INTRODUÇÃO

A adolescência é uma das etapas da vida que decorre num período mais ou menos longo do desenvolvimento e onde se jogam vários processos, que conduzem à maturação física, psicológica, social e intelectual. Deve ser encarada como um período marcado pela mudança e transformação, com tudo o que estas implicam de oscilação entre a continuidade e descontinuidade, mudança e transformação vividas como uma experiência, sem a qual não há crescimento.

Como defende Strecht em 2005 a vida é sempre um processo de mudança e adaptação e, por isso, o conflito é inerente ao desenvolvimento. Em todas as etapas a mudança psíquica envolve perdas, bem como ganhos e recompensas, sempre que algo importante tem de ser abandonado. Todo o indivíduo tem de se adaptar a um processo contínuo de crescimento e envelhecimento em cada etapa da sua vida.

São inúmeros os adolescentes que atentam agressivamente contra o seu corpo e estas condutas continuam a aumentar na actualidade, de acordo com Caldas (1992) e a O.M.S. (1984, citado por Daniel Sampaio, 2000, p.32) o suicídio é a segunda causa de morte na adolescência.

Todo o gesto autodestrutivo do adolescente deve ser encarado com seriedade e não apenas como mais uma chamada de atenção, porque poderá ter havido ideação suicida que conduziu à tentativa e ou mesmo concretização do suicídio que simboliza o abandono e a desistência da vida.

De acordo com Pfeffer (1985, citado por Manuela Fleming, 2005, p.246) a ideação suicida quase sempre é exibida por um adolescente que faça uma tentativa de suicídio, assim esta poderia ser considerada como um estágio que antecede a acção auto-destrutiva.

A organização mundial de Saúde (O.M.S.) refere que o para-suicídio corresponde a um acto ou comportamento não fatal, que não é habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, mas onde o próprio se arrisca de forma danosa.

A tentativa de suicídio nos adolescentes segundo Daniel Sampaio (2000) está relacionada com fracassos no processo de desenvolvimento da adolescência, é nesta etapa da vida, que o adolescente se confronta com inúmeros problemas, as alterações do seu corpo, do psiquismo e da relação com os pais e grupo de pares. “A tentativa de suicídio poderá ser então o “renascimento”, onde uma parte da vida do adolescente que não interessa é morta, e começa a viver a partir daí de modo diferente, isto não ocorre de modo

consciente no momento da tentativa de suicídio, porque a intenção é morrer” (Daniel Sampaio, 2000).

O suicídio é um fenómeno universal e multifacetado, sendo difícil a sua compreensão. No entanto, surge como resultado de um sofrimento que parece não ter fim.

Assim, o sofrimento intenso poderá levar o adolescente a atentar agressivamente contra o corpo e a adoptar condutas auto-destrutivas. Parece-me deste modo relevante estudar o consumo de álcool como factor precipitante com o intuito de actuar de modo preventivo com a união de equipas multidisciplinares para uma resposta mais eficiente.

Compreender para intervir é o nosso lema como psicólogas clínicas, deste modo é importante para avaliar o risco e tomar medidas preventivas, conseguir diferenciar factores predisponentes aos pensamentos suicidas e precipitantes da actual tentativa. Este nosso trabalho teve como principal objectivo verificar se existe relação entre o consumo de álcool e a ideação suicida em adolescentes, tal como nos refere a literatura, para adequar a nossa actuação a essa mesma realidade.

DESENVOLVIMENTO

“A adolescência é tanto um modo de vida, quanto um segmento do desenvolvimento físico e psicológico de um indivíduo. Ela representa um período de crescimento e mudanças em quase todos os aspectos da vida física, mental, social e emocional da criança. É uma época de novas experiências, novas responsabilidades e novos relacionamentos com adultos e companheiros” Horrocks, 1955 *in* Gallatin, 1978 (*cit in* Silva, 2004).

Etimologicamente, adolescência provém do Latim, do termo *adolescere* que significa crescer e tornar-se maturo.

A adolescência é uma etapa onde o desenvolvimento físico, social e psicológico, decorre desde a puberdade à idade adulta. Segundo a O.M.S. (2001) esta fase está compreendida entre os 10 e os 19 anos e apresenta um papel crucial a desempenhar no desenvolvimento total da pessoa e decorre da realização de determinadas tarefas.

De acordo com Laufer (1972) essas tarefas resumiriam-se a três núcleos principais:

- alteração da relação com os pais
- alteração da relação com os companheiros
- formação da identidade sexual

Assim, a adolescência é vista como um período em que se constrói uma identidade do corpo, que se vai transformando em sexualmente identificável, através da identificação e projecção, o que implica “ser eu sendo outro, ser outro não sendo eu”.

Na adolescência, que tem duração variável e é marcada pelo percurso de unificação, vai-se proceder á restauração do ideal do Eu. Este processo é acompanhado da fragilidade e vulnerabilidade e como impondo a urgência das alterações em consonância com a maturação.

Segundo Fleming (1993), se analisarmos a adolescência como um processo de autonomia, que se apresenta nas relações de separação – individuação, a separação e a formação da identidade envolve mudanças nas relações e representações do próprio, nas relações e representações do outro e não se constitui como um ataque ao vínculo parental, mas sim à autoridade parental (Marques, 1999). Na adolescência, tal como em outros períodos desenvolvimentais, está em jogo a construção, a criação e o “tornar-se”.

Esta etapa tem como centro uma crise narcísica e identificatória com angústias intensas quanto à autenticidade e integridade de si, do corpo e do sexo. Paralelamente às

modificações físicas e somáticas bem conhecidas, assiste-se a emergências pulsionais maciças que vêm desequilibrar as relações entre as instâncias intrapsíquicas. “O Ego sente-se invadido por uma angústia pulsional face à qual terá de defender-se” (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

Constata-se nesta época uma tendência para a passagem ao acto (permite uma mentalização dos conflitos), uma manipulação da ideia de morte e a emergência frequente de ideias depressivas. A adolescência é, com efeito, um período de múltiplas renúncias. Entre os diferentes lutos têm de assumir, há que insistir particularmente no luto das ilusões e das imagens parentais. É fundamental que os adolescentes admitam a diferença inequívoca entre o Ego e o Ideal do Ego (ferida narcísica) e admitir igualmente imperfeições dos seus pais (perda de objecto) (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

Todos estes processos psicológicos efectuam-se muitas vezes de maneira caótica, por investidas, com regressões temporárias e retomas do desenvolvimento que vêm aumentar a ambivalência do paradoxo permanente.

Assim, esta é a fase em que, como refere Laufer (2000), num qualquer momento o adolescente está sujeito a tensão, sendo que as variações de humor são inúmeras. Torna-se difícil saber se o comportamento se deve a essa tensão, no entanto o fulcral não é verificar se está presente ou não a tensão, mas antes ver o modo como este lida com ela, porque poderá ser a origem para a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente para a susceptibilidade do consumo de álcool.

“Saúde Mental do Adolescente”

Tudo o que eu faço ou medito

Fica sempre na metade

Querendo, quero o infinito

Fazendo, nada é verdade

Que nojo de mim me fica

Ao olhar para o que faço!

(Fernando Pessoa)

Na nossa sociedade, onde as mudanças socioculturais não deixam de ocorrer a todo o momento, existe, segundo Coimbra de Matos (2002), uma crise de identificação nos jovens que buscam deste modo uma solução para o conflito que estão a vivenciar.

Assim, para a diminuição do conflito interno, existe a necessidade de estruturas psicossocioterapêuticas que vão ao encontro da solicitação destes jovens em relação à sociedade onde estão integrados e que desejam compreender para desempenharem o seu papel social pelo estabelecimento de harmonia entre o processo de individuação e formação de identidade própria e a consolidação da consciência social (Coimbra de Matos, 2002).

Sendo a adolescência uma fase importante da existência do homem, como refere Coimbra de Matos (2002), ela apresenta duas condições de base:

1. Uma preparação que assenta na premissa de ter sido adolescente, em toda a amplitude do seu significado; vale dizer ter tido a ousadia de o ser;
2. Uma competência que resulta em primeira linha de poder ser ainda adolescente; o que equivale a manter a esperança no dia de amanhã, aberto o espaço da ilusão criadora, permeável às vias de mudança. (p.131)

Na adolescência a avaliação do que é normal ou patológico passa pelo “saber do significado adaptativo e adaptante do sintoma ou do comportamento em causa” (Coimbra de Matos, 2002, p.132).

Assim, o que não seria adaptativo, ou seja, o patológico seria “o que exprime desacordo com a textura da pessoa, o que representa atraso ou hipermaturação, o que revela a revivência de conflitos que já deveriam ter sido mais ou menos resolvidos, o que anuncia um risco de ruptura do equilíbrio até então conseguido” (Coimbra de Matos, 2002, p. 133).

Concluindo, Coimbra de Matos (2002) refere que o normal e o patológico assenta em três planos, o do conflito psíquico, o da estrutura psíquica em estruturação e o do sofrimento implícito ou revelado.

O comportamento suicida poderá ser classificado como ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio. No entanto, existe uma panóplia de definições que iremos abordar para que ocorra a distinção de fenómenos diferentes, alertando para as designações equívocas por vezes utilizadas.

A ideação suicida pode ser um estágio preliminar de outros comportamentos suicidários, caracteriza-se por cognições e pensamentos de pôr termo à vida. A ideação

suicida pode ir de pensamentos gerais, até à criação mais concreta em que alguns casos existe a predição de um plano suicida.

Segundo Kessler e Colaboradores (1999, citado por Marcelli e Bracnner, 2005 p. 304) as ideias suicidárias aumentam o risco do projecto de suicídio e o risco da tentativa de suicídio e ainda a presença do projecto de suicídio, associado às ideias suicidárias, aumenta também o risco de passagem ao acto.

O investigador Stengel (1952, citado por Saraiva, 2006, p.38) redefine comportamento suicidário como um “acto de auto-agressão deliberada no qual o indivíduo ignora se vai sobreviver” no entanto referiu-o também como sendo um “acto não fatal de auto-agressão, entendido como intenção consciente auto-destruidora, embora vaga e ambígua”. Tudo isto demonstra assim a dificuldade de que se reveste para abordar esta matéria.

Actualmente o para-suicídio define-se como um acto real ou potencialmente agressivo contra o próprio indivíduo, realizado de um modo deliberado, mas que não resultou na morte independentemente da motivação. É mais abrangente no sentido que engloba os adolescentes onde a motivação (emana da situação social, familiar e psicológica do adolescente) do acto autoagressivo não implica a vontade de morrer, mas de interromper uma tensão emocional, um pedido de ajuda a quem lhe está mais próximo, a criação de sentimentos de remorso ou culpa em determinadas pessoas e também o sentido de experimentação de situações arriscadas ou de manipular o ambiente.

Assim o para-suicídio é um comportamento que representa um jogo de análise transaccional de apelos, reapelos e manipulações, respondendo a um intenso conflito de relação no plano dos afectos, no qual o corpo é simultaneamente protagonista e instrumento de revoltas e desamparos (Saraiva, 2006, p. 39).

A tentativa de suicídio na adolescência pode ser entendida como um apelo à comunicação (expressão de crise nas relações familiares e do respectivo desenvolvimento psico-afectivo do adolescente). Estudos realizados por Rodrigues (1996) e Sampaio (2000) com o intuito de esclarecer até que ponto o suicídio estaria associado a perturbações da comunicação ao nível familiar e social (ruptura da mesma e a constituição de imagens simbólicas).

Por sua vez, a tentativa de suicídio pode ser encarada como não decorrente de um impulso súbito e imprevisível, mas e segundo Schachter (1995, citado por Laufer, 2000, p.111) como o “elo final de uma longa cadeia de acontecimentos psicológicos internos, que

começam com problemas no início do desenvolvimento na infância e tornam o adolescente incapaz de lidar com as exigências normais do desenvolvimento pubertário”.

Deste modo e segundo a OMS (1984) a tentativa de suicídio seria todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento. Então, a característica que permite esta distinção é a intencionalidade, algo que nem sempre é fácil de avaliar e quantificar.

O suicídio é a segunda causa de morte dos adolescentes, onde a maioria se reveste sob a forma de tentativa de suicídio, sendo que estas condutas continuam a ser enigmáticas e equívocas, porque abrangem fenómenos distintos como o suicídio frustrado e para-suicídio.

Existem diferenciadas condutas que são consideradas suicidárias, no entanto e utilizando a definição de Vaz Serra (1971, citado por Sampaio, 2000, p.31) o suicídio é a “auto-destruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir esse fim”. Por sua vez a Organização Mundial de Saúde (2002) também define suicídio como um acto deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal; nestas duas definições distingue-se a intencionalidade como factor chave de diferenciação.

Assim, não sendo a sua distinção tão óbvia, quanto a facilidade de diferenciação na definição, uma vez que a inclusão num ou no outro grupo, depende de diversos factores alheios à vontade do indivíduo, pretende-se dizer que, uma pessoa determinada na sua autodestruição pode ver o seu método falhar pelo acontecimento de algo não previsto (ex. ajuda inesperada), ou então, o indivíduo que pretendia “chamar à atenção” com o acto autoagressivo, pode causar a sua morte, pois não conseguiu controlar todos os factores (Neves, Pascoal & Valente, 1995).

No entanto, por mais que assim seja, esta deve ser sempre considerada como sinal de alarme, uma vez que traduz um fracasso do processo da adolescência sendo para alguns autores um sinal de perturbação grave.

Saraiva (2006) indica como factores de risco do suicídio a nível clínico, a depressão, esquizofrenia, alcoolismo, drogas, pânico, bulímia, distúrbio da personalidade, distúrbio pós-stress traumático, hereditariedade e estádios pré-demenciais.

Na mente do adolescente o facto da própria morte e da sua irreversibilidade não existe de forma consciente, por isso a tentativa de suicídio pode ser motivada por fantasia (omnipotência).

De acordo com Laufer (2000) a fantasia estaria relacionada com sentimentos agressivos para com os pais e amigos. É importante que o adolescente reconheça a sua culpa e a vergonha, mas também ir além desta, para que este tenha contacto com a realidade do ataque à sua própria vida, rompendo com a negação da realidade da morte para poder reduzir o risco de outra tentativa de suicídio.

A ambivalência é um dos aspectos presentes que, segundo Shneidman (1985, citado por Carlos Saraiva, 2006, p.23) relatou por exemplo um sujeito que corta o pescoço e, ao mesmo tempo, grita por socorro. Isto poderá demonstrar que a intenção suicida é dinâmica onde existe o prato da balança para a vida e o outro para a morte, não conseguindo o sujeito decidir-se por um, fica então o destino encarregue da decisão.

Os meios utilizados nas tentativas de suicídio são inúmeros, no entanto os mais comuns são a intoxicação medicamentosa isolada (principalmente por psicofármacos) (65%) ou associados ao álcool, bem como tóxicos (23%) flebotomias e os casos mais excepcionais enforcamento, armas de fogo, entre outros (Saraiva, Marques & Veiga, 2006).

Numa pesquisa efectuada por Laufer (2000), este conclui que existiriam factores externos na vida do adolescente. Estes, embora diferentes de adolescente para adolescente, apresentariam um significado inconsciente.

Assim, Laufer (2000) apresenta três factores predisponentes, que estariam relacionados apenas com os pensamentos de suicídio. Esses factores eram o sentimento do adolescente como sendo sexualmente anormal, independentemente do início ou não da relação sexual. De seguida, o medo da submersão, isto porque, as experiências de intimidade e dependência, por muito que sejam ansiadas, são sentidas como ameaçadoras do sentido frágil destes adolescentes. Os medos de abandono podiam significar que qualquer separação poderia corresponder a uma rejeição, provocando intensos sentimentos de auto-rebaixamento e ódio de si; por último, a intolerância a afectos dolorosos provenientes das dificuldades de separação/individuação precoces. Os adolescentes sentem que não são capazes de funcionar independentemente dos pais, o que provocava sentimentos de vergonha, humilhação, perda de poder, raiva e medos de loucura. Deste modo, o seu corpo é identificado como causador de sentimentos aterradores e humilhantes.

Refere-se ainda a dois factores precipitadores, estes por sua vez estariam associados à presente tentativa de suicídio, onde o primeiro reportaria à possibilidade de mudança que, inconscientemente, representaria um movimento de funcionamento

independente dos pais. Esta colocaria o adolescente numa situação nova, criando assim a oportunidade de ter relações sexuais; o segundo seria a perda de controlo aterradora da sua agressão e ódio, este seria mais significativo do que o primeiro, na medida em que implica um sentido frágil de identidade, que não é diferenciado de modo suficiente dos pais internalizados.

Os factores que precipitam são:

- conflito com os pais ou pares
- depressão ou sintomas depressivos
- tendências perfeccionistas e incapacidade de suportar as expectativas a que os pais estavam habituados
- morte de alguém próximo
- problemas afectivos
- dificuldades escolares ou profissionais
- nas jovens abuso sexuais ou gravidez indesejada
- hábitos tóxicos

Estes factores devem ser analisados num contexto sistémico, podendo estar a contribuir para uma baixa auto-estima (redução da mobilidade social) e conseqüentemente para os comportamentos de risco (alcoolismo e consumo de substâncias tóxicas ilícitas) emergindo a incapacidade de encontrar satisfação social, dificuldade de manter relações estáveis, com sentimentos de exclusão e também dificuldade de inserção escolar e profissional, colocando o adolescente numa situação de sofrimento intenso.

Perante situações de sofrimento, procuram assim modificar o estado em que se encontram, através de substâncias que influenciam o psiquismo e o álcool é uma substância a que os jovens recorrem.

O álcool é uma droga legalizada e comercializada na nossa sociedade, faz ainda parte integrante dos hábitos alimentares e é ainda associado a eventos sociais, como festas e comemorações.

Deste modo, e como na actualidade nos deparamos com o consumo excessivo de álcool não apenas nos adultos, mas sim e cada vez mais nos jovens adolescentes, este assume-se hoje cada vez mais como uma problemática com um grande pico de incidência, visto ser licitamente socializante, onde este grupo etário busca a acção bifásica do álcool de euforia/desinibição e sedação. Por outro lado, o seu consumo pode funcionar como

cobertura: o álcool como solução de fuga ou as tentativas, mesmo que ambíguas, de suicídio.

Os efeitos são diversificados, contudo, o que num primeiro momento pode ser facilitador da sociabilidade, posteriormente, com o aumento da ingestão de álcool, passa a descontrolo, sonolência e descoordenação podendo em casos extremos culminar com o coma.

A Academia Americana de Pediatria enunciou seis estádios no envolvimento do adolescente com o álcool (citado por Cordeiro, 2009, p.412) que abrangem características da adolescência (experimentação) como poderemos constatar, e que seriam:

- o Abstinência;
- o Uso experimental ou recreativo;
- o Abuso inicial;
- o Abuso;
- o Dependência;
- o Recuperação.

Segundo Cordeiro (2009) existem factores de risco que passaremos a citar para um maior consumo de álcool nos adolescentes:

- o Início do uso de álcool antes da idade dos 15 anos;
- o Ter um pai ou uma mãe com alcoolismo;
- o Ter amigos próximos que usam álcool e/ou outras drogas;
- o Ser quezilento, violento, ter comportamentos anti-sociais desde cedo;
- o Ter sido abusado ou sofrido maus-tratos;
- o Ter problemas de comportamento e de aceitação de regras, ou insucesso escolar;
- o Ter pais que não dão apoio, que criticam tudo e que não promovam a auto-estima;
- o Sentir-se rejeitado pelos pais, familiares, escola e amigos.

Acrescentamos a estes alguns traços que também são habitualmente verificados e que foram referidos por Marcelli e Braconnier (2005):

- o Intolerância à frustração;
- o Ansiedade;
- o Tendência depressiva e o sentimento de inferioridade, a perda de auto-estima, a vergonha ou o embaraço relativo ao seu corpo, no seu conjunto ou em parte;
- o Dependência afectiva relativa ao grupo ou a um dos progenitores;

Estes são factores que podem aumentar a probabilidade de vir a ser alcoólico, contudo não são causa - efeito.

Existem inúmeras definições de alcoolismo, todavia estas assentam sobre critérios que não incluem a alcoolização típica do adolescente, aplicando-se mais aos adultos. Desta forma, o modo de consumo de bebidas alcoolizadas segundo Marcelli e Braconnier (2005), apresenta como pano de fundo da alcoolização o grupo, sendo a bebida de eleição inicial a cerveja, seguindo-se outras e por fim uma associação de várias.

Os riscos inerentes a este comportamento manifestam-se por modificação do carácter e da afectividade, estados depressivos e delírios, embora estes sejam mais raros na adolescência. No entanto, a politoxicomania nesta fase é cada vez mais uma realidade, assim o abuso de grandes quantidades de álcool e a morte directa é menos frequente do que o recurso a outra droga. Todavia os acidentes de viação ou mesmo actos violentos graves, isto é, “associação entre a bebida e os gestos suicidas parece tornar-se mais frequente” (Marcelli & Braconnier, 2005).

Um estudo em Edimburgo revelou que, nos últimos 10 anos, o número de jovens “alcoólicos” com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que se tentaram suicidar, teve um aumento de 12% (passou de 17% a 29%) segundo Kreitman e Schrieber (1979, citado Marcelli & Braconnier, 2005, p.438), serve ainda o presente estudo como fundamentação para o estudo por nós realizado.

Então a nossa questão de investigação prendeu-se com a possível relação entre o consumo de álcool e a ideação suicida no adolescente.

Decorrente da nossa questão de investigação, surgem deste modo as nossas hipóteses de trabalho:

H0: Não existem diferenças entre géneros no consumo de álcool

H1: Existem diferenças entre géneros no consumo de álcool

H0: Não existem diferenças no tipo de consumo em função da idade dos sujeitos

H2: Existem diferenças no tipo de consumo em função da idade dos adolescentes

H0: Não existe associação entre o consumo de álcool e a ideação suicida

H3: Existe associação entre o consumo de álcool e a ideação suicida no adolescente

H0: Não existem diferenças entre os bebedores de risco e os não bebedores de risco nos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI

H4: Existem diferenças entre os bebedores de risco e os não bebedores de risco nos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI

A selecção das variáveis é de extrema importância num trabalho de investigação.

Segundo Ribeiro (1999), nas ciências sociais referimo-nos a dois tipos básicos de variáveis denominadas de variável independente assumida como influenciadora da variável dependente. Relativamente ao nosso estudo, nas hipóteses 1 e 2 a variável dependente é o consumo de álcool, tendo como variável independente, respectivamente, o género e a idade. Na hipótese 3 o consumo de álcool toma o lugar da variável independente sendo a ideação suicida a variável dependente. Por fim, na hipótese 4 o tipo de bebedor (bebedor de risco vs. não bebedor de risco) é a variável independente e a sintomatologia psicopatológica a variável dependente.

METODOLOGIA

Considerando a metodologia como um princípio fundamental para o êxito da investigação, uma vez que o objectivo desta segundo Ribeiro (1999), é descrever em pormenor como se realizou o estudo, de modo a que seja possível replicar por quem o entender com base na informação fornecida, passamos então também a descrever os passos para a realização da nossa investigação.

1. Delineamento

O tipo de estudo a efectuar especifica as actividades que irão permitir obter respostas válidas para a nossa questão de investigação.

O nosso estudo caracteriza-se como descritivo, correlacional e exploratório.

Considerou-se descritivo, porque nos permitiu descrever alguns fenómenos de interesse e a obtenção de informações mais completas sobre os mesmos, ou seja, “...consistem em descrever um fenómeno, ou um conceito, relativos a uma população...”. (Fortin, 1999, p.171).

Correlacional, uma vez que pretendemos estudar as relações eventualmente existentes entre duas variáveis ou fenómenos observados.

Exploratório, porque pretendemos adquirir uma visão das diferentes vertentes da problemática.

2. Caracterização da amostra

Responderam ao questionário 333 estudantes da Escola Secundária Dr. Bernardino Machado da Figueira da Foz, mas foram anulados quatro questionários por conterem um elevado número de dados omissos. A amostra foi então composta por 329 questionários válidos.

O 10º ano de escolaridade contribuiu com 33.74% da amostra, o 11º ano com 38.91% e o 12º ano com 27.36% (Tabela 1).

Frequentavam a via de ensino 37.08%, cursos tecnológicos 30.09% e cursos profissionais 32.83% e existiu uma predominância de sujeitos do género masculino 60.31%.

Tabela 1. Distribuição da amostra pelo ano de escolaridade, pelo curso e pelo género

		<i>n</i>	%
Ano de escolaridade	10º ano	111	33,74
	11º ano	128	38,91
	12º ano	90	27,36
Curso	Via ensino	122	37,08
	Tecnológicos	99	30,09
	Profissionais	108	32,83
Género ^{a)}	Feminino	129	39,69
	Masculino	196	60,31

^{a)} Não responderam a esta questão quatro sujeitos

As idades oscilaram entre 14 e 21 anos, com uma média de 17.43 e um desvio padrão de 1.26 (Tabela 2).

Tabela 2. Mínimo, máximo, media e desvio-padrão da idade

<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	<i>DP</i>
327	14	21	17,43	1,26

A maior parte dos pais e das mães dos inquiridos tinham idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos (Tabela 3).

O grupo profissional mais frequente entre os pais foi o de *operários, artífices e trabalhadores similares* (41.53%), enquanto que, para as mães, foi *doméstica* (27.99%) seguido de *trabalhadores não qualificados* (14.47%)¹.

¹ As profissões foram classificadas recorrendo à Classificação Nacional das Profissões (CNP-94). A CNP-94 faz a revisão da CNP-80, tendo por base a CITP-88 (*Classification internationale type des Professions*). A CNP tem dois grandes objectivos, a comparação internacional e a elaboração de estatísticas nacionais, sendo, por isso, uma obra de referência. Em termos conceptuais a CNP baseia-se em dois conceitos: a natureza do

Tabela 3. Classe etária e profissão do pai e da mãe

		Pai		Mãe	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Classe etária	30-39	35	11,36	69	21,43
	40-49	200	64,94	206	63,98
	50-59	66	21,43	44	13,66
	+ de 60	7	2,27	3	0,93
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	21	6,98	24	7,55
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	21	6,98	22	6,92
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	15	4,98	13	4,09
	Pessoal administrativo e similares	6	1,99	14	4,40
	Pessoal dos serviços e vendedores	28	9,30	44	13,84
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	10	3,32	4	1,26
	Operários, artífices e trabalhadores similares	125	41,53	31	9,75
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	37	12,29	1	0,31
	Trabalhadores não qualificados	12	3,99	46	14,47
	Domésticas	0	0,00	89	27,99
Reformados	18	5,98	4	1,26	

trabalho efectuado e a competência. A natureza do trabalho tem a ver com o conjunto de funções exercidas pelo trabalhador e são agrupadas em função das tarefas e exigências. As competências são as capacidades para desempenhar as tarefas inerentes a um determinado emprego, e engloba o nível das competências (função da complexidade e diversidade das tarefas) e o tipo de competências (tem a ver com a amplitude dos conhecimentos exigidos, utensílios e máquinas utilizados, material sobre o qual trabalha, natureza dos bens produzidos e serviços prestados). Os grandes grupos são:

1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas.
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas.
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio
4. Pessoal administrativo e similares.
5. Pessoal dos serviços e vendedores.
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca.
7. Operários, artífices, e trabalhadores similares
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.
9. Trabalhadores não qualificados

As categorias doméstica, reformado, desempregado e estudante foram incluídas para caracterizar as situações face ao trabalho que não estão previstas na CNP.

		Pai		Mãe	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Classe etária	30-39	35	11,36	69	21,43
	40-49	200	64,94	206	63,98
	50-59	66	21,43	44	13,66
	Desempregados	8	2,66	25	7,86
	Estudantes	0	0,00	1	0,31

Para a maior parte dos jovens os pais são casados (76.76% Tabela 4). 75,61% (n=248) dos jovens têm irmãos. Quanto ao parentesco de quem vive com o inquirido, a moda situou-se em pai/mãe/irmãos (43.47%), tendo verificado que 11.25% vive com apenas um dos progenitores (famílias monoparentais). Na opção outros², a situação mais frequente é a co-residência da família nuclear com família alargada principalmente os pais, os irmãos e os avós (n=15) mas também com outros (n=4); Na situação de famílias monoparentais em co-residência com os avós foram registadas onze inquiridos, com outros um inquirido; As famílias reconstituídas reportam-se a oito casos; Um jovem está institucionalizado, outro vive apenas com os avós e ainda um com outros familiares.

Tabela 4. Distribuição da amostra pelo estado civil dos pais e co-residência

		<i>n</i>	%
Estado civil ^{a)}	Casados	251	76,76
	Separados/divorciados	53	16,21
	União de facto	6	1,83
	Viúvo	17	5,20
Co-residência	Pai/mãe	86	26,14
	Pai/mãe/irmãos	143	43,47
	Pai	1	0,30
	Pai/irmão(s)	3	0,91
	Mãe	14	4,26
	Mãe/irmãos	19	5,78
	Avó	10	3,04
	Outros	53	16,11

² Apenas 38 dos 53 sujeitos que assinalaram a opção *outros* especificaram de quem se tratava.

a) Não responderam a esta questão dois sujeitos

3. Instrumentos

Neste estudo utilizámos o *BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (Brief Symptom Inventory), desenvolvido por Derogatis em 1982 e validado para a população portuguesa por Canavarro em 1999, com o objectivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica dos sujeitos. Neste inventário de auto-resposta, os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. A escala é do tipo Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nunca* a *Muitíssimas vezes*. Os sintomas psicopatológicos são avaliados em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais.

Em relação às características psicométricas desta escala, podemos dizer que os valores encontrados são abonatórios de uma boa consistência interna da escala (Canavarro, 2007). Os valores de *alpha* (quer dos valores dos diversos itens da escala quer dos valores globais das escalas) encontram-se dentro dos limites aconselhados, ou seja, acima de 0,7, com excepção das escalas de *Ansiedade Fóbica* e do *Psicoticismo*, que apresentam valores ligeiramente abaixo (0,624 e 0,621 respectivamente).

As correlações Split-half e os coeficientes de Spearman-Brown são igualmente abonatórios da consistência interna da escala, sendo, mais uma vez, os valores mais baixos os valores das escalas de *Ansiedade Fóbica* (R Split-half = 0,403; Coeficiente Spearman-Brown = 0,574) e do *Psicoticismo* (R Split-half= 0,413; Coeficiente Spearman-Brown = 0,585).

Relativamente ao CAGE o seu uso deve-se à facilidade de aplicação, sendo constituído por quatro frases, que na sua construção tem como base 4 palavras-chave que formam a sigla CAGE.

C- *Cut-down*, que significa diminuir, é usado na frase “Alguma vez já sentis-te que deverias diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?”;

A – *Annoyed*, significa aborrecido, aplicado na frase “As pessoas costumam aborrecer-te porque criticam o teu modo de beber?”;

G – *Guilty*, culpado, aplicação na frase “Sentes-te culpado pela maneira como costumavas beber?”;

E – *Eye-opener*, olho aberto, uso na frase “Costumas beber de manhã antes do pequeno-almoço para diminuir a ansiedade ou a ressaca?”.

O Cage foi utilizado com o intuito de verificar se tratava de um adolescente bebedor de risco ou não. Deste modo permite-nos inferir quando duas ou mais respostas são afirmativas se estamos perante um provável bebedor de risco, ou se apenas houver uma resposta afirmativa pode ser alvo de avaliação posterior.

O questionário sócio-demográfico com o objectivo de caracterização e descrição dos sujeitos em estudo onde as variáveis idade, sexo, idade dos pais, escolaridade, profissão, estado civil, se têm irmãos, com quem vivem, a bebida consumida, com quem a consomem e ainda se com o consumo de álcool surge ou não a ideação suicida.

4. Procedimentos

Para o desenvolvimento deste estudo efectuou-se contacto com a Presidente do Conselho Executivo da Escola Secundária Dr. Bernardino Machado obtendo-se autorização para a passagem dos questionários ao 10º, 11º e 12º ano de escolaridade.

Previamente à administração dos questionários, foi estabelecido contacto com os directores de turma, onde fizemos o levantamento das disponibilidades referentes ao dia, hora, sala e respectivo professor, sendo entregues os formulários de consentimento para posterior encaminhamento aos encarregados de educação.

No formulário de consentimento descrevíamos o objectivo do nosso estudo, bem como informávamos que os dados obtidos teriam tratamento anónimo e confidencial.

A aplicação dos questionários decorreu em 15 dias respectivamente de 25 de Maio a 3 de Junho tendo uma duração média de 15 a 20 minutos.

Inicialmente era explicado qual o objectivo do estudo e no final era deixado o contacto telefónico, bem como o e-mail, para que os adolescentes pudessem, se fosse caso disso, solicitar ajuda.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com o objectivo de tornar mais compreensível a informação fornecida pelos dados obtidos com a aplicação do questionário, procedeu-se à sua apresentação em tabelas.

1. Resultados

Caracterização do consumo

Tabela 5. Distribuição da amostra pelo consumo e pela companhia

	Amigos		Familiares		Familiares e amigos		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Sumo	134	60.63	16	7.24	71	32.13	221	67.17
Água	108	54.82	19	9.64	70	35.53	197	59.88
Cerveja	91	67.91	5	3.73	38	28.36	134	40.73
Bebidas brancas	69	72.63	1	1.05	25	26.32	95	28.88
Outras	11	61.11	3	16.67	4	22.22	18	5.47

Um elevado número de jovens assinalou o consumo de cerveja (40.73%), destes 49.25% com menos de 18 anos (Tabela 6). As bebidas brancas são consumidas por 28.88% da amostra dos quais 50.53% têm menos de 18 anos. O consumo de bebidas alcoólicas é predominantemente feito na companhia dos amigos (Tabela 5).

Apenas seis jovens associaram o consumo de bebidas alcoólicas à ideação suicida (1.82%). Passamos a fazer uma breve descrição destes seis jovens: Cinco são do género masculino; quatro frequentam o 11º ano, um o 10º e outro o 12º ano; quatro são alunos da via profissional; têm entre 16 e 20 anos com a moda nos 18 anos; quatro vivem com a família nuclear.

Tabela 6. Distribuição da amostra pelo consumo e pela idade

	1,00 <=15 anos				16 e 17 anos				>=18 anos			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerveja	4	23,53	13	76,47	62	41,06	89	58,94	69	43,12	91	56,88
Bebidas brancas	4	23,53	13	76,47	44	29,14	107	70,86	48	30,00	112	70,00

Questionário CAGE**Tabela 7. Frequências relativas e absolutas das respostas ao CAGE**

Questionário CAGE ^{a)}	n	%
1. Alguma vez já sentiste que deverias diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	81	24,62
2. As pessoas costumam aborrecer-te porque criticam o teu modo de beber?	27	8,21
3. Sentes-te culpado pela maneira como costumavas beber?	13	3,95
4. Costumas beber de manhã antes do pequeno-almoço para diminuir a ansiedade ou a ressaca?	9	2,74

^{a)} Não responderam três sujeitos

Como podemos constatar pela leitura da Tabela 7, 24.62% da amostra já sentiram necessidade de deixar de beber. A pressão social é sentida por 8.21% dos inquiridos e 3.95% sentem-se culpados pela sua forma de consumo. Somente 2.74% consome bebidas alcoólicas pela manhã.

Considerada a pontuação 2 ou maior para a classificação de bebedor de risco, na amostra estão nesta situação 29 jovens (8.82%).

Tabela 8. Distribuição do género em função da classificação no CAGE

Género	Não bebedor de risco		Bebedor de risco	
Feminino	119	40,34%	8	29,63%
Masculino	176	59,66%	19	70,37%

Para melhor conhecer quem são os bebedores de risco cruzámos os resultados no CAGE com algumas variáveis classificatórias (Tabela 8).

Relativamente à variável género, 70.37% dos bebedores de risco são do género masculino (recordamos que quatro sujeitos não responderam à variável género e três ao CAGE).

Para efeitos de cálculos estatísticos existe uma proporção de cerca de 10 sujeitos que não são bebedores de risco para 1 bebedor de risco (300/29). Uma grande diferença entre os n_s dos grupos a comparar poder enviesar os resultados, contudo, existem soluções em que a correcção deste enviesamento é efectuada. Para o teste de diferenças entre médias t-student, o SPSS 16.0 disponibiliza a fórmula corrigida que acomoda simultaneamente a heterocedasticidade e uma diferença grande entre n_s . Porém outro pressuposto para a utilização de provas paramétricas é que a distribuição das variáveis seja aproximadamente normal (Howell, 2002). Para testar a distribuição da variável foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), a decisão pela normalidade é feita quando o teste não é significativo (ou seja, a distribuição observada não difere significativamente da distribuição normal). Caso a distribuição não seja normal então o teste t pode ser substituído pelo seu equivalente não paramétrico U de Mann-Whitney.

Para a variável idade, a distribuição não é normal (K-S(.326)=0.161, $p=.000$), no cruzamento entre o CAGE e a idade foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Tabela 9. Médias e desvios-padrão da idade em função da classificação CAGE

CAGE	<i>n</i>	Média	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Não bebedor de risco	296	17,41	1,25	739,000	,480
Bebedor de risco	28	17,57	1,23		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os bebedores de risco e os que não são bebedores de risco, na idade (Tabela 9).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI

Antes de qualquer análise com o BSI procedemos ao estudo dos dados omissos. Foi feito o seu estudo por sujeito e por item, incidência e distribuição (Allison, 2002). Quatro

sujeitos foram excluídos, por não terem respondido à escala. Os restantes 329 sujeitos não obtiveram mais de 1.9% de dados omissos, valor bastante inferior aos 10% referidos pela literatura. Para fundamentar a opção pela estratégia de estimação dos dados omissos foi calculado o teste Little's MCAR (Little, 1988)³. O teste Little's MCAR obteve o valor de $\chi^2(727)=915.360$, $p=000$, não se podendo assumir a completa aleatoriedade dos omissos, estes foram substituídos com o procedimento EM do SPSS⁴.

Na medida em que as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação psicológica estão associadas à amostra onde é feito o estudo de validação, é recomendável que, para cada amostra em que o instrumento vá ser utilizado, os estudos de validação sejam repetidos (Wilkinson & TFISI, 1999). Para cada instrumento foi então efectuado o estudo da consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach.

O alfa de Cronbach é considerado como a melhor estimativa da fidelidade de um teste (Nunnally, 1978; Anastasi, 1990; Cronbach, 1951). Para DeVellis (1991):

Alfa < .60 → Inaceitável

.60 < alfa < .65 → Indesejável

.65 < alfa < .70 → Minimamente aceitável

.70 < alfa < .80 → Respeitável

.80 < alfa < .90 → Muito bom

.90 < alfa → Ponderar redução do nº de itens

³ O Little MCAR test é um teste de Qui-quadrado para verificar a completa aleatoriedade dos dados omissos (MCAR). Se o valor de p não for significativo então podemos assumir a completa aleatoriedade dos dados omissos.

⁴ O método expectation-maximization (EM) algorithm desenvolvido por Dempster, Laird, e Rubin (1977) recorre a um processo interactivo de cálculo das médias, matrizes de covariância e correlações de variáveis intervalares com dados omissos. O EM faz inferências baseado no cálculo da máxima verosimilhança.

Tabela 10. Consistência interna do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (alfa de Cronbach)

BSI	alfa (Amostra em estudo)	alfa (Canavarro, 2007)
Somatização	.77	.80
Obsessões – Compulsões	.78	.77
Sensibilidade interpessoal	.77	.76
Depressão	.84	.73
Ansiedade	.80	.77
Hostilidade	.80	.76
Ansiedade fóbica	.71	.62
Ideação paranóide	.78	.72
Psicoticismo	.67	.62

Na Tabela 10 podemos observar os valores de alfa de Cronbach obtidos pelas subescalas do BSI. Os valores de alfa oscilaram entre .67 e .84, o que os situa entre o minimamente aceitável e o muito bom. Recordamos que o número de itens por subescala varia entre quatro e sete. Sendo o alfa de Cronbach sensível ao número de itens (Netemeyer, Bearden & Sharma, 2003). Então podemos considerar adequados os valores obtidos.

Comparando os valores de alfa obtidos neste estudo com os de Canavarro (2007) apenas foi inferior na subescala Somatização.

Face aos valores obtidos, consideramos serem os valores obtidos adequados ao prosseguimento das análises.

Tabela 11. Teste Kolmogorov-Smirnov para as subescalas do BSI

BSI	K-S	gl	P
Somatização	,165	326	,000
Obsessões_compulsões	,108	326	,000
Sensibilidade_interpessoal	,167	326	,000
Depressão	,146	326	,000
Hostilidade	,150	326	,000
Ansiedade_fóbica	,249	326	,000
Ideação_paranóide	,113	326	,000
Psicoticismo	,170	326	,000
Ansiedade	,166	326	,000
IGS	,099	326	,000
TSP	,058	326	,011
ISP	,122	326	,000

Para todas as subescalas do BSI o K-S foi significativo não se podendo assumir a proximidade com a distribuição normal (Tabela 11). O cruzamento entre o CAGE e o BSI foi efectuado com recurso ao teste U de Mann-Whitney.

Tabela 12. Médias, desvios padrão e U de Mann-Whitney do BSI em função do CAGE

BSI	Não bebedor de risco		Bebedor de risco		<i>U</i>	<i>P</i>
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0,53	0,51	0,87	0,76	586.500	.040
Obsessões - compulsões	0,97	0,64	1,39	0,89	690.000	.261
Sensibilidade interpessoal	0,70	0,64	1,03	0,82	698.000	.290
Depressão	0,78	0,70	1,22	0,87	580.000	.035
Hostilidade	0,90	0,75	1,34	0,78	684.000	.238
Ansiedade fóbica	0,32	0,43	0,52	0,66	634.5000	.093
Ideação paranóide	0,96	0,77	1,37	0,74	621.500	.082
Psicoticismo	0,55	0,55	0,91	0,74	674.500	.205
Ansiedade	0,63	0,60	0,83	0,76	719.500	.388
IGS	0,71	0,51	1,05	0,63	620.000	.081
TSP	23,83	13,50	30,29	11,18	653.500	.148
ISP	1,48	0,41	1,73	0,51	650.500	.141

Os jovens classificados como bebedores de risco obtiveram médias significativamente superiores na somatização e na depressão, comparativamente aos seus colegas que não são bebedores de risco (Tabela 12).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Interpretando os resultados obtidos e as hipóteses por nós formuladas neste estudo, apresentamos a nossa análise com base em estudos anteriormente realizados.

Um estudo realizado por Trindade e Correia (1999) que pretendia estudar o comportamento do consumo de álcool na adolescência, revelou que este varia consoante o sexo, sendo predominante o sexo masculino, tal também se verificou na nossa amostra numa percentagem de 70.37% bebedores de risco deste sexo.

Os autores Marcelli e Braconnier (2005) revelam que o pano de fundo da alcoolização é o grupo, tendo-se verificado também no nosso estudo o consumo de bebidas alcoólicas é feito predominantemente com o grupo de pares. Ainda de acordo com os mesmos autores a bebida de eleição inicial é a cerveja, seguindo-se outras e por fim uma associação de várias, o mesmo se reflecte no nosso estudo, onde esta bebida assume 40.73% do consumo, seguindo-se as bebidas brancas com 28.88%.

Relativamente à idade, 50.53% têm menos de 18 anos, contudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os bebedores de risco e os que não são bebedores de risco.

Relativamente a este dado sócio-demográfico, permite-nos tomar consciência que o consumo de álcool contrariamente ao permitido por lei continua ser consumido antes da maioridade e de acordo com o publicado por Cordeiro (2009) que refere como factor de risco para um maior consumo de álcool nos adolescentes o início antes da idade dos 15 anos, podemos pensar que nos nossos jovens o comportamento de risco relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas poderá manifestar-se no futuro.

Verificámos ainda que os adolescentes considerados bebedores de risco apresentam médias significativamente superiores quando comparados com os outros nos sintomas psicopatológicos da depressão e somatização, indo de encontro a diversos estudos que referem a depressão como um factor clínico de risco para a tentativa de suicídio, contudo e defendendo a perspectiva que antes da passagem ao acto existe ideação suicida, este é um factor que deve ser considerado como grande alerta para quem trabalha com os adolescentes.

Apenas seis jovens associaram o consumo de bebidas alcoólicas à ideação suicida (1.82%), não podemos inferir que a ideação suicida depende do consumo de álcool, ou que este a influencia realmente como referiu o estudo em Edimburgo onde o número de jovens “alcoólicos” com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que se tentaram suicidar, teve um aumento de 12% (passou de 17% a 29%) segundo Kreitman e Schrieber (1979, citado Marcelli & Braconnier, 2005, p.438). Na ausência de capacidade para traçar um perfil devido ao reduzido número de jovens identificados, passamos a fazer uma breve

descrição destes seis jovens que responderam positivamente a esta questão: Cinco são do género masculino; quatro frequentam o 11º ano, um o 10º e outro o 12º ano; quatro são alunos da via profissional; têm entre 16 e 20 anos com a moda nos 18 anos; quatro vivem com a família nuclear.

CONCLUSÃO

A compreensão do comportamento suicida na adolescência, só poderá ser efectuada com a visão de que esta é uma etapa em que decorrem muitas modificações e onde estão intrincadas crises a nível individual, familiar e social.

A compreensão deste fenómeno é essencial, uma vez que a finalidade final da adolescência é ser adulto. Para atingir esta fase é necessário cumprir determinadas tarefas, ultrapassar os obstáculos para não comprometer o seu percurso normal.

É comum a imaginação do suicídio, onde o adolescente imagina o arrependimento dos adultos que o rodeiam. No entanto, a distinção entre esta imaginação fantasiosa e a passagem ao acto é onde se encontra o cerne da problemática, porque é nesta vontade de morrer que está patente a fragilidade do adolescente que experimenta sentimentos de onnipotência.

Assim, segundo Strecht (2005) a tentativa de suicídio prende-se com situações onde existe sofrimento emocional intenso, que não encontra alívio e onde a impulsividade característica desta fase, possibilita a colocação real na situação onde a vida fica em risco, significando a morte um qualquer estado de paz, tranquilidade e bem-estar. Contudo, Litman (1965, citado por Grinberg, 2000 p.126), referiu que geralmente os actos suicidas não são repentinos, impulsivos, imprevisíveis ou momentâneos, podendo existir um plano suicida desenvolvido e premeditando na fantasia todos os pormenores do gesto suicida.

Como refere Grinberg (2000) em situações de sofrimento intenso os pensamentos suicidas podem aliviar a tensão; no entanto o plano suicida começa a formar-se, pode cristalizar-se e por repetição na fantasia melhora-se e reforça-se. Isto pode levar-nos a pensar que, antecedendo a tentativa de suicídio ou o suicídio consumado existe então espaço para a intervenção, daí ser fundamental estar alerta para que num adolescente que procure ajuda de forma camuflada, o técnico identifique através de uma escuta activa e não apressada, se a ideação suicida se encontra presente, isto para fazer face a um problema que está a ganhar proporção na adolescência.

A importância da família é inegável no que concerne ao grau de importância no processo evolutivo e consequente maturação dos seus elementos mais jovens nos níveis bio-fisiológico, cognitivo, afectivo e/ou emocional e também sócio-cultural. Contudo, nem

sempre o modo de funcionamento da família permite ao adolescente ser bem sucedido no seu desenvolvimento maturativo.

Convém não esquecer que muitos dos suicídios decorrem de tentativas prévias, devendo ser encaradas numa tripla perspectiva, isto é, individual, familiar e social. Denotando um fracasso nestas vertentes, depois de ter sido tentado superar a crise, a conduta autodestrutiva, é visionada como uma tentativa para alterar a situação desestruturante em que o adolescente se encontra, ocorre então um bloqueio no desenvolvimento.

No nosso estudo, concluímos que existem diferenças entre géneros no consumo de álcool, destacando-se então o sexo masculino.

Verificámos ainda que relativamente ao início do consumo de álcool, embora legalmente nos digam que este não pode ser vendido antes da maioridade, esta não é a realidade dos nossos adolescentes, havendo 8 adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos que já consumiram bebidas alcoólicas, 106 na faixa etária dos 16 e 17 anos e 117 com 18 ou mais anos.

Segundo Cordeiro (2009) um dos factores de risco para um maior consumo de álcool seria o início antes da idade dos 15 anos, na nossa amostra esta factor não é muito significativo, contudo não deixa de ser alarmante, tendo em consideração que a idade permitida por lei são os 18 anos.

Relativamente aos sintomas psicopatológicos, encontrámos diferenças entre os adolescentes considerados bebedores de risco e os não bebedores de risco nomeadamente na depressão e somatização. Deste modo, seria importante identificar os adolescentes com estes sintomas para intervirmos e prevenir que estes procurassem o álcool para modificar o estado psíquico em que se encontram.

A relação entre o consumo de álcool e a ideação suicida no nosso estudo mostrou-se muito ténue, não podendo inferir que a ideação suicida depende do consumo de álcool.

Queremos salientar ainda que os professores podem assumir um papel muito importante na prevenção, porque tal como ficámos a saber por um “à sexta-feira à tarde é para esquecer; vão almoçar todos e depois já se sabe! O que é pior, hoje não está cá.”, esta é uma realidade cada vez mais comum devido à mudança que ocorre actualmente na educação. Os professores sentem-se cada vez mais pressionados pelos pais a “deixar andar”, daí por vezes a sua actuação estar comprometida. Em casos mais extremos os

alunos chegam a agredir os professores, e quando estes apelam aos pais a sua actuação esta deixa muita a desejar.

Daí que em muitos estudos realizados anteriormente se recorra à terapia familiar com vista a reestabelecer a homeostasia intra e inter familiar desenvolvendo dinâmicas sociais.

LIMITAÇÕES

Terminamos com o alerta que nos despertou para o possível enviesamento dos resultados encontrados. Numa turma, depois de ter sido explicado o conceito de ideação suicida, uma adolescente apela ajuda e diz “já pensei em entrar pelo mar dentro e ficar lá (pausa), mas ninguém merece que eu faça isso, isto é a ideação suicida?”, a resposta foi afirmativa, contudo quando saí da sala percorri todos os questionários e nenhum apresentou esta resposta assinalada.

Até que ponto os resultados correspondem à verdade?

Quantos mais casos ficaram camuflados?

Outra limitação poderá prender-se com o facto de o levantamento de dados decorrer no final do ano lectivo, ficámos a saber que havia turmas que já não estavam completas, por diversos motivos tais como desistências, reprovações por motivos de faltas entre outros. Este facto levou-nos a reflectir que houve casos que escaparam a esta investigação e que esses poderiam apresentar algum risco.

Assim sendo dá-se por concluído este trabalho, contudo apresenta um fim aparente, pois permite-nos pensar que existe muito por fazer.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Segundo Ladame (sd, citado por Marcelli e Braconnier, 2005) o comportamento suicidário do adolescente só pode cessar se alguma coisa mudar na sua vida.

Defendendo que a mudança só é possível pela intervenção psicoterapêutica, e esta deve ter como base as perturbações emocionais, o psicoterapeuta encontra como principal instrumento de compreensão a capacidade de reviver e confrontar-se com a sua própria adolescência. Assim esta é uma ciência, uma técnica e uma arte onde a qualidade dos afectos pode ajudar a seguir em frente ou deitar tudo a perder (Coimbra de Matos, 2002).

Assumimos que esta é a base para intervirmos num adolescente desesperado, mostrando-lhe que existe uma visão real do futuro positiva. A compreensão da situação em que o adolescente se encontra, deve ser transmitida numa linguagem que lhe faça sentido, com o intuito deste perceber que estamos ali para o ajudar a solucionar as dificuldades que sozinho não consegue superar. Visto isto, é de fulcral importância o trabalho psicoterapêutico com o jovem e a família após uma tentativa de suicídio, com vista à aprendizagem de modos de comunicação e de resolução de problemas inter-pessoais mais funcionais, mas também mostrar aos professores que a sua actuação pode ir mais além do que a transmissão de conhecimentos.

Assim, pensamos que salientando e alertando como sinais de risco o consumo de álcool, alterações emocionais, desinteresse pela vida, pela escola e actividades que anteriormente seriam do agrado do adolescente seriam indícios que deviam ser tidos em consideração. Neste sentido, entendemos que só se pode estar alerta quando existe conhecimento. Por isso, seria fundamental que nas escolas fossem realizados workshops onde o público alvo seriam os professores, com o intuito de alertar para, os sinais de risco, o fomentar a observação do relacionamento do adolescente com o mundo que o rodeia, isto é as relações familiares e sociais.

Deste modo, o relacionamento com os professores deveria ser fomentado no sentido de criar a oportunidade de procurar ajuda, e as respostas irem ao encontro dessas mesmas solicitações havendo a sensibilidade para sinalizar e encaminhar estes casos para o técnico responsável, contudo isto só é possível quando existe sensibilização para os factores precipitantes, identificando-os e intervindo para a prevenção, porque acreditamos que **“Quando se fala com alguém, vive-se. Mesmo quando se morre, não se morre sozinho”** (Sampaio, 2000, p.234) e ainda que **“Nem todo aquele que sofre é doente; mas todo aquele que sofre precisa de ajuda e, sobretudo, de compreensão. E todo aquele que sofre está na iminência de vir a ser doente.”** (Coimbra de Matos, 2002, p.133).

Glorificamos o trabalho realizado pelos psicólogos educacionais, contudo a sua actuação, pensamos que fica aquém das necessidades que actualmente se fazem sentir, uma vez que existe um psicólogo para uma “escola inteira”.

Tendo consciência que existem casos que não identificámos, e que mesmo na expectativa de criação de oportunidade para que solicitassem ajuda isto não aconteceu, sentimos que deixamos muito por fazer, contudo o propósito deste trabalho foi deixar o alerta e pensamos que foi conseguido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allison, P. D. (2002). *Missing data. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in Social Sciences*, 07-136. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6th edition). New York: Mc Millan.
- Caldas, J. M. (1992). *Suicídio Juvenil - O Enigma*. Forum Sociológico , 7-16.
- Canavarro, M.C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. in L. Almeida, M. Simões e M. Gonçalves (Eds). *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a população portuguesa*, COLHI, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente – dos 10 aos 18 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*.16, 297-334.
- Dempster, A. P., Laird, N. M., and Rubin, D. B. (1977), “Maximum Likelihood From Incomplete Data Via the EM Algorithm,” *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, 39, 1–38.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia – O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de crescer: Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Howell, D. (2002). *Statistical methods for psychology* (5ªEd.). Duxbury: Pacific Grove.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: Autor.
- Laufer, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. Lisboa : Climepsi.

Little R. J. A. (1988) Missing data in large surveys. *Journal of Business and Economic Statistics* 6: 287-301.

Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Marques, M. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mijolla, A. & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.

Netemeyer, R. G.; Bearden, W. O.; Sharma, S. (2003). *Scaling procedures: Issues and applications*. Thousand Oaks: SAGE.

Neves, Ó. N., Pascoal, A., & Valente, P. C. (1995). *Suícido e Parasuicídio no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra Durante o Ano de 1991*. Revista da Associação para o estudo, reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental. Perspectivas terapêuticas em Psiquiatria que intervenção? , 105-134.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: Mc Graw-Hill.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Rodrigues, M. (1996). *Contributos da abordagem comunicacional para o estudo do suicídio consumado na adolescência*. *Intervenção Social*, 187-233.

Sampaio, D. (2000). *Ninguém Morre Sozinho - O Adolescente e o Suicídio*(10ª ed.). Lisboa: Caminho.

Saraiva, C. B. (2006). *Estudos Sobre o Para-Suicídio - O que Leva os Jovens a Espreitar a Morte*. Coimbra: Redhorse.

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa. Climepsi Editores.

Strecht, P. (2005). *Vontade de ser: textos sobre a adolescência*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Trindade, I. & Correia R. (1999). *Adolescentes e álcool – Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência*. *Análise Psicológica* , 591-598.

Wilkinson, L. & Task of Force on Statistical Inference - APA (1999). *Statistical Methods in Psychology Journals: Guidelines and explanations*. *American Psychologist*, 54 (8), 594-604.

<http://br.groups.yahoo.com/group/toxicomanias/message/68>