



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia  
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

**Mestrado em Educação para a Saúde**

**Depressão e ideação suicida na adolescência:  
implementação e avaliação de um programa de  
intervenção**

**Josiane Uchoa Sampaio**

2017



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia  
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

**Mestrado em Educação para a Saúde**

**Depressão e ideação suicida na adolescência:  
implementação e avaliação de um programa de  
intervenção**

**Josiane Uchoa Sampaio**

*Trabalho projeto realizado sob a orientação da  
Professora Doutora Ana Paula Amaral*

2017

## ÍNDICE TOTAL

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Epidemiologia.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Adolescência.....</b>	<b>6</b>
<b>2.3. Depressão.....</b>	<b>7</b>
<b>2.4. Ideação Suicida.....</b>	<b>8</b>
<b>2.5. Fatores de Risco.....</b>	<b>9</b>
<b>2.6. Fatores de Proteção.....</b>	<b>11</b>
<b>2.7. Prevenção do Comportamento Suicida.....</b>	<b>12</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Objetivos.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Procedimentos.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3. Considerações Éticas.....</b>	<b>16</b>
<b>3.4. Instrumentos de avaliação.....</b>	<b>16</b>
<b>3.4.1. Questionário sociodemográfico.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4.2. Escala de ideação suicida de Beck.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4.3. Inventário de Depressão de Beck.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4.4. Escala de Desesperança de Beck.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5. Participantes.....</b>	<b>19</b>
<b>3.5.1 Características Gerais da Amostra - Estudo 1.....</b>	<b>19</b>
<b>3.5.2 Características Gerais da Amostra - Estudo 2.....</b>	<b>19</b>
<b>3.6. Programa de Intervenção.....</b>	<b>20</b>
<b>3.7. Tratamento de Dados.....</b>	<b>23</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1. Estudo 1.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2. Estudo 2.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.1. Avaliação antes da intervenção.....</b>	<b>25</b>

4.2.2. Avaliação após intervenção.....	26
4.2.3. Comparação dos valores médios obtidos antes e após a intervenção.....	27
5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÃO.....	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
8. ANEXOS.....	39

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características Gerais da Amostra – Estudo 1 (N=102).....	19
<b>Tabela 1.</b> Características Gerais da Amostra – Estudo 2 (N=30).....	20
<b>Tabela 3.</b> Intensidade de depressão, com e sem de ideação suicida (N=102).....	25
<b>Tabela 4.</b> Depressão e Desesperança antes da intervenção (N=30).....	25
<b>Tabela 5.</b> Depressão e Desesperança após a intervenção (N=30).....	27
<b>Tabela 6.</b> Ideação Suicida antes e após a intervenção.....	27
<b>Tabela 7.</b> Médias, desvio padrão e alfa de cronbach antes e após a intervenção.....	28

## ÍNDICE DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization
IASP	Associação Internacional pela Prevenção do Suicídio
CIOPS	Centro Integrado de Operações de Segurança
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Escala de Desesperança de Beck

## DEDICATÓRIA

*A minha família, meu esposo Nélio Junior,  
minhas filhas Sara e Sofia, a minhas  
amigas Maria Lucia Barros e Itaci Rocha.*

## **AGRADECIMENTOS**

Manifesto minha profunda gratidão a Deus que me inspirou na efetivação deste projeto. A todas as pessoas que estenderam sua mais profunda ajuda durante o processo de realização desta pesquisa.

Aos meus pais, Jorge Magalhães e Maria de Fatima, pelo esforço permanente. À minha irmã Joelma, pelo incentivo para iniciar este curso de mestrado. A meus irmãos pelo apoio e disponibilidade. Ao meu marido e minhas filhas de todo o coração pela ajuda, apoio, incentivo e ânimo em todos os momentos.

Às Amigas Katia e Socorro pela companhia, amizade e dedicação nesta caminhada.

À Professora Doutora Ana Paula Amaral, pelos seus ensinamentos e rigor com que me orientou.

A Escola Centro Educacional Nossa Senhora de Nazaré – CENAZA, a todas as pessoas que me deram todo apoio nessa instituição e em especial à Diretora da escola Maria do Socorro de Moura Matos.

Agradeço a todos os adolescentes que se dispuseram a participar da pesquisa, sou imensamente agradecida pela força de vontade, dedicação, atenção e apoio de cada um pelo carinho com que me receberam. Uma atenção especial à comunidade escolar com quem trabalhei durante três meses, professores, coordenadores e pessoal de apoio.

A todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram neste percurso, muito obrigada!

## RESUMO

Este projeto de intervenção, realizado no âmbito da educação para a saúde, teve como principal objetivo desenvolver e implementar um programa de prevenção do suicídio, dirigido a adolescentes com idades compreendidas entre 13 e 17 anos. Pretendemos avaliar se a ação psicoeducativa desenvolvida contribuiu para diminuir sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida, nos adolescentes. Realizámos um primeiro estudo com uma amostra de 102 adolescentes, estudantes numa escola particular, para avaliar a incidência de sintomas depressivos e ideação suicida, tendo-se verificado que 29,4% (N=30) apresentavam ideação suicida e sintomatologia depressiva. Posteriormente, num segundo estudo, implementámos o programa de intervenção aos 30 adolescentes com ideação suicida. A intervenção foi constituída por 15 sessões, realizadas três vezes por semana, com aproximadamente uma hora cada. Com pré-teste e pós-teste, a avaliação foi realizada através da versão brasileira dos seguintes instrumentos (validados para a população não-clínica de adolescentes): Escala de Ideação Suicida de Beck, Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Desesperança de Beck. Os resultados obtidos após intervenção evidenciaram que dos 30 adolescentes que apresentaram ideação suicida, somente 40,0% continuaram com ideação, apresentando valores menores. Comparando as médias obtidas, observou-se uma diminuição significativa ( $p < 0,001$ ). Em relação aos sintomas depressivos, observou-se igualmente uma diminuição significativa ( $p < 0,001$ ), a maioria (73,3%) dos adolescentes, após a intervenção, apresentaram valores baixos, relativamente aos sintomas depressivos avaliados. Conclui-se que o resultado da intervenção no espaço escolar foi positivo, pois ocorreu uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva, da desesperança e da ideação suicida após a implementação do programa de intervenção elaborado. Estes resultados sugerem a importância de se desenvolverem programas preventivos para diminuir os índices de suicídio na adolescência.

**Palavras-chave:** Ideação Suicida; Depressão; Adolescência; Intervenção psicoeducativa.

## **ABSTRACT**

This intervention project, carried out in the scope of health education, had as main objective to develop and implement a program of prevention of suicide among adolescents aged 13 to 17 years. We intend to evaluate if the developed psychoeducational action contributed to decrease depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation in adolescents. We carried out a first study with a sample of 102 adolescents, students in a private school, to evaluate the incidence of depressive symptoms and suicidal ideation (29,4%; N=30). Subsequently, in a second study, we implemented the intervention program in a sample of 30 adolescents with suicidal ideation. The project counting with 15 sessions, held three times a week, of approximately one hour each. With pre-test and post-test, the evaluation was performed through the follow instruments on its Brazilian version (validated for the non-clinical population of adolescents): Beck Suicide Ideation Scale, Beck Depression Inventory and Beck Hopelessness Scale. The results obtained after intervention revealed that from the 30 adolescents who presented suicidal ideation, only 40.0% continued with ideation, with lower scores. Comparing the means, a significant decrease was observed ( $p < 0.001$ ). Concerning the depressive symptoms, a significant decrease ( $p < 0.001$ ) was also observed. The majority (73.3%) of the adolescents after the intervention presented "minimal" depression. In conclusion, the result of the intervention in the school environment was positive, since there was a significant decrease in depressive symptomatology, hopelessness and suicidal ideation after the implementation of the developed intervention program. These results suggest the importance of developing preventive programs to reduce suicide rates in adolescence.

Keywords: Suicidal ideation; Depression; Adolescence; Psychoeducational intervention

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Canete (2016), “Adolescer” vem do latim e significa crescer, entrar na adolescência. Nesta etapa do desenvolvimento não somos adultos para fazer certas coisas, mas também, já não somos crianças e, portanto, podemos ser repreendidos caso nos comportemos como tal. Os adolescentes representam o ser humano que busca uma nova identidade e a adolescência é um processo longo, sofrido, solitário, repleto de dúvidas, ansiedade e confusão. Fazem parte desse caminho oscilações de humor que vão de alegria (tipo euforia) até à tristeza e à depressão, luto face à infância perdida, comportamentos antissociais praticados quase sempre em grupo, necessidade da aceitação do grupo, comportamentos rebeldes e de contestação diante de qualquer autoridade e de pessoas que representem o controle. A solidão e o isolamento também são comuns entre os adolescentes.

Vieira (2016) refere que embora a depressão não seja uma doença silenciosa é muito pouco diagnosticada na prática médica diária. Estima-se que apenas 34% das pessoas com depressão procurem ajuda especializada e apenas um terço das pessoas com depressão encontrem a ajuda que necessitam. Na maioria das vezes as pessoas são incapazes de reconhecer ou nomear a sua doença e, frequentemente, apresentam queixas gerais, tais como, dores de cabeça, problemas de estômago, dificuldades sexuais e falta de energia. A prática usual dos ambulatórios médicos é cada vez mais assumida por profissionais de todas as especialidades médicas que não querem, ou não podem, conhecer o seu cliente no que concerne à sua história de vida, contexto pessoal, familiar, profissional, social, pensamentos, sentimentos e comportamentos. As queixas gerais são traduzidas rapidamente em possibilidades de diagnóstico de alguma doença orgânica específica. São pedidos exames laboratoriais, são prescritos medicamentos, sem a realização de uma história clínica detalhada. É pouco provável que o médico da instituição esteja interessado em saber se o cliente ou alguém de sua família, tem ou teve qualquer sentimento de tristeza, desesperança, ou se há qualquer alteração no seu apetite, sexualidade ou sono.

A depressão está como um dos fatores de risco que mais se relaciona com suicídio. O indivíduo fica deprimido, isola-se, gerando-se um ciclo vicioso que mantém e aumenta a sintomatologia depressiva e a probabilidade de suicídio. O indivíduo afasta-se dos amigos e das pessoas mais próximas, desinteressa-se pelo trabalho, pelo lazer e por qualquer outra atividade do dia-a-dia. É importante não confundir tristeza e depressão. Quando se fala de depressão referimo-nos a uma doença psiquiátrica que requer cuidados especiais.

Os pensamentos suicidas são frequentes na adolescência, principalmente em fases de maiores dificuldades perante um estressor importante. Na maioria das vezes, são passageiros, não indicam psicopatologia ou necessidade de intervenção. No entanto, quando esses pensamentos são intensos e prolongados, o risco de desencadear um comportamento suicida aumenta. Os adolescentes são mais propensos ao imediatismo e à impulsividade, e ainda não possuem plena maturidade emocional; dessa forma, encontram maior dificuldade para lidar com estresses agudos, tais como, o fim de um relacionamento, situações que provocam vergonha ou humilhação, rejeição pelo grupo social, fracasso escolar e perda de um ente querido. Esses acontecimentos podem funcionar como desencadeadores de atos suicidas (Botega, 2015).

A ideação suicida está associada a um maior risco de futura tentativa de suicídio. Já o planejamento do suicídio implica risco elevado de morte. A presença de ideação suicida é por si só, um importante sinal de sofrimento psíquico e exige atenção redobrada na avaliação clínica. Um transtorno psiquiátrico pode estar presente, necessitando de pronto reconhecimento e de tratamento adequado (Botega, 2015).

O comportamento suicida pode ser classificado em três momentos: a ideação suicida (que pode ir de pensamentos de morte à intenção suicida estruturada com ou sem planejamento suicida), o suicídio consumado e a tentativa de suicídio que acontece entre a ideação e o suicídio consumado (Sampaio & Telles-Correa, 2013).

Os efeitos da história familiar sobre o comportamento suicida são mediados tanto por fatores genéticos, quanto ambientais. A maior prevalência de suicídio está mais associada à herança de traços de impulsividade e agressividade, do que a doenças mentais. São também fatores importantes, a identificação psicológica com entes que se suicidaram e a existência de dinâmicas conturbadas de certas famílias. Deve-se ficar alerta quanto há violência doméstica e ao relato de abuso físico ou sexual. Na adolescência, para além dos distúrbios clássicos associados ao suicídio, devem-se também considerar o “déficit de atenção com hiperatividade” e o “transtorno de conduta” descritos no manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais (DSM-V), podendo ocorrer uma exacerbação de outros transtornos mentais comórbidos, como a depressão, e o aumento da impulsividade e de condutas de risco (Botega, 2015).

A presente investigação tem como objetivo propor uma intervenção educativa facilitadora de um desenvolvimento saudável, focada na prevenção, na psicoeducação, e na proteção e promoção da saúde mental dos adolescentes. Numa primeira fase, pretende-se

identificar nos adolescentes se há incidência de fatores de risco, tais como a ideação suicida e a depressão que se correlacionam com a probabilidade da tentativa de suicídio ou o suicídio. Numa segunda fase, temos como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção grupo terapêutica visando um desenvolvimento saudável, a partir da prevenção, proteção e promoção da saúde mental dos adolescentes.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. Epidemiologia**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em setembro de 2014, um importante relatório onde refere que mais de 800 mil pessoas se suicidaram no mundo. São 2.200 casos por dia, um a cada 40 segundos. O comportamento suicida é um fenômeno complexo causado por vários fatores: pessoais, sociais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais. A OMS considera o suicídio um caso de saúde pública. Cada suicídio é uma tragédia pessoal que põe termo prematuramente a uma vida, tem uma onda expansiva contínua e afeta de forma dramática a vida de familiares, amigos e das comunidades. As taxas mais elevadas de suicídio costumam ocorrer entre as pessoas idosas, com mais de 70 anos de idade. Embora os idosos liderem as taxas, os jovens com idades compreendidas entre 15 e 29 anos apresentam uma incidência suicida de grande preocupação, em algumas regiões do mundo. Ainda a referir que há mais suicídios entre os homens do que entre as mulheres (OMS, 2014)

De acordo com Waiselfisz (2014), no Brasil, o “Mapa de violência” informa que mais de 11 mil pessoas se suicidam por ano, o que dá uma média de 32 suicídios por dia. Na sua maioria, associados a episódios depressivos. O suicídio é visto como um tabu, um assunto invisível e ausente sobre o qual a sociedade prefere não falar. Nem os números mostrados anteriormente parecem ter força para modificar o quadro. A OMS tem vindo a defender a importância de uma comunicação aberta e responsável, como medida eficaz de prevenção. É sabido que a informação cumpre uma função estratégica na prevenção dos mais variados tipos de doenças, O mesmo se verificando relativamente ao suicídio. Uma das descobertas mais importantes da ciência médica dá conta de que o suicídio é tratável em 90% dos casos, por estar associado à psicopatologia diagnosticável e tratável. Os problemas mentais mais associados ao suicídio são os transtornos de humor, dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Trigueiro, 2016).

Em termos globais, o suicídio é responsável por 1,4% do total de mortes. Ao fim de cada ano, constitui 50% das mortes violentas entre homens; 71% entre mulheres. O total de mortes por suicídio supera a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de viação, guerras e conflitos civis. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam 10 a 20 vezes mais frequentes do que o suicídio, embora os índices variem muito de país para país. De um modo geral, são um pouco mais elevados em países ricos. No entanto, atualmente é nos países

onde a população tem baixo ou médio rendimento que ocorrem 75% dos suicídios. Nos últimos 60 anos, os índices de suicídio têm vindo a aumentar, mas a partir de meados da década de 1990, passaram a decrescer. Os coeficientes mais elevados de suicídio migraram da Europa Ocidental, principalmente da Escandinávia, para Europa Oriental e para a Ásia, e também para alguns países da África e da América Latina. Índia e China são atualmente, os países com o maior número de mortes por suicídio. Na Coreia do Sul, a taxa de suicídio duplicou ao longo da última década. Entre os anos 2000 e 2012, o coeficiente padronizado global de mortalidade por suicídio diminuiu 28% (Botega, 2015).

No entanto, a prevenção deste grave problema de saúde pública não é uma tarefa fácil. Nesse sentido, no Brasil, tem havido um maior investimento no estudo do suicídio nos adolescentes, para que se possa ter uma visão mais fiel, completa e atual e, conseqüentemente obter dados para elaborar abordagens mais adequadas a essa população, de forma a desenvolver a prevenção. Para enfrentar o tabu e a desinformação em torno do assunto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) instituíram o dia 10 de setembro, como o Dia Mundial para Prevenção do Suicídio. Para dar ainda mais visibilidade, a IASP lançou o movimento “Setembro Amarelo”, que tenta associar esta cor à causa da prevenção do suicídio.

No Estado do Maranhão, o suicídio tem aumentado de forma significativa entre os adolescentes e pouco se fala no assunto. Nos primeiros meses do ano de 2015, na cidade de São Luís, foram registrados pelo Centro Integrado de Operações de Segurança (CIOPS), aproximadamente 15 suicídios, as mortes por agressões autoprovocadas voluntariamente aconteceram em menos de 100 dias. O assunto requer uma pesquisa para entender o que leva os adolescentes a provocarem sua própria morte.

No primeiro semestre de 2015, o suicídio destacou-se como a principal notícia nos meios de comunicação, e atualmente continua a crescer, na sua maioria são adolescentes entre 15 e 18 anos de idade. Estes registos têm gerado preocupação na sociedade, originado que o Ministério Público promovesse, na Cidade de Santa Inês, uma reunião com representantes de escolas públicas e particulares para falar sobre as estratégias de prevenção dos casos de automutilação e suicídio entre os adolescentes.

Em síntese, sabemos que o suicídio é um problema de saúde pública, no entanto, constatamos que permanece um assunto tabu, em que o silêncio que envolve os casos é muito grande e face ao qual é necessário promover a comunicação, a desmistificação e desenvolver programas de prevenção.

## 2.2. Adolescência

A todos aqueles que observam a evolução do comportamento humano não passa despercebida a existência de uma fase da vida, situada entre a infância e a idade adulta, na qual se verificam comportamentos típicos que identificam o fenômeno da adolescência. No entanto, a caracterização da adolescência não constitui uma tarefa muito fácil, porque aos fatores biológicos específicos, atuantes na faixa etária, se somam as determinantes socioculturais, advindas do ambiente, onde o fenômeno da adolescência ocorre. No desenrolar da adolescência, o indivíduo é particularmente vulnerável, não só aos efeitos decorrentes das transformações biológicas ocorridas no seu corpo, mas também às mudanças sem precedentes, existentes no mundo moderno, provocadas pelo impacto das explosões demográficas, do progresso científico, da tecnologia, das comunicações, das novas aspirações humanas e da rápida transformação social (Campos, 2012).

A adolescência pode ser entendida como uma espécie de moratória imposta ao sujeito que, fisicamente, já está pronto para o mundo dos adultos, pois tem desenvolvidas as suas capacidades para o trabalho, sexo, procriação, relacionamentos amorosos, mas contudo, é-lhe imposto pela sociedade uma suspensão desses direitos, até que conquiste espaço dentro do mundo adulto. Este novo mundo não é claro, sendo necessário que esse sujeito tenha que interpretar, por vezes, o que querem os adultos dele. Os adolescentes pedem reconhecimento, solicitam uma palavra que lhes permita crescer e o olhar necessário para deixarem o casulo em direção ao crescimento (Calligaris, 2014).

Trigueiro (2016) refere que ser jovem no mundo de hoje, definitivamente não é fácil. É frequente encontrar-mos a expressão “sensação de vazio” para designar um estado aflitivo que acomete, com frequência, os mais jovens. Para além de se considerar a perturbação metabólica e psicológica inerente ao processo de crescimento, há que prestar mais atenção ao palco em que esse desabrochar existencial acontece. Ocorrem muitas situações estressantes, por exemplo, défice de aptidões para lidar com os problemas, dificuldades de autoafirmação, impulsividade, consumo de drogas. Ainda a referir a falta de esperança num mundo castigado por uma crise ambiental sem precedentes e a experiência de viver num tempo onde o modelo de família tradicional (pai, mãe, filhos) se está a transformar e a dar lugar a outros bem diferenciados e inovadores. De entre todas essas situações estressantes, a mais desafiadora é o fenômeno virtual das relações interpessoais, sem amigos reais e relações pessoais e familiares significativas. Muitas vezes a tendência do jovem é isolar-se e refugiar-se no mundo virtual,

dos jogos ou das redes sociais. Mas a solidão decorrente desse tipo de situação pode ter em alguns casos, consequências trágicas. Esse contexto agrava as angústias existenciais e, em alguns casos extremos, leva os adolescentes a um ato desesperado como o suicídio.

Segundo Silva (2016), na adolescência o reconhecimento da depressão é mais difícil, já que os sintomas depressivos podem facilmente ser atribuídos à fase de crescimento ou mesmo às alterações hormonais típicas dessa fase da vida. É normal e esperado que os adolescentes discutam com os seus pais e professores, na defesa dos seus ideais e na construção da sua identidade. Os sintomas depressivos mais frequentes são: queixa constante de cansaço, abandono das suas atividades preferidas, isolamento social, queda no rendimento escolar, recusa em colaborar com atividades escolares, discussões frequentes com os seus familiares, comportamento de risco (autoagressão) e, ainda, pensamentos mórbidos e suicidas.

### **2.3. Depressão**

A depressão é uma doença, cujas bases biológicas são cada vez mais claras. A hereditariedade tem um peso determinante, vários membros de uma família podem ser acometidos pelo problema. Mesmo pessoas que sempre foram dinâmicas, alegres e otimistas podem vir a ter depressão. A depressão é distinta da tristeza ou do desânimo que sentimos naturalmente, em alguns momentos da vida (Botega, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), a depressão é o “mal do século” e atinge mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo. Na Europa, a depressão é responsável por mais de 7% de mortalidade prematura e custa aos governos europeus mais de 92 bilhões de euros, por ano. Estima-se que mais de um quarto dos cidadãos em idade de trabalhar tenham sofrido algum tipo de doença mental, incluindo a depressão, com impactos importantes sobre a produtividade econômica e o bem-estar social.

Conforme Silva (2016), os índices de pessoas acometidas por quadros de depressão clínica mostram uma triste e sombria realidade. Os números têm aumentado, a doença permanece por um período de tempo maior, com sintomas mais graves, e com início em idades mais jovens. Ignorar esses fatos não fará com que a depressão desapareça da nossa vida; pelo contrário sabemos que o desconhecimento e o preconceito contra a doença têm sido fatores preponderantes para chegarmos à realidade atual. O ser humano tende a desvalorizar as coisas que teme; como se não pensar em algo tivesse o poder milagroso de produzir imunidade contra as suas apreensões. Além disso, a falta de informação sobre o assunto

impede o diagnóstico precoce e, em geral, impossibilita o tratamento adequado e eficaz que evitaria um sofrimento crônico e, na maioria das vezes, incapacitante.

A depressão nos adolescentes tem um impacto significativo no desenvolvimento do jovem, para além de baixar a autoestima e causar sintomas de instabilidade emocional e irritabilidade, podem ocorrer crises de raiva e risco de suicídio. Atualmente, a depressão nesta faixa-etária é considerada um grave problema de saúde mundial, já que estudos epidemiológicos estimam que há uma prevalência de 20% de transtornos depressivos neste período (Wainer & Piccoloto, 2011).

Segundo a OMS (2012) a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. Na maioria dos casos, a saúde mental resulta de uma interação complexa entre os fatores psicológicos, sociais e biológicos (Girdwood, Araújo & Pitanga, 2011).

Nos adolescentes deprimidos são sintomas comuns o humor irritado, os sentimentos de desesperança, desinteresse e apatia, culpa, perda de energia, dificuldades no sono (hipersônia), lentificação psicomotora, dificuldade de concentração, alterações do apetite e peso, assim como o isolamento. Em simultâneo, pode existir baixa autoestima, queixas físicas (fadiga, cefaleia e dor abdominal), sérios problemas de comportamento e ideação suicida (Argimon et al., 2013).

#### **2.4. Ideação Suicida**

O conceito de ideação suicida envolve desde os pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida, até às preocupações intensas sobre a razão de viver ou de morrer. A ideias suicidas podem, ainda, ser consequências de estados delirantes. De um modo geral, o indivíduo não encontra recursos físicos, mentais ou espirituais para seguir em frente. De acordo com Silva (2016), o corpo tem sido negligenciado ao longo do tempo, com repetidos descuidos relacionados com a alimentação, a atividade física ou o sono reparador. Os pensamentos negativos ou fatalistas apoderam-se de toda a racionalidade existencial do indivíduo, especialmente a relacionada com a sua capacidade de resiliência. Qualquer pensamento ou sentimento de fé ou espiritualidade conectiva e proposital relacionado com a sua existência já deixou de ecoar nos seus dias nebulosos e desprovidos de um significado maior. Tudo é restrito ao mais puro desespero, desamparo e à necessidade imediata de finitude perante tudo e todos.

Para Botega (2015), a investigação sobre ideação suicida está cercada por incertezas, principalmente devido aos vieses na conceituação do fenômeno, à forma e ao conteúdo das perguntas que são feitas ao paciente, e à diversidade cultural dos grupos populacionais incluídos nos estudos. Numa mesma população, pequenas sutilezas nas palavras ou na forma de perguntar costumam fazer a diferença.

A ideação suicida será um estágio precoce de uma gama de comportamentos que progredirão para o suicídio? Alguns estudos tentaram responder a essa questão ao acompanhar pessoas com e sem ideação suicida, por longos períodos de tempo.

De acordo com Botega (2015), em Baltimore, nos Estados Unidos, um estudo prospectivo de 13 anos de duração mostrou que 10% das pessoas que inicialmente haviam relatado ideação tentaram suicídio. Essa cifra contrastou com o número de 1,6% de tentativas de suicídio no grupo que, no início do estudo negou a existência de ideação suicida.

Outro estudo norte-americano, avaliou de forma sequencial, ao longo de cinco anos, uma amostra nacional de 6.483 adolescentes entre 13 e 18 anos de idade. Estimou que as prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio ao longo da vida eram, respectivamente, de 12,1%; 4%; 4,1%. A maioria (89%) dos adolescentes com ideação suicida teve algum diagnóstico de transtorno mental, sendo os mais frequentes: depressão, fobia, transtorno desafiador de oposição, transtorno explosivo intermitente e abuso de substâncias psicoativas. No final de um período de cinco anos, a proporção de jovens com ideação suicida que chegou a uma tentativa de suicídio foi de 60% entre os que tinham um plano como fazê-lo, contra 20% entre os que não o tinham. Ansiedade, agitação e impulsividade foram fatores preditores para a tentativa de suicídio. A maioria das transições da ideação para o plano (63%) e do plano para a tentativa (86%) ocorreu dentro do período de um ano de seguimento (Botega, 2015).

## **2.5. Fatores de Risco**

Conforme Trigueiro (2016) são variados os fatores de risco associados ao suicídio. De acordo com o Manual de prevenção do suicídio, manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde do Brasil, os transtornos mentais especialmente a depressão, abalos psicológicos (perdas recentes) e restrições impostas pela perda de saúde (doenças incapacitantes e outras) são fatores de riscos importantes. O perfil sociodemográfico do grupo mais exposto ao risco é ser do sexo masculino, com idade compreendida entre 15 e 35 anos, ou acima de 75 anos, residentes em

áreas urbanas, desempregados ou aposentados, isolados socialmente, solteiros ou separados, e migrantes. Mas de entre todos os fatores de risco há dois que se destacam, já ter tentado o suicídio, pelo menos uma vez, ou ser portador de algum transtorno mental (principalmente depressão).

A Organização Mundial da Saúde estimou o risco de suicídio de acordo com diferentes gêneros de patologia de ordem mental. A taxa de letalidade seria de aproximadamente 4% entre os depressivos, 7% entre os alcoólicos, 8% entre os diagnosticados com transtorno bipolar e 5% entre os esquizofrênicos. A probabilidade desse risco de suicídio resultar em óbito depende de vários fatores, principalmente de forma como cada um enfrenta o problema, o nível de informação de que se dispõe (o próprio, familiares e amigos) para lidar com ele, e as redes de assistência disponíveis. Em muitos países, é tragicamente comum que as populações indígenas ostentem indicadores elevadíssimos de suicídio. Uma situação muito frequente é a do jovem indígena aculturado que se interessa pela vida fora de sua comunidade e parte em busca de realizações longe dali, normalmente nas cidades. Em dado momento, ele deixa de ser reconhecido como índio pelos mais velhos da tribo, mas também não é considerado como parte integrante do novo grupo social, sendo discriminado nas cidades e olhado como alguém estranho aquela comunidade. A sensação de pertença se fragmenta e o custo emocional é elevado.

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e o acesso que se tem a eles. O sexo e a faixa etária também exercem influência, entre vários outros fatores. Na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas (Bertolote, 2012).

A literatura sugere que quem usa arma de fogo ou tem licença para guardar armamentos está mais exposto ao risco de cometer suicídio, em eventuais momentos de desequilíbrio emocional (Viera, 2016). Os dados da OMS confirmam a incidência preocupante de óbitos por suicídio entre forças militares e policiais, exatamente pela facilidade de acesso a armas de fogo. Pesquisas recentes realizadas nos Estados Unidos revelaram que há mais militares mortos por suicídio naquele país, do que em operações de combate. É o que acontece, por exemplo, em relação ao número de vítimas fatais entre militares que serviram no Afeganistão (Viera, 2016).

A cultura do hiperconsumo, além de agravar a destruição ambiental, nos exaure física e emocionalmente numa correria insana em busca desse “novo” que rapidamente envelhece,

sem que isso resulte numa verdadeira satisfação íntima, de serenidade e paz. Alguns indivíduos sofrem mais, dependendo das circunstâncias, esse sofrimento causado pela estranheza do mundo e dos valores prevalentes pode-se agravar até chegar ao ponto extremo de abrir caminho para ideias suicidas (Trigueiro, 2016).

## **2.6. Fatores de Proteção**

Os fatores que protegem contra o suicídio são, sem surpresa, aqueles que conduzem a uma vida mais saudável e produtiva, com uma maior sensação de bem-estar. Fazem, ou deveriam fazer parte do normal e, de um modo geral, relacionam-se com aptidões cognitivas, flexibilidade emocional e integração social.

Alguns desses fatores, como estar empregado, são o inverso de situações que podem predispor ao suicídio. Diante da escassa literatura e do caráter de normalidade dos fatores de proteção contra o suicídio, Botega (2015) refere que não devemos considerar, durante uma avaliação de risco, que o fato de uma pessoa contar com fatores de proteção possa, verdadeiramente, protegê-la, se, ao mesmo tempo, ela sofrer a influência de vários ou até mesmo de um forte fator de risco para o suicídio. Em contrapartida, uma linha valiosa de ação clínica é o fortalecimento de fatores de proteção que se encontram enfraquecidos ou ausentes. Ao atendermos um adolescente deprimido, solitário que reside longe de sua família, não só estamos a diminuir os fatores de risco para o suicídio, como também, procuramos ajudá-lo a criar uma rede de apoio social (fator de proteção) que, em situações estressantes, lhe pode trazer ajuda prática e conforto emocional.

No que se refere aos fatores de proteção do suicídio, para além dos referidos anteriormente, destacam-se os seguintes: disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes e procurar ajuda, aptidões de comunicação e de resolução de problemas da vida, capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade, bom relacionamento interpessoal, sentido de responsabilidade em relação à família, gravidez desejada e planejada, crianças pequenas na casa, pais atenciosos e consistentes, integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos), adesão a valores e normas socialmente compartilhados, práticas religiosas e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais), rede social que propicia apoio prático e emocional, estar empregado, disponibilidade de serviços de saúde mental, boa qualidade de vida e autoestima elevada, regularidade de sono e boa relação terapêutica (Neves et al., 2014).

## **2.7. Prevenção do Comportamento Suicida**

A prevenção do suicídio enquanto movimento articulado e realizado de forma sistemática teve origem em Londres, no ano de 1906, graças ao trabalho desenvolvido de forma pioneira pelo exército da Salvação. No mesmo ano, em Nova Iorque, foi criada a liga Nacional “Salve uma Vida”. Os primeiros movimentos foram inspirados por princípios religiosos, humanitários e filantrópicos, não sanitários e tão pouco científicos. Ao mesmo tempo, eram ações de grupos da sociedade, não de órgãos governamentais. Com o passar dos anos, tornou-se importante avaliar a eficácia dos métodos empregados por essas organizações e, confirmando-se os resultados positivos na direção da prevenção, disponibilizar recursos governamentais para multiplicar os benefícios (Trigueiro, 2016).

O ponto de partida para o maior comprometimento dos governos com a prevenção do suicídio ocorreu no ano de 1996, com a publicação pela Organização das Nações Unidas (ONU) do documento “Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e a implantação de estratégias nacionais”. Era o reconhecimento das Nações Unidas de que era preciso fazer mais e melhor, juntando forças e compartilhando experiência, padronizando dados e divulgando estatísticas, para que cada país pudesse estruturar de forma eficiente um amplo planejamento para esse fim. Nos países onde a prevenção do suicídio é levada a sério, os resultados são visíveis.

Segundo a OMS, a implementação de medidas preventivas é um esforço que requer uma visão, um plano e um conjunto de estratégias que envolvem os mais diversos setores da sociedade, públicos e privados. São várias as ações destacadas pela OMS, de entre as quais a restrição aos meios empregados para consumir o ato suicida. Por exemplo, nos países onde agricultura é uma atividade econômica importante, os suicídios causados por ingestão de pesticidas são frequentes nas zonas rurais, fazendo toda a diferença dificultar a aquisição de pesticidas (estabelecendo regras mais rígidas). Nos países onde a prevalência de suicídio por armas de fogo era elevada, foi possível reduzir as taxas de suicídio, restringindo as licenças de uso e porte de arma, em países como Austrália, Nova Zelândia, Noruega, Canadá e Reino Unido. Outro exemplo, é limitar o acesso a pontes ou edifícios visados por pessoas que desejam se matar, reforçando a proteção no parapeito ou instalando redes.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), a prevenção do suicídio não se limita à rede de saúde, mas deve ir para além dela, sendo necessária a existência de medidas

em diversos setores na sociedade, que poderão colaborar no sentido de diminuir as taxas de suicídio.

No Japão, a situação começou a mudar em 2000, quando os filhos daqueles que haviam se suicidado romperam o tabu e começaram a falar abertamente sobre o problema, exigindo das autoridades informações e providências para evitar novos casos.

No Chile, um plano nacional de prevenção do suicídio, elaborado em 2009, também elegeu os jovens como o principal grupo a ser acompanhado de perto, desenvolvendo um plano de prevenção nas escolas, promovendo a autoestima e a capacidade de resolver problemas em situações de crise.

Nos Estados Unidos, quem clica a palavra “suicídio” em sites de busca como o Google e o Yahoo! acessa automaticamente a serviços de ajuda. Logo no primeiro resultado, os serviços de ajuda pela internet, inclusive os números de telefone do *National Suicide Prevention Lifeline*. Este serviço foi criado para orientar quem queira ajudar pessoas em situação de risco de suicídio.

Em Portugal, foi elaborado um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013/2017, que apresenta como metas: aumentar os níveis de bem-estar psicológico e a acessibilidade aos cuidados de saúde, reduzir o acesso a meios letais, melhorar o acompanhamento após a alta de internamento hospitalar, e a informação e educação em saúde mental, diminuir o estigma em torno da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, sensibilizar os mídia para a necessidade de aplicação dos princípios definidos para a informação/descrição de comportamentos autolesivos e atos suicidas.

Silva (2016) afirma que é estarrecedor constatar que apesar do suicídio ser considerado um caso de saúde pública, a maioria dos governos mundiais não possui nenhum tipo de política sistematizada com o objetivo claro e assertivo de informar, de maneira ética e respeitosa, sobre o assunto, bem como de produzir ações efetivas de prevenção contra esse drama humano.

Nesse contexto, é necessário que os profissionais da educação e da saúde desenvolvam programas educativos promotores de fatores protetores, que protejam as pessoas do risco de suicídio. A educação para a saúde pode desenvolver-se na família, nas escolas, nas igrejas, nos movimentos sociais, nos clubes, no trabalho, nas instituições ou na rua, e é responsável pela transmissão da cultura e pela transformação das sociedades humanas.

A educação constrói-se nas relações sociais entre os membros de determinada comunidade (Santos & Paschoal, 2017) e a educação para a saúde é focada nessas relações, e visa a formação crítica das pessoas, possibilitando a criação de mudanças individuais no ambiente onde vivem e se comunicam, para assim criarem condições de assumirem a sua própria vida e contribuírem para o seu desenvolvimento. Isso significa que, nos projetos concretos de educação para a saúde, é fundamental considerar o público-alvo como objeto de transformação. Toda a ação educativa tem como fundamento as concepções do mundo, do ser humano, da sociedade e da própria educação. As concepções e ações educativas predominantes nos diferentes espaços e instituições podem levar o indivíduo à sua realização como pessoa ou ser fonte de opressão.

Muitas pessoas ao serem ouvidas e acolhidas em momentos de intensa angústia e desespero, conseguem diminuir as suas emoções negativas e perceber a sua vida sob novos ângulos (Silva, 2016). Os samaritanos de Londres que inspiraram a criação do Centro de Valorização da Vida no Brasil lançaram, em 2014, uma aplicação que informa os usuários do Twitter (principalmente aqueles com idades compreendidas entre 18 e 35 anos) se uma pessoa que segue o seu perfil, está a passar por um momento difícil e, eventualmente, parece estar com ideiação suicida. No Brasil, o Centro de Valorização da Vida (CVV) oferece, desde 2008, um atendimento on-line, via *chat*, em que voluntários especialmente treinados pela instituição interagem com os internautas. São registrados, em média, 22 mil atendimentos por ano, principalmente de mulheres (70%), em que “suicídio” e “morte” são mencionados em 50% dos contactos. Em quase metade dos atendimentos (45%), quem procura o *chat* do CVV são jovens entre 13 e 20 anos.

### **3. METODOLOGIA**

Nesta fase destacaremos a metodologia desenvolvida neste projeto. Passaremos a descrever os objetivos do trabalho, os participantes, os procedimentos, os instrumentos de avaliação, a descrição da intervenção e o tratamento de dados. Serão também abordadas as considerações éticas inerentes ao projeto.

#### **3.1. Objetivos**

Face ao exposto na revisão da literatura - aumento dos índices de suicídio entre os jovens - considerámos importante desenvolver uma intervenção direcionada para a prevenção do suicídio, procurando fortalecer fatores protetores e minimizar fatores de risco. Assim, desenvolvemos alguns objetivos, que passaremos a descrever.

**Objetivo Geral:** Desenvolver, implementar e avaliar um programa de intervenção, focado no desenvolvimento dos fatores protetores e na minimização dos fatores de risco, num grupo de adolescentes com ideação suicida.

##### **Objetivos Específicos:**

- 1) Avaliar a incidência de sintomas depressivos e ideação suicida numa amostra de adolescentes, de forma a identificar aqueles que apresentam ideação suicida;
- 2) No grupo de adolescentes com ideação suicida, avaliar se após a implementação do programa de intervenção ocorre uma diminuição dos sintomas depressivos e de desesperança;
- 3) No grupo de adolescentes com ideação suicida, avaliar se após a implementação do programa de intervenção ocorre uma diminuição da ideação suicida.

#### **3.2. Procedimentos**

Na primeira fase, a investigadora iniciou contato com uma instituição escolar da cidade de São Luís (MA) para a obtenção da autorização necessária (Anexo 1) para a realização do presente projeto.

Na segunda fase, foi encaminhado aos pais e/ou responsáveis pelo adolescente com idades entre 13 e 17 anos, um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2 e 3) com o objetivo de explicar a natureza e relevância da pesquisa a ser desenvolvida e obter autorização voluntária dos pais e/ou responsáveis para a participação do adolescente. Todos os adolescentes e seus responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa.

A fase seguinte (terceira) decorreu durante o horário escolar. Foram administrados quatro instrumentos de avaliação (Anexo 4, 5, 6, 7) a 102 adolescentes: a ficha sociodemográfica, a Escala de Ideação Suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation* - SSI), o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale* - BHS). A aplicação foi coletiva, com duração de aproximadamente 30 minutos.

Na quarta fase, foram selecionados, com base nos resultados dos questionários aplicados, os adolescentes com incidência de sintomas depressivos e ideação suicida, tendo sido constituído um grupo de 30 adolescentes.

A quinta fase corresponde à implementação do programa de intervenção, que também decorreu no espaço da escola. As intervenções grupo terapêutica e psicoeducativa foram constituídas por 15 sessões, três vezes por semana. Cada sessão teve a duração de 50 minutos.

No final do programa de intervenção, passamos à sexta fase, ou seja, o segundo momento de avaliação, no qual os participantes voltaram a responder aos instrumentos administrados antes do programa de intervenção.

As fases correspondentes à avaliação e implementação das sessões decorreram por um período de três meses, maio, junho e julho de 2017.

### **3.3. Considerações éticas**

O presente projeto cumpre as normas éticas de investigação. Como já foi referido, foram solicitadas as autorizações necessárias à concretização deste estudo e o termo de autorização foi assinado pelos responsáveis da escola, autorizando a pesquisa (Anexo 1). O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2 e 3) foi assinado pelos pais ou responsáveis, ressaltando que as informações obtidas servirão apenas de objeto de análise da pesquisadora, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram utilizados no âmbito do projeto do intervenção. A autora assume a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo de participação dos adolescentes envolvidos no presente estudo.

### **3.4. Instrumentos de avaliação**

Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala de Ideação Suicida de Beck (SSI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de

Desesperança de Beck (BHS), validados para a população não-clínica de adolescentes (Anexo 4, 5, 6 e 7). Estes últimos três instrumentos foram desenvolvidas por Beck e colaboradores, no *Center for Cognitive Therapy* (CCT) da Universidade de Pennsylvania na Philadelphia, Estados Unidos.

#### **3.4.1. Questionário Sociodemográfico**

De forma a caracterizar a amostra, aplicou-se um questionário composto pelos seguintes dados, nome, idade, sexo, estado civil e escolaridade. Este questionário teve como objetivo possibilitar uma descrição dos participantes no estudo.

#### **3.4.2 Escala de Ideação Suicida de Beck**

Com o objetivo de investigar a incidência de ideação suicida, optou-se pela Escala de Ideação Suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation – SSI*), uma versão de auto-relato de outro instrumento clínico, também desenvolvido no CCT da Universidade de Pennsylvania e utilizado, desde 1970, para investigar a ideação suicida em pacientes psiquiátricos.

Em sua forma final, a SSI é constituída por 21 itens, dos quais 19 apresentam três alternativas de respostas e refletem gradações da gravidade dos desejos, das atitudes e dos planos suicidas. Submetem os seguintes conteúdos: 1) Desejo de viver; 2) Desejo de morrer; 3) Razões para viver ou morrer; 4) Tentativa de suicídio ativa; 5) tentativa de suicídio passiva; 6) Duração das ideias de suicídios; 7) Frequência da ideação; 8) Atitude em relação à ideação 9) Controle sobre atos suicidas; 10) Inibições para a tentativa; 11 Razões para a tentativa; 12) Especificidade do planejamento; 13) Acessibilidade ou oportunidade do método; 14) capacidade de realizar a tentativa; 15) Probabilidade de tentativa real; 16) Extensão da preparação verdadeira; 17) Bilhete suicida; 18) Atos finais; 19) Despistamento segredo (Beck & Steer, 1991, p.4). Os dois últimos itens, não incluídos no score final, de caráter informativo, fornecem importantes informações relativamente ao número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer na última delas (Cunha, 2016).

#### **3.4.3. Inventário de Depressão de Beck**

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory - BDI*) foi aplicado para investigar a presença ou não de sintomas depressivos; é recomendável a sua aplicação conjunta com a SSI. É universalmente reconhecido como medida da intensidade da depressão

e um dos primeiros recursos dimensionais desse tipo. É uma escala de auto relato de 21 itens, cada um com quadro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escore de 0 a 3.

De acordo com Cunha (2016), Beck refere que selecionou os itens com base em observações e relatos de sintomas e atitudes frequentes em pacientes com depressão, e não foram escolhidos para refletir qualquer teoria de depressão em particular. Os itens do BDI referem-se a: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Sentimento de fracasso; 4) Insatisfação; 5) Culpa; 6) Punição; 7) Auto aversão; 8) Autoacusações; 9) Ideias suicidas; 10) Choro; 11) Irritabilidade; 12) Retraimento social; 13) Indecisão; 14) mudança na autoimagem; 15) Dificuldade de trabalhar; 16) Insônia; 17) Fatigabilidade; 18) Perda de apetite; 19) Perda de peso; 20) Preocupações somáticas; 21) Perda da libido. Na versão em português, o conteúdo dos itens mantém-se idêntico. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. O escore total permite classificação de níveis de intensidade da depressão. Os níveis descritos no manual de Beck e Steer, com base em dados de pacientes do CCT, não são idênticos aos que devem ser usados com pacientes psiquiátricos, na versão em português.

#### ***3.4.4. Escala de Desesperança de Beck***

Para investigar a presença ou não de desesperança, escolhemos a Escala de Desesperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale* - BHS), originalmente desenvolvida no CCT, sendo apresentada como medida da dimensão de desesperança. Pode-se afirmar que o instrumento foi criado como uma maneira de operacionalizar a componente desesperança do modelo cognitivo de Beck sobre depressão, componente esse que, conforme Beck, corresponderá à definição de desesperança, apresentada por Stotland - sistema de esquemas cognitivos, nos quais o denominador comum é a expectativa negativa a respeito do futuro próximo e remoto (Cunha, 2016).

De acordo com os autores, as pessoas desesperançadas acreditam: 1) que nada sairá bem para elas; 2) que nunca terão sucesso no que tentam fazer; 3) que as suas metas importantes jamais poderão ser alcançadas e 4) que seus piores problemas nunca serão solucionados.

A BHS é uma escala dicotômica, que engloba 20 itens, consistindo em afirmações que envolvem crenças sobre desesperança. Ao concordar CERTO ou ERRADO com cada uma delas, o sujeito descreve a sua atitude, permitindo que seja possível avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto. O escore total é o resultado da

soma dos itens individuais. Pode variar de 0 a 20, que é a estimativa da extensão das expectativas negativas face ao futuro, que pode ser classificada em níveis (Cunha, 2016).

### 3.5. Participantes

Como referido anteriormente, realizámos um primeiro estudo com uma amostra de 102 adolescentes, estudantes numa escola particular. Posteriormente, num segundo estudo, implementámos o programa de intervenção nos 30 adolescentes que apresentaram ideação suicida.

#### 3.5.1. Características Gerais da Amostra - Estudo 1

Através da análise da Tabela 1, podemos verificar que participaram neste estudo 102 adolescentes, dos quais 72 (70,6%) eram do sexo feminino e 30 (29,4%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 13 e 17 anos. A média das idades foi de 15,06 anos e o desvio padrão (DP) é de 1,22. Os adolescentes frequentavam, na sua maioria, o primeiro e o segundo ano do ensino médio, de uma instituição particular da cidade São Luís/MA.

**Tabela 1.** Características Gerais da Amostra – Estudo 1 (N=102)

VARIÁVEIS	f	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	72	70,6
Masculino	30	29,4
<b>Idade</b>		
13 anos	12	11,8
14 anos	22	21,6
15 anos	29	28,4
16 anos	25	24,4
17 anos	14	13,7
<b>Escolaridade</b>		
8º ano	12	11,8
9º ano	14	13,7
1º médio	35	34,3
2º médio	28	27,4
3º médio	13	12,8
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

#### 3.5.2. Características Gerais da Amostra - Estudo 2

Foram selecionados para participarem no Programa de intervenção os adolescentes que apresentaram ideação suicida na Escala de Ideação Suicida de Beck (SSI). De um total de 30, 25 (83,3%) eram do sexo feminino. As idades oscilaram entre 13 e 17 anos, sendo a média de 15,53 anos e o desvio padrão (DP) de 1,13. A maioria frequenta o 1º ano (36,7%) e o 2º ano (30,0%) do ensino médio, como pode ser observado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Características Gerais da Amostra – Estudo 2 (N=30)

VARIÁVEIS	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	83,3
Masculino	5	16,7
<b>Idade</b>		
13 anos	1	3,3
14 anos	5	16,7
15 anos	8	26,7
16 anos	9	30,0
17 anos	7	23,3
<b>Escolaridade (anos)</b>		
1 médio	11	36,7
2 médio	9	30,0
3 médio	5	16,7
8	1	3,3
9	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

### 3.6. Programa de Intervenção

Como já foi mencionado anteriormente, a intervenção foi constituída por 15 sessões, com três sessões semanais. As sessões foram grupais, cada uma com a duração de aproximadamente, uma hora. Os 30 adolescentes foram divididos em 2 grupos de 15 e em cada grupo foram implementadas as 15 sessões que passaremos a descrever. Trabalhar com adolescentes com ideação suicida e incidência depressiva é algo desafiador, pensar em como motivar os adolescentes a participar nas sessões, de modo a que tenham interesse é um desafio, pois estes apresentam uma autoestima baixa, pensamentos negativos e desinteresse.

No início de cada sessão procurou-se criar um ambiente alegre e descontraído através de várias atividades: conversar sentados em círculo, realizar brincadeiras recreativas usando músicas, bambolês, raquetes, bolas, cordas, pandeiros e guitarras infantis (Anexos 8 e 9).

A **primeira sessão** serviu para falar sobre o plano do trabalho, as regras e normas que guiarão o trabalho em grupo, apresentação dos adolescentes para a interação. Abordamos a temática “Adolescentes e seus Conflitos” com o filme “Divertidamente”. Pedimos aos adolescentes que fizesse uma dramatização, representando uma adolescente com as suas emoções, medo, alegria, raiva e tristeza. Essa atividade teve como objetivo mostrar aos adolescentes que a adolescência é uma fase turbulenta, marcada por mudanças físicas,

psíquicas e sociais, mas que para além de sermos guiados pelas emoções, muitas vezes conflitantes, podemos manter o controle.

Na **segunda sessão** pretendemos analisar o que pensam com relação ao uso de álcool e outras drogas, para tal utilizámos um pequeno vídeo do Centro de Apoio ao Tabagista (CAT): “Fumar pra quê?”. Com o objetivo de instrumentalizar e alertar os adolescentes para as consequências que o álcool e outras drogas provocam no organismo, distribuímos imagens relacionadas com o uso de álcool e outras drogas, no sentido de proporcionar aos adolescentes momentos de reflexão, debate e pensamento crítico.

A **terceira sessão** foi realizada com o intuito de informar os adolescentes, através de imagens audiovisuais e “roda de conversa”, sobre o que é a violência intrafamiliar e como surge. Os adolescentes expuseram os seus pensamentos a respeito do tema. O objetivo desta sessão foi refletir sobre a violência, falar dos órgãos de defesa da criança e adolescentes, abordar os riscos para o desenvolvimento biopsicossocial, minimizando a perpetração da violência doméstica.

A **quarta sessão** teve como objetivo abordar os reflexos do abuso sexual no desenvolvimento biopsicossocial do adolescente, usámos como recurso a leitura de uma carta de uma adolescente que sofreu abuso sexual pelo padrasto, de modo a provocar discussão e reflexão entre os adolescentes.

Na **quinta sessão** trabalhámos sobre a problemática do preconceito com homossexuais, procurando compreender quanto esse preconceito influencia o estado emocional da pessoa, inclusive na construção de sua identidade e manutenção de sua saúde. Tivemos como recurso a leitura da letra da música “Take me to church”, e a visualização de um vídeo que retrata a violência sofrida por um homossexual. Nesse momento, os adolescentes manifestaram os seus pensamentos relativamente a questões relacionadas com a identidade sexual.

Na **sexta sessão** tentámos mostrar aos adolescentes que mesmo sendo filhos de pais separados podem ter comportamentos e pensamentos adaptativos, que ajudam nessa fase complicada a lidar com essa nova dinâmica confusa e dolorosa. Usámos na “roda de conversa” várias palavras que servem como dicas de superação e o filme “A vida é bela” que narra a história de um pai que mostra ao filho outras formas de lidarmos com problemas.

Na **sétima sessão** informámos os adolescentes que a religião tem uma excelente capacidade de minimizar as diferenças e consequentemente discriminações e preconceitos que

existem na sociedade. Usamos como recurso a dinâmica de grupo, requisitámos aos adolescentes que se dividissem em dois grupos, grupo 1, com religião com frases bíblicas, e o grupo 2, sem religião definida com frases filosóficas. Cada grupo devia experienciar a vivência e relatar o que percebeu. Os adolescentes perceberam a diferença, relataram, por exemplo, *“uma pessoa sem religião encontra-se no vazio muito grande e que a religião aumenta a fé para superar as dificuldades da vida”*.

Na **oitava sessão** abordámos a importância de manter um bom relacionamento familiar. No entanto, o relacionamento interpessoal no seio da família é uma experiência única para cada pessoa. Utilizámos como recurso a dramatização, relatando a história de uma adolescente cuja família tem muitos problemas, porém, onde existe uma grande entreatajuda. Como todos se ajudam uns aos outros, desenvolvem sentimentos de muito amor. Quando o adolescente vivencia um problema através da dramatização eles conseguem perceber a dor e o sofrimento, mas também conseguem entender formas de superar as suas dificuldades de relacionamento com os seus familiares.

A **nona sessão** teve como objetivo indicar formas de superar as suas dificuldades de aprendizagem e o baixo rendimento escolar. Este pode tornar-se duradouro se o adolescente entender este enfraquecimento como uma condição e não como uma situação. Usámos como recurso discussões de conceitos sobre as possíveis causas das dificuldades escolares e a partilha dos pensamentos dos adolescentes relativamente às dificuldades que passaram na sua história de ensino-aprendizagem. Foi um momento positivo, pois, os adolescentes perceberam que eles podem superar as suas dificuldades, pois até então, não entendiam o porquê das dificuldades.

A **décima sessão** teve como objetivo promover a autoestima dos adolescentes, levando em consideração que estes passam por momentos difíceis com alterações hormonais e transformações corporais, originando sentimentos de medo insegurança e tristeza. Utilizámos como recurso uma “roda de conversa” com distribuição de tiras de papel com frases associadas a uma elevada autoestima e a apresentação do filme - Desenho Animado dos Trolls. Procurámos refletir sobre o filme, uma comédia que retrata o otimismo e o seu total oposto. Muitos manifestaram seus pensamentos, por exemplo, *“gostei do filme, o filme estimula a gente a buscar alternativas de superação”*.

Na **décima primeira sessão** tivemos como objetivo ensinar que as decepções amorosas acontecem em todas as fases da vida. Abordámos a ideia que “às vezes construímos sonhos

em cima de grandes pessoas, o tempo passa e descobrimos que grandes mesmo eram os sonhos e as pessoas pequenas demais para torná-los reais”. Usámos como recurso a dinâmica de grupo, troca de segredo sobre decepções amorosas entre os adolescentes. Os adolescentes escreveram os seus segredos numa folha em branco e depositaram em uma caixa. De seguida pedimos aos adolescentes que pegassem uma folha de forma aleatória e lessem em voz alta, o que permitiu uma reflexão e partilha sobre os relatos de experiências vivenciadas. Os adolescentes perceberam que todos passam por experiências parecidas, pois, apesar de histórias diferentes, os sentimentos são iguais.

Com a **décima segunda sessão** tivemos como objetivo sensibilizar para a doença mental. Abordaram-se algumas doenças psiquiátricas, referindo-se que os traços emocionais e comportamentais de um indivíduo são muito inflexíveis e mal ajustados. Usámos como recurso a “roda de conversa” com distribuições de textos entre adolescentes e discussão do filme - Uma mente brilhante - o filme retrata a perseverança e forma de superar obstáculos diante do sofrimento mental.

Na **décima terceira sessão** tivemos como objetivo desenvolver nos adolescentes cuidados para evitar uma gravidez não desejada ou gravidez não planejada. Esta, na conceção da adolescente grávida, uma contrariedade às suas aspirações de felicidade, naquele momento de sua vida. Utilizámos como recursos a “roda de conversa” sobre a gravidez precoce e a partilha de pensamentos entre os adolescentes sobre os meios de prevenção.

A **décima quarta sessão** teve como objetivo informar os adolescentes sobre as causas da depressão e ideação suicida, identificar a associação entre a depressão e o risco de suicídio entre adolescentes. Utilizámos como recurso a leitura de uma carta de uma adolescente que cometeu suicídio e a leitura da cartilha de prevenção do suicídio, bem como uma dramatização que retrata uma adolescente e os seus conflitos com os pensamentos suicidas, no sentido de promover a reflexão entre os adolescentes.

Na **décima quinta e última sessão** tivemos como objetivo abordar a prevenção do isolamento social e a solidão. São vários os estudos que associam o retraimento social a perturbações internalizadas, como por exemplo, a solidão. Usámos como recurso a dinâmica de grupo “Quem Sou Eu”. Os adolescentes escrevem numa folha em branco o seu nome e 5 características que fazem parte de sua vida e colam na parte da frente de sua roupa, logo em seguida andam pela sala em silêncio em busca das suas identificações. Proporciona aos

adolescentes conhecimentos de como iniciar e fazer novas amizades, evitando o isolamento social. No final foi feito um balanço de toda a intervenção.

### **3.7. Tratamento de dados**

Os dados recolhidos foram objeto de tratamento estatístico através do programa EPI INFO, um software de domínio público criado pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention, em português Centro para o controle e prevenção de doenças) direcionado para a área da saúde.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Estudo 1

No estudo 1 procurámos avaliar a prevalência de sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida, numa amostra de 102 adolescentes. Como podemos observar na Tabela 3, 30 adolescentes (29,4%) apresentaram ideação suicida. O grupo sujeito à intervenção foi constituído pelos 30 adolescentes que apresentaram ideação suicida.

A depressão leve, moderada e grave, nesta amostra, está associada à presença de ideação suicida, assim como a depressão mínima está associada à ausência de ideação suicida. De acordo com a Tabela 3, de um total de 102 adolescentes, 37 apresentaram depressão leve, 23 depressão moderada e 3 grave, podendo ou não apresentar ideação suicida.

**Tabela 3.** Intensidade de depressão, com e sem de ideação suicida (N=102)

Intensidade Depressão (BDI)	Com Ideação Suicida		Sem Ideação Suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mínima	0	0	39	38,2	39	38,2
Leve	10	9,8	27	26,5	37	36,3
Moderada	17	16,7	06	5,9	23	22,6
Grave	03	2,9	0	0	03	2,9
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>29,4</b>	<b>72</b>	<b>70,6</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Depressão (mínima = 0-11; leve = 12-19; moderada = 20-35; grave = 36-63)

### 4.2. Estudo 2

#### 4.2.1. Avaliação antes da intervenção

Os participantes no segundo estudo foram aqueles que apresentaram ideação suicida no primeiro estudo, ou seja, 30 adolescentes. Como se pode verificar na Tabela 4, antes da intervenção, de um total de 30 adolescentes com ideação suicida, 10 apresentaram depressão leve, 17 depressão moderada e 3 depressão grave. Em relação à desesperança, 8 adolescentes apresentaram desesperança mínima, 10 moderada e 2 grave.

**Tabela 4.** Depressão e Desesperança antes da intervenção (N=30)

VARIÁVEIS	Antes da intervenção							
	Mínimo		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Depressão</b>	0	0,0	10	33,3	17	56,7	3	10,0
<b>Desesperança</b>	8	26,7	10	33,3	10	33,3	2	6,7

Deste modo, podemos observar que a desesperança e a depressão leve, moderada e grave podem estar associadas a presença de ideação suicida.

Usámos o instrumento de desesperança como complemento do inventário de depressão e da escala de ideação suicida, pois consideramos extremamente importantes as respostas indicadoras de desesperança do ponto de vista psicológico, na relação com a intensidade da depressão e a presença ou não de ideação suicida.

Uma avaliação qualitativa das respostas dadas pelos adolescentes demonstraram, no primeiro momento de avaliação, pouca satisfação com a vida, constante sentimento de tristeza, sem esperança no futuro, sentindo-se culpados a maior parte do tempo, com ideias de por termo à vida, choro fácil, grande irritabilidade e dificuldade em tomar decisões. Ainda a referir o cansaço permanente e a ausência de apetite, apresentando problemas físicos e dores no estômago. Em relação aos motivos para viver, manifestaram pouco desejo pela vida e vontade de se matar, as ideias eram persistentes e frequentes. Relatavam que os motivos para cometer suicídio estavam relacionados com a incapacidade de resolver os problemas, queriam fugir dos problemas e não enfrentá-los. A maioria dos adolescentes evitava falar com os outros, sobre os seus pensamentos relacionados com a vontade de morrer. Ainda a referir que dos 30 adolescentes que constituíam o grupo de intervenção, 10 já tinham feito pelo menos uma tentativa de suicídio. Em relação às expectativas futuras, acreditavam que nada poderia sair bem e que não teriam sucesso no que fossem fazer, as suas metas futuras jamais seriam alcançadas e os seus problemas difíceis não seriam solucionados.

#### ***4.2.2. Avaliação após a intervenção***

Após a implementação do programa de intervenção (descrito anteriormente), realizámos uma segunda avaliação, cujos resultados passamos a apresentar.

Os resultados mostram que após a intervenção (Tabela 5), relativamente aos sintomas depressivos, a maioria dos adolescentes (73,3%) passou a ter níveis de depressão “mínimos” (antes da intervenção nenhum adolescente apresentava níveis tão baixos). No que diz respeito à desesperança, também verificamos um aumento do número de adolescentes com níveis mínimos de desesperança, 90% passam a apresentar níveis de desesperança “mínimo” (comparativamente com os 26,7% iniciais).

**Tabela 5.** Depressão e Desesperança após a intervenção (N=30)

VARIÁVEIS	Após a intervenção							
	Mínimo		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Depressão</b>	22	<b>73,3</b>	7	23,3	1	3,3	0	0,0
<b>Desesperança</b>	27	<b>90,0</b>	2	2,7	1	3,3	0	0,0

Relativamente à ideação suicida, quando comparamos os resultados antes e após a intervenção (Tabela 6) verificamos que dos 30 adolescentes inicialmente com ideação suicida, 18 (60,0%) deixaram de ter ideação suicida após a intervenção. Os 12 que mantiveram ideação suicida, apresentaram escores menores na escala.

**Tabela 6.** Ideação Suicida antes e após a intervenção

IDEAÇÃO SUICIDA	Antes da intervenção		Após a intervenção	
	n	%	n	%
Com ideação	30	100,0	12	40,0
Sem ideação	0	0,0	18	60,0
Total	30	100,0	30	100,0

Os níveis de intensidade de depressão e desesperança da maioria dos 30 adolescentes que passaram pela intervenção psicoeducativa ficaram entre o grau “mínimo” e “leve”. A identificação da mera presença de ideação suicida não revela o grau de intencionalidade, pelo que é recomendável a administração do BDI para investigar a presença ou não de depressão e do BHS para investigar a presença ou não de desesperança, pois os três instrumentos complementam-se.

#### **4.2.3. Comparação dos valores médios obtidos antes e após a intervenção**

No estudo 2, como podemos observar na Tabela 7, são apresentadas as médias, os desvios padrão, assim como o Coeficiente Alfa de Cronbach. Quando comparámos as médias dos índices de depressão, desesperança e ideação suicida obtidas nos dois momentos, encontrámos diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,0001$ ), de acordo com o teste T-student, teste que permitiu verificar as diferenças entre os dois grupos em estudo. Antes da intervenção a média do BDI foi de 23,83 (DP=8,1752) e depois da intervenção 7,17 (DP=5,3439), ou seja, ocorreu uma diminuição significativa dos sintomas depressivos. Relativamente à desesperança, a média obtida na BHS antes da intervenção foi 7,23 (DP=4,4465) e depois da intervenção 2,17 (DP=2,4081), ocorrendo também, uma diminuição

significativa. No que diz respeito à ideação suicida, a média obtida no SSI antes da intervenção foi 10,50 (DP=7,2623) e depois da intervenção 2,57 (DP=4,0145).

**Tabela 7.** Médias, desvio padrão e alfa de cronbach antes e após a intervenção

INTERVENÇÃO	Depressão			Desesperança			Ideação Suicida		
	M	DP	$\alpha$	M	DP	$\alpha$	M	DP	$\alpha$
Antes da intervenção	<b>23,83</b>	8,1752	0,76	<b>7,23</b>	4,4465	0,85	<b>10,50</b>	7,2623	0,81
Depois da intervenção	<b>7,17</b>	5,3439	0,83	<b>2,17</b>	2,4081	0,75	<b>2,57</b>	4,0145	0,88
	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		

Para verificar a confiabilidade ou o grau de consistência interna entre os indicadores das escalas de Beck, aplicou-se o alpha de cronbach. De acordo com Field (2009), valores entre  $0,7 \leq \alpha < 0,8$  representam índices aceitáveis, entre  $0,8 \leq \alpha < 0,9$ , correspondem a um bom índice e  $> 0,9$  a um ótimo índice de alpha de cronbach; por sua vez, valores  $< 0,6$  indicam escala não confiável. No presente estudo, a estimativa de fidedignidade, baseada no Coeficiente Alfa de Cronbach do BDI entre o teste e re-teste variam entre 0,76 e 0,83. Relativamente ao BHS entre 0,85 e 0,75 e, no que diz respeito ao SSI entre 0,81 e 0,88. Concluimos que os instrumentos em causa possuem um bom nível de precisão para medir a depressão, a desesperança e a ideação suicida.

Em síntese, nas intervenções grupo terapêutica trabalhamos com os trinta adolescentes que apresentaram ideação suicida e depressão. Comparando os resultados antes e após a intervenção, observou-se uma redução significativas nos escores.

Os adolescentes manifestaram no segundo momento (após a intervenção) otimismo em relação à vida, sentimento de alegria, esperança quanto ao futuro, capacidade para tomar decisões, diminuíram os sintomas físicos e emocionais. Em relação aos motivos para viver, revelaram forte desejo pela vida, as suas razões para viver pesavam mais do que as razões para morrer. Em relação às expectativas futuras, eles passaram a pensar com esperança e entusiasmo, para eles tudo pode acontecer de bom na vida, os dias podem ser melhores, e com força de vontade podem atingir metas futuras. Expressaram vários pensamentos tais como: *conflitos na adolescência podem prejudicar a vida; ser você mesmo é mais importante do que ser ninguém; tenho saudade não do que vivi, mas do que poderia ter vivido; devemos tentar relaxar o máximo possível para manter o equilíbrio interior; álcool é ruim, álcool é vício, não beba não fume, preserve sua vida; manter o diálogo com a família nos faz mais felizes;*

*construir boas amizades e mantê-las é importante; o preconceito pode aparecer em qualquer um de nós seja por algo simples ou complicado; pais separados é uma realidade para muitas crianças e adolescentes nos dias de hoje; a autoestima nos torna mais felizes e alegres....*

## 5. DISCUSSÃO

Vários estudos têm evidenciado que a depressão, a desesperança e a ideação suicida são importantes preditores do risco de suicídio (Braga & Dell’Aglío, 2013; Moreira & Basto, 2015). O desejo de morte para os adolescentes, pode ser interpretado como uma alternativa desses jovens de encontrarem um sentido para vida. No entanto, o adolescente pode ocultar os pensamentos suicidas por razões diversas, como motivações religiosas, culturais, entre outras. Os adolescentes que participaram no presente programa de intervenção apresentavam ideação suicida, sintomatologia depressiva e desesperança, não ocultando os seus pensamentos e emoções negativas, nem a vontade de por termo à vida.

Relativamente ao objetivo geral que definimos - *Desenvolver, implementar e avaliar um programa de intervenção, focado no desenvolvimento dos fatores protetores e na minimização dos fatores de risco, num grupo de adolescentes com ideação suicida* – consideramos que foi alcançado, pois desenvolvemos um conjunto de sessões baseadas em fatores relevantes para a prevenção do suicídio. Implementámos o programa ao longo de 12 semanas, num grupo de 30 adolescentes com ideação suicida e avaliámos a eficácia do programa implementado através de uma avaliação pré e pós teste. Braga e Dell’Aglío (2013) referem que de entre os principais fatores de risco, a depressão tem um papel fundamental no desenvolvimento de pensamentos e comportamentos relacionados com a morte. O que se verificou nos adolescentes que participaram no programa de intervenção, que para além da ideação suicida apresentavam também, sintomatologia depressiva.

Conhecer os principais fatores de risco associados ao suicídio e as diferentes formas de manifestação dos sinais a ele associados, pode ser um passo importante para o planeamento de programas de prevenção. Os fatores associados à ideação suicida na adolescência, identificados em vários estudos e referidos por Moreira e Basto (2015) são multifacetados e incluem transtornos mentais, características pessoais e familiares, problemas comportamentais do próprio adolescente e dos amigos. Os autores referem que os fatores que mais se destacam são a depressão, a desesperança, a solidão, a tristeza, a preocupação, a ansiedade, a baixa autoestima, a agressão por parte de pais e amigos, a pouca comunicação com os pais, ser abusado fisicamente na escola, o uso de substâncias, conhecer alguém que tenha tentado suicídio. Ao longo das sessões que implementámos, procurámos refletir sobre os fatores de risco, aumentando a consciencialização dos mesmos e permitindo a partilha de

ideias/experiências e o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e de resolução de problemas.

A prevenção do suicídio é uma área que necessita de maior investimento. Schlosser, Rosa e More (2014) salientam a importância de se realizar mais investigação nesta temática, que fundamente o desenvolvimento de medidas preventivas, associadas à promoção da saúde da população.

O primeiro objetivo específico – *Identificar os adolescentes com ideação suicida* - também foi alcançado. Dos 102 adolescentes avaliados inicialmente (Estudo 1), 30 (29,4%) apresentaram ideação suicida, um número elevado para uma população não-clínica, associada a depressão leve (33,3%), moderada (56,7%) ou grave (10%). Relativamente aos 30 adolescentes que apresentaram inicialmente ideação suicida, 83,3% eram do sexo feminino e a média de idades foi de 15,5 anos, uma idade considerada preocupante para o risco de suicídio ou para o comportamento suicida. Resultados semelhantes foram obtidos por Schlosser, Rosa e More (2014) que realizaram um estudo com 243 adolescentes matriculados em escolas privadas e públicas, e destes 34,3% apresentaram ideação suicida ou tentativa de suicídio. Referem também, que associados à ideação suicida foram identificados sintomas depressivos leves ou moderados e sintomas moderados de ansiedade. Associados à tentativa de suicídio foram identificados sintomas depressivos graves e ansiedade. Corroborando os nossos resultados, Moreira e Basto (2015) referem também, que a depressão, a desesperança, a solidão e a tristeza são alguns dos fatores de risco da ideação suicida que mais se destacam, assim como ser do sexo feminino.

Em relação ao segundo e terceiro objetivos – *Diminuição dos sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida* – os resultados sugerem que após o programa de intervenção implementado, os valores médios relativos à sintomatologia depressiva, à desesperança e à ideação suicida diminuíram de forma significativa ( $p < 0,001$ ) nos adolescentes. Os resultados mostram também, que após a intervenção 73,3% dos adolescentes apresentaram valores mínimos de sintomatologia depressiva, 90% dos adolescentes apresentam valores mínimos de desesperança, e 60% deixaram de ter ideação suicida. Os 40% que mantiveram ideação suicida, apresentaram um decréscimo na pontuação final. Estes resultados são encorajadores e permitem-nos acreditar que a implementação de programas grupoterapêuticos e

psicoeducativos, podem contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes, diminuindo a sintomatologia depressiva, a desesperança e a ideação suicida.

Na literatura não encontramos programas semelhantes ao implementado de forma a permitir comparações, no entanto, Silva (2016) salienta a importância das intervenções que permitem transformar parte do sofrimento advindo de transtornos em novos aprendizados pessoais ou coletivos.

Para além de ter ocorrido uma diminuição da ideação suicida, os adolescentes manifestaram pensamentos positivos, expressaram os seus sentimentos e, ao longo da intervenção, tivemos oportunidade de verificar que adquiriram conhecimento e maturidade emocional. Braga e Dell’Aglío (2013) salientam que é fundamental o desenvolvimento de fatores protetores, relativamente ao suicídio na adolescência, para que se construam estratégias de prevenção eficazes. Dessa forma, torna-se necessário o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, envolvendo principalmente a família, grupos de pares e a escola, na promoção de relações mais satisfatórias e de um maior bem-estar, tendo em vista que os relacionamentos pessoais e a percepção de apoio ocupam um importante papel nessa etapa do ciclo vital. As atividades desenvolvidas ao longo das sessões tiveram como objetivo minimizar os fatores de risco e fortalecer os fatores protetores, para além de criar um espaço de partilha e apoio entre os pares.

De acordo com Paschoal (2017) a ação educativa deve buscar a ressignificação da vida e o estímulo consciente ao autocuidado motivado pela necessidade de potencializar a efetividade das ações de saúde na busca de qualidade de vida, maior autonomia, participação social e o exercício da cidadania. A escola tem um papel importante no desenvolvimento de uma estratégia assertiva de prevenção de agravos e promoção da saúde, constituindo-se como um espaço de construção de conhecimento e experimentação de diferentes formas de cuidados em saúde.

Os resultados da presente intervenção, num contexto escolar, vão ao encontro do defendido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), que defende que a prevenção do suicídio não se limita à rede de saúde, mas deve ir além dela, sendo necessária a existência de medidas em diversos setores da sociedade, que poderão colaborar no sentido de diminuir as taxas de suicídio. A articulação de várias instituições/organizações na prevenção do suicídio, seria um importante incentivo ao desenvolvimento de iniciativas de promoção de saúde na

comunidade, tais como a realização de grupos de autoajuda nas igrejas, os programas de educação para a saúde nas escolas, associações e ONGs.

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo revelou a importância de se identificar a prevalência dos sintomas depressivos e a ideação suicida nos adolescentes. Demonstrou também que é possível contribuir, em contexto educativo, para a saúde mental dos jovens.

As ferramentas utilizadas no programa de intervenção desenvolvido tiveram como objetivo promover o desenvolvimento de fatores protetores e a minimização dos fatores de risco. O desenvolvimento de estratégias de promoção de bem-estar e qualidade de vida, de educação e de prevenção de danos, através de trabalhos de grupo, contribuiu para diminuir os riscos de suicídio. Os adolescentes em grupo sentem-se mais confiantes para manifestar o sofrimento emocional e o conflito interno, pois estão entre os seus pares, num ambiente de iguais.

Na fase da adolescência acontecem frequentes mudanças corporais e explosões hormonais, associadas muitas vezes à vivência de situações adversas como separações dos pais, violência psicológica e intrafamiliar, convivência com algum membro da família envolvidos com uso de álcool e outras drogas. Nesse contexto os jovens evoluem para uma sobrecarga emocional, podendo manifestar depressão, vontade de morrer ou por termo à vida, como forma de resolver seus problemas. Considerando os resultados obtidos, a implementação deste programa foi um importante contributo para a diminuição da ideação suicida nos adolescentes.

A experiência vivenciada com este trabalho revelou-nos a necessidade do envolvimento da saúde pública na prevenção do suicídio, pois muitos adolescentes estão em busca de respostas à sua dor psíquica e não sabem a quem recorrer. Daí a importância de uma equipe multidisciplinar que os oriente e promova ações preventivas no que tange à ideação suicida.

Os espaços escolares são um contexto muito importante, pois proporcionam aos profissionais encontrar grupos de jovens com faixas etárias variadas, permitindo o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas. A realização do presente estudo, permitiu-nos concluir que nos adolescentes após a intervenção psicoeducativa os níveis de sintomatologia depressiva, desesperança e ideação suicida diminuíram. Ou seja, as escolas podem ser um espaço de práticas educativas em saúde.

A escola é um espaço privilegiado para abordar os adolescentes, pois é o espaço onde passam a maior parte do seu tempo e onde estão entre os seus pares. De acordo com Ramos

(2017), os jovens sentem-se deprimidos, consideram que não há compreensão para com eles, sentem solidão e estes sentimentos acabam por levar muitas vezes ao suicídio, pois interpretam que esta é a única saída para pôr fim à dor emocional. Os jovens mais introvertidos acabam por ser incapazes de partilhar o seu sofrimento, não conversam, logo acumulam para si próprios ainda mais sofrimento e dor, originando o aparecimento de pensamentos suicidas ou levando ao suicídio, por serem incapazes de gerir essas emoções. A realização do presente trabalho permitiu também concluir que as intervenções nas escolas levadas a cabo por profissionais preparados, capacitados e informados podem fazer o adolescente pensar diferente, promovendo os fatores protetores e diminuindo os principais fatores de risco para o suicídio.

Para finalizar, acrescentamos a necessidade de aumentar os programas de prevenção do suicídio para adolescentes. A promoção da saúde mental é um esforço que requer estratégias de comunicação, informação e sensibilização, envolvendo os mais diversos setores da sociedade, sendo eles públicos e/ou privados. É importante alertar a sociedade de que o suicídio pode ser prevenido!

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- Argimon, I. I. L., Terroso, L. B., Barbosa, A. S., & Lopes, R. M. F. (2013). Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II), boletim *Academia Paulista de Psicologia*, 33, (85): 354 – 372, Brasil.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP.
- Bertolote JM. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp: 2012.
- Botega, Neury José. *Crise Suicida: avaliação e manejo/* Porto Alegre: Artmed, 2015. 302p.
- Braga, L,L, Dell’Aglío D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*. 2013;6(1):2-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Informações de Saúde. *Estatísticas Vitais*. Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/ SUS/DASIS. [On line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
- Calligaris, C. *A adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2014.
- Campos, D.M.S. *Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia*, 24. Ed. Petrópolis, Vozes, 2012.
- Canete, I. Adolescente Cristal: como entender, acolher e apoiar as novas gerações. Porto Alegre: Besourobox, 2016.
- Centro de Valorização da Vida (CVV). (2014). Associação Brasileira de Psiquiatria. *Suicídio: informando para prevenir*. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.
- Cunha, J.A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.
- Durkheim, Émile. *O suicídio: estudo de sociologia*. Tradução de André Stahel M. da Silva. – São Paulo: Edipro, 2014.
- Field, A. *Discovering statistics using SPSS*. 3. ed. London: Sage, 2009.
- Girdwood, V. M. O., Araújo, I. S., & Pitanga, C. P. S. (2011). Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35 (3): 537-547.
- Moreira, L.C.O, Basto P.R.H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>.

- Neves, M.C.L, Meleiro A., Souza, F.G.M, Silva A.G., & Corrêa, H. (2014) *Suicídio: fatores de risco e avaliação*, 51(1): 66-73. Brasília: Med.
- Ramos, V.A.B. Como prevenir o suicídio. Temas em psicologia – 2017. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1068.pdf>
- Sampaio D. & Telles-Correia D. (2013). *Suicídio nos Mais Velhos: Fundamental Não Esquecer!* *Acta Médica Portuguesa*. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.ph>.
- Santos, Alvaro S.& Paschoal, Vania Del`Arco (2017). *Educação em Saúde e enfermagem*. Barueri, SP: Manole.
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. (2014). *Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital*; Temas em Psicologia 2014; 22(133): 1-145. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a11.pdf>
- Silva, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Depressivas: as três dimensões da doença do século*. 1ed., São Paulo: Pricipium. 2016.
- Trigueiro, André. *Viver é a melhor opção: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo*. 3ª ed. – São Bernardo do Campo SP: Correio Fraternal, 2016.
- Viera, Carlos. *Depressão-Doença: o grande mal do século XXI: teorias, conceitos, sintomas, sinais, métodos de tratamento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.
- Wainer, R., & Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: C. S. Petersen & R. Wainer (org.). *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre: Artmed, p. 170-194.
- Waiselfisz, J. J. *Mapa da violência. Os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro. Flacso, 2014.
- World Health Organization (OMS). (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness*. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN),1-19.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Suicide prevention: facing the challenges, building solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 1-6.
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

# **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1</b> – Termo de Autorização Institucional.....	i
<b>ANEXO 2</b> – Termo de Consentimento – Aos pais.....	ii
<b>ANEXO 3</b> – Termo de Consentimento –Aos adolescentes .....	iii
<b>ANEXO 4</b> – Questionário Sociodemográfico.....	iv
<b>ANEXO 5</b> – Escala de Ideação Suicida de Beck .....	v
<b>ANEXO 6</b> – Escala de Depressão de Beck.....	viii
<b>ANEXO 7</b> – Escala de Desesperança de Beck.....	xi
<b>ANEXO 8</b> – Imagens das exposições das atividades.....	xii
<b>ANEXO 9</b> – Análise dos instrumentos de Beck.....	xiv

## ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilustríssimo(a) Senhor(a),

Eu, Josiane Uchoa Sampaio, responsável por este projeto de Mestrado em Educação para Saúde, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa nessa escola particular, situado em São Luís-MA, para o trabalho de pesquisa sob o título: **“Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção”**, orientado pela Professora Dra. Ana Paula Amaral.

Esta pesquisa tem como objetivo propor uma intervenção educativa associados ao desenvolvimento saudável, a partir da prevenção, psicoeducação, proteção e promoção da saúde mental dos adolescentes.

Os dados serão coletados através de três escalas em sua versão brasileira, levará em média de 05 a 10 minutos para responde cada: Escala de Ideação suicida Beck, escala de Desesperança Beck e Inventário de Depressão de Beck. Após análise das escalas serão selecionados grupos de adolescentes que passará por 15 encontros psicoeducativos, com horários acordados dentro da própria escola. Assim como, o termo de autorização assinado pela família e o termo consentimento livre que será assinado pelos/as participantes, ressaltando que as informações obtidas servirão apenas de objeto de análise da pesquisadora, assim, a confidencialidade de nomes, garantindo o anonimato.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na elaboração do projeto de intervenção do referido curso. Assumo a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição. No caso de eventualidades que cause qualquer tipo de dano aos/as participantes, eu pesquisadora me comprometo em repará-los, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. O pesquisador estará apto a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atenciosamente,

## ANEXO 2 - CONSENTIMENTO LIVRE AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS DOS ADOLESCENTES

O período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e mudanças. A maioria dos estudos sobre o desejo de morrer menciona a depressão como um dos principais fatores de risco ao suicídio em todas as faixas etárias. Assim, faz-se necessário uma intervenção a depressão, desesperança e ideação suicida na adolescência, desenvolvendo fatores protetivos e minimização de fatores de riscos, em diferentes contextos biopsicossociais e culturais, na busca de especificidades que apontem para suspeição de casos.

A presente investigação tem como objetivo propor uma intervenção educativa associados ao desenvolvimento saudável, a partir da prevenção, psicoeducação, proteção e promoção da saúde mental dos adolescentes.

1. Para a realização deste estudo de Mestrado, o seu filho(a) participará de uma pesquisa de dados que consiste em responder alguns questionários ou instrumentos utilizados, em sua versão brasileira, Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Desesperança de Beck (BHS), todos validados para a população não-clínica de adolescentes que permitem estudar fatores que estão referidos na literatura como predisposição a comportamentos de risco.
2. Não existe nenhum tipo de risco, desconforto ou exposição do seu filho(a), sendo os seus dados confidenciais.
3. Este estudo faz parte do Mestrado da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, na área de Educação para Saúde, sob a orientação da **Professora Doutora Ana Paula Amaral** e tem como objetivo a caracterização de comportamentos de risco.
4. Solicitamos a Vossa Senhoria, se achar conveniente e importante que, **AUTORIZE** a participação do seu filho(a) no estudo, assinie o presente termo e o encaminhe por intermédio do seu filho(a).

\_\_\_\_\_  
Josiane Uchoa Sampaio  
Psicóloga-CRP 22/00856

-----  
Eu, \_\_\_\_\_ Registro Geral nº \_\_\_\_\_, responsável, autorizo o meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar dos procedimentos de recolha de dados para a realização do estudo acima exposto.

\_\_\_\_\_  
O/A responsável

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE AO ADOLESCENTE

**NOME DA PESQUISA:** Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção”

**PESQUISADORA:** Josiane Uchoa Sampaio

**PROFISSÃO:** Psicóloga Clínica

**TELEFONE:** (98) 98846-5419

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa Depressão e ideação suicida na adolescência: desenvolvimento de fatores protetivos e minimização de fatores de riscos que será realizada por pesquisadora do **Mestrado em Educação para Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde, do Instituto Politécnico de Coimbra (Portugal)**. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

**OBJETIVO:** Propor uma intervenção educativa associados ao desenvolvimento saudável, a partir da prevenção, psicoeducação, proteção e promoção da saúde mental dos adolescentes.

**PROCEDIMENTOS:** Se você concordar em participar da pesquisa, irá responder três escalas em sua versão brasileira, levará em média de 05 a 10 minutos cada: Escala de Ideação suicida Beck, escala de Desesperança Beck e Inventário de Depressão de Beck. Após análise das escalas serão selecionados grupos de adolescentes que passará por 15 encontros psicoeducativos, com horários acordados dentro da própria escola.

**BENEFÍCIOS:** Sua colaboração neste trabalho é valiosa! Agradeço sua participação e compreensão, certa de que, com esse estudo, poderemos contribuir para qualidade de vida de muitos adolescentes.

**CONFIDENCIALIDADE:** Seu nome não será utilizado em momento algum da pesquisa garantindo o anonimato. Somente serão divulgados os dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

Desse modo,

Eu, \_\_\_\_\_ aluno(a) com escolaridade \_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora dos objetivos, procedimentos, benefícios e confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

São Luís, \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2017.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a participante)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do PESQUISADOR)

#### ANEXO 4 - Questionário Sociodemográfico

1. Nome \_\_\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_

3. Sexo    F    X    M

4. Escolaridade \_\_\_\_\_ 5. Estado civil: \_\_\_\_\_

## ANEXO 5 - Escala de Ideação Suicida de Beck

Nome \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

INSTRUÇÕES: Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo.

Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na última semana, incluindo hoje. Tenha a certeza de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

### Parte 1

#### 1. 0 Eu tenho um desejo moderado a forte de viver

1. Eu tenho um desejo fraco de viver
2. Eu não tenho qualquer desejo de viver

#### 2. 0 Eu não tenho qualquer desejo de morrer

1. Eu tenho um desejo fraco de morrer
2. Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer

#### 3. 0 As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer

1. As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais
2. As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver

#### 4. 0 Eu não tenho qualquer desejo de me matar

1. Eu tenho um desejo fraco de me matar
2. Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar

#### 5. 0 Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida

1. Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida
2. Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida

Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20.

Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.

#### 20. 0 Eu nunca tentei o suicídio

1. Eu tentei o suicídio uma vez
2. Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações.

#### 21. 0. O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo

1. O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado
2. O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado

### Parte 2

#### 6. 0 Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente

1. Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado
2. Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar

**7. 0 Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar**

1. Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar
2. Eu penso continuamente acerca de me matar

**8. 0 Eu não aceito a ideia de me matar**

1. Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar
2. Eu aceito a ideia de me matar

**9. 0 Eu consigo conter-me de cometer suicídio**

1. Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio
2. Eu não consigo conter-me de cometer suicídio

**10. 0 Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.**

1. Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.
2. Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.

**11. 0. As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingar-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc.**

1. As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas
2. As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas

**12. 0 Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar**

1. Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes
2. Eu tenho um plano específico para me matar

**13. 0 Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar**

1. O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método
2. Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar

**14. 0 Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio**

1. Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio
2. Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio

**15. 0 Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio**

1. Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio
2. Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio

**16. 0 Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio**

1. Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio
2. Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio

**17. 0 Eu não escrevi uma nota de suicídio**

1. Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei
2. Eu completei uma nota de suicídio

**18. 0 Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio**

1. Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio
2. Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio

**19. 0 Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas**

1. Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me
2. Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer suicídio

**Vá para o grupo 20.**

\_\_\_\_\_ **SUBTOTAL PARTE 1**  
\_\_\_\_\_ **SUBTOTAL PARTE 2**  
\_\_\_\_\_ **PONTUAÇÃO TOTAL**

## ANEXO 6 - Escala de depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

### **1. 0 Não me sinto triste.**

1. Eu me sinto triste.
2. Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

### **2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.**

1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2. Acho que nada tenho a esperar.
3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

### **3. 0 Não me sinto um fracasso.**

1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

### **4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.**

1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2. Não encontro um prazer real em mais nada.
3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

### **5. 0 Não me sinto especialmente culpado.**

1. Eu me sinto culpado às vezes.
2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3. Eu me sinto sempre culpado.

### **6. 0 Não acho que esteja sendo punido.**

1. Acho que posso ser punido.
2. Creio que vou ser punido.
3. Acho que estou sendo punido.

### **7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.**

1. Estou decepcionado comigo mesmo.
2. Estou enojado de mim.
3. Eu me odeio.

### **8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.**

1. Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2. Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

**9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.**

1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2. Gostaria de me matar.
3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

**10. 0 Não choro mais que o habitual.**

1. Choro mais agora do que costumava.
2. Agora, choro o tempo todo.
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

**11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.**

1. Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2. Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

**12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.**

1. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

**13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.**

1. Adio minhas decisões mais do que costumava.
2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3. Não consigo mais tomar decisões.

**14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.**

1. Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2. Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3. Considero-me feio.

**15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.**

1. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2. Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3. Não consigo fazer nenhum trabalho.

**16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.**

1. Não durmo tão bem quanto costumava.
2. Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

**17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.**

1. Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2. Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

**18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.**

1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2. Meu apetite está muito pior agora.
3. Não tenho mais nenhum apetite.

**19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.**

1. Perdi mais de 2,5 Kg.
2. Perdi mais de 5,0 Kg.
3. Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )

**20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.**

1. Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

**21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.**

1. Estou menos interessado por sexo que costumava.
2. Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3. Perdi completamente o interesse por sexo

## ANEXO 7 – Escala de desesperança de Beck



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados © 1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados © 1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo © Livraria e Editora Ltda.  
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

## ANEXO 8 – Imagens das exposições das atividades

Cartazes com temas trabalhado.



## Brinquedos utilizados nas atividades recreativas



## ANEXO 9 – Análise dos instrumentos de Beck

**Tabela 6.** Adolescentes com depressão antes e após a intervenção.

VARIÁVEIS	Depressão – BDI															
	Antes da intervenção								Após a intervenção							
	Mínimo		Leve		Moderada		Grave		Mínimo		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>																
13 anos	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14 anos	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 anos	0	0,0	2	25,0	5	62,5	1	12,5	5	62,5	2	25,0	1	12,5	0	0,0
16 anos	0	0,0	4	44,4	4	44,4	1	11,2	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0
17 anos	0	0,0	1	14,3	5	71,4	1	14,3	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Sexo</b>																
Feminino	0	0,0	7	28,0	15	60,0	3	12,0	17	68,0	7	28,0	1	4,0	0	0,0
Masculino	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>23</b>	<b>73,4</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Escolaridade</b>																
1 médio	0	0,0	4	36,4	6	54,5	1	9,1	17	68,0	7	28,0	1	4,0	0	0,0
2 médio	0	0,0	4	44,4	5	55,6	0	0,0	8	72,7	3	27,3	0	0,0	0	0,0
3 médio	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0
8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0
9	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

**Tabela 7.** Adolescentes com desesperança antes e após a intervenção.

VARIÁVEIS	Desesperança – BHS															
	Antes da intervenção								Após a intervenção							
	Mínimo		Leve		Moderada		Grave		Mínimo		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>																
13 anos	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14 anos	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 anos	1	12,5	2	25,0	4	50,0	1	12,5	6	75,0	1	12,5	1	12,5	0	0,0
16 anos	2	22,2	2	22,2	4	44,4	1	11,2	8	88,9	1	11,1	0	0,0	0	0,0
17 anos	3	42,8	2	28,6	2	28,6	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>2</b>	<b>2,7</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Sexo</b>																
Feminino	5	20,0	9	36,0	9	36,0	2	8,0	22	88,0	8	8,0	1	4,0	0	0,0
Masculino	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Escolaridade</b>																
1 médio	4	36,4	2	18,2	5	45,5	0	0,0	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0
2 médio	3	33,3	3	33,3	2	22,2	1	11,1	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0
3 médio	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
8	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>10</b>	<b>33,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

**Tabela 8.** Adolescentes com ideação suicida antes e após a intervenção.

VARIÁVEIS	Ideação Suicida – BSS							
	Antes da intervenção				Após a intervenção			
	Com Ideação		Sem Ideação		Com Ideação		Sem Ideação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>								
13 anos	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0
14 anos	5	16,7	0	0,0	1	20,0	4	80,0
15 anos	8	26,7	0	0,0	4	50,0	4	50,0
16 anos	9	30,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7
17 anos	7	23,3	0	0,0	4	57,1	3	42,9
Total	30	100,0	0	0,0	12	40,0	18	60,0
<b>Sexo</b>								
Feminino	25	83,3	0	0,0	10	40,0	15	60,0
Masculino	5	16,7	0	0,0	2	40,0	3	60,0
Total	30	100,0	0	0,0	12	40,0	18	60,0
<b>Escolaridade</b>								
1 médio	11	36,7	0	0,0	4	36,4	7	63,6
2 médio	9	30,0	0	0,0	4	44,4	5	55,6
3 médio	5	16,7	0	0,0	1	20,0	4	80,0
8	1	3,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0
9	4	13,3	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Total	30	100,0	0	0,0	12	40,0	18	60,0