

Pesquisa e interface na promoção da saúde global da juventude Portugal/Brasil

RESUMO

Desenvolveu-se um estudo transversal e inferencial, cujo objetivo visa avaliar o nível de risco suicidário e de depressão de estudantes, de 12 a 18 anos, na Região autónoma da Madeira, Portugal. A amostra representativa é composta por 1557 adolescentes com idade média de 15,2. Os instrumentos de medida selecionados foram a Escala de Risco Suicidário de Stork e a Escala de Depressão de Zung. A maioria dos jovens não apresenta risco suicidário (67,7%), nem depressão (81,5%). No entanto, 16,8% dos jovens devem ser objeto de preocupação quanto ao suicídio, dado que 10,1% revelam risco fraco, 4,0% mostraram importante risco suicidário e 2,7% risco suicidário extremamente importante. Estudar o risco suicidário e a depressão é um desafio para uma pesquisa futura nos estudantes universitários comparando Portugal e Brasil, visando o desenvolvimento de programas estratégicos de promoção da saúde mental dos jovens e implementação de políticas sociais e educacionais que previnam estas perturbações mentais.

DESCRITORES: Risco Suicidário; Depressão; Estudantes.

ABSTRACT

A cross-sectional study and inferential statistics, aims to assess the level of risk and suicidal depression of students 12 to 18 years, the autonomous region of Madeira, Portugal. The representative sample is composed of 1557 adolescents with an average age of 15.2. The selected measuring instruments were the Suicidal Risk scale of Stork and the Zung depression scale. Most young people does not show suicidal risk (67.7%), or depression (81.5%). However, 16.8% of young people should be the object of concern to suicide, as 10.1% reveal weak risk, 4.0% showed important suicidal risk and 2.7% suicidal risk is extremely important. Study the risk and suicidal depression is a challenge for future research in college students by comparing Portugal and Brazil, aiming at the development of strategic programs for the promotion of mental health of young people and implementing policies social and educational place to prevent these disorders.

DESCRIPTORS: Suicidal Risk; Depression; Students.

RESUMEN

Desarrollamos un estudio transversal y inferencial con objetivo de "evaluar el nivel de riesgo de suicidio y depresión de estudiantes de 12 a 18 años, en la Región Autónoma de Madeira, Portugal. La muestra representativa consiste en 1557 adolescentes con edad media de 15,2 años. Los instrumentos de medida seleccionados fueron la Escala de Riesgo Suicidario de Stork y la Escala de Depresión de Zung. La mayoría de los jóvenes no presentan riesgo suicidarlo (67,7%), ni depresión (81,5%) Pero el 16,8% de jóvenes deben ser objeto de preocupación en cuanto al suicidio, dado que 10,1% revela riesgo débil, 4,0% mostró un riesgo de suicidio y 2,7% de riesgo suicidarlo extremadamente importante. Estudiar el riesgo de suicidio y la depresión es un reto para investigación futura sobre estudiantes universitarios que comparan Portugal y Brasil para el desarrollo de programas estratégicos, promoción de salud mental de juventud y implementación de políticas sociales y educativas para prevenir estos trastornos mentales.

DESCRIPTORES: Riesgo Suicidarlo; Depresión; Jóvenes Estudiantes.

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

Enfermeira. Doutora em Psicologia e Ciências da Saúde. Pesquisadora Visitante CAPES/FUNCAP na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. Prof.^a Coordenadora da Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira, PT.

Geraldo Bezerra da Silva Junior

Doutor em Ciências Médicas. Coordenador das Pós-Graduações em Saúde Coletiva da UNIFOR. CE, Brasil.

Márcia Lúcia Sousa Dias Alves

Enfermeira no Hospital Dr. Nélio Mendonça em Madeira, Portugal. Doutora em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, PT.

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo

Doutora em Ciências do Trabalho. Mestre em Educação. Professora do Ensino Básico. Direção Regional da Educação Região Autónoma da Madeira, PT.

John Miguel Costa Varela

Mestre em Famílias e Sistemas Sociais no Instituto Superior Miguel Torga Coimbra, Portugal. Professor em Ensino da Geografia e em Estudos Ambientais. Regional de Educação da Região Autónoma da Madeira, PT.

INTRODUÇÃO

As mudanças abruptas do cotidiano colocam os jovens perante situações de hostilidade e incerteza, muitas vezes geradoras de distúrbios mentais, particularmente a depressão e o suicídio. Ciente desta problemática, a Organização Mundial da Saúde - OMS(1) alertou que a depressão afeta pessoas de todas as idades e estilos de vida, causa angústia e interfere na capacidade de o indivíduo executar as tarefas mais simples do cotidiano. Realça o incremento do número de pessoas com depressão (18% entre 2005-2015), podendo esta conduzir ao suicídio, segunda principal causa de morte entre jovens de 15 aos 29 anos. Uma melhor compreensão sobre a doença, prevenção e tratamento pode ajudar a reduzir o estigma associado à condição, além de levar mais pessoas a procurar ajuda.

A OMS(1) calcula que mais de 300 milhões de pessoas sofrem desta patologia a nível mundial, aparecendo como principal causa de incapacidade laboral no planeta. Acrescenta que, 5,80% da população brasileira sofre de depressão (cerca de 11,50 milhões de casos), sendo o país com maior índice na América Latina(2). Também, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS(3) e a OMS(1,4,5) alertam para a gravidade do fenómeno, reconhecendo a depressão, o suicídio e as tentativas de suicídio como prioridades na agenda global de saúde, incentivando os países a implementar estratégias de prevenção, quebrando estigmas e tabus existentes sobre a saúde mental. Evidenciam dados em 2012, reportados pela Organização das Nações Unidas (ONU), afirmando que mais de 800 mil pessoas morrem anualmente por suicídio a nível mundial, sendo a segunda principal causa de morte nos jovens com idade entre 15 e 29 anos.

A prevenção da depressão e, consequentemente, do suicídio é tida pelo OMS(6) como um imperativo global e assinala que na Europa, cerca de 9% dos jovens a partir dos 18 anos de idade, sofrem de depressão(5). Estudos recentes salientam a relação dos efeitos de um ambiente dinâmico e socioeconómico sobre os transtornos comportamentais e emocionais em adolescentes(6), a influência da crise como corolário da depressão e da ansiedade(7), bem como a prevalência de problemas de saúde mental entre adolescentes que vivem em ambientes vulneráveis, sendo significativamente associados às ligações familiares e relações de vizinhança(8). Existe associação entre os níveis de hostilidade dos adolescentes e o do seu grupo de pares(9) e ainda, sintonia entre a trajetória educacional quanto à transição para o ensino médio e/ou secundário ou para cursos profissionais, bem como a orientação académica ao longo dos estudos(10), sendo determinante a influência marcante dos companheiros no trajeto de vida do adolescente.

A OMS(11), refere que existe um acréscimo considerável de crianças e adolescentes de famílias em situação de crise a recorrer às urgências com situações de depressão e tentativas de suicídio. Analogamente, investigadores inferiram que os transtornos mentais são mais frequentes em determinadas famílias e que, normalmente, os padrões familiares são devidos a uma combinação de fatores genéticos e ambientais(12,13,14). Também deduziram que a maioria das perturbações na adolescência está associada a problemas com a fratria, discussões violentas com os pais, problemas com colegas de escola, baixo rendimento escolar, perda de um amigo e conflitos entre os progenitores.

Pesquisas com adolescentes(15,16,17,18,19,20) estabeleceram múltiplas associações dos distúrbios mentais com variáveis, tais como: maturidade de julgamento moral, depressão, alcoolismo, comportamentos desviantes, ideação suicida, insucesso escolar, obesidade mórbida, aculturação, criatividade, currículo escolar, relações sexuais precoces sem envolvimento emocional, (e)migração e preocupações decorrentes das profundas modificações do ambiente material, cultural, social, ideológico e familiar emergente no quotidiano.

Tendo em conta a importância da adolescência na construção do self, a avaliação dos níveis de depressão e risco suicidário de jovens estudantes tem vindo a ser estudado por Jardim(21), que almeja replicar a pesquisa no Brasil, o que permitirá uma reflexão comparativa sobre a temática a nível intercultural. A reflexão em torno deste fenómeno levou-nos a colocar a seguinte questão: Será que existe risco suicidário e de depressão nos estudantes? Face à preliminar questão norteadora, esta pesquisa visa avaliar o nível de risco suicidário e de depressão nos estudantes no escalão etário 12-18 anos.

METODOLOGIA

Com o objetivo de avaliar o risco suicidário e de depressão em uma amostra significativa dos jovens estudantes dos 12 aos 18 anos (n= 1557 estudantes), da Região Autónoma Madeira, Portugal, no ano letivo 2014/2015, efetuou-se um estudo, transversal e inferencial. Nos critérios de seleção da amostra, excluíram-se os estudantes: com tratamento psiquiátrico, com idades inferiores a 12 e superiores a 18 anos, bem como os que não preencheram corretamente aos questionários. Os inquéritos compunham-se por três partes, questões sociodemográficas, a Escala de Depressão de Zung(22), composta por 20 itens cujos scores variam entre um mínimo de 20 e um

máximo de 80 pontos, distribuindo-se pelos seguintes intervalos: 20 - 49 depressão afetiva normal; 50 - 69 depressão leve/moderada ou distímia e ≥ 70 depressão major) e, por fim, a Escala de Risco Suicidário de STORK(37), composta por 76 itens, fornecendo cinco níveis de risco: (0 - 63) Estado Normal; (64 - 79) Estado Intermédio ou Duvidoso; (80 - 97) Fraco Risco; (98 - 107) Risco Suicidário Importante; acima de 107 Risco Suicidário Extremamente Importante.

A administração dos inquéritos decorreu em sala de aula, com duração média de preenchimento de 50 minutos, sendo a seleção das turmas efetuada pelos conselhos diretivos das escolas.

No tratamento estatístico, utilizou-se estatística descritiva (frequências, médias, moda, desvio padrão e valores mínimos e máximos), correlacional (Coeficientes α de Cronbach e de correlação de Pearson) e estatística inferencial (o teste T de Student para comparação de médias do risco suicidário e depressão e a aplicação de testes multivariados - Análise de Variância com as Comparações Post hoc de Tukey, sempre

que necessário).

Testou-se a normalidade da distribuição através do teste de Kolmogrov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias mediante o teste de Levene. Os cálculos estatísticos foram efetuados com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 22.

Em cumprimento do superiormente estabelecido, legislação vigente, foram observadas as considerações éticas em pesquisas com seres humanos, nomeadamente o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, obtido o consentimento informado dos estudantes e respetivos encarregados de educação, bem como obtida autorização prévia da Comissão de Ética da Secretaria Regional de Educação que tutela os estabelecimentos de ensino da Região Autónoma da Madeira (RAM), Portugal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 1557 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 28 anos ($M=15,20$; $DP=1,70$), é maioritariamente feminino (55,20%), com idades de 14 e 15 anos (respetivamente 18,40% e 17,50%), sendo que 21% frequentam

o 9º ano de escolaridade e 71,10% não referem insucesso escolar. Impera a família nuclear com 67,80%, sendo a distribuição média de idade dos pais e das mães dos adolescentes, respetivamente 46 e 43 anos, predominando os casados (respetivamente 77,60% e 75,50%). A maioria (76,10%) dos adolescentes não refere doença, nem ingere medicação (83,90%), convive com os colegas (95,60%) e 43,70% refere já ter consumido álcool. Os instrumentos de medida selecionados evidenciaram elevada consistência interna e demonstram boa fiabilidade, na Escala de depressão de Zung $\alpha=0,80$ e na Escala de risco suicidário de Stork $\alpha=0,91$. A maioria não apresenta risco suicidário (67,70%), nem depressão (81,50%), porém, não podemos negligenciar os 16,80% dos adolescentes, alvo de preocupação, dado que 10,10% revelam fraco risco, 4% evidenciaram risco suicidário importante e 2,70% risco suicidário extremamente importante. O mesmo se verifica na depressão visto que 18,50% apresentam Distímia/Humor depressivo (18,20%) e depressão "major" (0,30%).

Quadro 1. Características da amostra em termos de risco suicidário e de depressão. RAM, Portugal, 2015.

VARIÁVEL	N	%
Escalão de risco suicidário:		
Estado "normal"	1054	67.7
Estado intermédio ou duvidoso	241	15.5
Fraco risco	158	10.1
Risco suicidário importante	62	4.0
Risco suicidário extremamente importante	42	2.7
$x = 51.49$; Md = 48.00; s = 27.29; xmin = 2.00; xmax = 146.00; p = 0.000	-	-
Nível de depressão		
Estado "normal"		
Distímia		
Depressão "major"		
$x = 41.68$; Md = 41.00; s = 8.76; xmin = 21.00; xmax = 71.00; p = 0.000	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se associação significativa e positiva entre risco suicidário e depressão ($r=0,67$; $p=0,000$) entre estas duas perturbações mentais, o que corrobora a maioria da literatura consultada, evidenciando que os adolescentes com ideações suicidas sofrem

de depressão. Como a ideação suicida está relacionada com perturbações do foro mental e sofrimento psíquico(24), a depressão interfere de maneira significativa na vida, nas relações sociais e no bem-estar geral do jovem, podendo conduzir

a situações limite se não for previamente diagnosticada e tratada(25), pois, sem tratamento adequado, a depressão persiste e pode ter efeitos negativos significativos sobre as vidas de jovens, incluindo um risco aumentado de suicídio(26).

Os resultados indicam associação entre risco suicidário e depressão em função do grupo etário (respetivamente $p= 0,043$ e $p= 0,000$) e sexo (em ambas $p= 0,000$), sendo os valores mais elevados nos mais

velhos (15-18 anos) e no sexo feminino. Sabemos que os adolescentes desenvolvem o seu julgamento moral à medida que abandonam o pensamento egocêntrico e o pensamento abstrato(27) aumenta com a

idade. A partir dos 15 anos, e mais o gênero feminino, apresenta uma prevalência superior ao masculino, referindo alguns autores que os fatores hormonais poderão contribuir para esta disparidade(28).

Quadro 2. Comparação do risco suicidário e da depressão segundo grupo etário e sexo. RAM, Portugal, 2015.

Grupo etário	n	x	s	t	p
Risco suicidário					
[12 – 15]	710	47.56	26.97	-5.241	0.000
[15 – 18]	847	54.78	27.13		
Depressão					
[12 – 15]	710	41.19	8.54	-2.026	0.043
[15 – 18]	847	42.09	8.93		
SEXO	N	X	S	T	P
Risco suicidário					
Masculino	698	47.95	27.24	-4.638	0.000
Feminino	859	54.36	27.01		
Depressão					
Masculino	698	39.93	8.17	-7.288	0.000
Feminino	859	43.10	8.98		

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme amplia a escolaridade, também aumenta-se o risco de suicídio e de depressão, verificando uma diferença altamente significativa em função do número de reprovações, sendo mais evidente a depressão e o risco suicidário nos que reprovaram uma vez (em ambas $p= 0,000$), sendo os jovens que têm insucesso escolar filhos de pais alcoólicos, vivem num ambiente de agressividade e/ou em condições de habitação não condigna. Os problemas escolares advêm da presença de conflitos parentais e o facto de ser mau aluno poderá ser benéfico estabelecendo uma chamada de atenção(29).

Além disso, o núcleo familiar dos alunos

se emaranha no insucesso escolar, não só os rebaixando, como imprimindo posturas frequentemente primitivas que agravam a situação em vez de tentar solucioná-la(30). De fato, o baixo nível socioeconómico familiar estava associado ao risco de: desenvolvimento de transtornos de ansiedade, transtorno depressivo, transtornos disruptivos e transtornos de personalidade nos filhos(31). Neste sentido, o estabelecimento escolar deve ser uma academia para a vida(32). Uma pesquisa prospetiva(33), realizada em 4101 jovens, revela que as crianças envolvidas em comportamentos de bullying, quer como agressores, quer como vítimas nas escolas secundárias, estão em

maior risco de problemas de saúde mental no final da adolescência, independentemente da estabilidade e de vitimização. Consequentemente, os profissionais de saúde e professores devem considerar qualquer vitimização como um fator de risco para o aparecimento de problemas de saúde mental.

A pressão académica associada a um currículo sobrecarregado, acarretam problemas de saúde mental nos jovens, especialmente as manifestações de ansiedade e stress(17,33), daí a importância da prevenção em meio escolar fundamentada em programas de intervenção precoce para os transtornos mentais(34).

Quadro 3. Comparação do risco suicidário e da depressão segundo o insucesso. RAM, Portugal, 2015.

REPROVAÇÕES	N	X	S	T	P
Risco suicidário					
Nenhuma	1107	49.17	26.97	14.122	0.000
Uma ou mais	450	57.10	27.13		
Depressão					
[12 – 15]	1107	41.20	8.74	8.336	0.043
[15 – 18]	450	42.72	8.73		

Fonte: Dados da pesquisa.

Constata-se que os pais serem casados influencia na manifestação da depressão e do risco suicidário ($p= 0,001$; $p= 0,003$), sendo mais evidentes nos adolescentes de pais não casados. De facto, a maioria das causas de ansiedade na adolescência se relaciona com problemas com a fratria, discussões violentas com os pais, problemas com colegas de escola, baixo rendimento escolar, perda de um amigo e conflitos entre os progenitores(12,13). Os sentimentos de perda,

como o desemprego, separação dos pais, morte de uma pessoa significativa, perda de relações amorosas, suicídio de familiares, insucesso escolar e emigração juvenil, podem desencadear, de igual forma, a ideação suicida, como uma resposta às perdas e às transformações impossíveis de suportar, sendo as raparigas as mais afetadas por este fator(35).

O facto de os adolescentes referirem alguma doença, influencia o risco

suicidário. Fatores biológicos como a existência de doenças físicas (exemplo de doença crónica) e mentais (exemplo de esquizofrenia), em que o adolescente pode encarar a situação que se encontra com sentimentos de revolta e angústia, sentindo que a vida já não tem o mesmo significado, levando à ideação suicida e muitas vezes ao ato de suicídio(35). Todas as doenças infantojuvenis podem ser abordadas no contexto psicossomático(36).

Quadro 4. Comparação do risco suicidário e da depressão pela situação de saúde. RAM, Portugal, 2015.

SOFRE DE ALGUMA DOENÇA	N	X	S	T	P
Risco suicidário					
Sim	372	56.86	29.61	4.380	0.000
Não	1185	49.80	26.31		
Depressão					
Sim	372	42.50	9.59	2.072	0.038
Não	1185	41.42	8.48		

Fonte: Dados da pesquisa.

Há registos de incremento de falecimentos prematuros por violência deliberada, abrangendo o consumo de álcool e o suicídio(4). Os adolescentes consumirem bebidas alcoólicas têm influência nas duas perturbações mentais ($p= 0,000$

e $p= 0,003$), ao passo que o consumo de drogas influencia apenas o risco suicidário ($p= 0,000$), pois seu uso está associado a maiores níveis de ideação suicida (37,38). Dentro das afeções respiratórias, a asma ocupa um lugar de relevo sem dúvida al-

guma e, é do consenso geral que, o jovem asmático tem características específicas: ansiedade, falta de confiança, estado tensional aumentado e dependência em relação aos pais.

Quadro 5. Comparação do risco suicidário e depressão com o consumo de substâncias. RAM, Portugal, 2015.

BEBIDAS ALCOÓLICAS	N	X	S	T	P
Risco suicidário					
Sim	680	56.31	27.74	6.217	0.000
Não	877	47.75	26.34		
Depressão					
Sim	680	42.41	9.03	2.926	0.003
Não	877	41.11	8.51		
DROGAS	N	X	S	T	P
Risco suicidário					
Sim	267	58.38	28.99	4.323	0.000
Não	1290	50.06	26.71		
Depressão					
Sim	267	42.60	8.79	1.883	0.060
Não	1290	41.49	8.75		

Fonte: Dados da pesquisa.

Pesquisas salientam a vulnerabilidade acrescida dos efeitos do estresse emocional no consumo de drogas e álcool, fatores que dificultam a maturação cerebral, podendo

estar na gênese de desordens mentais como sejam perturbações de humor, ansiedade, depressão e outras(39) nos adolescentes. A ausência de convívio com os colegas é um

fator preditor de risco de ideação suicida ($p= 0,000$) e de depressão ($p= 0,000$) nos jovens, sendo que o sedentarismo influi no aparecimento destes transtornos mentais,

estando em sintonia com os resultados deste estudo(37). Também a autoestima das adolescentes se deteriora, preferencialmente, por vulnerabilidade à depressão, ao vivenciarem mais eventos interpessoais negativos, refletirem mais sobre os dilemas culpabilizando-se, rejeitando o convívio

com os pares sociais(40).

A maioria dos distúrbios na adolescência se relacionam com problemas com a fratria, discussões violentas com os pais, problemas com colegas de escola, baixo rendimento escolar, perda de um amigo e conflitos entre os progenitores(12,13) e a

autoestima das adolescentes se deteriora devido a uma maior vulnerabilidade à depressão, refletindo-se sobretudo na rejeição ao convívio com os colegas(40). Além disso, os jovens que manifestam sinais de solidão e de rejeição social exibem maior propensão para a ideação suicida(41).

Quadro 6. Risco suicidário e depressão versus convívio com os colegas. RAM, Portugal, 2015.

CONVIVE COM COLEGAS	N	X	S	T	P
Risco suicidário					
Sim	1489	50.95	27.02	3.668	0.000
Não	68	63.31	30.57		
Depressão					
Sim	1489	41.50	8.73	-3.736	0.000
Não	68	45.54	8.74		

Fonte: Dados da pesquisa.

Diversas pesquisas com jovens estabeleceram múltiplas associações como por exemplo, com: a maturidade de julgamento moral, alcoolismo, ideação suicida, insucesso escolar, obesidade mórbida, aculturação, criatividade, currículo escolar, relações sexuais precoces sem envolvimento emocional, (e)migração e preocupações decorrentes das profundas modificações do ambiente material, cultural, social, ideológico e familiar emergente no quotidiano(15,42,17,18).

Esta análise inferencial corrobora os resultados obtidos em múltiplos estudos e evidencia a premência de incidir na promoção da saúde mental dos jovens. As manifestações de vulnerabilidade no futuro poderão acarretar desfechos dramáticos na vida adulta. O risco suicidário e depressão sobressaem mais elevados nos adolescentes mais velhos (dos 15 aos 18 anos), tendência esta revelada desde longa data. Na realidade, estudos demonstraram que a ideação suicida é mais frequente aos 15 anos, segundo uma pesquisa realizada em Porto Alegre(42). O aumento da escolaridade e o insucesso incitam o jovem para o risco de depressão, uma vez que, na adolescência, além da transformação física, a capacidade cognitiva sofre alterações, nomeadamente ao nível da capacidade de pensamento abstrato e hipotético(43). Os seus sentimentos mudam acerca de quase tudo.

A maioria dos resultados revela percentagens idênticas em pesquisas nacionais e internacionais, alertando para o contributo de fatores preditores destas perturbações mentais nos jovens, como sejam: pais separados, o estado de saúde, o consumo de substâncias e o não convívio com os pares sociais. Estes resultados contribuem para as estatísticas deste campo de ação, depressão e risco de suicídio, um incentivo à comunidade científica para pesquisas futuras e um suporte ao desenvolvimento de programas estratégicos com intervenções específicas na promoção da saúde mental dos adolescentes e nas políticas sociais e educativas.

Esta temática é tão prioritária em termos sociopolíticos que, vinte e oito países, incluindo Portugal, aprovaram planos estratégicos nacionais de prevenção do suicídio 2013-2017, todavia, a investigação realizada em Portugal, apresenta níveis baixos de evidência quanto à sua eficácia, devido, essencialmente, à escassez de estudos adequados (prospetivos, controlados, randomizados) e à complexidade de fatores associados aos transtornos psicológicos dos jovens, colocando em causa a validade e fiabilidade destes números, que aparecem seriamente comprometidas, não apenas pelo elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada (Portugal figura entre os três países da União Européia que registram as cifras mais elevadas), mas também devido

a irregularidades na autenticação de óbitos. Um plano de prevenção para as perturba-

A maioria dos resultados revela percentagens idênticas em pesquisas nacionais e internacionais, alertando para o contributo de fatores preditores destas perturbações mentais nos jovens, como sejam: pais separados, o estado de saúde, o consumo de substâncias e o não convívio com os pares sociais.

ções mentais só será exequível se reunirmos todos os meios disponíveis nos múltiplos contextos, atuando aos vários níveis deste processo, para o conhecimento escrupuloso da depressão, do número de suicídios e do perfil das pessoas que exibem tais comportamentos.

No modelo preconizado pela OMS(11), a avaliação dos recursos humanos deverá incluir a quantificação, por unidade funcional local e regional, de outras estruturas de saúde e profissionais baseadas na comunidade, orientadores em escolas, locais de trabalho e estabelecimentos prisionais, deliberações de emergência de primeira linha, incluindo autoridades polícia e bombeiros, profissionais de terapias complementares e outras figuras de referência paradigmáticas em cada localidade específica. A privação do saber e da informação sobre causas e fatores de risco que ocasionam estas patologias, opções de intervenção e tratamento, particularmente no âmbito da doença mental, podem limitar a procura de ajuda individual ou dos próximos.

CONCLUSÃO

Os meios de comunicação social podem e devem desempenhar uma dimensão fundamental no desenvolvimento de estratégias formativas e de divulgação com incidência na promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais, proporcionando um conjunto de competências cognitivas e sociais que possibilitem às pessoas o acesso, a compreensão e a utilização familiarizada da informação relativa a questões de saúde mental. Existe maior efetividade nos programas formativos de cooperação multisectorial (multiculturais e multidisciplinares).



Crédito: Projetado por Freepik

O estudo em apreço permitiu, conjuntamente, analisar a depressão e o suicídio na adolescência com alguns fatores de risco e características epidemiológicas, destacando a questão de gênero, grupo etário, escolaridade, rendimento escolar, consumo de substâncias psicoativas, sedentarismo, isolamento, estado civil dos pais, entre outros.

A gravidade destas características psicopatológicas nos adolescentes exige uma intervenção psicossocial com estratégias eficazes e concertadas para reduzir suas repercussões nefastas futuras, mais propriamente sofrimento psicológico, comportamentos desviantes, violência/agressividade, uso abusivo de álcool e outras substâncias

psicoativas, demandando que os estabelecimentos de ensino resgatem a sua condição de locais preferenciais para a apropriação de saberes e de apropriação de comportamentos de vida saudáveis, com discussão de temáticas e consolidação de condutas apropriadas.

Perante estes pressupostos, justifica-se a pretensão de replicar este estudo nas universidades por serem instituições por excelência que devem estabelecer a ponte entre o jovem, a família, a coletividade e o mundo exterior, abarcando um encargo acrescido na formação integral dos jovens adultos, devido à competitividade desenfreada instalada a todos os níveis na atualidade ■

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO, 2017.
2. World Health Organization. *Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health Development, 2014a.
3. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. *Plano de Trabalho Bianual - 2016-2017*. Brasília: OPAS/OMS, 2016.
4. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). 2013.
5. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO, 2013.
6. Aggarwal S, Berk M. Evolution of adolescent mental health in a rapidly changing socioeconomic environment: a review of mental health studies in adolescents in India over last 10 years. *Asian Journal of Psychiatry* in press. 2014.

7. Laßnig R, Hofman P. Depression und Angst als Lebenskrisen. *Wien Med Wochenschr.* 2017; 15 / 17–18: 435–444.
8. Cheng Y, Chen XLBM, Lou CMD, Sonenstein FL, Kalamar A, Jejeebhoy S, Delany-Moretlwe S, Brahmhall, H, Olumide AO, Ojengbede, B. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health.* 2014; 55:S31-S38.
9. Halligan P. Are you thinking what I'm thinking? Peer group similarities in adolescent hostile attribution tendencies. *Developmental Psychology.* 2010; 46(5):1385-1388.
10. Kiuru N, Nurmi J-E, Aunola K, Salmela-Aro K. The role of peer groups in adolescent's educational trajectories. *European Journal of Developmental Psychology.* 2009; 6(5):521-547.
11. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014c.
12. Ranoyen I, Stenseng F, Klockner CA, Wallander J, Jozefiak T. Familial aggregation of anxiety and depression in the community: the role of adolescents? Self-esteem and physical activity level (the HUNT Study). *BioMedCentral Public Health.* 2015; 15(1):78.
13. Reeb BT, Martin MJ, Gelardi KL, Shirley Chan SY, Conger KJ. Long-term Effects of Fathers' Depressed Mood on Youth Internalizing Symptoms in Early Adulthood. *Journal of Research on Adolescence.* 2015; 25(1):151-162.
14. Bernstein GA, Borchard CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1996; 35(9).
15. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research.* 2015; 12:1-17.
16. Townsend MC. *Psychiatric-Mental Health Nursing.* 8. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2014.
17. Nguyen DT, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Perspectives of pupils, parents, and teachers on mental health problems among Vietnamese secondary school pupils. *BMC Public Health.* 2013; 13:1046.
18. Bares C, Andrade F, Delve J, Grogan-Baylor A, Kanata A. Differential item functioning due to gender between depression and anxiety items among Chilean adolescents. *The International Journal of Social Psychiatry.* 2012; 58:386-392.
19. Kaplan H, Sadock B. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
20. Spielberger CD, Sarason IC. *Stress and emotion.* vol.17. New York: Taylor & Francis Group; 2005.
21. Jardim, MHG. *O emocional do jovem no século XXI.* Funchal: Editora Eco do Funchal; 2015.
22. Jardim, MHG. *Juventude! Que futuro neste mundo imprevisível e de incertezas? Ansiosa? Depressiva? Como prevenir...* Tese de Doutorado. Badajoz: Universidad de Extremadura, 259 p., 2002.
23. Eufrásio M, Fernandes O, Monteiro, Lopes, IC, Reis, AR, Dias CA. *Adaptação da Escala de Risco Suicidário de J. Stork para a população portuguesa.* Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 1987.
24. Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgarrondo P, Marín-León L, Otega NJ. Suicidal behaviour in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. . 2005; 27(1):45-53.
25. Nabais L. *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa.* Tese de Doutorado. Lisboa: Universidade Aberta, 266 p, 2014.
26. *Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária.* Cadernos OE. 2012; 4(1).
27. Papalia DE, Feldman RD. *Desenvolvimento humano.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.; 2013.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual mental disorders: DSM-5.* 5. ed. Arlington, VA: APA; 2013.
29. Grunspun H. *Distúrbios neuróticos da criança.* 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2003.
30. Coelho M. *Insucesso escolar: pequenas verdades ou grandes mentiras.* Cadernos do Internato. 1994; 3(4).
31. Lewis M, Haviland-Jones JM, Barret LM. *The Handbook of emotions.* 4. ed. New York: The Guilford Press; 2014.
32. Lereya ST, Copeland WE, Zammit S, Wolke D. *Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health.* *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2015; 1:1461-71.
33. Leadbeater B, Thompson K, Gruposo V. Co-occurring Trajectories of Symptoms of Anxiety, Depression and Oppositional Defiance from Adolescence to Youth Adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2012; 41(6):719-730.
34. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review.* 2009; 29(3):208-215.
35. Guerreiro D. *Comportamentos autolesivos em adolescentes. Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping.* Dissertação de doutoramento Medicina, Especialidade de Psiquiatria e Saúde, 2014.
36. Marcelli D, Gicquel L, Braconnier A. *Adolescence et Psychopathologie.* 8. ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2013.
37. Souza LDM, Ores L, Oliveira GT, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, Horta LB. *Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados.* *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2010; 59(4):286-29.
38. Almeida RMM, Flores ACS, Scheffer M. *Ideação Suicida, Resolução de Problemas, Expressão de Raiva e Impulsividade em Dependentes de Substâncias Psicoativas.* *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2013; 26(1):1-9.
39. Arnstein AF, Shansky RM. *Adolescence: vulnerable period for stress-induced prefrontal cortical function? Introduction to part IV.* *Annals of the New York Academy of Science.* 2004; 1021:143-7.
40. Hankin B, Abramsom L. *Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory.* *Psychological Bulletin.* 2001; 127:773-796.
41. Pereira A. *Ideação suicida e fatores associados: estudo realizado numa amostra da população universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.* Dissertação de Mestrado em Psicologia. Vila Real. UTAD, 2011.
42. Borges V, Werlang B. *Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 e 19 anos.* *Estudos de Psicologia.* 2006; 11(3):345-351.
43. Papalia DE, Feldman RD. *Desenvolvimento humano.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.; 2013.