comparação com os adolescentes que não tem associado nenhuma psicopatologia (Gunnell, Middleton & Frankel, 2000; Ward et al., 2000).

O abuso de substâncias está relacionado com os atos suicidas, sendo o risco mais elevado nos rapazes, sobretudo em associação com perturbações do comportamento (Hawton, Saunders & Connor, 2012).

Dados da WHO (2002) realçam elevada incidência de transtornos de personalidade, sendo os mais frequentes o transtorno da personalidade “borderline” e o transtorno da personalidade antissocial, como estando também associados aos comportamentos autolesivos (DGS, 2013b).

## **Ansiedade e eventos negativos de vida**

Inúmeros estudos apontam para associações significativas entre ideação suicida, tentativas de suicídio e acontecimentos de vida geradores de stresse.

No estudo realizado por Garlow et al. (2008), foi encontrada uma significativa relação entre o sofrimento psíquico e a ansiedade com a ideação suicida, em que a ansiedade, a irritabilidade, o desespero e falta de controlo foram mais comuns nos jovens com ideação suicida.

A vivência de stresse intenso ou evento negativo gerador de crise podem precipitar a adoção de atos suicidas e comportamentos auto-lesivos: os conflitos familiares; a rutura amorosa, a perda de amigos ou de uma pessoa significativa; os problemas disciplinares e académicos; o envolvimento no sistema judicial; a doença física; atos suicidas na família, colegas ou amigos (Donald et al., 2006; Gould et al., 2005; Hawton, Saunders & Connor, 2012; King, Kramer & Preuss, 2006; Saraiva, 2006; Wyeth, 2008).

Vários estudos apontam a elevada importância dos eventos negativos na história de desenvolvimento, em que a vivência de maus tratos durante a infância, de violência física ou psicológica e existência de abusos sexuais pode conduzir os jovens à depressão e à adoção de comportamentos suicidários. Os abusos sexuais e físicos estão fortemente associados ao suicídio, tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos: 15 a 20% das raparigas que fazem tentativas de suicídio têm uma história de abuso sexual (DGS, 2013b).

Num outro estudo, Ruchkin et al. (2003) evidenciaram que a exposição à violência é um fator importante na adoção de comportamentos suicidários, acrescentando que o risco de repetição de tentativas de suicídio é oito vezes maior nos jovens com história de abusos sexuais.

A imitação ou contágio, também designados por Efeito Werther é outro facto de risco que pode levar ao aumento de comportamentos da esfera suicidária, com repercussões nas taxas de suicídio, particularmente em pessoas *famosas* ou próximas.

### **Baixa autoestima e diminuição da capacidade de resolução de problemas**

As evidências científicas revelam existência de relação entre a ideação suicida e tentativas de suicídio com a baixa autoestima (Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003). A autoestima diminuída leva as pessoas a avaliarem-se como incapazes de solucionar os problemas colocados pela vida e a antecipar o futuro de forma negativa (Cruz, 2006). Por outro lado, as pessoas com comportamentos suicidas, tendem a apresentar maiores dificuldades na resolução dos problemas pessoais colocados pela vida diária, por apresentarem rigidez cognitiva e disporem de baixo nível de competências sociais (Cruz, 2006; Walsh & Eggert, 2007).

### **Sentimentos de desesperança**

A desesperança traduz uma distorção cognitiva caracterizada pela perceção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros, pelo sentimento de incapacidade e pela perceção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas.

A desesperança é definida como uma crença de que não há solução para os problemas de vida que enfrentam (Beck et al., 1985) e é apontada como uma característica central da depressão e serve de ligação entre depressão e suicídio.

Inúmeros estudos encontraram relação entre a desesperança e o comportamento suicida (Abreu et al., 2010; King, Kramer & Preuss, 2006; Thompson et al., 2005; Tsai et al., 2010; Viana et al., 2008; Wyeth, 2008).

### **Ausência de suporte familiar e social**

A ausência de suporte familiar e social pode representar um fator acrescido de risco de suicídio, em que os conflitos familiares e a dificuldade nos relacionamentos familiares e amorosos são mencionados por inúmeros autores (Fortune et al., 2008; Kuhlberg, Peña & Zayas, 2010; Randell et al., 2006; Portzky et al., 2008; Walsh & Eggert, 2007).

Salientam-se os padrões de vinculação inseguros, os conflitos familiares, os cuidados parentais deficitários, a violência familiar, o sobreenvolvimento emocional; pais com autoridade excessiva, divórcio, famílias adotivas relações conflituosas com amigos e o isolamento social e ainda condições sociais e educacionais desfavoráveis podem conduzir à adoção de comportamento suicidários (De Leo, Bertolote & Lester, 2003; Donald et al., 2006; Gould, Shaffer & Greenberg, 2003; Santos, 2007; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth, 2008).

O consumo de álcool e droga na família foi associado a um maior risco de suicídio (Mittendorfer-Rutz, Rasmussen & Wasserman, 2008; Waldrop et al., 2007), bem como a presença de doença mental nos pais (Bycroft, 2010; Randell et al., 2006) e história de suicídio na família (Saraiva, 2006; Walsh & Eggert, 2007; WHO, 2009; Wyeth, 2008).

### **Acessibilidade ao método suicida**

Atendendo a que os atos suicidas são caracterizados por grande impulsividade, a disponibilidade do método suicida representa um fator acrescido de risco de suicídio (Saraiva, 2006; Hawton & Fortune, 2009). A disponibilidade de meios altamente letais, nomeadamente de armas de fogo ou de medicação potencialmente perigosa e a supervisão parental inadequada aumentam o risco de suicídio (Prieto & Tavares, 2005; Saraiva, 2006; Araújo, Vieira & Coutinho, 2010).

### **Comportamentos agressivos e impulsividade**

Fordwood et al. (2007) e Walsh e Eggert (2007) mencionam que a externalização de comportamentos, traduzida pela agressividade e impulsividade é frequente em jovens

ou adolescentes com comportamento suicidários. Os traços de personalidade mais frequentemente associados ao comportamento suicida e autolesivos são a impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo (Bycroft, 2010; Saraiva, 2006; Tsai et al., 2010).

### **Dificuldades e diminuição do rendimento escolar**

Os jovens que vivenciam dificuldades escolares, traduzidas pelo fraco rendimento escolar e que apresentam problemas de comportamento, parecem estar em maior risco de suicídio (Walsh & Eggert, 2007).

Arun e Chavan (2009) encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o declínio do rendimento escolar, experiência da vida com um fardo e ideação suicida.

Os adolescentes com comportamentos autolesivos e atos suicidas registam insucesso ou abandono escolar, problemas de comportamento e isolamento escolar, dificuldades nas relações interpessoais, comportamentos de agressividade (Bycroft, 2010; King, Kramer & Preuss, 2006; Sampaio, 2002; Saraiva, 2006; Wyeth, 2008; Tsai et al., 2010).

O bullying, seja como vítima ou agressor, está associado a aumento de risco de adoção de comportamentos suicidas (DGS, 2013b).

### **Comportamentos de risco**

Vários estudos colocam em evidência a associação positiva entre a conduta suicida e a adoção de comportamentos de risco. Atendendo que o comportamento suicida ocorre na maioria das vezes num contexto de grande impulsividade, angústia e desespero, os jovens poderão adotar comportamentos que desafiam e colocam a sua vida em perigo. Wyeth (2008) e Walsh e Eggert (2007) apresentam o consumo de álcool e drogas ilícitas como fatores que podem influenciar a adoção de comportamentos suicidas.

Também a adoção de condução em excesso de velocidade ou perigosa e a prática de desportos radicais como *hang gliding* e *bungee jumping* parecem estar associados ao comportamento suicida (Walsh & Eggert, 2007).

Em síntese, apresentam-se na Figura 1 os fatores de risco de maior relevo para os comportamentos auto-lesivos e atos suicidas.

<b>Fatores sociodemográficos e educacionais</b>
Sexo (raparigas: comportamentos auto-lesivos e tentativas de suicídio; rapazes: suicídio)
Condição socioeconómica desfavorável
LGBT (lésbicas, gays, bissexual e transgéneros)
Baixo nível educacional
Acessibilidade a meios letais
Reduzido suporte familiar e / ou social
<b>Fatores familiares e eventos negativos de vida</b>
Separação ou divórcio dos pais
Morte parental
Experiência traumáticas na infância
História de abuso físico ou sexual
Doença mental nos pais
História familiar de atos suicidas
Conflitos familiares
Sobreenvolvimento emocional
Reduzido suporte familiar e / ou social
Problemas académicos e baixo rendimento escolar
Bullying
Dificuldades nas relações interpessoais
Rutura amorosa
<b>Fatores psicológicos e psiquiátricos</b>
Doença mental (depressão, Personalidade <i>borderline</i> ou antissocial)
Comportamentos suicidários prévios
Consumo de álcool e drogas
Distúrbios da ansiedade e / ou stresse
Ausência de projetos de vida
Impulsividade
Baixa autoestima
Baixa capacidade de resolução de problemas
Perfeccionismo
Agressividade
Desesperança

Figura 1 - Fatores de Risco para os comportamentos autolesivos e atos suicidas (Adaptado de Hawton, Saunders & Connor, 2012; Santos et al., 2012).

Importa realçar que na adolescência, os comportamentos autolesivos ou atos suicidas, acontecem num contexto de dor psicológica, angústia ou tensão intensas e comportam uma dimensão impulsiva marcada, em que o adolescente perante um evento negativo ou situação de stress, reage protagonizando um comportamento suicida (Marcelli & Braconnier, 2005). Contudo, esta vivência de dor e desejo de terminar com a vida está envolta em medo e ambivalência, e neste processo o adolescente manifesta e expõe a sua intenção a familiares, amigos e profissionais de saúde (Marcelli & Braconnier, 2005). Em cerca de 60 a 70% os casos de suicídio, os indivíduos comunicam a sua vontade de morrer (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001), expressando pensamentos suicidas ou sinais de alerta às famílias ou a profissionais de saúde. Mais de 83% das pessoas que cometem suicídio tiveram contacto com um profissional de saúde um ano antes da sua morte e mais de 66% durante o mês anterior (Anderson & Standen, 2007; Santos et al., 2012).

Torna-se por isso crucial a perceção e valorização do comportamento do adolescente, estando atento não só aos fatores de risco associados aos comportamentos suicidas, mas também aos sinais de alarme e de risco iminente, que são indicadores de risco elevado de suicídio.

Especialmente em adolescentes, a expressão dos pensamentos suicidas ou comunicação através do comportamento da sua intenção de morrer, não podem ser desvalorizadas, mesmo quando parecem ser superficiais ou estratégias de manipulação (Santos et al., 2012).

Estas expressões podem ser diretas, com frases como “vou-me matar”, “qualquer dia mato-me”, ou indiretas com expressões do tipo “não aguento mais isto” ou “é impossível aguentar isto”, ou “qualquer dia vou-me embora”. As expressões indiretas podem ainda ser do tipo comportamental e não-verbal, tais como oferecer bens valiosos ou com grande valor sentimental, comprar uma arma, isolamento severo da família e amigos, agressividade intensa.

A Figura 2 apresenta uma síntese dos sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente, que importa realçar.



Figura 2 - Sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente (Adaptado de Bycroft, 2010; Santos et al., 2012)

## Fatores de proteção

Os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco de suicídio (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010).

### Recursos pessoais

Da literatura consultada podemos colocar em destaque dois importantes recursos pessoais protetores no que se refere aos comportamentos suicidários – a autoestima e a capacidade de resolução de problemas, estreitamente relacionada com as estratégias de coping (Walsh & Eggert, 2007). A autoestima conservada está associada a respostas resilientes em relação ao suicídio (Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003).

Possuir esperança e ter atitudes positivas face aos problemas parecem ser fatores de proteção importantes em relação ao suicídio (Roswarski & Dunn, 2009).

## **Recursos familiares**

O apoio familiar, os cuidados parentais preservados, a coesão familiar, o apoio familiar na escola a comunicação entre família e a vivência de relacionamentos estáveis e de confiança assumem-se como importantes fatores de proteção (DGS, 2013b; Fortune et al., 2008; Thompson et al., 2005; Walsh & Eggert, 2007; Wyman et al., 2010).

## **Recursos sociais e comunitários**

A existência de apoio social e a percepção de integração são referidos como fatores de proteção (Taliaferro et al., 2008; Walsh & Eggert, 2007; Thompson et al., 2005). Os jovens salientam ainda fatores como envolvimento em atividades desportivas ou em atividades de grupo estruturada, clima escolar positivo e importância elevada atribuída à escola (Fortune et al., 2008). O sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição ou a uma comunidade, proteger um jovem do suicídio (DGS, 2013b).

Inúmeros autores defendem que o fácil acesso aos cuidados de saúde com informação acerca dos serviços disponíveis, bem como comunidades informadas e sensibilizadas para as questões envolvidas na saúde mental e suicídio, são fatores protetores do suicídio (Diekstra, 2008; Kutcher & Chehil, 2007; Garlow et al., 2008; Mann et al., 2005; DGS, 2013b).



## CAPÍTULO IV

# PROJETO + CONTIGO

### 4.1 OBJETIVOS

O projeto + Contigo constitui-se como um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária.

Tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental; criar uma rede de atendimento de saúde mental e como objetivos específicos promover habilidades sociais; promover o auto-conceito; promover a capacidade de resolução de problemas; promover a assertividade na comunicação; melhorar a expressão e gestão de emoções; detectar precocemente situações de distúrbio mental; fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde.

A população alvo do projeto são os adolescentes do 3º ciclo e ensino secundário e as pessoas com maior proximidade com os mesmos, tendo a equipa de saúde escolar do centro de saúde da área da escola um papel determinante no desenvolvimento do processo.

Os critérios de inclusão são: profissionais das equipas de saúde escolar do centro de saúde da área da escola frequentarem o módulo formativo com a equipa coordenadora do projeto; responsáveis da escola demonstrarem vontade de participar e apresentarem candidatura conjunta com a equipa de saúde escolar; ser incluído no programa de educação para a saúde da escola e plano de atividades da equipa de Saúde Escolar; encarregados de educação concordarem em participar.

Os critérios de exclusão são: não haver garantia de conclusão do projecto no decorrer de todo o ano letivo; as turmas alvo de intervenção participarem noutra qualquer projecto similar.

## 4.2. ENTIDADES PROMOTORAS E PARCEIRAS

O projeto + Contigo tem como entidades promotoras a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Administração Regional de Saúde do Centro e como entidades parceiras, a Direção Geral de Saúde, a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares, a Direção de Serviços da Região Centro (ex-Direção Regional de Educação do Centro), a Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) e o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico dos CHUC e o Serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.. Encontra-se inscrito na UICISA: E, na linha Bem-estar, Saúde e Doença.

## 4.3. AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE E ESCOLAS ENVOLVIDAS

Nos anos letivos 2011/2012 e 2012/2013 estiveram em projeto quatro ACES da ARSC,IP (Baixo Mondego, Baixo Vouga, Dão Lafões e Pinhal Litoral), englobando as seguintes instituições escolares:

Agrupamento de Escolas de Anadia; Escola de Viticultura e Enologia da Bairrada (Anadia); Agrupamento de Escolas da Figueira Mar – Escola Dr. Bernardino Machado; Agrupamento de Escolas da Figueira Norte – Alhadas (Figueira da Foz); Agrupamento de Escolas Eugénio de Castro; Escola Secundária José Falcão (Coimbra); Agrupamento de Escolas de Avanca – Professor Dr. Egas Moniz (Estarreja); Agrupamento de Escolas da Mealhada (Mealhada); Agrupamento de Escolas de Oliveira do Bairro; Instituto Promoção Social de Bustos (Colégio Frei Gil) (Oliveira do Bairro); Agrupamento de Escolas Dr. José Saraiva (Escola EB 2,3) (Leiria); Agrupamento de Escolas de Esmoriz - Ovar Norte (Ovar); Agrupamento de Escolas de Satão (Satão); Agrupamento de Escolas de Gândara Mar (Tocha); Agrupamento de Escolas de Soure (Soure); Agrupamento de Escolas de Santa Comba Dão (Santa Comba).

## 4.4. MODELO DE INTERVENÇÃO DO PROJETO + CONTIGO

A representação esquemática abaixo na Figura 3 apresenta o Fluxograma do Projeto + Contigo.



Figura 3 - Fluxograma +Contigo

## 4.5. FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A formação para profissionais de saúde tem sido ministrada em cursos de 21 horas cada, destinados a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e mais especificamente profissionais das equipas de Saúde Escolar. Todos os cursos foram promovidos pelo Gabinete de Formação da Administração Regional de Saúde do Centro, em estreita articulação com a equipa coordenadora do projeto + Contigo, sendo estes os formadores de todos os cursos ministrados.

O curso de formação + Contigo encontra-se organizado em torno de três eixos temáticos: adolescência, depressão e comportamentos suicidários. No decorrer do mesmo além de conceitos e disponibilização da evidência existente sobre a temática fomenta-se o debate e discussão sobre mitos, práticas e operacionalização do projeto junto da comunidade educativa, particularmente em contexto escolar.

As metodologias utilizadas são maioritariamente metodologias ativas, nomeadamente o debate, role-play mas também a expositiva para a introdução dos aspectos temáticos.

## **4.6. SENSIBILIZAÇÃO DE ASSISTENTES OPERACIONAIS E PROFESSORES**

A sensibilização decorre num período de quatro horas abordando quatro eixos temáticos: adolescência, depressão, comportamentos suicidários e discussão do papel da escola. Nestas sessões fomenta-se o debate e discussão sobre mitos, práticas e apresentação e operacionalização do projeto junto da comunidade educativa, particularmente em contexto escolar.

As metodologias utilizadas são maioritariamente metodologias ativas. A adesão dos assistentes operacionais e professores tem sido relevante, ocorrendo habitualmente na tarde da semana em que decorrem menos atividades escolares.

Numa escola específica onde o + Contigo interviu numa lógica de pós-venção, após o suicídio de uma adolescente, foi realizado um curso de porteiros sociais que incluiu assistentes operacionais, professores e psicólogos, num total de 16 horas de formação. Os conteúdos foram semelhantes mas com um ênfase maior nos sinais de alerta e na intervenção da escola na prevenção de comportamentos de risco.

## **4.7. SENSIBILIZAÇÃO DE ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**

A sensibilização decorre num período de cerca de quatro horas, pós-laboral, abordando quatro eixos temáticos: adolescência, depressão, comportamentos suicidários e discussão do papel da escola e da família. Nestas sessões fomenta-se o debate e discussão sobre mitos e apresentação e operacionalização do projeto.

As metodologias utilizadas são maioritariamente metodologias ativas, em que se procura esclarecer dúvidas dos encarregados de educação. A adesão tem sido importante, embora com grandes oscilações entre escolas e regiões.

## **4.8. INTERVENÇÃO GLOBAL COM OS ESTUDANTES<sup>1</sup>**

A intervenção em sala de aula<sup>2</sup> encontra-se representada na Figura 4

---

1 As atividades dirigidas aos estudantes foram elaboradas adaptando alguns jogos referidos no 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos de Sabina Manes, edição de 2007, tendo em conta a população alvo e a experiência do + Contigo.

2 As equipas dinamizadoras recebem formação prévia e material de apoio para a realização das sessões em sala de aula.

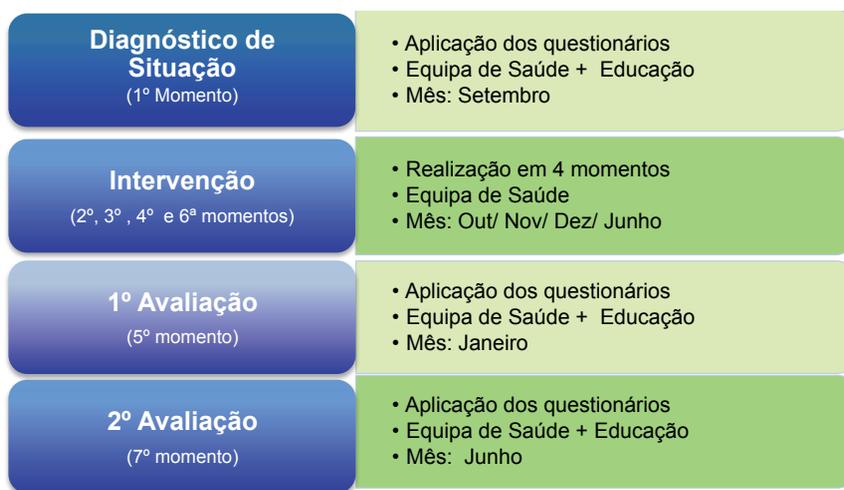


Figura 4 - Representação esquemática dos momentos que ocorrem em sala de aula

Esta compreende sete momentos de 45 minutos cada. Inclui três momentos de preenchimento de questionário. Uma primeira fase antes do início da intervenção, uma segunda imediatamente após a mesma e a terceira seis meses depois. Ao longo das sessões programadas são abordados temas como o estigma, a adolescência, a autoestima, a capacidade de resolução de problemas e o bem-estar. Transversal a todo o programa surge a questão da comunicação assertiva, gestão de emoções e comportamentos de risco. O grupo de controlo participa nos momentos de diagnóstico e avaliação, bem como nas atividades dinamizadas pelos alunos em projeto para toda a escola, nomeadamente cartazes alusivos ao dia da saúde mental, de combate ao estigma ou outros. As metodologias de intervenção utilizadas são a expositiva, a discussão de situações concretas, o role-play e jogos socioterapêuticos.

Seguidamente será descrita a intervenção padrão que se desenvolve em sala de aula e se inicia após o 1º momento da intervenção que corresponde ao diagnóstico de situação.

## Intervenção 1 (momento 2)

Esta intervenção é constituída por duas atividades:

- Jogo do estigma
- Puzzle da adolescência

## Atividade: jogo do estigma

### Enquadramento

O combate ao estigma em saúde mental assume-se como uma estratégia na promoção da saúde mental e simultaneamente como uma eficaz estratégia a integrar na prevenção dos comportamentos suicidários. No Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001) a OMS denuncia que o estigma da doença mental assume-se como um dos maiores entraves aos doentes mentais e famílias. O estigma aparece como o principal fator de dificuldade no acesso aos cuidados de saúde o que, no caso dos comportamentos suicidários, é determinante para a sua prevenção. A falta de conhecimento é um dos principais motivos para o estigma (IASP, 2013).

O estigma envolve o reconhecimento de algumas características distintas ou marcas que o indivíduo com doença mental possui e que resultam na sua desvalorização pela perda de direitos e cidadania. Para Corrigan (2004) é a expressão social do *disempowerment* uma vez que promove, no público em geral e nas pessoas com doença mental, a expectativa de que estas são incapazes de assumir responsabilidades e viver independentemente, e perpetua a crença de que são imprevisíveis, violentas e perigosas (Graham, Rose, Kassam & Norman, 2007).

Podemos considerar três dimensões do estigma: estigma estrutural (discriminação social vivenciada pelo sujeito); estigma percebido (membros de um grupo estigmatizado têm consciência da prevalência de atitudes e ações estigmatizantes da sociedade sobre a sua situação) e estigma internalizado, em que o indivíduo se torna consciente dos estereótipos negativos que as outras pessoas lhe atribuem e aplica esses mesmos estereótipos a si mesmo (Corrigan, Watson & Barr, 2006).

### Material necessário

Sala ampla, computador e projetor multimédia

### Tempo de realização

20 minutos

### Objetivo

Reduzir o estigma em saúde mental

## **Desenvolvimento da atividade: Jogo do Estigma**

1. Pedir aos alunos que se coloquem no lugar ou adotem a postura/comportamento de uma pessoa que:

- tem uma fratura numa perna;
- tem uma doença oncológica;
- tem uma doença mental.

2. Utilizar o exemplo do aluno que representar de forma mais próxima o doente mental (postura normal) e explorar tendo como base as ideias chave;

3. Recolher testemunho de um aluno;

4. Frisar Ideias-Chave:

- Qualquer pessoa para ser saudável e ter bem-estar precisa de ter uma boa saúde física e mental.
- As doenças mentais não são contagiosas, não se transmitem pelo contato.
- Ter uma doença mental não é sinónimo de fraqueza, preguiça, violência ou inutilidade.
- Qualquer um de nós, ao longo da vida, pode vir a ter uma doença mental.
- Há várias formas de doença mental.
- Deficiência mental é diferente de doença mental.
- Tal como outra qualquer doença provoca algumas limitações, mas se cumprirem a medicação e tiverem acompanhamento e apoio (profissionais de saúde, família, amigos, comunidade) poderão ter uma vida normal.
- As pessoas com doença mental tem os mesmos direitos que qualquer outro cidadão. Direito a ser respeitados e tratados com dignidade.

5. Deverão ser apresentados slides para concluir a actividade, com as seguintes mensagens:

- Aceitar a pessoa com doença mental;
- Qualquer um de nós, ao longo da vida, pode vir a ter uma doença mental;
- Ter uma doença mental não é sinónimo de fraqueza, preguiça, violência ou inutilidade;

- As doenças mentais não são contagiosas, não se transmitem pelo contacto;
- As pessoas com doença mental tem os mesmos direitos que qualquer outro cidadão;
- As pessoas com doença mental se cumprirem a medicação, tiverem acompanhamento e apoio (profissionais de saúde, família, amigos) poderão ter uma vida normal.

Inserida na intervenção 1 desenvolvemos uma segunda atividade designada por: **Atividade: Puzzle.**

### **Enquadramento**

A Adolescência é uma etapa do ciclo vital caracterizada por alterações a vários níveis (físicas, psíquicas e sociais), com interpretações e significados diferentes consoante os contextos sócio culturais em que os adolescentes se encontram inseridos.

Nesta etapa de transição e marcadas transformações a nível físico, psíquico, afetivo e social, o adolescente é confrontado com uma série de problemas e desafios que exigem um esforço de reorganização para a sua resolução, cumprindo assim as várias tarefas desenvolvimentais.

De facto, numa fase intensa e marcada por profundas alterações, conflitos e desafios, a instabilidade emocional poderá ser vivenciada como um período de crise com repercussões na saúde mental dos adolescentes, tornando-os vulneráveis à adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas (Borges & Werlang, 2006).

Representa um período crucial do desenvolvimento humano que poderá ocorrer com maior ou menor risco dependendo das condições ambientais nas quais os indivíduos estiverem inseridos. As mudanças que ocorrem podem ter um papel fundamental na explicação da adolescência como um período de crise, caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental.

Claudino, Cordeiro e Arriaga (2006) consideram que para que se possa minimizar o risco de ocorrerem problemas ou pontos de rutura torna-se fundamental a existência de suportes sociais como a família, o grupo de amigos e a escola.

### **Material necessário**

Sala ampla, computador e projetor multimédia

## Tempo de realização

20 minutos

## Objetivo

Refletir sobre as vivências nesta etapa do ciclo vital e permitir a partilha e expressão de sentimentos.

## Desenvolvimento da atividade: Puzzle sobre a adolescência

1. Realizar *brainstorming* sobre a adolescência. Pedir aos alunos que partilhem palavras/ideias/frases que caracterizem a adolescência e registar no quadro da sala.
2. Fomentar debate tendo por base as ideias chave, comparando com as palavras/ideias/frases sugeridas pelos alunos.

As palavras / ideias mais comuns são as seguintes:

Mudanças no corpo, grupo, conflitos, escola, autonomia, decisões, convicções, problemas, personalidade, ideais, experiências, sexo, droga, álcool, crise, paixões, rebeldia, amizade, autonomia, independência, amizade, autoestima, rendimento escolar, liberdade, decisões, feitiço.

3. As ideias chave são:

- A adolescência é uma fase da vida, como outra qualquer.
- Não é uma fase negativa, não é sinónimo de problemas ou sofrimento.
- É uma fase de crescimento, de transformação, de tomada de algumas decisões importantes.
- É uma fase de descoberta e de conquistas importantes (autonomia, independência, responsabilidade).
- Cometem-se erros nesta fase como em qualquer outra ao longo da vida, que devem servir como aprendizagem!
- Por vezes surgem problemas mais complexos, com os quais poderemos sentir dificuldades ou mesmo sentirmo-nos incapazes de os resolver. Quando nos deparamos com uma situação destas devemos pedir apoio e procurar ajuda, recorrendo aos amigos ou a pessoas com maior experiência de vida (pais, professores, profissionais de saúde).

4. Deverão ser apresentados slides para concluir a actividade, com as seguintes mensagens:

- A adolescência é uma fase da vida, como outra qualquer.
- Ideia de crescimento, transformação, tomada de decisões importantes, descobertas e conquistas importantes, autonomia, independência, responsabilidade.
- Por vezes surgem problemas complexos.
- Se te sentires incapaz para os resolver: Podes recorrer aos pais, professores, amigos ou profissionais de saúde.

## **Intervenção 2, momento 3**

O momento 3 da intervenção global incide sobre a variável autoestima e a atividade desenvolvida sob a forma do Jogo dos Conjuntos.

### **Intervenção nº2 - Atividade: Jogo dos Conjuntos**

#### **Enquadramento**

A autoestima é a visão que o indivíduo tem do seu valor, capacidades, significados e sucesso e desenvolve-se através das suas experiências de vida (Rosenberg, 1979). A autoestima baseia-se nas perceções de eficácia e competência nos domínios que são particularmente importantes para o jovem (rendimento escolar, rendimento no desporto, namoro, amizades).

A autoestima elevada associa-se à felicidade, à ambição, ao otimismo e à eficácia para responder às solicitações do meio, para manter um envolvimento social confortável. Pelo contrário, uma baixa autoestima associa-se ao pessimismo, ao desamparo, à timidez, à tendência para a submissão e a sentimentos de inferioridade, incapacidade e depressão (O'Connor, 1991).

#### **Material necessário**

Sala ampla, computador e projetor multimédia

#### **Tempo de realização**

45 minutos

## Objetivo

Explorar o conceito de autoestima, fornecer estratégias promotoras de autoestima, expressão de sentimentos e fomentar a coesão de grupo.

## Desenvolvimento da atividade: Jogo dos Conjuntos

1. Convidar os alunos a circularem livremente no espaço disponível da sala. Ao sinal de Stop, os alunos param e executam as seguintes instruções: Formação de três grupos:

- Grupo dos que se sentem bem com eles próprios,
- Grupo dos que se sentem uns dias bem e outros mal e
- Grupo dos que se sentem mal com eles próprios.

2. Convidar os alunos a explicar o porquê da sua decisão.

3. Pedir aos alunos que se sentem bem com eles próprios que partilhem as suas estratégias para que os alunos dos outros dois grupos possam também passar a sentirem-se bem. Validar com os alunos a importância das estratégias apresentadas e a sua aplicabilidade.

Ideias Chave:

- Não há pessoas boas nem pessoas más.
- Ao longo da vida todas as pessoas têm momentos em que se sentem mal pelas decisões que tomaram, pelos problemas que surgem, pelos erros que cometeram, mas o importante é descobrir dentro delas estratégias para ultrapassar essa fase menos boa e retirarem alguma aprendizagem dessa situação.
- Realçar a importância das pessoas significativas (amigos, pais e professores). Podem sempre recorrer a alguém no sentido de pedir ajuda e partilharem os seus problemas e sentimento.

4. Convidar os alunos novamente a circularem pela sala. Ao sinal de Stop, os elementos do grupo param e executam as seguintes instruções: Formação de 2 grupos:

- Grupo dos que se sentem felizes
- Grupo dos que se sentem tristes

5. Convidar os alunos a explicar o porquê da sua decisão.

6. Pedir aos alunos que se sentem felizes partilharem estratégias para que os alunos do outro grupo possam sentir-se felizes. Validar com os alunos a importância das estratégias apresentadas e a sua aplicabilidade.

Ideias chave:

- Não há ninguém que se mantenha num continuum de felicidade. Os problemas, as situações com que nos deparamos no dia-a-dia, a perda de alguém significativo, uma má nota podem causar sentimentos de tristeza. Contudo, o importante é encontrarem estratégias para ultrapassar essa fase menos boa (conviver com amigos, ouvir música, praticar desporto, ...)
- Realçar a importância das pessoas significativas (amigos, pais e professores). Podem recorrer a alguém no sentido de pedir ajuda e partilharem os seus problemas e sentimentos.

7. Convidar os alunos novamente a circularem pela sala. Ao sinal de Stop, os elementos do grupo param e executam as seguintes instruções: Formação de 2 grupos

- Grupo dos que se sentem orgulhosos e confiantes
- Grupo dos que não se sentem orgulhosos e confiantes

8. Convidar os alunos a explicar o porquê da sua decisão.

9. Pedir aos alunos que se sentem orgulhosos e confiantes partilharem estratégias para que os alunos do outro grupo possam passar a sentirem-se orgulhosos e confiantes. Validar com os alunos a importância das estratégias apresentadas e a sua aplicabilidade.

Ideias chave:

- Existem determinados momentos da vida em que nos podemos sentir menos confiantes e menos orgulhosos de nós próprios. Por vezes os problemas e as situações com que nos deparamos no dia-a-dia ou os erros que cometemos podem afetar a nossa autoconfiança e orgulho em nós próprios.
- O importante é encontrarem estratégias para aumentar a nossa autoconfiança e tentar corrigir os erros para voltarmos a sentir orgulho em nós próprios.
- Os amigos, pais e professores podem ser uma ajuda importante nestas situações, podemos partilhar os nossos problemas e sentimentos.

## Resumo da Atividade

1. Ao longo deste jogo abordámos alguns dos vossos sentimentos, a vossa forma de estar e de se verem, a vossa autoconfiança, em resumo estivemos a falar sobre a **AUTOESTIMA**;
2. Deverão ser apresentados slides para concluir a actividade, com as seguintes ideias:

### Autoestima é:

- É a imagem mental que temos de nós próprios.
- É o respeito e confiança em nós próprios.
- A Visão que temos do nosso valor, capacidades, potencialidades e sucesso.
- Todos poderemos ter, num momento ou noutro, problemas de AUTOESTIMA
- Não é imutável nem constante ao longo da vida!

### Depende de:

- Relações que estabelecemos com os outros;
- Da forma como nos aceitamos e nos valorizamos;
- Da forma como os outros nos aceitam e nos valorizam;
- Das experiências de vida.
- Depende da forma como nos vemos e nos aceitamos, mas também como os outros nos veem e aceitam...

### Existem estratégias que podemos utilizar para melhorar a nossa autoestima:

- Deixa de ter pensamentos negativos sobre ti. Lembra-te das tuas qualidades;
- Não coloques como objetivo atingir a perfeição, cuidado com os objetivos muito ambiciosos!
- Considera os erros como oportunidades de aprendizagem.
- Experimenta atividades que te ponham em contacto com as tuas atitudes.
- Incluiu-te nas tuas prioridades!!!!

- Sente-te orgulhoso das tuas opiniões e ideias.
- Não tenhas medo de as expressar!!!!
- Sente-te orgulhoso das tuas habilidades, capacidades!!!
- Se percebes que podias tornar-te uma pessoa melhor e mais feliz, mudando um ou outro aspeto, Mãos à obra!!!!
- Pensa no que gostarias de fazer e define um plano para o mesmo.
- Segue o plano e vai anotando os teus progressos.
- Dedica mais tempo a ti próprio! Convive mais com as pessoas que gostas e faz coisas que te dão prazer.
- Faz exercício, reduz o stress!!!
- RELAXA MAS CONTINUA A CRESCER FELIZ!!!
- Devemos procurar melhorar os pontos menos bons e fragilidades e tornarmos-nos pessoas melhores e mais fortes.
- Teres uma autoestima positiva permite aceitar-te a ti mesmo e viver a vida de forma plena!
- Contudo há situações mais complicadas que nos podem deixar mais frágeis. Nestes casos debes pedir apoio e ajuda aos teus pais, professores, amigos ou até mesmo a profissionais de saúde.
- Às vezes podemos estar mais confusos ou frágeis, com dificuldade em encontrar solução para os nossos problemas....
- Procura AJUDA ou APOIO!
- Partilha os teus problemas!
- Às vezes bastará ter alguém para nos ouvir ou nos dar uma força....
  - Pais
  - Professores
  - Amigos
  - Profissionais de Saúde: enfermeiro e médico de família do C.S.

- Nalguns casos poderá ser necessária a intervenção de Profissionais de Saúde Especializados em Saúde Mental, que ajudam as pessoas a aumentar a sua autoestima e a valorizarem-se!

Em alternativa, o momento 3 da intervenção global que incide sobre a variável autoestima pode ser desenvolvido com recurso à atividade “Como é que me vêem... e eu , como é que me vejo”.

### **Atividade: Como é que me vêem... e eu, como é que me vejo**

Este jogo poderá ser utilizado em substituição do Jogo dos Conjuntos no caso de alunos com idades superiores ou em situações em que seja mais difícil gerir o ambiente e participação ordenada do grupo de alunos.

### **Material necessário**

Sala ampla, folha de papel, lápis

### **Tempo de realização**

15 minutos

### **Objetivo**

Observação e tomada de consciência dos aspetos positivos da autoestima

### **Desenvolvimento da atividade:**

Os participantes são convidados a formar um círculo (permanecendo sentados ou de pé) sendo distribuída uma folha de papel e um lápis a cada um.

A cada participante é atribuído um número que o representa. Na folha que lhes foi entregue deve ser colocada a sequência progressiva de números, tantos quantos o número de pessoas envolvidas na atividade.

Os participantes, no espaço da folha a seguir ao número representativo de cada pessoa, devem escrever uma apreciação sintética, um adjetivo, ou uma característica positiva que diga respeito à pessoa que possui esse número. Cada participante deve também escrever uma característica à frente do seu próprio número.

O dinamizador recolhe as folhas (que devem ser anónimas) e lê em voz alta tudo o que foi escrito pelo grupo a respeito de um determinado membro identificado pelo número previamente atribuído. Deste modo, obtém-se um conjunto de características da personalidade de cada um dos constituintes do grupo, tal como são vistos pelos outros.

Sugestão: O dinamizador convida cada um dos participantes a comentar, aceitar, discordar ou aprovar tudo o que foi dito e sublinhado pelos restantes elementos do grupo.

### **Intervenção 3 (Momento 4)**

O momento 4 da intervenção global que incide sobre a variável capacidade de resolução de problemas é desenvolvido com recurso à atividade: Jogo das quatro frases.

#### **Atividade: Jogo das quatro frases**

#### **Enquadramento**

Para Lazarus e Folkman (1984) citados por Vaz Serra (1999) a capacidade de resolução de problemas pode ser definida como um processo cognitivo-comportamental autodirigido através do qual as pessoas tentam identificar ou descobrir maneiras adaptativas de lidar com os problemas da vida, para os quais não estão disponíveis respostas adaptativas imediatas.

Alguns estudos demonstram que, entre outras estratégias, intervir ao nível da capacidade de resolução de problemas poderá contribuir para a prevenção dos comportamentos suicidários, não só porque o adolescente adquire e desenvolve as suas estratégias de coping e capacidade de resolução de problemas, como também lhe poderá permitir uma melhoria da sintomatologia depressiva, amplamente associada.

#### **Material necessário**

Sala ampla, computador e projetor multimédia

#### **Tempo de realização**

45 minutos

#### **Objetivos**

Explorar o conceito de conflito e promover a aquisição de estratégias de resolução de problemas.

Permitir a expressão de sentimentos.

## Desenvolvimento da atividade: Jogo das quatro Frases

1. Fazer *brainstorming* sobre o que é um conflito e registar as ideias no quadro.
2. Expor slide com as seguintes ideias:

CONFLITO ≠ PROBLEMA

Conflito existem partes em confronto e desenvolve-se uma atitude de hostilidade, afetando de forma negativa a pessoa ou grupo.

Problema uma questão que é necessário dar uma resposta.

3. Apresentação de situações conflito/problema, atendendo à faixa etária (ver figura 5).

SITUAÇÃO DE CONFLITO / PROBLEMA	PROPOSTA DE RESOLUÇÃO
A tua melhor amiga combinou contigo irem ao cinema. No entanto, tu esperaste durante uma hora e ela não apareceu. Mais tarde vieste a saber que ela foi à mesma sessão com outras pessoas. Já tentaste falar com ela sobre o assunto, mas ela parece estar sempre ocupada.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vejo que me tens evitado, não me tens falado.</li><li>• Eu imagino que foste ao cinema sem mim, porque fiz alguma coisa que não gostaste e por isso estás chateada.</li><li>• Eu fiquei magoada com esta situação, porque para mim é importante a tua amizade e não percebo o porquê de não me explicares o que aconteceu.</li><li>• Diz-me se fiz alguma coisa que te chateou... Para mim é importante saber o que causou esta situação.</li></ul>
Imagina que ontem o teu namorado terminou tudo contigo. Estás muito triste porque gostavas muito dele. Chegas hoje à escola e encontras o teu ex-namorado de mão dada com uma das tuas amigas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eu vejo que o meu namorado, um dia depois de ter terminado comigo, já está com outra pessoa e vejo a minha amiga com o meu ex-namorado.</li><li>• Eu imagino que para ele já estar com outra pessoa não deveria gostar de mim. Imagino também que eles já andavam juntos há mais tempo.</li><li>• Eu sinto que fui enganada, porque até ontem acreditava que ele gostava de mim. Eu sinto que a minha amiga traiu a nossa amizade.</li><li>• Eu quero saber o porque de me terem escondido esta situação. Podiam ter sido sinceros e evitavam que eu fosse surpreendida desta forma.</li></ul>

<p>Costumas esperar sempre pela Marta para irem juntas para a escola. Uma manhã adormecestes e, para não chegares atrasada às aulas, decidiste ir direta para a escola, imaginando que a Marta já lá estaria. Quando chegaste à sala apercebeste-te que a Marta ainda não tinha chegado; tinha ficado à tua espera no local habitual. Quando a Marta chegou à aula, a professora não a deixou entrar e marcou-lhe falta. A Marta ficou furiosa com esta situação e deixou de te falar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu vejo que a Marta deixou de me falar.</li> <li>• Eu imagino que esteja muito chateada comigo porque não esperei por ela e ainda por cima a professora marcou-lhe falta por ter chegado atrasada.</li> <li>• Eu sinto-me triste por ela não me falar, não quero perder a amizade dela.</li> <li>• Eu quero retomar a minha amizade com Marta. Vou abordá-la, explicar porque não esperei por ela e pedir-lhe desculpa. E vou propor-lhe também falar com a professora e explicar-lhe a situação, para que ela retire a falta.</li> </ul>
<p>Todas as 3ª feiras jogas futebol com os teus colegas num parque perto da Escola. Há várias equipas e até realizam torneios. Esta semana têm uma eliminatória muito importante, e a hora do jogo coincide com a hora de Apoio a Português. O teste é para a próxima semana e precisas de tirar positiva. Não queres prejudicar a tua equipa e os colegas, mas também sabes que não deverias faltar à aula de apoio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu vejo que não posso estar em dois locais em simultâneo.</li> <li>• Eu imagino que se faltar ao jogo os meus colegas vão ficar chateados comigo e vou prejudicar a equipa. Por outro lado imagino que se faltar à aula de apoio me vou prejudicar na nota e os meus pais não vão gostar muito.</li> <li>• Eu sinto que é muito importante ir ao jogo, mas não ir à aula de revisões pode pôr em causa a nota no final do período. Sinto que devo ir à aula, mas irei desapontar os meus amigos por faltar ao jogo.</li> <li>• Eu quero conseguir conciliar o jogo e a ida à aula de revisões. Vou explicar à professora a importância de ir ao jogo e negociar com ela um outro horário para a aula de revisão. Talvez possa ir na hora de outra turma ou ela até disponibilizar-se para estar comigo noutra hora e comprometer-me de que me irei esforçar mais ainda para tirar positiva. Se esta situação não for possível, terei de explicar aos meus amigos que é impossível ir ao jogo desta vez.</li> </ul>
<p>Houve alturas que achavas que a escola era uma seca, mas agora gostas mais da escola e da grande maioria das disciplinas e até tiras boas notas. Contudo a Matemática, por mais que te esforces, estudando bastante, os resultados não espelham esse esforço. As aulas correm bem, fazes os exercícios propostos, o problema são os testes. Ficas muito nervoso, maldisposto e tens “brancas”, não consegues fazer a maioria dos exercícios. Andas preocupado porque apesar de saberes a matéria, nos testes não consegues tirar positiva. Sentes-te desapontado contigo e sabes que os pais também ficam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu vejo que apesar de me esforçar bastante a matemática, não consigo tirar positiva.</li> <li>• Eu imagino que a manter-se esta situação chumbo a Matemática.</li> <li>• Eu sinto-me muito nervoso quando tenho teste de matemática, bloqueio e não consigo fazer os exercícios. Estou desapontado comigo e frustrado, porque apesar de todo o esforço não consigo tirar positiva. E sinto que os meus pais também não estão muito satisfeitos com os meus resultados.</li> <li>• Eu quero melhorar os meus resultados a matemática. Vou falar com a professora para ver se ela me ajuda e vou falar com os meus pais. Também vou ao Gabinete do aluno/Centro de Saúde falar com o médico ou enfermeira para que me possam ajudar a reduzir a ansiedade que eu sinto cada vez que tenho teste.</li> </ul>

<p>Foste à festa de aniversário de uma amiga tua. Foi super divertido, boa música e muitas fotografias foram tiradas. Entretanto várias fotos foram publicadas no facebook. Ficaste animada, porque as fotos estão muito giras. Mas quando começa a leres os comments apercebes-te de alguém que te dirige palavras pouco agradáveis e conta mentiras acerca de ti. É alguém que conheces de vista. Estás furiosa com esta situação, sentes-te humilhada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que fizeram comentários desagradáveis a meu respeito no <i>facebook</i>.</li> <li>• Eu imagino que a pessoa que fez os comments está por algum motivo chateada comigo ou tem alguma coisa contra mim.</li> <li>• Eu fiquei magoada com esta situação. Os comments feitos são injustos e são mentira. Sinto-me revoltada, humilhada e envergonhada porque os comments foram lidos pelos meus amigos.</li> <li>• Quero esclarecer a situação com a pessoa em causa. Vou abordá-la e confrontá-la com a situação. Vou pedir que me dê uma justificação para o seu comportamento e dizer-lhe que de futuro poderá falar diretamente comigo.</li> </ul>
<p>Tens uma relação muito boa com os teus pais. Como és responsável e boa aluna normalmente os teus pais acedem sempre aos teus pedidos. No próximo fim-de-semana tens a festa de aniversário do António. Queres muito ir porque ele é um grande amigo teu e sabes que a festa vai ser fantástica. Quando pediste aos teus pais, eles disseram que não irias porque sabem que o António é mais velho e certamente haverá álcool na festa. Ficas muito triste e revoltada com os teus pais porque todos os teus amigos vão e só tu vais faltar. Não compreendes a reação dos teus pais nem a razão para eles te estarem a negar a saída, quando sempre tudo correu bem antes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que os meus pais não me autorizam a ir à festa de aniversário do meu amigo António.</li> <li>• Eu imagino que os meus pais têm medo que aconteça alguma coisa de mal ou faça alguma coisa errada, que eu beba álcool por exemplo.</li> <li>• Eu sinto-me revoltada porque os meus pais não confiam em mim, quando sempre me portei bem nas anteriores saídas. Estou triste porque vou faltar ao aniversário do meu grande amigo.</li> <li>• Quero ir à festa. Vou conversar com os meus pais, dizer-lhes que poderão confiar em mim, como sempre o fizeram. Não me portarei de forma diferente nesta saída.</li> </ul>
<p>Tens um grande grupo de amigos e costumam sair todos juntos. Gostam de conversar sobre todos os temas, mesmo tendo opiniões diferentes as discussões costumam ser interessantes. Contudo, numa dessas discussões tu e o João entram em conflito, elevando a voz e dirigindo palavras pouco corretas um ao outro. Desde então não se falam. Por um lado não queres falar com o João porque achas que ele foi incorreto contigo, por outro não queres perdê-lo como amigo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que eu e o João nos deixámos de falar.</li> <li>• Eu imagino que o João foi incorreto comigo porque talvez já estivesse chateado por alguma razão.</li> <li>• Eu estou chateada porque o João foi incorreto comigo e triste porque receio perder a sua amizade. Reconheço que também não fui muito correta nalgumas coisas que lhe disse.</li> <li>• Quero fazer as pazes com o João. Vou abordá-lo e dizer-lhe que ambos nos exaltámos na discussão e que gostaria muito que ultrapassássemos esta situação e voltássemos a ser amigos.</li> </ul>

<p>Os últimos tempos têm sido complicados para a ti e por isso tens andado mais stressada e abatida. A tua mãe adoeceu, as notas começaram a descer e também te chateaste com o teu namorado. Numa das saídas à noite, para esquecer os problemas bebeste álcool a mais. No dia seguinte acordaste maldisposta e nem te recordavas como tinhas vindo para casa. Esse comportamento tem-se repetido noutras situações, andas sempre irritada, e percebes que os problemas não desapareceram da tua vida. Os problemas mantêm-se. Sentes-te desamparada e perdida, sem saber o que fazer para sair desta situação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que tenho consumido álcool para esquecer os meus problemas.</li> <li>• Eu imagino que se mantiver este comportamento a situação vai agravar-se e os problemas continuarão por resolver. Para além disso, aposto que quando a minha mãe souber que ando a beber demasiado vai ficar triste e dececionada.</li> <li>• Eu sinto-me perdida e desamparada. Não consigo encontrar forma de melhorar a situação. A minha mãe doente, não a quero preocupar com os meus problemas. Estou dececionada porque as notas na escola estão a descer a olhos vistos. E sinto-me incapaz de resistir a beber uns copos a mais, no momento sinto-me mais aliviada, os problemas parecem desaparecer... mas é uma ilusão. E para ajudar, o meu namorado anda mais distante e isso deixa-me bastante triste.</li> <li>• Quero que a situação melhore. Tenho vários problemas, terei de tentar resolver um de cada vez. Quanto à doença da minha mãe, vou tentar estar mais presente e apoiá-la. Vou falar-lhe dos meus problemas, certamente que me vai dar bons conselhos. Vou ter uma conversa com o meu namorado, mantermos este afastamento não nos leva a lado nenhum. Vou abrandar nas saídas à noite, e vou deixar de consumir álcool de forma desregrada (ou deixar de consumir). Há várias bebidas alternativas sem álcool. Quanto às notas, vou ter de me aplicar mais, pedir ajuda aos meus colegas de turma ou até aos professores.</li> </ul>
<p>Os teus pais são muito rígidos e pouco flexíveis no que toca a ceder às tuas vontades. Tens 17 anos, e achas que já é altura de teres maior liberdade, até porque és bom aluno e cumpridor com as tarefas da escola e de casa. São raras as vezes que fazes as coisas que mais gostas: estar com os amigos fora da escola, ir ao cinema, passear ou ir ao café. Os teus colegas às vezes até fazem piadas. Gostas de uma colega de turma e combinaste com ela ir ao cinema depois das aulas. Queres pedir aos teus pais, mas tens receio que eles digam que não e por isso estás disposto a mentir para poder ir ao cinema com a tua amiga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que os meus pais são muito rígidos e raramente faço aquilo que gosto.</li> <li>• Eu imagino que os meus pais têm medo que aconteça alguma coisa de mal ou faça alguma coisa errada.</li> <li>• Eu sinto que deveria ter mais liberdade e fico triste porque até agora não consegui convencer os meus pais de que podem confiar em mim. Sinto que se falhar ao cinema com a minha amiga, ela vai ficar chateada comigo.</li> <li>• Quero ter maior liberdade e poder sair com os meus amigos. Quero ir ao cinema com a minha amiga, mas sem ter que mentir aos meus pais. Vou falar com os meus pais e fazer-lhes ver que podem confiar em mim, negociar por exemplo uma ou duas saídas/atividades por semana. Vou dizer-lhes que estou a gostar muito de uma amiga e que era muito importante que eles autorizassem a ida ao cinema. Acredito que vão perceber e aceitar.</li> </ul>

<p>A maioria dos teus colegas tem <i>IPhones</i>. O teu telemóvel já é velho e alguns dos teus colegas até já te mandaram bocas a gozar. Tens pedido à tua mãe, mas ela que até agora tem satisfeito as tuas vontades, neste momento diz que não pode ser. Estás muito chateado, não só porque não vais ter o <i>IPhone</i> mas sobretudo porque os teus colegas vão continuar a chatear-te.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que o meu telemóvel está completamente ultrapassado, que os meus colegas gozam comigo por causa disso e a minha mãe não me quer comprar outro.</li> <li>• Eu imagino que os meus colegas vão continuar a gozar comigo. A minha mãe não me quer dar o novo telemóvel só para me chatear.</li> <li>• Eu estou revoltado com a minha mãe. Sinto que vou continuar a ser gozado pelos meus colegas e isso deixa-me furioso.</li> <li>• Eu quero ter o telemóvel para deixar de ser gozado. Terei que falar com a minha mãe para perceber porque razão ela não me quer dar o telemóvel. Até reconheço que com o meu pai desempregado, haja coisas mais importantes do que me dar o telemóvel. Talvez possa negociar com ela separar alguma parte da semanada e ela ajudar-me a comprá-lo. Por outro lado devo falar com os meus amigos e dizer-lhes que não podem continuar a gozar comigo. A amizade não se traduz pelos objetos que possuímos.</li> </ul>
<p>Desde que começou o ano tens sido várias vezes abordado por um grupo de miúdos mais velhos da escola que insistem em chamar-te nomes e fazer-te passar por situações embaraçosas. Hoje chegaram mesmo a bater-te porque não lhes entregaste dinheiro. Sentes-te revoltado, triste e com vontade de sair da escola por causa destes miúdos. Já pensaste em falar com a tua DT, mas estás apavorado que haja retaliações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que tenho sido maltratado por um grupo de miúdos mais velhos desde que o ano começou.</li> <li>• Eu imagino que eles têm imenso prazer em maltratar os miúdos mais novos. Acham-nos fracos e não tem qualquer respeito.</li> <li>• Eu sinto-me muito envergonhado e humilhado. É muito injusto e estou muito revoltado, mas também tenho muito medo.</li> <li>• Quero deixar de ser alvo de agressões e que aqueles miúdos deixem de fazer estas maldades. Vou pedir ajuda aos meus pais e à DT. Acho que até vou falar com meu padrinho, que é polícia, talvez ele possa falar com estes miúdos.</li> </ul>
<p>Numa noite saíste para a discoteca com uns amigos. Para além de terem bebido umas cervejas, um desses teus amigos passou-te um cigarro. Percebeste que não era um cigarro vulgar, era um charro. Tinhas muita curiosidade em experimentar e aceitaste. Nas saídas seguintes voltaste a fumar e esta semana o grupo combinou encontrar-se no final das aulas para o fazer novamente. Andas mais irritado, os problemas em casa têm aumentado e os resultados dos testes não tem sido positivos. Reconheces que isto começou a acontecer desde que começaste a sair mais à noite e a fumar os charros com os teus colegas. Queres que esta situação se altere, mas não sabes como fazê-lo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejo que desde que comecei a fumar uns charros a minha vida complicou-se. Tenho mais problemas na escola e em casa.</li> <li>• Eu imagino que se mantiver este comportamento a minha vida vai complicar-se. Os meus pais vão ficar furiosos quando souberem que ando a consumir droga, nunca vão aceitar.</li> <li>• Eu sinto que apetece-me fumar com maior frequência. Sinto-me mais ansioso e irritado. Sem paciência para aturar os meus pais e professores.</li> <li>• Quero deixar de fumar. Vou deixar de sair tantas vezes à noite e evitar estar com aquele grupo. Talvez procure a enfermeira da escola ou vá ao centro de saúde também pedir ajuda.</li> </ul>

Figura 5 - Exemplos de situação problema e propostas de resolução

4. Solicitar a partilha de estratégias de resolução da situação problema apresentada.

5. Apresentar o modelo de resolução de problemas baseado em **quatro Frases:**

*Modelo de resolução de problemas baseado em quatro frases:*

- *Eu vejo...*
- *Eu imagino...*
- *Eu sinto...*
- *Eu quero...*
- Eu vejo (expressar a conduta que vemos no outro ou o que retiramos da situação em causa)
- Eu imagino (diz-se aquilo que imaginamos ao observar o comportamento, a reação do outro ou as consequências da situação)
- Eu sinto (dizemos o que sentimos com a reação e comportamento do outro ou com a situação)
- Eu quero (fazemos uma proposta para melhorar a situação)

6. Solicitar que apresentem a solução para a situação conflito/problema segundo o modelo das 4 Frases.

### **Resumo da actividade:**

7. Expor slide com as seguintes ideias:

#### *RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS*

- Devemos procurar delimitar e definir o problema;
- Devemos compreender o problema e procurar definir prioridades e procurar resolver o que é mais importante;
- Resolver o problema passo a passo utilizando as estratégias mais adequadas;
- As estratégias que nós utilizamos para lidar com situações difíceis, problemas ou dificuldades:
  - Mudam ao longo do tempo;

- Pode haver mais do que uma estratégia, ou forma de solucionar o problema, tal como há diferentes formas de o perspetivar.
- Com a estratégia utilizada procuramos a resolução dessa situação.
- Podem aprender-se novas estratégias e ajustar àquelas que já tínhamos anteriormente ou podem ser criadas novas a partir das situações com que nos vamos deparando
- Por vezes os problemas são mais complexos e a sua resolução mais difícil e por isso, pode ser necessário recorrer à ajuda de alguém:
  - Pais;
  - Professores;
  - Amigos;
  - Profissionais de Saúde.
  - Não há problemas....
  - Intermináveis,
  - Intransponíveis,
  - Intoleráveis.....

Contamos contigo !

Podes contar connosco!

## **Intervenção 4 (Momento nº 6)**

O momento 6 da intervenção global, já que o momento 5 foi utilizado para realizar a primeira avaliação, incide sobre o bem-estar.

### **Atividade: Sessão do Bem-Estar**

#### **Enquadramento**

A perceção de bem-estar ou de satisfação com a vida é fortemente influenciada por fatores de ordem física, emocional e social.

Nos adolescentes, a aparência física, a imagem corporal e o desempenho físico têm um peso fundamental. Por outro lado, a percepção de bem-estar emocional está relacionada sobretudo com a competência para lidar com os problemas e situações com que se deparam. Uma rutura na sensação de sentir-se psicológica ou emocionalmente bem pode estar associada a fracas habilidades socio-emocionais, baixo auto-conceito e baixa auto-confiança ou à incapacidade para fazer face eventos geradores de stress nas esferas pessoal, social ou familiar.

### **Material necessário**

Sala ampla, computador e projetor multimédia

### **Tempo de realização**

40 minutos

### **Objetivo**

Debater sobre a percepção individual e grupal de bem-estar. Reforçar o autoconceito e a capacidade de resolução de problemas.

### **Desenvolvimento da atividade: Sessão do Bem-estar**

1. Pedir aos alunos que partilhem o que é para eles o Bem-Estar e que fatores podem influenciar essa percepção.
2. Expor slide com as seguintes ideias e promover debate

#### PERCEÇÃO INDIVIDUAL DE BEM-ESTAR

- Fortemente influenciada por fatores de ordem física, emocional e social.
  - Habilidades socio-emocionais, autoconfiança, autoestima, imagem corporal, desempenho físico, Aparência física, desempenho académico, capacidade para resolver problemas.
3. Pedir aos alunos que mudem as suas posições na sala e de seguida se coloquem em círculo, dando a mão ao segundo colega que têm ao lado.
  4. Pedir a um dos alunos que se voluntarie para iniciar a atividade, reconhecendo duas qualidades pessoais e duas do colega a quem tem a mão dada à sua direita.

5. Realçar a importância da autoestima (rever as Ideias-Chave da Intervenção 2).
6. Pedir aos alunos que identifiquem que fatores podem influenciar a percepção de bem-estar do grupo.
7. Expor slide com as seguintes ideias:

#### BEM-ESTAR DO GRUPO

- Influenciado pelas características individuais de cada um e pelas relações que estabelecem coesão, solidariedade, amizade, compreensão, aceitação, partilha, respeito.
8. Realçar a proximidade do grupo e a importância que as relações que estabelecem são importantes não só para o bem-estar individual mas também para o bem-estar e coesão do grupo.
  9. Solicitar aos alunos que apresentem um problema que tenham vivenciado no grupo ou individual (em alternativa apresentar uma das situações do Figura 5).
  10. Propor a resolução segundo o modelo das 4 Frases (rever Ideias-Chave da Intervenção 3).
- A intervenção global termina com o momento 7, destinado à segunda avaliação.



## CAPÍTULO V

# RESULTADOS GLOBAIS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As evidências científicas comprovam que o suicídio se encontra significativamente associado à doença mental, pelo que nos permite afirmar que a existência de um tratamento eficaz da doença mental aumenta a probabilidade de reduzir o risco de suicídio. No entanto, para que este tratamento possa ser eficaz é fundamental a identificação correta e atempada dos indivíduos em risco e a eliminação de barreiras de acesso aos cuidados especializados. Estas barreiras incluem, entre outras, o estigma da doença mental que continua a persistir, mesmo entre os profissionais da área da saúde e o escasso investimento na formação de profissionais de saúde (Capp, Deane & Lambert, 2001).

A interpretação dos comportamentos suicidários por parte dos profissionais de saúde revela-se muito importante para determinar a atuação junto dos indivíduos, no que respeita ao atendimento hospitalar e ao posterior encaminhamento (Botega et al., 2005). Nesse sentido, as atitudes prevalentes dos profissionais de saúde para com as pessoas com comportamentos suicidários têm sido objeto de estudo em inúmeras investigações e sugerem que as atitudes negativas, críticas e de desvalorização são as dominantes entre estes profissionais (Crawford et al., 2003; Kawanishi, 2006; Samuelsson & Asberg, 2002; Saunders, 2012; Simões et al., 2012). Prevalecem ainda, sentimentos como ansiedade e insegurança, medo, sobreenvolvimento, simpatia, irritação e raiva (Wilstrand et al. 2007). Os conhecimentos acerca do fenómeno são também uma das variáveis estudadas e para a qual existem consenso relativo ao facto de serem insuficientes (Crawford et al., 2003; Kawanishi, 2006).

Se compararmos as atitudes dos profissionais de saúde para com pessoas com comportamentos suicidários e para com pessoas com doença física verificamos a existência de atitudes hostis dos profissionais de saúde em relação às pessoas com comportamentos suicidários (Herron et al., 2001).

Quanto às diferenças encontradas nas atitudes dos profissionais de saúde por categoria profissional constatamos que os médicos geralmente apresentam atitudes mais negativas que os enfermeiros (Mackay & Barrowclough, 2005). De entre os médicos destacam-se os psiquiatras por terem atitudes mais positivas do que os médicos de

outras especialidades (Commons, Treloar & Lewis, 2008). No entanto, para Crawford, Geraghty, Street e Simonoff (2003), num estudo que realizaram no Reino Unido, os médicos estavam mais conscientes do risco de suicídio do que os enfermeiros.

A necessidade de formação contínua e de treino de competências técnico-sociais em suicidologia tem sido amplamente destacados e defendidos como orientações fundamentais para a prevenção do suicídio a disseminar em ambiente comunitário e de urgência e de forma sistematizada (Chan & Chien, 2009; Santos, 2000; Samuelsson & Asberg, 2002; Lamb & Mullally, 2006; Gask et al., 2006; Thompson, Powis & Carradice, 2008; Gibb, 2010; Osafo et al., 2012; Simões et al., 2012).

Paralelamente a estas orientações, evidenciam-se os resultados obtidos em intervenções formativas, que são na maior parte dos casos, encorajadores, como podemos verificar pelos estudos consultados. Através da análise destes, podemos concluir que existe efetividade das intervenções educacionais na melhoria do conhecimento (Botega et al., 2007; Crawford et al., 2003; Samuelsson & Asberg, 2002; Simões et al., 2012) na modificação de atitudes e na melhoria dos níveis de competência dos profissionais de saúde para prevenir o suicídio (Botega et al., 2007; Gask et al., 2006; Chan & Chien, 2009). Maioritariamente, estes efeitos foram avaliados a curto prazo e não se verificaram diferenças entre hospitais gerais e hospitais psiquiátricos (Commons, Treloar & Lewis, 2008; Patterson, Whittington & Bogg, 2007; Samuelsson & Asberg, 2002; Lamb & Mullally, 2006).

Segundo Chan e Chien (2009), após a intervenção formativa, os profissionais de saúde foram capazes de aplicar os novos conhecimentos na prática clínica, assumindo-se mais conscientes do problema e mais competentes na gestão do risco de suicídio. Estes profissionais apontaram como barreiras a existência de profissionais não preparados para lidar com o problema, falta de apoio de profissionais peritos e a ausência de guias orientadores de boas práticas.

Permanece sem resposta a questão relativa ao tempo em que as mudanças de comportamento dos profissionais perante a pessoa com comportamentos suicidários serão mantidas.

Mediante estas considerações e no âmbito do Projeto + Contigo, foram desenvolvidos cursos de formação destinados a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

## **Metodologia**

Desenvolvemos um estudo quasi-experimental do tipo pré-teste pós-teste sem grupo de controlo em que definimos os seguintes objetivos:

Avaliar resultados da formação, dirigida a profissionais de saúde dos CSP;

Verificar se existem diferenças de conhecimentos e atitudes em relação ao comportamento suicida em função das variáveis idade, sexo, tempo de serviço e função desempenhada.

O impacto da formação é avaliado através da análise dos seguintes aspetos: atitudes em relação ao doente deprimido, sentimentos negativos diante do indivíduo com comportamento suicidário, percepção da capacidade profissional, direito ao suicídio e conhecimentos em prevenção do suicídio (Botega, Reginato & Silva, 2005).

A formação foi ministrada em três cursos de formação de 21 horas cada, destinados a profissionais de saúde dos CSP e mais especificamente profissionais das equipas de Saúde Escolar. Todos os cursos foram promovidos pelo Gabinete de Formação da Administração Regional de Saúde do Centro, em estreita articulação com a equipa coordenadora do projeto + Contigo, sendo estes os formadores de todos os cursos ministrados.

O curso de formação + Contigo encontra-se organizado em torno de três eixos temáticos: adolescência, depressão e comportamentos suicidários. No decorrer do mesmo além de conceitos e disponibilização da evidência existente sobre a temática fomenta-se o debate e discussão sobre mitos, práticas e operacionalização do projeto junto da comunidade educativa, particularmente em contexto escolar.

## **População e amostra**

A população alvo desta intervenção foram profissionais de saúde da ARS Centro. Quanto à constituição da amostra, os cursos de formação + Contigo abrangeram 66 profissionais das equipas de saúde escolar de 10 Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro. Estes profissionais foram selecionados com base em critérios de inclusão definidos pela equipa coordenadora do projeto + Contigo em parceria com a Administração Regional de Saúde do Centro.

Os critérios de inclusão estabelecidos passaram pela motivação dos profissionais de saúde para investir na problemática da prevenção do suicídio e pela existência de condições favoráveis à implementação do projeto na área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde no qual desempenham funções.

## **Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de recolha de dados foi constituído por uma ficha de dados sociodemográficos e pelo Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS) adaptado de Botega, Reginato e Silva (2005). Este instrumento foi preenchido, pelos profissionais que constituíram a amostra, no início e no final do curso de formação + Contigo.

O Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS) é constituído por 25 afirmações, pontuadas de 1 a 5, de auto preenchimento e que mensura as atitudes dos profissionais nos seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Quanto mais elevada é a nota global, maior será a mudança em termos de conhecimentos e atitudes.

Na constituição do QUACS encontramos oito das afirmações agrupadas em três fatores com o objetivo de facilitar a avaliação de mudança de atitudes, sendo eles: Fator 1 (F1) - sentimentos negativos diante do indivíduo com comportamento suicidário, Fator 2 (F2) - percepção da capacidade profissional e Fator 3 (F3) - direito ao suicídio. As restantes afirmações referem-se aos conhecimentos em prevenção do suicídio (13 afirmações) e às atitudes dos profissionais em relação a indivíduos deprimidos (quatro afirmações).

## Resultados

Conforme podemos verificar pela Tabela 1, participaram no estudo 66 profissionais de saúde. A maioria são do sexo feminino (92,40%). Quanto à função desempenhada verificamos que a grande maioria são enfermeiros (84,80%). Relativamente à variável idade, a média de idade dos elementos da amostra é de 41,53. Quanto ao tempo de serviço, verifica-se que os valores se encontram entre 1 e 34 anos com uma média de 17,14 anos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=66)

	n	%
<b>Género</b>		
Feminino	61	92,42
Masculino	5	7,57
<b>Profissão</b>		
Enfermeiros	56	84,84
Médicos	5	7,57
Psicólogos	2	3,03
Outros	3	4,54
	<b>Média</b>	<b>Mn-Mx</b>
<b>Idade</b>	41,53	26-61
<b>Tempo de Serviço</b>	27,8	1-34

Através da análise da Tabela 2 e após a aplicação do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS), constatamos que a nota global antes do curso (aplicação inicial do questionário) apresentava um valor de 3,40 aumentando para 3,92 na avaliação final, após o curso de formação. Verificamos ainda que este resultado surge pelo aumento das médias em 22 dos 25 itens do questionário e a diferença de médias encontradas foi estatisticamente significativa em 9 itens pontuados, após a aplicação do teste.

Tabela 2 - Resultados do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida

	Média e desvio padrão antes do curso	Média e desvio padrão depois do curso
<b>QUACS global</b>	3,40 (1,17)	3,92 (1,01)*
<b>Questões QUACS</b>	<b>X e dp antes do curso</b>	<b>X e dp depois do curso</b>
1	3,50 (1,24)	3,58 (1,18)
2	3,20 (1,13)	3,75 (1,20)*
3	3,73 (1,10)	4,35 (0,90)*
4	2,60 (1,34)	2,91 (1,35)
5	3,73 (1,10)	3,76 (1,42)
6	2,23 (1,29)	1,60 (1,09)*
7	3,00 (1,41)	3,25 (1,52)
8	3,73 (1,51)	3,78 (1,58)
9	4,03 (1,27)	4,44 (0,97)
10	3,33 (1,12)	3,57 (1,21)
11	4,10 (1,16)	4,33 (0,79)
12	4,41 (0,92)	4,01 (1,35)
13	2,16 (0,84)	2,71 (1,20)*
14	1,95 (1,11)	2,66 (1,22)*
15	3,36 (1,36)	4,44 (0,91)*
16	2,88 (1,41)	3,78 (1,31)*
17	3,46 (1,21)	3,60 (1,15)
18	2,90 (1,24)	3,28 (1,38)
19	3,26 (1,36)	2,85 (1,43)
20	4,08 (1,02)	4,10 (1,27)
21	3,85 (1,25)	3,92 (1,17)
22	3,40 (1,48)	3,42 (1,57)
23	4,20 (0,89)	4,62 (0,72)*
24	2,55 (1,17)	3,32 (1,41)*
25	4,06 (1,20)	4,08 (1,06)

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

Relativamente aos fatores avaliados pelo Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida, encontramos um aumento de médias em quatro desses fatores, conforme a Tabela 3, sendo essas diferenças estatisticamente significativas em três deles: atitudes em relação ao indivíduo deprimido, percepção da capacidade profissional e conhecimentos em prevenção do suicídio ( $p < 0,05$ ). De salientar que o único fator em que não se verificou aumento das médias da avaliação inicial *antes do curso* para a avaliação final *depois do curso* foi o fator 3, designado por direito ao suicídio.

Tabela 3 - Resultados do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida, por fatores.

QUACS	X e dp antes do curso	X e dp depois do curso
Fator 1 - sentimentos negativos diante do indivíduo com comportamento suicidário	10,46 (2,93)	11,12 (3,15)
Fator 2 - percepção da capacidade profissional	8,39 (2,73)	10,60 (2,48)*
Fator 3 - direito ao suicídio	6,09 (1,86)	5,68 (1,36)
Conhecimentos em prevenção do suicídio	45,03 (6,35)	49,59 (8,96)*
Atitudes dos profissionais em relação a indivíduos deprimidos	15,01 (2,53)	16,09 (2,58)*

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

Pela análise estatística podemos ainda acrescentar que não se verificam diferenças estatisticamente significativas de atitudes em relação ao comportamento suicida em função das variáveis género, idade, função e tempo de serviço.

## Discussão

Consideramos como limitações metodológicas, o método de amostragem não probabilístico, já que mediante os critérios de inclusão definidos, como sejam a participação na equipa de saúde escolar e a motivação pessoal e da equipa, ficámos condicionados a selecionar uma amostra intencional. Este tipo de amostragem pareceu-nos inevitável dado a necessidade de preparar estes profissionais para constituírem a equipa local + Contigo e poderem implementar o projeto de prevenção do suicídio em meio escolar + Contigo.

Consideramos ainda como limitação metodológica a ausência de grupo de controlo e de *follow-up*. Estas opções foram tomadas de forma consciente e considerando que todos os profissionais de saúde que frequentaram o curso de formação + Contigo aderiram ao projeto e, conseqüentemente, passaram a ter articulação estreita e acompanhamento

pela Equipa Coordenadora do + Contigo, podendo este facto interferir com o impacto da formação e com a avaliação a longo prazo. Estas opções foram apoiadas em estudos como o desenvolvido por Chagnon et al. (2007), em que se concluiu que o desenvolvimento de habilidades após treino é estatisticamente significativo quando comparado ao grupo controle e que as competências foram em grande parte mantidas seis meses após a formação.

No que concerne à discussão dos resultados obtidos, podemos afirmar que ao nível do QUACS se verificou um aumento de médias em 22 dos 25 itens do questionário, sendo essa diferença estatisticamente significativa em nove itens. Ao analisarmos estes itens agrupados por fatores, encontramos um aumento de médias em quatro desses fatores e diferenças estatisticamente significativas em três destes.

Comparando os resultados obtidos no nosso estudo com os obtidos por Cais et al. (2011) no qual também foi utilizado o QUACS, constatamos que encontraram variância significativa, após o treino, em 18 dos 25 itens do questionário e Botega et al. (2007) concluíram que os enfermeiros expressam maior capacidade profissional, após a formação. Dehay et al. (2009) mostraram um aumento de 44% em níveis aceitáveis em comparação com os níveis pré-treino, valores estes superiores aos encontrados no presente estudo, já que verificámos em aumento global de 10,4% no total dos itens do QUACS.

Por seu lado Cornell, Williams e Hague (2006) estudaram a capacidade profissional de elementos da comunidade educativa, em ambiente escolar. Verificaram que estes profissionais após receberem treino de porteiros sociais, intervíram precocemente e referenciaram menos alunos para acompanhamento especializado ou serviços de saúde mental comparativamente aos profissionais que não receberam treino. Dehay et al. (2009) concluíram que o treino aumentou a proporção de pessoas que intervíram junto de pessoas em risco de suicídio em 20%.

De acordo com os nossos resultados, o programa para membros da comunidade demonstraram mudanças positivas no conhecimento e atitudes sobre o suicídio, conforme resultados anteriores de Cross et al., (2011). Mais especificamente no que diz respeito às atitudes dos profissionais, Morgan et al. (1996), usando um inventário de atitudes antes e depois de formação formal, verificaram uma redução nas atitudes ambíguas ou negativas expressas e Gask et al. (2006) verificaram melhorias significativas nas atitudes e confiança dos participantes.

Reforçando estes resultados, Berlim et al. (2007) ao analisarem o impacto de um programa de treino breve sobre a prevenção do suicídio e as atitudes dos profissionais de saúde perante o suicídio, concluíram que este foi determinante para fornecer conhecimentos

sobre a prevenção do suicídio aos profissionais de saúde, independentemente da sua experiência clínica, permitindo-lhes melhorar as suas atitudes a curto prazo e as suas crenças sobre os comportamentos suicidas.

Ao analisar os resultados das médias obtidas para os fatores considerados, constatamos que o fator *direito ao suicídio* foi o único que não apresentou aumento de médias, existindo 2 afirmações deste fator que diminuíram as médias de 2,00 e 4,50 (antes do curso de formação) para 1,39 e 4,22 respetivamente (depois do curso de formação). Este fator foi alvo de grande discussão por parte dos profissionais que desenvolveram o curso de formação dado que, se em termos morais e filosóficos o suicídio pode ser aceite, ou seja, entende-se que a pessoa tem o direito de se matar. Em termos jurídicos, a lei Portuguesa pune quem incitar outra pessoa ao suicídio (artº 135 do Código Penal) e em termos religiosos quase todas as religiões condenam seriamente o suicídio, sendo que a Igreja Católica proíbe as ordens sagradas às pessoas com comportamentos suicidários. Se considerarmos que, segundo o Centro de Estudos de Religiões e Culturas da Universidade Católica Portuguesa, os católicos em Portugal ascendem a 79,5%, percebemos os resultados encontrados, podendo a amostra do estudo ser compatível com esta caracterização.

Berlim et al. (2007) ao estudar esta questão, concluíram que a crença de que uma pessoa não possui o direito de cometer suicídio foi mais forte entre profissionais mais velhos, entre profissionais que não contactavam com pessoas com comportamentos suicidários, entre profissionais com história familiar de suicídio, entre profissionais protestantes e que costumavam frequentar mais cultos religiosos.

Ao analisar as variáveis sócio demográficas sexo, função desempenhada, idade e tempo de serviço verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas de conhecimentos e atitudes em relação ao comportamento suicida. Também Berlin et al. (2007) demonstraram que os profissionais de saúde, independentemente da sua origem clínica e experiência de trabalho anterior, apresentam valores semelhantes nos termos das suas atitudes e crenças em relação ao fenómeno suicida. Na maioria dos estudos analisados, encontramos que os médicos geralmente apresentam atitudes mais negativas que os enfermeiros (Mackay & Barrowclough, 2005). Acreditamos que tal não se verificou, devido ao reduzido número de outros profissionais não enfermeiros.

Em relação à função desempenhada, e apesar de existirem vários estudos que apresentam diferenças estatisticamente significativas, entendemos que o número de elementos da amostra que não são enfermeiros (médicos, psicólogos e assistentes sociais) sendo tão reduzido não permitirá realizar inferências.

## Conclusões

A forte evidência de atitudes negativas em relação aos indivíduos com comportamentos suicidários, permite-nos afirmar que deveria existir um maior investimento por parte dos investigadores na área da suicidologia e consequentemente maior número de intervenções formativas junto de todos os envolvidos na gestão do fenómeno.

A investigação desenvolvida avaliou o impacto da formação em termos de mudança de conhecimento, e mudança de atitudes em relação ao comportamento suicida dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e concluiu que esta formação foi eficaz em promover mudanças desejadas nos participantes, tanto do ponto de vista dos conhecimentos em prevenção do suicídio como da mudança de atitudes. Acreditamos que as mudanças ocorridas contribuem para a deteção precoce de pessoas em risco de suicídio e para melhorar a sua referenciação para tratamento/accompanhamento adequados.

Mediante estes resultados podemos afirmar que entendemos que a formação e treino formal deveriam ser disponibilizados a todos os profissionais de saúde envolvidos na prevenção do suicídio e no tratamento de pessoas com este tipo de comportamento. Os enfermeiros detêm conhecimentos científicos e pedagógicos que os colocam em posição privilegiada nas equipas de saúde, para desenvolverem esta formação.

Consideramos que essa formação deve abordar o auto-conhecimento, o conhecimento, a compreensão, as atitudes, a comunicação e os comportamentos suicidários. Além da formação formal dos profissionais de saúde, julgamos ainda pertinente sugerir que se adotem, nos vários contextos de prevenção do suicídio, orientações nacionais e internacionais como as que constam no Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária (Santos et al., 2012).



## CAPÍTULO VI

# RESULTADOS GLOBAIS COM OS ESTUDANTES

O projeto + Contigo é um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede. Tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental; criar uma rede de atendimento de saúde mental. Apresenta como objetivos específicos promover habilidades sociais; promover o auto-conceito; promover a capacidade de resolução de problemas; promover a assertividade na comunicação; melhorar a expressão e gestão de emoções; detectar precocemente situações de distúrbio mental; fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde (Santos et al., 2013).

As implicações de projetos deste tipo já foram detalhadamente descritas em capítulo anterior, servindo este para demonstrar os resultados obtidos com os estudantes.

### Metodologia

Para atingir os objetivos definidos desenvolveu-se um estudo de natureza experimental, avaliado em três fases: no início da intervenção, no final e seis meses após a intervenção.

Na primeira fase avaliou-se a sintomatologia depressiva, o auto-conceito, o coping e o bem-estar. Posteriormente decorreu a intervenção descrita em capítulo anterior e na segunda fase fez-se uma avaliação imediata que foi repetida seis meses após para perceber a validade dos resultados passado esse período de tempo.

Da globalidade do projecto apresentaremos resultados das intervenções junto dos estudantes, particularmente no que se refere à sintomatologia depressiva, auto-conceito, bem-estar e capacidade de resolução de problemas.

A intervenção e colheita de dados decorreu nos anos letivos 2011/2012 e 2012/2013.

## População e amostra

A população alvo deste estudo são adolescentes que se encontravam a frequentar uma escola do 3º ciclo da região centro. Foram analisadas e aceites os projetos de adesão de quatro ACES da ARSC,IP (Baixo Mondego, Baixo Vouga, Dão Lafões e Pinhal Litoral), englobando as seguintes instituições escolares:

Agrupamento de Escolas de Anadia; Escola de Viticultura e Enologia da Bairrada (Anadia); Agrupamento de Escolas da Figueira Mar – Escola Dr. Bernardino Machado; Agrupamento de Escolas da Figueira Norte – Alhadãs (Figueira da Foz); Agrupamento de Escolas Eugénio de Castro; Escola Secundária José Falcão (Coimbra); Agrupamento de Escolas de Avanca – Professor Dr. Egas Moniz (Estarreja); Agrupamento de Escolas da Mealhada (Mealhada); Agrupamento de Escolas de Oliveira do Bairro; Instituto Promoção Social de Bustos (Colégio Frei Gil) (Oliveira do Bairro); Agrupamento de Escolas Dr. José Saraiva (Escola EB 2,3) (Leiria); Agrupamento de Escolas de Esmoriz - Ovar Norte (Ovar); Agrupamento de Escolas de Satão (Satão); Agrupamento de Escolas de Gândara Mar (Tocha); Agrupamento de Escolas de Soure (Soure); Agrupamento de Escolas de Santa Comba Dão (Santa Comba).

A amostra foi constituída por 2354 estudantes, tendo sido validados apenas 2105 questionários devido a preenchimento incompleto ou extravio dos mesmos. Da amostra faziam parte estudantes de ambos os sexos com ligeira predominância do género masculino (52,9%).

## Instrumento de colheita de dados

O questionário para caracterização da população e avaliação do impacto da intervenção foi composto por uma caracterização sociodemográfica sintética: sexo, idade e ano de escolaridade e por alguns instrumentos de medida validados para a realidade nacional:

Índice de bem-estar (OMS, 1998), autoconceito (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002; Veiga, 2006), *coping* (Esparbés et al., 1993; Tap, Costa & Alves, 2005) e depressão (BDI-II, Beck & Steer, 1987; Martins, 2000).

De referir que o questionário tem vindo a ser aperfeiçoado desde o início da implementação do projeto, o ano letivo 2009-2010, tendo sido objeto de várias reformulações e seleção de instrumentos, tendo em conta a sua fiabilidade e facilidade de compreensão por parte dos estudantes. Pese embora as modificações registadas, mantem-se um questionário relativamente longo que requer cerca de 30 minutos de preenchimento por parte dos alunos. Todavia pareceu-nos que os instrumentos selecionados eram de primeira escolha para a avaliação do projeto.

## Tratamento de dados

A colheita de dados é realizada localmente pelas equipas dinamizadoras do projeto. O processo ocorre em três momentos, sendo os questionários codificados para permitir a leitura ótica e a garantia de confidencialidade.

A equipa coordenadora assegura o tratamento de dados recorrendo ao programa SPSS versão 19 para Windows.

A nível estatístico recorreu-se a estatística descritiva para a caracterização da amostra (desvio padrão, médias) e a estatística inferencial para avaliar a evolução/associação/relação de variáveis. Através do teste de Kolmogorov Smirnov confirmou-se a distribuição normal da amostra pelo que se recorreu a medidas paramétricas (teste t e Anova).

## Procedimentos éticos

Para o início da implementação do projeto foi solicitada autorização para a utilização do questionário, denominado + Contigo, à Direção de Serviços de Projetos Educativos através da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar que foi concedida inicialmente para o ano letivo 2011-2012 e, posteriormente autorizada até 2016-2017.

Todas as escolas em projeto necessitaram de demonstrar vontade expressa de o concretizar, depois de um contacto inicial com a equipa local do Centro de Saúde da área do estabelecimento escolar. De referir ainda que o contacto com os alunos foi sempre precedido de formação dos profissionais de saúde dinamizadores locais do projeto, uma sessão de sensibilização para docentes e assistentes operacionais e uma sessão de sensibilização para os encarregados de educação em horário pós-laboral. Só após estes procedimentos se iniciou o contacto com os adolescentes em sala de aula, conforme modelo descrito noutra capítulo. Além disso a participação no projeto foi autorizada pelos encarregados de educação, nos casos dos alunos menores, o que representa a esmagadora maioria da amostra. A ex-Direção Regional de Educação do Centro (atual Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares, Direção de Serviços da Região Centro), parceira do projeto foi acompanhando o desenvolvimento do mesmo, sobretudo na fase inicial de implementação.

A selecção das turmas em projeto foi da responsabilidade da escola tendo em conta a disponibilidade das turmas/da direcção de turma ou do prévio conhecimento da escola de turmas ditas *mais difíceis* ou com alunos com problemas de comportamento identificados anteriormente. As turmas que foram utilizados como grupo de controlo num ano letivo beneficiaram, sempre que possível, de serem membros do projeto no ano seguinte. Todavia, acabaram por beneficiar sempre dado o enquadramento que foi feito do projeto e as redes estabelecidas com os dinamizadores locais.

A confidencialidade foi assegurada através da ausência de identificação do aluno em qualquer momento do desenvolvimento do projeto ou do preenchimento dos questionários que permaneceram anónimos. Excluíram-se as situações identificadas no decorrer do projeto pelos docentes ou dinamizadores ou através do pedido de auxílio dos encarregados de educação para um acompanhamento mais especializado.

O princípio da não-maleficência foi assegurado através da rede de cuidadores criada na escola, no centro de saúde da área da escola e na sensibilização com os encarregados de educação, estando garantido à partida que todas as situações de risco identificadas seriam acompanhadas e teriam encaminhamento para serviços especializados, também parceiros do projeto, no caso de necessitarem.

Seguidamente apresentamos os resultados quantitativos do projeto, através do estudo dos instrumentos que compunham o questionário.

## Caraterização da amostra

Pela análise da Tabela 4 verificamos que a maioria da amostra foi constituída por jovens do sexo masculino, com idade entre os 13 anos, no início do projeto e 14 no final. Maioritariamente as turmas em projeto foram constituídas pelo 8º ano, sendo semelhante o número de turmas do 7º e 9º ano. De referir que algumas turmas do 10º ano foram incluídas por solicitação das escolas.

Tabela 4 - Participantes no Projecto de acordo com o sexo, idade e ano de escolaridade

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Total (n)</b>	2105	1992	1975
<b>Sexo</b>			
Masculino	52,9	52,4	52,0
<b>Média da Idade</b>	13,71	13,72	14,08
<b>Ano escolaridade</b>			
7º	25,7	25,3	25
8º	41,2	43,1	43,6
9º	27,8	25,7	25,5
<b>Outros</b>	5,4	5,9	5,9

Como podemos verificar pela análise da Tabela 5, a constituição dos grupos de intervenção e controlo foi semelhante no que diz respeito ao género, idade e anos de escolaridade. Todavia na fase 3 houve um desvio do grupo de controlo que levou a que, percentualmente fossem apurados mais alunos do 9º ano e menos do 8º.

Tabela 5 - Projecto de acordo com o género, idade e ano de escolaridade, distribuído por fases

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Total (n)</b>	1591	1623	1520	513	369	455
<b>Género</b>						
Masculino	53,2	52,8	53,2	52,2	52,2	48,3
<b>Idade</b>	13,64	13,72	14,05	13,90	13,74	14,16
<b>Ano escolaridade</b>						
7º	26,9	25,2	23,5	22,1	26,2	30,3
8º	40,2	44,9	51,3	44,2	34,8	28,2
9º	27,6	24,5	19,5	28,2	31,2	35,5
<b>Outros</b>	5,3	5,2	5,6	5,5	7,7	5,8

Apresentamos de seguida nas Tabelas 6, 7, 8, 9 e 10 os resultados encontrados para as variáveis em estudo: sintomatologia depressiva, bem-estar, autoconceito e  *coping*.

## Sintomatologia depressiva

A análise das tabelas 6 e 7 permite-nos verificar que, no final da fase 3 o grupo de controlo apresentava níveis superiores de sintomatologia depressiva que o grupo alvo de intervenção. Se verificarmos os níveis de depressão, essa diferença é notada sobretudo no que diz respeito à depressão severa, com maior incidência no grupo de controlo e ao número de casos sem depressão ou depressão leve, com maior incidência no grupo alvo de intervenção.

Tabela 6 - Níveis médios de sintomatologia depressiva dos participantes no Projecto

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Média da sintomatologia depressiva</b>	10,62	9,60	9,61*	11,01	9,58	10,70*

\*Com diferença estatisticamente significativa para o grupo de controlo ( $p < 0,05$ )

Tabela 7 - Classificação da depressão dos participantes no Projecto

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Sintomatologia Depressiva</b>						
<b>Sem depressão</b>	71,2	74,3	73,5	69,8	73,3	72,5
<b>Leve</b>	13,1	11,2	7,5	14,5	14,0	6,6
<b>Moderada</b>	10,3	8,9	10,3	9,2	7,8	9,4
<b>Severa</b>	5,4	5,6	8,6	6,5	4,9	11,5

## Índice de bem-estar

Como verificamos na Tabela 8 o índice de bem-estar demonstra um aumento ao longo das três fases, no grupo alvo de intervenção, acabando por ser superior ao grupo de controlo. Grupo esse que demonstra uma diminuição entre a fase 2 e 3.

Tabela 8 - Índice de bem-estar dos participantes no Projecto

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Índice de bem-estar</b>	17,06	17,43	17,87*	16,96	17,38	17,31*

\*Com diferença estatisticamente significativa para o grupo de controlo ( $p < 0,05$ )

## Autoconceito

A análise do autoconceito denota um decréscimo ao longo do tempo no grupo de controlo e uma oscilação no grupo alvo de intervenção, com um aumento importante da fase 1 para a fase 2 e um decréscimo na fase 3 (Tabela 9). No grupo alvo de intervenção a dimensão que mais diminui tem a ver com o aspeto comportamental e a satisfação enquanto as restantes dimensões apresentam ligeiros aumentos entre o início e a última avaliação da implementação do projeto. Tendo em conta os resultados obtidos e, sobretudo a oscilação verificada entre a fase 2 e 3, no ano letivo 2013-2014, foi introduzido um novo momento de intervenção de reforço visando o fortalecimento desta variável.

Tabela 9 - Autoconceito dos participantes no Projecto e suas dimensões

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Autoconceito</b>	41,48	42,66	40,75	42,34	42,22	41,14
<b>Aspeto comportamental</b>	10,27	10,62	9,34	10,18	10,48	9,39
<b>Ansiedade</b>	4,33	4,39	4,43	4,47	4,55	4,34
<b>Estatuto intelectual</b>	8,45	8,55	8,49	8,61	8,67	8,30
<b>Popularidade</b>	6,85	7,21	7,02	7,03	7,03	7,11
<b>Aparência física</b>	5,08	5,16	5,28	5,28	5,29	5,32
<b>Satisfação- felicidade</b>	6,43	6,44	6,20	6,55	6,51	6,24

## **Coping**

A análise da Tabela 10 permite-nos verificar que o *coping* aumenta ligeiramente entre a primeira e terceira fase no grupo alvo de intervenção ao contrário do ocorrido no grupo de controlo. Na fase 3 o grupo de intervenção tem scores mais elevados que o grupo de controlo, embora com resultados pouco diferentes. Ambos os grupos aumentam na fase 2 e diminuem na fase 3.

Tabela 10 - *Coping* dos participantes no Projecto

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b><i>Coping</i> global</b>	155,04	155,25	155,12	153,91	154,24	152,92
<b>Controlo</b>	46,33	46,40	45,34	46,00	46,15	44,85
<b>Suporte social</b>	22,24	22,08	21,85	21,79	22,01	21,29
<b>Distração social</b>	34,09	34,00	33,60	33,92	34,01	33,05
<b>Retraimento</b>	31,34	31,35	32,52	31,16	31,21	32,28
<b>Recusa</b>	21,16	21,21	22,14	21,07	21,20	21,70

## Caracterização tendo em conta o sexo no grupo de intervenção

Na análise da Tabela 11, relativa ao sexo, os jovens do sexo masculino apresentam melhores índices no auto-conceito e bem-estar e menos sintomatologia depressiva. O *coping* não apresenta diferenças significativas entre sexos.

No decorrer do projeto houve diminuição da sintomatologia depressiva e aumento do índice de bem-estar para ambos os géneros e aumento do *coping* nos rapazes. Todavia, as diferenças entre sexos registadas no início do projeto não se alteraram com o desenvolvimento do mesmo.

Estes resultados têm sido constantes ao longo do projeto, tendo os jovens do género masculino demonstrado maior autoconceito, bem-estar e menor sintomatologia depressiva. Dados que podem ajudar a explicar a maior prevalência de comportamentos da esfera suicidária entre raparigas.

Tabela 11 - Níveis médios de sintomatologia depressiva dos estudantes alvo de intervenção, de acordo com o sexo

	Sexo feminino			Sexo masculino		
	Fase 1 n=708	Fase 2 n=737	Fase 3 n=675	Fase 1 n=833	Fase 2 n=803	Fase 3 n=771
<b>Média da sintomatologia depressiva</b>	12,17	11,26	11,48	9,31*	8,26*	8,09*
<b>Média do autoconceito</b>	40,46	41,46	39,68	42,38*	43,52*	41,68*
<b>Média do índice de bem-estar</b>	16,79	16,91	17,23*	17,28*	17,82*	18,46*
<b>Média do <i>coping</i></b>	154,95	154,61	153,84	155,16	155,75	156,40

\*Com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ )

## Caracterização tendo em conta o ano de escolaridade no grupo de intervenção

Pela análise da Tabela 12, podemos verificar que os alunos do 7º ano evoluíram favoravelmente na sintomatologia depressiva e índice de bem-estar, conhecendo uma subida no autoconceito entre a fase 1 e 2, diminuindo para a fase 3. Quanto ao *coping* não foram registadas melhorias com o projeto.

Os alunos do 8º ano registaram melhorias na sintomatologia depressiva, índice de bem-estar e *coping*, tendo uma melhoria no auto-conceito entre a fase 1 e 2, diminuindo para a fase 3.

Os alunos do 9º ano melhoraram em todos os indicadores entre a 1ª e a 2ª fase, mantendo a melhoria nos scores para o bem-estar e para o *coping* mas diminuindo para a sintomatologia depressiva e autoconceito da 2ª para a 3ª fase.

Comparativamente aos anos o 7º ano apresenta melhores indicadores para a sintomatologia depressiva e auto-conceito na fase 1 e posteriormente o 9º ano piora os indicadores com diferenças significativas para o 7º e 8º no índice de bem-estar e sintomatologia depressiva.

O aparente agravamento das situações identificadas nos alunos do 9º ano poderá ter a ver com a aplicação do questionário na fase 3, próximo do final do ano letivo e a preocupação inerente às avaliações finais e às opções de mudança de escola, presente na larga maioria da amostra.

Tabela 12 - Caracterização do grupo de intervenção tendo em conta as variáveis avaliadas nas três fases

	7º ano – n= 403			8º ano – n= 749			9º ano – n=391		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Média da sintoma depressiva</b>	9,88*	9,18*	8,01**	10,11*	8,92*	8,78**	11,53*	10,51*	13,07**
<b>Média do autoconceito</b>	43,32**	43,85*	41,69	41,32**	43,12*	40,87	40,48**	41,11*	39,90
<b>Média do índice de bem-estar</b>	17,39**	17,51**	17,96**	17,29**	17,92**	18,29**	16,58**	16,69**	17,20**
<b>Média do coping</b>	158,44**	157,67*	154,04	154,97**	155,05**	155,91	152,35**	152,92**	155,16

\*Com diferenças significativas entre anos de escolaridade ( $p < 0,05$ )

\*\* Com diferenças significativas entre anos de escolaridade ( $p < 0,001$ )

Após a realização de test post-hoc de Tuckey foram encontradas diferenças entre anos nas diferentes fases:

Fase 1 - diferença na sintomatologia depressiva entre os estudantes do 7º e do 9º;  
Diferença no autoconceito entre o 7º e os restantes anos;

Fase 2 - diferenças no *coping* entre o 7º e o 9º ano; Diferenças no bem-estar entre o 9º e restantes anos; Diferenças no autoconceito entre o 9º e restantes anos

Fase 3 - diferenças na sintomatologia depressiva entre o 9º e os restantes anos; Diferenças no bem-estar entre o 9º e restantes anos

## Conclusão

A parte quantitativa dos resultados do projeto, tendo em conta o instrumento de colheita de dados sugere-nos que a intervenção produz resultados a curto prazo para todos os indicadores avaliados e a médio prazo (seis meses) para o índice de bem-estar e sintomatologia depressiva, com resultados estatisticamente significativos para o grupo de controlo. Os resultados menos evidentes, relativamente ao grupo de controlo tiveram a ver com a capacidade de resolução de problemas e com o autoconceito. A diminuição de resultados entre a fase 2 e a fase 3 levou-nos a aumentar o contacto com os estudantes no terceiro período visando reforçar ideias inerentes ao *coping* e autoconceito. Todavia, sabemos estar a falar de duas variáveis estado que, elas próprias, vão variando ao longo da vida e, presumivelmente, ao longo do ano letivo podendo o período de avaliações e algum cansaço inerente ao terceiro período ajudar a explicar. De referir que os resultados mais robustos no *coping* e auto-estima foram conseguidos em zonas de conflito (Barry et al., 2013), o que, obviamente não era o caso.

Numa análise relativa ao sexo verificamos que os jovens do sexo masculino têm melhores indicadores de saúde mental que as jovens. Merece particular realce a diferença na sintomatologia depressiva, onde há uma relação de cerca do dobro dos casos de adolescentes do sexo feminino, relativamente ao sexo masculino, sobretudo após a puberdade (Hyde et al., 2008), onde os estudos com follow-up têm demonstrado aumento dos riscos para a depressão e comportamentos suicidas na idade adulta (Maughan et al., 2013), além de que alguns tipos de problemas terão tendência a aumentar após os 14 anos, nomeadamente a auto-depreciação e problemas de índole social (Van Beek et al., 2012), fazendo antever um aumento da sintomatologia depressiva. Por outro lado, muitas vezes a depressão na adolescência anuncia uma doença crónica ou recaídas frequentes e permite prever uma larga gama de dificuldades psicossociais e problemas de saúde (Thapar et al., 2012). De referir que os comportamentos auto-lesivos são mais comuns em adolescentes do sexo feminino, podendo os resultados encontrados ser um sintoma de maior vulnerabilidade ou de indícios de dor psicológica que possa resultar em comportamentos da esfera suicidária, onde a depressão é um dos sinais de risco mais importantes.

Analisando os resultados relativamente ao ano de escolaridade, os indicadores de saúde mental diminuem desde o 7º ano, havendo diferenças significativas para o índice de

bem-estar e sintomatologia depressiva dos estudantes do 9º ano para os restantes anos, na fase 3. Talvez o término dum ciclo, com maior exigência ao nível das avaliações, com a necessidade de definição de áreas de estudo, de um novo estabelecimento de ensino, maior adequação das expectativas, ajudem a explicar esta diferença. Por outro lado, o aumento da idade pressupõe um aumento da depressão, sobretudo a partir dos 14 anos de idade e, particularmente nas raparigas (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; Van Beek et al., 2012).



# PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES

## Capítulos de livros

Erse, Maria; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Amélia, Lúcia; Santos, José; (2010) "Combater o Estigma em Saúde Mental: Uma estratégia preventiva da conduta suicida" - Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental, 1ª Edição, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, p211 - 219, ISBN/ISSN: 978-989-96144-2-0, Depósito legal: 318234/10.

## Artigos

Santos, José; Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Marques, Lucia; (2013) "+ Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar" - Revista de Enfermagem Referência, Número: 10, Série: III série, 1ª Edição, UICISA-E, Coimbra, p203 - 207, ISBN/ISSN: 0874-0283.

Façanha, Jorge; Erse, Maria; Simões, Rosa; Amélia, Lúcia; Santos, José; (2010) "Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção BELIEVE" - SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Número: v.6 n.1 2010, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, p1 - 16, ISBN/ISSN: 1806-6976.

Santos, José; Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge & Marques, Lúcia; (2014) "+Contigo: promoção da saúde mental nas escolas e prevenção de comportamentos de risco" - Revista Referência, Suplemento ao nº 11, Atas do 1º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental, Série: III, 1ª Edição, UICISA:E e ESEnFC, Coimbra, p104 - 112, ISSN: 0874.0283.

## Artigos Submetidos

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Marques, Lúcia; Santos, José; "Impacto da formação "+contigo" nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio"

Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Santos, José; “Prevenção da depressão e comportamentos suicidários em meio escolar. Projeto +Contigo”

## Abstracts

Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Marques, Lucia; Santos, José; (2013) “Depression and suicidal behaviors prevention in schools +Contigo project contributions” - Atención Primaria, Número: 44, Série: 1, 1ª Edição, Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria , Barcelona, p157 - 157, Depósito legal: B.40.485.83.

Santos, José; Erse, Maria; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Marques, Lucia; (2013) “Suicidal behavior prevention in school” - Atención Primaria, Número: 44, Série: 1, 1ª Edição, Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Cunitaria, Barcelona, p191 - 191, Depósito legal: B.40.485-83.

Santos, José; Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Marques, Lucia; (2013) “Suicide Prevention At Schools. The Project “+Contigo”” - Suicidologi, 1ª Edição, Oslo, p428 - 429.

Santos, José; Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Marques, Lúcia; (2012) “Contributions to the prevention of depression and risk behaviours in school settings” - ESSSB 14 Electronic Abstract Book, 1ª Edição, Tel-a-viv.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Marques, Lúcia; Santos, José; (2012) “Conhecimento e atitudes em relação ao comportamento suicida” - Referência, 1ª Edição, Coimbra, p353 - 353, ISBN/ISSN: 0874.0283.

Erse, Maria; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Marques, Lúcia ; (2012) “Prevenção da depressão e comportamentos de risco em contexto escolar – Contributos do projecto + Contigo” - Referência, 1ª Edição, Coimbra, p395 - 395, Depósito legal: 0874.0283.

Santos, José; Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Marques, Lúcia; (2011) “School-based suicide prevention ... after the final goodbye” - Chinese Mental Health Journal, Número: 25, Série: 9, 1ª Edição, Pequim, ISBN/ISSN: 1000-6729.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Santos, José; (2009) “Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção ” - Referência, Suplemento, Actas e Comunicações, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, p162 - 162, ISBN/ISSN: 0874-0283.

Santos, José; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Simões, Rosa; (2009) “Suicide Prevention at Secondary School” - XXV World Congress on Suicide Prevention of the International Association for Suicide Prevention, International Association for Suicide Prevention, Montevideo, p175 - 175.

## Comunicações

Santos, José; Erse, Maria; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Simões, Rosa (2013) “Suicidal Behavior Prevention in School” – I Congresso Mundial de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenil e IV Congresso Nacional de Educação para a Saúde. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Erse, Maria; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Simões, Rosa; Santos, José (2013) “+Contigo – Resultados: 2012 – 2013” – II Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Santos, José; Erse, Maria; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Simões, Rosa (2013) “+Contigo Prevenção: Na Escola” – II Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Santos, José; Façanha, Jorge; Marques, Lúcia; Erse, Maria; Simões, Rosa; (2012) “Projecto de Prevenção de Suicídio nas escolas + Contigo” - Promoção da Saúde na Região Centro, ARS-C, IP.

Erse, Maria; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Santos, José; (2012) “Depressão e Comportamentos Suicidários Adolescentes” - III Congresso Internacional da SPESM, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto.

Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Erse, Maria; Santos, José; (2012) “Prevenção de Suicídio: Resultados da Capacitação de Equipas” - III Congresso Internacional da SPESM, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Marques, Lúcia; Santos, José; (2012) “Conhecimento e atitudes em relação ao comportamento suicida” - III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Erse, Maria; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Simões, Rosa; Santos, José (2012) “Prevenção da depressão e comportamentos de risco em contexto escolar – contributos do Projeto + Contigo” - III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Amélia, Lúcia; Santos, José (2012) “Modelo de Intervenção em Meio Escolar +Contigo” – I Encontro Internacional de Saúde Mental. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Santos, José (2012) “Posvenção em Meio Escolar” – I Encontro Internacional de Saúde Mental. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Santos, José (2012) “Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola” - Prevenção primária do comportamento suicida em adolescentes: fatores de proteção a pensar no futuro – 15<sup>as</sup> Jornadas de Saúde Mental do Algarve. Associação Raia Psiquiátrica.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Amélia, Lúcia; Santos, José (2012) “+Contigo – Identidade: Formação” – I Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Santos, José; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Amélia, Lúcia (2012) “+Contigo – Identidade: Matriz” – I Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Amélia, Lúcia; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Santos, José (2012) “+Contigo – Identidade: Implementação” – I Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Simões, Rosa; Erse, Maria; Santos, José (2012) “+Contigo – Identidade: Prevenção” – I Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Erse, Maria; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Simões, Rosa; Santos, José (2012) “+Contigo – Identidade: Posvenção” – I Encontro +Contigo: Prevenção de Comportamentos Suicidários na Escola. Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo.

Santos, José; Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Marques, Lúcia; (2011) “School-based suicide prevention ... after the final goodbye” - 26th World Congress on Suicide Prevention, IASP, Pequim.

Façanha, Jorge; Erse, Maria; Simões, Rosa; Amélia, Lúcia; Santos, José; (2010) “Adolescent Suicide Prevention: Intervention programme Believe” - II European Psychiatric Nursing Congress, Horatio, Praga.

Santos, José; Erse, Maria; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Amélia, Lúcia; (2010) “School-Based Suicide Prevention Program + Contigo: Methodological Issues” - 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, International Association for Suicide Prevention.

Erse, Maria; Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Amélia, Lúcia; Santos, José; (2010) “School-Based Suicide Prevention Program + Contigo” - 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, International Association for Suicide Prevention.

Santos, José; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Erse, Maria; (2009) “Suicide Prevention at Secondary School” - XXV World Congress On Suicide Prevention, International Association for Suicide Prevention.

Simões, Rosa; Façanha, Jorge; Erse, Maria; Santos, José; (2009) “Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção “ – II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Santos, José; Façanha, Jorge; Simões, Rosa; Erse, Maria; (2009) “Prevenção do Suicídio: a Comunidade Educativa como Foco de Intervenção” - 9as Jornadas sobre Comportamentos Suicidários. Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra e a Sociedade Portuguesa de Suicidologia.



# CONCLUSÃO

O +Contigo enquadra-se nos princípios definidos no Plano Nacional de Saúde Escolar ainda em vigor.

A sua avaliação tem em conta algumas limitações inerentes a programas deste tipo, nomeadamente os diferentes recursos económicos dos estudantes, a variabilidade entre turmas e a questão temporal, sendo necessário mais tempo para a avaliação dos programas (Cooper & Clements, 2011; Dix et al., 2012; Mishara & Ystgaard, 2006).

O +Contigo e as atividades a ele associadas permitiram alguma melhoria nos indicadores de saúde mental que acreditamos possam ajudar a prevenir comportamentos de risco nos adolescentes, particularmente comportamentos suicidários. Permitiram melhor conhecimento e capacidade de intervenção de profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários. Permitiram maior sensibilização dos professores, assistentes operacionais e encarregados de educação para a saúde mental e comportamentos de risco, combatendo também o estigma em saúde mental.

Falta responder a algumas questões:

O projeto + Contigo melhora o clima social na escola?

O projeto + Contigo melhora os resultados académicos?

O projeto +Contigo melhora as capacidades para os professores lidarem com os problemas de saúde mental dos adolescentes?

Numa avaliação qualitativa realizada anualmente com todos os membros do projeto tenderíamos a responder que sim, dados os testemunhos recolhidos no decorrer dos anos letivos junto da comunidade educativa, mas estas dimensões não foram avaliadas de forma sistemática. Contudo, os casos de sucesso que identificamos ao longo do processo são reveladores de que, nalguns contextos, para algumas pessoas, fizemos a diferença na prevenção do sofrimento mental e, eventualmente, de comportamentos de risco!

Todavia, a prevenção deste tipo de comportamentos pressupõe uma política articulada entre sectores sociais, económicos, de saúde e educação, ao nível local, regional e nacional no sentido da criação de sinergias para a vivência de uma adolescência saudável, com todas as repercussões a isso associadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, K., Lima, M. A. D. S., Kohlrausch, E., & Soares, Joannie Fachinelli. (2010). Comportamento Suicida: Factores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(9). Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>
- Anderson, M., & Standen, P. (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 470-477. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x
- Araújo, L.; Vieira, K., & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: Um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1), 47-57. doi: 10.1590/S1413-82712010000100006
- Arun, P., & Chavan, B. (2009). Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh. *Indian Journal of Medical Science*, 63(7), 281-287. doi: 10.4103/0019-5359.55112
- Baggio, L.; Palazzo, L., & Aerts, D. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 142-150. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100015
- Bahls, S.-C. (2002). Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63-67.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *Psico - USF*, 10(1), 11-19.
- Barry, M., Clarke, A., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(835), 1-19. doi: 10.1186/1471-2458-13-835
- Bathia, S. K., & Bathia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Batista, C. (2010). *Expectativas e opinião de adolescentes sobre o Processo Terapêutico* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Portugal.
- Beck, A., & Steer, R. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.; Steer, R.; Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 142(5), 559-563.

- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T. J., Evans, M. O., & Sharp, D. J. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: Cluster randomized controlled trial. *BMJ*, *324*(7348), 1-8. doi: 10.1136/bmj.324.7348.1254
- Berlim, M., Perizzolo, J., Lejerman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E., (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *Journal of Affective Disorders*, *100*, 233-239. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.035
- Berman, A., Jobes, D. & Silverman, M.(2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective*, (pp. 91-98). New York, NY: Oxford University Press.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, *25* (4), 147-155. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.147
- Borges, V. R. & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, *11*(3), 345-351.
- Borges, V. (2004). *Ideação suicida na adolescência* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Borges, V.; Werlang, B. & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes dos 13 aos 17 anos. *Barbarói*, *28*, 109-123. Retirado de <http://online.-unisc.br/seer/index.php/barbaroi/index>
- Botega, N. J., Silva, S. V., Reginato, D. G., Rapeli, C. B., Cais, C. F. S., Mauro, M. L. F., ... Cecconi, J. P. (2007). Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(2), 145-153. doi: 10.1521/suli.2007.37.2.145
- Botega, N; Reginato, D. & Silva S. (2005). Nursing personnel attitudes toward suicide: The development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *27*, 315-318. doi: 10.1590/S1516-44462005000400011
- Brás, M. & Santos, J. (2014) "Prevenção do suicídio em meio escolar". In Saraiva, C.; Peixoto A. & Sampaio, D. (Eds). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas: pp. 485-492.
- Brás, M. (2014). *Condutas suicidas: Vulnerabilidade e prevenção em adolescentes* (Tese de doutoramento). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro Portugal.
- Bridge, J.; Golstein, T. & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3/4), 372-394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Bycroft, P. (2010). *Perspectives on suicide and suicide prevention*. Queensland, Austrália: University of Sunshine Coast, National Mental Health Summit.
- Cais, C. F. S., Silveira, I. U., Stefanello, S., & Botega, N. J. (2011). Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. *Archives of Suicide Research*, *15*(4), 384-389. doi:10.1080/13811118.2011.616152

- Callahan, P., Liu, P., Purcell, R., Parker, A. G., Hetrick, S. E. (2011). Evidence map of prevention and treatment interventions for depression in young people. *Depression Research and Treatment*, 2012, 1- 11. doi:10.1155/2012/820735
- Capp, K.; Deane, F., & Lambert G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: Application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal Public Health*, 25(4), 315–321. doi: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00586.x
- Chagnon, F.; Houle, J.; Marcoux, I.; Renaud, J. (2007) Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(2):135-144. doi: 10.1521/suli.2007.37.2.135
- Chan, S., Chien, W., & Tso, S. (2009). Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29(7), 763–769. doi: 10.1016/j.nedt.2009.03.013
- Cheng, J. K. Y., Fancher, T. L., Ratanasen, M., Conner, K. R., Duberstein, P. R., Sue, S., & Takeuchi, D. (2010). Lifetime suicidal ideation and suicide attempts in Asian Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 1(1), 18-30. doi: 10.1037/a0018799
- Christiansen, E., & Jensen, B. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265. doi:10.1080/00048670601172749
- Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based highschool program. *Social Work*, 52(1), 41–49.
- Claudino, J.; Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e Suporte Social em adolescentes e jovens adultos - Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Nursing*, 16(214), 18-22.
- Collett, B. C., Ohan, J. L., Myers, K. M. (2003). Ten-year review of rating scales. VI: Scales assessing externalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1143-1170. doi: 10.1097/00004583-200310000-00006
- Commons-Treloar, A., & Lewis, A. (2008). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 42(7), 578–584. doi:10.1080/00048670802119796
- Cooper, G., & Clements, P. (2011). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 692-702. doi:10.3109/01612840.2011.597911
- Cornell, D., Williams, F., & Hague, C. (2006). Evaluation of student suicide prevention training. In *Virginia*. Charlottesville, VA: Virginia Youth Violence Project, Curry School of Education, University of Virginia.
- Corrigan, P. (2004) - How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P.; Watson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875

- Crawford, T.; Geraghty, W.; Street, K., & Simonoff, E. (2003) Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(5), 619–629. doi: 10.1016/S0140-1971(03)00060-5
- Cross, W.; Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A., & Caine, E. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The Journal of Primary Prevention*, 32(3-4), 195-211. doi: 10.1007/s10935-011-0250-z
- Cruz, J. (2006). Memórias traumáticas, auto-narrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires & J. Veloso, *Stresse Pós-traumático: modelos, abordagens e práticas* (pp.47-71).Leiria: Editorial Diferença.
- De Leo, D.; Bertolote, J. & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. In Krug, E.; Dalhberg, L.; Mercy, J.; Zwi, A. & Lozano, R., (Eds) *Informe mundial de la violencia e de la salud* (pp. 200-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Dehay, T.; Litts, D.; McFaul, M.; Smith, C. & West, M. (2009) *Suicide Prevention Primer*. Education Development Center, Colorado, USA. Inc. and the WICHE Mental Health Program.
- Diekstra, R. (2008). Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide – part one, a review of meta-analytic literature. In B. Dahlin (Ed.), *Social and emotional education: An international analysis* (pp. 255-284). Santander, España: Fundacion Marcelino Botin.
- Direção Geral de Saúde. (2007). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa, Portugal: Europress.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral de Saúde. (2013a). *Orientação número 14: Programa nacional de saúde Escolar – Ano 2013/2014*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral de Saúde. (2013b). *Plano nacional de prevenção do suicídio (2013/2017) - Programa a nacional para a saúde mental*. Retirado de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Dix, K., Slee, P., Lawson, M., & Keeves, J. (2012). Implementation quality of whole-school mental health promotion and students' academic performance. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(1): 45-51. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00608.x
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: A comparison of hospital based with population based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 87-96. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01747.x
- Erse, M.; Simões, R.; Façanha, J.; Marques, L., & Santos, J. (2013). *Projeto + Contigo - Resultados do ano letivo 2012/2013*. Comunicação oral apresentada no II Encontro + Contigo, Coimbra.
- Esparbès, S.; Sordes-Ader, F. & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de coping. In *Les stratégies de coping* (pp. 89 -107). *Journées du Labo PCS 93. St Crieg (Actes)*.
- Fergusson, D.; Beautrais, A., & Horwood, L. (2003). *Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people*. *Psychological Medicine*, (33), 61-73. doi: 10.1017/S0033291702006748

- Fordwood, S., Asarnow, J. R., Huizar, D. P., & Reise, S. P. (2007). Suicide attempts among depressed adolescents in primary care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 392-404. doi:10.1080/15374410701444355
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents views on preventing self-harm: A large community study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43(2), 96-104. doi: 10.1007/s00127-007-0273-1
- Franklin, C., Kim, J., Ryan, T., Kelly, M., & Montgomery, K. (2012) Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5),973-982. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.01.027
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, D., Haas, A. P., Koestner, B., & Nemeroff, B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Memory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488. doi: 10.1002/da.20321
- Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Applebey, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 739-750. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x
- Gibb, S.; Beautrais, A. & Surgenor, L. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , 44(8), 713-720. doi: 10.3109/00048671003671015
- Glassman, L. H., Weierichb, M. R., Hooleya, J. M., Delibertoa, T. L., Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*,45(10), 2483-2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Goldman-Mellor, S. J., Caspi, A., Harrington, H. L., Hogan, S., Nada-Raja, S., Poulton, R., Moffitt, T. E. (2013). Suicide attempt in young people. A signal for long-term healyh care and social needs. *Jama Psychiatry*. Publicação electronica antecipada. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2803
- Gould, M.S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(13), 1635-1643. doi:10.1001/jama.293.13.1635
- Gould, M., Shaffer, D., & Greenberg, T., (2003). The epidemiology of youth suicide. In R. King & A. Apter (Eds.), *Suicide in children and adolescents* (pp. 1-40). New York, NY: Cambridge University Press.
- Gunnell, D.; Middleton, N. & Frankel, S. (2000). Method substitution and the prevention of suicide - a reanalysis of secular trends in Britain 1950-1975. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 35, 437-444.
- Hawton, K.; Fortune, S. (2009). Suicidal behavior and deliberate self-harm. In Rutter, M.; Bishop, D.; Pine, D.; Scott, S.; Stevenson, J.; Taylor, E. & Thapar, A., *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5ª Ed.), (pp.648-669). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Hawton, K., Rodham K., & Evans, E. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207-1211

- Hawton, K.; Saunders, K., & Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379 (9834), 2373-2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Heath, N., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. In p. Nixon & n. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9-27). New York, NY: Routledge
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(3), 342-347. doi: 10.1521/suli.31.3.342.24252
- Hurry, J. (2000). Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 31-36. doi: 10.1080/09540260074094
- Hyde J.; Mezulis A., & Abramson L. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. doi:10.1037/0033-295X.115.2.291
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente (suicídio)*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&setTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&setTab=tab2)
- International Association for Suicide Prevention. (2013). *World suicide prevention day*. Retrieved from [www.iasp.info/wspd](http://www.iasp.info/wspd)
- Jenkins, R., Baingana, F., Ahmad, R., McDaid, D., & Atun, R. (2011) Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Mental Health Family Medicine*, 8(2), 87-96.
- Jacobson, C. & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behaviour among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. doi:10.1080/13811110701247602
- Kalafat, J. (2003). School approaches to youth suicide prevention. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1211-1223. doi: 10.1177/0002764202250665
- Kaminski, J., & Fang, X. (2009). Victimization by peers and adolescent suicide in three US samples. *The Journal of Pediatrics*, 155 (5), 683-688.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 326-328. doi:10.1192/bjp.bp.112.116111
- Kawanishi, C. Sato, R., Yamada, T., Ikeda, H., Suda, A., Hiraysu, Y. (2006). Knowledge and attitudes of nurses, nursing students and psychiatric social workers concerning current suicide-related issues in Japan. *Primary Care Mental Health*, 4(4), 285-92.
- Kieling, C.; Baker-Henningham, H.; Belfer, M.; Conti, G.; Ertem, I.; Omigbodun, O., ... Srinath, S. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- King, C.; Kramer, A., & Preuss, L. (2006). Youth-nominated support team for suicidal adolescents (version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 199-206. doi:10.1037/0022-006X.74.1.199

- Klomek, A.; Sourander, A., & Gould, M. (2010). Association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Le Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(5), 282–288.
- Krüger, L., & Werlang, B. (2010). A dinâmica familiar no contexto de crise suicida. *Psico – USF*, 15(1), 59-70.
- Kuhlberg, J.; Peña, J., & Zayas, L. (2010). Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent latinas. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(4), 425-440. Doi:10.1007/s10578-010-0179-0
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio – Um manual para profissionais de saúde*. Massachusetts, USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Lamb, S. & Mullally, B. (2006). *Accident and emergency nursing assessment of deliberate self harm*. Cork, Ireland: Health Service Executive: National Suicide Research Foundation Ireland.
- MacDonald, M. (2004). Teachers’ knowledge of facts and myths about suicide. *Psychological Reports*, 95(2), 651-656. doi:10.2466/pr0.95.2.651-656
- Mackay, N., & Barrowclough, C. (2005). Accident and emergency staff’s perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 255–267. doi:10.1348/014466505X29620
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde E., Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Martins, A. (2000). *As manifestações clínicas da depressão na adolescência* (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal).
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana, 2010.
- Maughan, B.; Collishaw, S., & Stingaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal Canadian Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35-40.
- Miller, D. (2011). *Child and adolescent suicidal behavior: School-based prevention, assessment, and intervention*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mishara, B. & Ystgaard, M. (2006). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: zippy’s Friends. *Early Childhood research Quarterly*, 21(1), 110-123. doi:10.1016/j.ecresq.2006.01.002

- Mittendorfer-Rutz, E.; Rasmussen, F. & Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 28–36. doi:10.1007/s00127-007-0266-0
- Nock, M., & Favazza, A. (2009). Non-suicidal self-injury: Definition and classification. In M. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885
- OFSTED. (2005). *Healthy minds. Promoting emotional health and well-being in schools*. London UK: Office for Standards in Education.
- Oliveira, A.; Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509–521.
- Ordaz, O., Vinagre, G., Santos, N., Gouveia-Pereira, M., Oliveira, A., & Sampaio, D. (2004). Representações sociais do suicídio em jovens com comportamentos auto-destrutivos. *Psiquiatria Clínica*, 24(2), 147–153.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, Suíça: Autor.
- Osafo, J.; Knizek, B.; Akotia, C., & Hjelmeland, H. (2012) Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6):691–700. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193–199. doi: 10.1192/bjp.181.3.193
- Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: The Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 438–445. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x
- Piers, E., & Herzberg, D. (2002). *Piers-Harris 2: Piers-Harris Children's Self-concept Scale* (2nd ed.). Wilshire Boulevard, CA: Western Psychological Services.
- Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47(9), 910–918. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01595.x
- Portzky, G. De Wilde, E.-J., & van Heeringen, K., (2008). Deliberate self-harm in young people: Differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 179–186. doi:10.1007/s00787-007-0652-x

- Potter, N. (2003). Commodity/body/sign: Borderline personality disorder and the signification of self-injurious behavior. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 10(1), 1-16.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Randell, B. P., Wang, W.-L., Herting, J. R., & Eggert, L. L. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 255-270. doi:10.1007/s10826-006-9020-6
- Rapeli, C., & Botega, N. (2005). Severe suicide attempts in young adults: Suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal*, 123(1), 43. doi:10.1590/S1516-31802005000100011
- Reis, M., Figueira, I., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In M. MATOS & G. TOMÉ (Eds.), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade. Vol. 1: Estado da arte: Princípios, actores e contextos* (1ª ed., pp. 259-276). Lisboa, Portugal: Placebo.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*, (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, NY: Basic Books.
- Roswarski, T., & Dunn, J. (2009). The role of help and hope in prevention and early intervention with suicidal adolescents: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 34-36.
- Rothi, D.; Leavey, G. & Best, R. (2008). On the front-line: teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher education*, 24(5), 1217-1231. doi:10.1016/j.tate.2007.09.011
- Ruchkin V., Schwab-Stone M., Kuposov R., Vermeiren R. e King R. (2003). Suicidal ideations and attempts in juvenile delinquents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 44(7), 1058-1066. doi:10.1111/1469-7610.00190
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. Os adolescentes e o suicídio* (12ª ed.). Lisboa, Portugal: Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário □ As explicações dos jovens. *Análise psicológica*, 18(2), 139-155.
- Samuelsson, M. & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121. doi:10.1016/S0020-7489(00)00110-3.
- Santos J. (2000). O para-suicídio no concelho de Coimbra: Contributos para o seu estudo. *Revista Sinais Vitais*. 28, 15-19.

- Santos, J. (2007). *Para-suicídio: O que dizem as famílias: A Emoção Expressa* (1ª ed.). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Santos, J.; Simões, R.; Erse, M.; Façanha, J., & Marques, L. (2011). School-based suicide prevention... after the final goodbye. In Bergman, L. (Presidente) 26th World Congress on Suicide Prevention, IASP, Pequim, China.
- Santos, J., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Marques, L. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio : O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Saunders, K.; Hawton, K.; Fortune, S., & Farrell, S. (2012) Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205–216. doi:10.1016/j.jad.2011.08.024
- Schmitt R, Chachamovich E, Kapczinski F. (2001) Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. *Emergências psiquiátricas (pp149-165)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed. ; 2001. p. 149-65
- Shaffer, D., & Gould, M. (2000). Suicide Prevention in Schools. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *Suicide and Attempted Suicide* (pp.645-660). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Sharp, A. (2013). Exam culture and suicidal behaviour among young people. *Education and Health*, 31(1), 7-11.
- Simões, R.; Erse, M.; Façanha, J.; Marques, L.; & Santos, J. (2012). Conhecimento e atitudes em relação ao comportamento suicida. In *Suplemento Atas e Comunicações do III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa* (pp 353). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Stefanello, S., Cais, C. F. S., Mauro, M. L. F., Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: Preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 139-143. doi:10.1590/S1516-44462006005000063
- Taliaferro, L., Rienzo, B., Miller, M., Pigg, R., & Dodd, V. (2008). High school youth and suicide risk: Exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *Journal of School Health*, 78(10), 545-553. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00342.x
- Tap, P., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC) - Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(1), 47-56.
- Thapar, A.; Collishaw, S.; Pine, D., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Thompson, A.; Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 153–161. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x

- Thompson, E., Mazza, J., Herting, J., Randell, B., e Eggert, L. (2005). The mediating roles of anxiety, depression and hopelessness on adolescent suicidal behaviours. *Suicide and life Threatening Behavior*, 35(1), 14-34. doi:10.1521/suli.35.1.14.59266
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791
- Tompkins, T.; Witt, J. & Abraibesh, N. (2009). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(6), 671-681. doi:10.1521/suli.2009.39.6.671
- Tsai, W.-P., Lin, L.-Y., Chang, W.-L., Chang, H.-C., & Chou, M.-C. (2010). The effects of the suicide awareness program in enhancing community volunteers' awareness of suicide warning signs. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 63-68. doi:10.1016/j.apnu.2009.01.004.
- Twenge, J. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588. doi:10.1037//0021-843X.111.4.578
- Van Beek, Y.; Hessen, D.; Hutteman, R.; verhulp, E. & Leuven, M. (2012) Age and gender differences in depression across adolescence: Real or 'bias? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 973-985. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02553.x
- Varnik, A. Kõlvesa, K., Allikd, J., Arensmann, E., Aromaaf, E., van Audenhov, C., Hegerlu, U. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 216-226. doi:10.1016/j.jad.2008.06.004
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Portugal: Distribuidora Dinapress.
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39-48.
- Viana, G., Zenkner, F., Sake, T., & Escobar, B. (2008). Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 38-43 . Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rdp/v31s2a07.pdf>.
- Waldrop, A., Hanson, R., Resnick, H., Kilpatrick, D., Naugle, A., & Saunders, B. (2007). Risk factors for suicidal behaviors among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 869-879. doi:10.1002/jts.20291
- Walsh, E. & Eggert, L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(5), 349-359. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00483.x
- Ward, R. K.; Eyler, A. E. & Makris, G. R (2000). Evaluation and management of depressive illness in adolescence. *Clinics in Family Practice*, 2 (3), 723-742.
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carlim V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., Poštuvan, V. (2012) Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: Lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(776), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-12-776

- Wasserman, D.; Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... Hoven, C. W. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *10*(192), 1-14. doi:10.1186/1471-2458-10-192
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, *26*(S1), 29-69. doi:10.1093/heapro/dar075
- Weist, D., Goldstein, J., Evans, S., Lever, N. A., Axelrod, J., Schreters, R., & Pruitt, D. (2003) Funding a full continuum of mental health promotion and intervention programs in the schools. *Journal of Adolescent Health*, *32S*(6), 70-78. doi:10.1016/S1054-139X(03)00067-3
- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, *39*(2), 259-266.
- Westefeld, J. S., Buttona, C., Haley Jr., J. T., Kettmanna, J. J., Macconnella, J., Sandila, R., & Tallmana, B. [et al.] (2006). College student suicide: A call to action. *Death Studies*, *30*(10), 931-956. doi:10.1080/07481180600887130
- Whitney, S.; Renner, L., Pate, C., & Jacobs, K. (2011) Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide prevention programs. *Children and Youth Services Review*, *33*(6), 869-877. doi:10.1016/j.childyouth.2010.12.015
- Wilcox, H. Arriab, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevskyc, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, *127*(1-3), 287-294. doi:10.1016/j.jad.2010.04.017
- Williams, K., & Bydalek, K. (2007). Adolescent self-mutilation: Diagnosis & treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, *45*(12), 19-23.
- Wilstrand, C.; Lindgren, B.; Gilje, F., & Olofsson, B. (2007) Being burdened and balancing boundaries: A qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*(1), 72-78. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x
- Wohl, M., & Joffe, R. (2000). Uma rapariga suicida vinda de um lar afectuoso. Não me ajudem: O adolescente suicida. In M. Laufer (Ed.), *O adolescente suicida* (pp. 45-66). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- WHO-5. (2002). *World Health Organization Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS*. Retirado de <http://qct.who.dk>
- World Health Organization. (2001). *Mental health: New understanding, new hope, the world health report*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2002). *Suicide prevention in Europe the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Retirado de [http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/measures/suicide%20prevention%20in%20Europe\(WHO\).pdf](http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/measures/suicide%20prevention%20in%20Europe(WHO).pdf)
- World Health Organization. (2009). *World suicide prevention day media release: Suicide prevention (Supre)*. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/)
- World Health Organization. (2010). *Participant manual – IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV*. Retirado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf)

- World Health Organization. (2011). *Adolescent health*. Retirado de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)
- World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)
- Wyeth, C. (2008). An exploration of suicide in the adult population. *Nursing Journal*, 12, 44-47.
- Wyman P. A., Brown, C. H., Lomurray M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., ... Wang, W. (2010). An outcome evaluation of sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1653-1661.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Deliberate self-harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(16), 2241-2245.



*Referência*  
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela  
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index, Web of Science, Thomson Reuters

