

**EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA E COMPORTAMENTO SUICIDA EM
ADOLESCENTES DE DIFERENTES CONTEXTOS**

Luiza de Lima Braga

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia
sob a orientação da Profa. Dra. Débora Dalbosco Dell’Aglío

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Novembro, 2011.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida.

A minha família, pelo amor, apoio e incentivo. Em especial àqueles que sempre estiveram bem próximos: meu pai Hugo, minha mãe Dinorá, minha avó Maria Helena (torcedora de primeira fila), minha irmã Helena e minha prima Márcia.

Ao meu noivo Eric, por me acompanhar desde a adolescência em todos os momentos e por viver junto comigo as coisas mais lindas da vida.

A minha orientadora, Dra. Débora Dalbosco Dell’Aglia, pela leitura atenta deste trabalho, pela orientação constante e segura e pelas valiosas sugestões que atribuíram qualidade a esta dissertação. Obrigada por acreditar e investir em tuas alunas, por se preocupar com o nosso futuro profissional e por estar sempre disponível para ajudar.

Às professoras da banca, Dra. Adriana Wagner, Dra. Clarissa de Antoni e Dra. Carolina Lisboa, pelas importantes contribuições que fizeram para este trabalho. Dedico agradecimento especial à Carolina Lisboa, que me apresentou ao meio acadêmico.

Aos membros do NEPA – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência, pela parceria, não apenas nas situações de trabalho, mas também nos momentos de descontração. Em especial às colegas e amigas Cristina Tronco e Juliana Sbicigo que me acompanharam desde o momento dos estudos para a seleção do mestrado, como também no decorrer da pesquisa, nas inúmeras coletas de dados e nos momentos de lazer.

À colega e amiga Bruna Mônego, pela parceria ao longo destes dois anos.

Às escolas e instituições que abriram as portas para a coleta de dados.

Aos adolescentes que voluntariamente participaram desta pesquisa: Obrigada pelo carinho e cooperação. Em vocês pensei ao escrever este trabalho e espero poder, de alguma forma, beneficiá-los.

*“Não busque a felicidade
fora, mas sim dentro de você;
caso contrário nunca a encontrará”*

Epiteto

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	8
Adolescência.....	8
Violência e suicídio.....	9
CAPÍTULO II – SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: FATORES DE RISCO, DEPRESSÃO E GÊNERO.....	12
Resumo.....	12
Abstract.....	12
Introdução	13
Suicídio na adolescência.....	15
Fatores de risco ao suicídio na adolescência.....	18
Características epidemiológicas: Diferenças de gênero e depressão.....	23
Considerações Finais.....	27
CAPÍTULO III – EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E EXTRAFAMILIAR EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES CONTEXTOS.....	29
Introdução.....	29
Família e violência.....	30
Violência extrafamiliar.....	33
Método.....	36
Resultados.....	39
Discussão.....	44
Considerações Finais.....	50

CAPÍTULO IV – COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES CONTEXTOS.....	52
Introdução.....	52
Método.....	55
Resultados.....	58
Discussão.....	62
Considerações Finais.....	69
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES GERAIS.....	71
REFERÊNCIAS	76
ANEXOS	
ANEXO A.....	86
ANEXO B.....	87
ANEXO C.....	88
ANEXO D.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados Sociodemográficos por Grupo.....	36
Tabela 2. Percentuais de Ocorrência de Violência Intrafamiliar, por Grupo.....	39
Tabela 3. Percentuais de Ocorrência de Violência Intrafamiliar por Sexo e por Grupo.....	40
Tabela 4. Médias e Desvios-Padrão do Impacto da Violência Intrafamiliar, por Grupo.....	40
Tabela 5. Percentuais dos Principais Autores de Violência no Contexto Intrafamiliar.....	41
Tabela 6. Percentuais de Ocorrência de Violência Extrafamiliar, por Grupo.....	41
Tabela 7. Percentuais de Ocorrência de Violência Extrafamiliar por Sexo e por Grupo.....	42
Tabela 8. Médias e Desvios-Padrão do Impacto da Violência Extrafamiliar, por Grupo.....	43
Tabela 9. Percentuais dos Principais Autores de Violência no Contexto Extrafamiliar.....	43
Tabela 10. Frequência e Percentual de Ideação e Tentativa de Suicídio, por Sexo....	58
Tabela 11. Frequência e Percentual de Ideação e Tentativa de Suicídio, por Grupo..	58
Tabela 12. Média de Idade na Primeira Tentativa de Suicídio e Média de Tentativas, por Grupo.....	59
Tabela 13. Variáveis Preditoras de Ideação Suicida.....	59
Tabela 14. Variáveis Preditoras de Tentativa de Suicídio.....	60
Tabela 15. Médias e Desvios-Padrão das Variáveis Investigadas, por Grupo.....	61
Tabela 16. Percentuais de Ter amigo Próximo e Familiar que Usa Drogas, por Grupo.....	61
Tabela 17. Percentuais de Adolescentes do Sexo Masculino e Feminino, por Grupo	61

RESUMO

Este estudo investigou a exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar e comportamento suicida em 946 adolescentes com idades entre 12 e 19 anos ($M=15,42$; $SD=1,67$) que pertenciam a três diferentes contextos: G1 foi constituído por adolescentes que moravam com suas famílias ($n=691$); G2 por adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas ($n=142$); e G3 por adolescentes que estavam sob proteção em instituições de acolhimento ($n=113$). Foi utilizado o Questionário da Juventude Brasileira, instrumento que inclui questões sobre violência intra e extrafamiliar e sobre comportamento suicida. Foram realizados um estudo teórico, sobre suicídio na adolescência enfocando questões de gênero e depressão, e dois empíricos. O primeiro estudo empírico investigou a frequência e o impacto da exposição a diferentes tipos de violência no ambiente intra e extrafamiliar, bem como os principais autores de violência. Foi verificado que os adolescentes de G3 apresentaram maior frequência de exposição à violência no ambiente intrafamiliar, enquanto os adolescentes de G2 estiveram mais expostos à violência extrafamiliar. No último estudo, buscou-se identificar um modelo de preditores para a ideação e tentativas de suicídio, através de uma análise de regressão logística. O modelo preditivo para o comportamento suicida englobou as variáveis sexo feminino, exposição à violência intra e extrafamiliar, eventos estressores e uso de drogas. Maior satisfação com a escola esteve associada com menor frequência de ideação suicida. Também foi verificado que o grupo de adolescentes em situação de acolhimento institucional apresentou frequências maiores de ideação e tentativa de suicídio. A importância de prevenir a exposição dos jovens à violência é destacada, bem como a necessidade de promover intervenções com os adolescentes em acolhimento institucional, já que este grupo mostrou-se, de maneira geral, mais vulnerável.

ABSTRACT

The present study verified the exposure to intrafamilial and extrafamilial violence and suicidal behavior on 946 adolescents with ages ranging from 12 to 19 years old ($M=15,42$; $SD=1,67$) who were from three different contexts: The group 1 (G1) was composed by 691 adolescents living with their families; group 2 (G2) by 142 adolescents in socioeducative measure; and group 3 (G3) by 113 adolescents living in shelters. They completed the Brazilian Youth Questionnaire, instrument with questions about violence and suicidal behavior. A theoretical study about adolescent suicide was realized, focusing in questions about gender and depression. In addition, two empirical studies were developed. The first one examined the frequency and impact of the exposure to different types of intra and extrafamilial violence, as well as the main authors of violence. Findings indicated that adolescents of G3 showed higher levels of exposure to intrafamilial violence and adolescents of G2 were more exposed to extrafamilial violence. The last study aimed at identifying a model of predictors of suicidal ideation and attempt through the regression logistic analysis. The predictive model to suicidal behavior included the variables female gender, exposure to violence, stressful events and drug use. High levels of school satisfaction were related to lowers levels of suicidal ideation. The importance of preventing the adolescents exposure to violence is highlighted, as well as promoting interventions with adolescents who lives in shelters because this group seems to be, in general, most vulnerable.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

A presente dissertação de mestrado está vinculada a um projeto maior, conduzido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA-UFRGS), intitulado “Adolescência em Diferentes Contextos: Família e Institucionalização”, que tem por objetivo investigar características pessoais e familiares de adolescentes em diferentes contextos (família, instituição de proteção e instituição para cumprimento de medidas socioeducativas), observando a presença de fatores de risco e proteção. Esta pesquisa também está relacionada ao “Estudo Nacional sobre Fatores de Risco e Proteção na Juventude Brasileira”, desenvolvido pelo Grupo de Trabalho “Juventude, Resiliência e Vulnerabilidade”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Tal estudo está sendo realizado por pesquisadores de diferentes regiões do país, que compartilham o mesmo instrumento, Questionário da Juventude Brasileira, que tem como objetivo investigar fatores de risco e proteção em adolescentes, abordando aspectos relacionados a educação, saúde, trabalho, lazer, uso de drogas, sexualidade, suicídio, violência, autoestima, apoio parental, religiosidade, entre outros.

Esta pesquisa foi composta por um estudo teórico sobre suicídio na adolescência e dois empíricos. O primeiro estudo empírico teve como objetivo investigar a ocorrência e o impacto da exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar nos três grupos de adolescentes e também identificar quem são os principais autores da violência perpetrada. O segundo estudo empírico buscou investigar a frequência de ideação e tentativas de suicídio nestes adolescentes, bem como identificar preditores do comportamento suicida. No capítulo final é apresentada uma discussão integrando os três estudos anteriores. Também são discutidas as limitações do presente estudo e apresentadas propostas de aplicação para futuras pesquisas.

Adolescência

A definição do período e do conceito de adolescência varia muito, principalmente ao considerar que a adolescência, enquanto fase do desenvolvimento, foi construída social e historicamente (Baumrind, 1975). Em um estudo sobre o significado da adolescência através dos tempos, Grossman (1998) considerou que, diferentemente da puberdade que é um fenômeno antigo, a ideia do que hoje concebemos como adolescência é datada do século XVIII. Atualmente, de acordo com Steinberg (1999), tem se considerado que a adolescência inicia por volta dos 12 ou 13 anos, com as transformações físicas da puberdade e termina por

volta dos 18 ou 19 anos. Entretanto, os aspectos que delimitam o final deste período nem sempre estão claros e demarcados, uma vez que a adolescência não é definida somente em termos de mudanças biológicas, mas como um complexo processo de desenvolvimento psicossocial. Neste sentido, pode começar antes das mudanças fisiológicas da puberdade e se estender até mesmo para além da segunda década da vida. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), define o adolescente como o indivíduo entre 12 e 18 anos. Neste estudo, a adolescência será entendida a partir da perspectiva da Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization* – WHO, 2010), que descreve esta etapa do ciclo vital como a transição entre a infância e a idade adulta e a define como o período entre 10 e 19 anos. Apesar das divergências a respeito do período exato que compreende a adolescência, esta tem sido considerada um fenômeno universal (Knobel, 1981) e já é consenso na literatura que as experiências vividas nesta fase possuem fundamental importância para o desenvolvimento subsequente (Knobel, 1981; Steinberg, 2000).

Uma das características mais importantes do processo adolescente é a busca por construir uma identidade (Knobel, 1981). Assim, o adolescente busca diferenciar-se dos pais, preocupando-se com quem ele realmente é e fazendo planos para o seu futuro, passando por um período de experimentação de papéis, na tentativa de encontrar sua verdadeira identidade (Steinberg, 2000).

Knobel (1981), um dos mais conhecidos estudiosos da adolescência, salientou que ao estudar este período do ciclo vital é necessário um cuidado especial para evitar atitudes preconceituosas e estereotipadas sobre o indivíduo, sendo necessário considerar a adolescência como um estágio com características bem definidas do processo evolutivo. De acordo com o autor, a adolescência precisa ser analisada de uma perspectiva holística, considerando seus componentes biológicos, psicodinâmicos e sociais, que se encontram em permanente interação. Neste sentido, é um evento biológico, psicológico e social que se manifesta de acordo com o ambiente social, econômico e cultural do adolescente e apesar de ser um processo universal, assume particularidades de acordo com a cultura vigente (Knobel, 1981). Em nossa cultura, a percepção da comunidade em geral a respeito da adolescência está associada a um período de grandes dificuldades, instabilidade, rebeldia e sofrimento, tanto para o adolescente quanto para as pessoas que com ele convivem. Entretanto, atualmente são vislumbradas mudanças neste cenário, pois a visão teórica predominante compreende o adolescente como um indivíduo que, em geral, atravessa essa etapa do ciclo vital de forma saudável, apresentando sentimentos positivos em relação a si e a seus familiares (Steinberg, 2000). Mesmo assim, muitos adolescentes podem experimentar uma série de dificuldades nesta etapa, como é o caso de situações envolvendo violência e suicídio.

Na adolescência ocorrem grandes mudanças (biológicas, psicológicas e sociais) e o jovem adquire novas habilidades e enfrenta diversos desafios (Steinberg, 2000). Muitas oportunidades se apresentam durante a adolescência, mas com elas também aumenta a vulnerabilidade para o envolvimento em comportamentos de risco (WHO, 2010), sendo este o período do ciclo vital mais relacionado à morte devido a causas violentas (homicídios, suicídios e acidentes). Os homicídios e os acidentes de trânsito podem ser considerados como as maiores causas de mortes violentas na adolescência (Minayo, 1990). De acordo com o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência (IVJ-Violência), divulgado pelo Ministério da Justiça e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Brasil, 2009), quase um terço dos jovens percebe a violência como parte de seu cotidiano, sendo que, na faixa etária de 12 a 18 anos, a estimativa é que a cada mil adolescentes, 2,38 morram antes de completarem os 18 anos.

Violência e Suicídio

Existem muitas definições para o conceito de violência e não há um consenso entre os estudiosos da área sobre um único significado para este construto. Da mesma forma, o reconhecimento ou não de um ato como violento é definido por condições históricas e culturais diversas (Sposito, 1994). A história demonstra que a violência, em suas mais diversas formas, é uma prática comum desde os tempos mais antigos, entretanto, este fenômeno somente foi reconhecido como um problema social na segunda metade do século passado (Belsky, 1993; Caridade & Machado, 2006).

Há alguns anos atrás, no contexto brasileiro, a violência era entendida a partir de três categorias: a) violência estrutural: aquela que se origina no próprio sistema social, criando as desigualdades e suas consequências, como a fome e o desemprego. Estão incluídas nesta categoria as discriminações de raça, sexo e idade; b) violência revolucionária: aquela que ocorre de forma organizada através de grupos e classes discriminados e que criam a consciência de transformação e c) delinquência, que compreende os roubos, furtos, sequestros, tiroteios, dentre outros e é a forma mais comum da violência, embora não seja um fenômeno natural (Minayo, 1990).

Com o passar dos anos houve um alargamento do entendimento da violência e passou-se a considerar como violentos comportamentos que anteriormente eram vistos como práticas comuns que regulamentavam as relações sociais. Embora existam, ao nível da literatura, controvérsias a respeito do conceito de violência, alguns elementos consensuais sobre o tema podem ser delimitados: a noção de coerção ou força e as consequências (danos) que se produzem em um indivíduo ou grupo de indivíduos (Waiselfisz, 2011). De acordo com Koller (1999), existe uma linha de base comum a todo ato de violência, ou seja, são ações e/ou

omissões que podem cessar, impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos e ocorre em relações interpessoais assimétricas e hierárquicas em que há uma desigualdade de poder e/ou uma relação de subordinação. Para os pesquisadores americanos Benda e Corwyn (2002), a violência resulta da confluência de fatores ecológicos (incluindo fatores biológicos e neuropsicológicos), sentimentos e crenças pessoais, relações familiares, afiliação ao grupo de pares e também influências sociais, tais como a disponibilidade de armas e drogas ilícitas. Já para Belsky (1993), a origem da violência deve ser pensada a partir de componentes históricos, contemporâneos, culturais, sociais e situacionais.

No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes só começou a receber mais atenção da mídia, das autoridades e da comunidade científica em geral no final da década de 90, com a abordagem do tema pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – lei sancionada em Julho de 1990 e que contribui para a proteção integral da criança e do adolescente (Brasil, 1990). O ECA impulsionou políticas e práticas contra a violência e a partir de então crianças e adolescentes passaram a ser considerados juridicamente como sujeitos de direitos (Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004). Consequentemente, tornou-se obrigatória a notificação de casos (suspeitos ou confirmatórios) de violência contra crianças e adolescentes, abrangendo pena para profissionais da área da saúde, professores e/ou responsáveis que deixem de notificar casos de seus conhecimentos.

A exposição à violência na infância e adolescência pode gerar inúmeras consequências (Caminha, 2000) e, dentre elas, uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do comportamento suicida (Bostik & Everall, 2006; McDonald & Richmond, 2008; Prieto & Tavares, 2000). O suicídio tem sido compreendido a partir da perspectiva dos comportamentos violentos (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) e tem sido alvo de preocupação em diferentes países, principalmente com o aumento dos casos entre adolescentes e adultos jovens (WHO, 2010). Neste sentido, procurando-se observar os efeitos de diferentes contextos de desenvolvimento, este estudo teve por objetivo investigar a exposição à violência e o comportamento suicida em adolescentes que vivem em três diferentes contextos: a) com suas famílias; b) em instituições de proteção e c) em instituições para cumprimento de medidas socioeducativas.

CAPÍTULO II

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: FATORES DE RISCO, DEPRESSÃO E GÊNERO

Resumo

O suicídio na adolescência tem aumentado nas últimas décadas e tem sido considerado um problema de saúde pública mundial, que traz consequências negativas não apenas para a família da vítima, mas para o meio social no qual o adolescente está inserido. Este artigo discute fatores de risco ao suicídio na adolescência, bem como características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem suicídio. São identificados fatores de risco ao comportamento suicida na adolescência, tais como: transtornos psicológicos, uso de álcool e/ou drogas, exposição à violência intrafamiliar, conflitos familiares, *bullying*, isolamento social, baixo nível socioeconômico, história de suicídio na família, experiências estressoras, dentre outros. Além disso, são discutidas diferenças de gênero relacionadas à manifestação do comportamento suicida e sua associação com sintomas depressivos. Conhecer a dinâmica deste comportamento pode ser um passo importante para o planejamento de programas de prevenção.

Palavras-chave: suicídio, adolescência, fatores de risco, depressão

Abstract

Suicide during adolescence has been growing in the last decades and has been considered a global public health problem, with negative consequences not only for the adolescent's family, but for their social environment. This paper investigates adolescent suicide risk factors as well as epidemiologic characteristics of adolescents who attempt or commit suicide. Some risk factors to adolescent suicide behavior were identified, such as: mental disorders, alcohol/drug use, exposure to family violence, family conflicts, bullying, social isolation, low social-economic level, history of family suicide, stressful events, etc. Furthermore, gender differences related to suicide behavior and the association with depression are discussed. Knowing suicide behavior dynamics can be a relevant step for planning prevention programs.

Keywords: suicide, adolescent, risk factors, depression

Introdução

O suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos (*World Health Organization* - WHO, 2010). A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, idade e país. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo. No ano 2000, cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio (WHO, 2010). No Brasil, no ano de 2005, foram registrados oficialmente 8550 suicídios, o que representa uma morte a cada hora, diariamente (Brasil, 2009). Apesar de, tradicionalmente, as taxas de suicídio serem mais altas em indivíduos idosos do sexo masculino, o suicídio vem aumentando entre a população jovem nas últimas décadas, sendo que os jovens representam, atualmente, o grupo de maior risco (WHO, 2010). Em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça o suicídio em adolescentes e adultos jovens está se configurando em um padrão epidêmico (Meneghel, Victora, Faria, Carvalho & Falk, 2004). Neste sentido, a adolescência tem sido considerada um período vulnerável ao comportamento suicida (Barros, Coutinho, Araújo & Castanha, 2006).

Nos Estados Unidos, em 2006, 1771 crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade cometeram suicídio, o que tornou este a terceira causa de morte neste grupo etário (Schwartz, Pyle, Dowd & Sheehan, 2010). Na Europa, o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre adolescentes e adultos na faixa dos 15 aos 35 anos (WHO, 2010). No Brasil, na década de 90, entre 26% a 30% do total de suicídios consumados foram cometidos por jovens entre 15 e 24 anos (Cassorla, 1991). Além disso, o número total de suicídios entre os anos de 1998 e 2008 passou de 6.985 para 9.328, representando um aumento de 33,5%. Este aumento foi superior ao do número de homicídios e acidentes de transportes no país, que, no mesmo período, cresceram 19,5% e 26,5%, respectivamente (Waiselfisz, 2011).

De acordo com diferentes autores, estas estatísticas não são confiáveis e podem vir a ser subestimadas, não correspondendo à realidade, já que o número que consta nas estatísticas oficiais provém das causas de morte registradas nos atestados de óbitos, sendo que em muitos casos a família e a própria sociedade pressionam para que a causa da morte seja falsificada (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010; Cassorla, 1991; Dutra, 2002). A Organização Mundial da Saúde estima que as tentativas de suicídio sejam cerca de vinte vezes mais frequentes do que o suicídio consumado e também que, para cada tentativa de suicídio registrada oficialmente,

existem pelo menos quatro tentativas não registradas (WHO, 2010). Os autores explicam que as falhas estatísticas podem ocorrer por vários motivos e, principalmente, devido às dificuldades de conceituação, como por exemplo, identificar com precisão se um acidente de trânsito foi fatalidade ou tentativa de suicídio. Entretanto, mesmo que haja evidências de que a causa de morte de um indivíduo foi devido ao suicídio, esta geralmente é registrada como acidente, pois, muitas vezes, não apenas a família do paciente nega a realidade como também os próprios profissionais dos serviços de saúde, que comumente registram o suicídio de maneira vaga, como por exemplo: “acidente por ingestão excessiva de medicamento” (Dutra, 2002). Além disso, Avanci, Pedrão e Costa Júnior (2005) consideram que entre as famílias de classe média e alta há uma grande omissão dos casos de tentativa de suicídio e até mesmo de suicídio consumado. É possível supor que jovens de classe média e alta busquem ajuda em consultórios ou clínicas particulares ao invés de hospitais e/ou postos de saúde, o que dificultaria a notificação de casos de suicídio em adolescentes destes níveis socioeconômicos (Avanci et al., 2005). Fatos desta natureza demonstram a dificuldade das pessoas, de maneira geral, em lidar com um assunto tão complexo quanto o suicídio. Isso pode ser explicado, em parte, devido ao suicídio ser um tema permeado por mitos, tabus e preconceitos de diversas naturezas, principalmente as que se referem à moral e à religião (Dutra, 2002).

Apesar destes dados alarmantes, o Brasil é considerado, oficialmente, um país com baixo índice de suicídio, pois a taxa oficial de mortalidade devido a este problema é estimada em 4,1 por 100 mil habitantes para a população com um todo, sendo 6,6 para homens e 1,8 para mulheres. O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta, oficialmente, os maiores índices de suicídio do país, com oito a dez mortes por cem mil habitantes – taxa duas vezes superior à média nacional (Ministério da Saúde, 2009). Pesquisadores sugerem que a etnia, a cultura e questões relacionadas ao clima podem ser responsáveis por esta situação (Meneghel et al., 2004).

A morte voluntária é definida pela psiquiatria como um fenômeno individual, enquanto que as ciências sociais o descrevem como um comportamento coletivo (Meneghel et al., 2004). Apesar de algumas divergências, é consenso que este é um fenômeno multideterminado, que está presente em todas as faixas etárias, culturais e sociais e constituiu-se em um tema de grande complexidade, o que impede que os pesquisadores estabeleçam uma relação causal entre o ato (suicídio consumado) e um motivo causador (Dutra, 2002). Além disso, diferentes pessoas podem ter motivações distintas e finalidades diversas para o ato suicida (Baptista, 2004). Considerando que os indivíduos que cometem o suicídio não podem receber tratamento, esforços têm sido feitos com o intuito de identificar fatores de risco a este comportamento (Borges & Werlang, 2006).

Neste sentido, considerando que o suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública mundial (WHO, 2010) e que a adolescência tem sido considerada um período vulnerável a este comportamento (Barros et al., 2006; Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2010; Puentes-Rosas, López-Nieto & Martínez-Monroy, 2004), o presente artigo investigou, a partir da literatura nacional e internacional sobre o tema, aspectos relacionados ao suicídio na adolescência, buscando identificar fatores de risco e características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem o suicídio, com foco nas questões de gênero e depressão.

Suicídio na Adolescência

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar (Araújo et al., 2010). O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, sendo que com frequência o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente alguma advertência ou sinal com relação à idéia de atentar contra a própria vida. Da mesma forma, a literatura aponta que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a surgir, até que uma possa ser fatal (Borges, Werlang & Copatti, 2008; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez et al., 2010). Portanto, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e concretização da morte pode oferecer um tempo propício para a intervenção (Krüger & Werlang, 2010).

No continente americano, pesquisas têm indicado que os habitantes de zonas urbanas e os jovens de 15 a 24 anos são os grupos populacionais de maior risco de suicídio (Toro, Paniagua, González & Montoya, 2006). Países como Finlândia e Canadá têm sido identificados como possuidores de altas taxas de suicídio adolescente. Na Argentina, as taxas de suicídio entre adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos são, respectivamente, de 2,52 e 5,90 a cada cem mil habitantes. Já na Colômbia, no ano de 2006, foram registradas taxas de 12 por cem mil homens de 18 a 24 anos e 4 por cem mil em mulheres de 15 a 17 anos (Toro et al., 2006). No México, uma investigação buscou descrever as mortalidades por suicídio no período de 1990 a 2001. Foi verificado que, no ano de 2001, foram registrados 3784 suicídios, sendo 3110 homens e 674 mulheres. O maior aumento no número de casos de suicídio por grupo etário foi observado nas adolescentes do sexo feminino de 11 a 19 anos (de 0,8 por cem mil habitantes em 1990 para 2,27 em 2001). Neste grupo, o suicídio constitui-se na segunda

causa de morte, somente inferior à mortalidade por acidentes de trânsito. No grupo dos homens, o maior aumento observado também foi em adolescentes entre 11 a 19 anos (de 2,6 por cem mil habitantes em 1990 para 4,5 em 2001). Os pesquisadores concluíram que houve um aumento acelerado de casos de suicídio, principalmente em homens e mulheres jovens (Puentes-Rosas et al., 2004).

Arnautovska e Grad (2010) investigaram as atitudes de 423 adolescentes Eslovênios, de 18 anos de idade, com relação ao suicídio. Foi verificado que os adolescentes que relataram a experiência de qualquer tipo de comportamento suicida tiveram significativamente mais atitudes permissivas com relação ao suicídio do que aqueles sem tais experiências. A permissividade com relação ao suicídio se relacionou positivamente com a ideação suicida, tentativas de suicídio e com a maioria dos fatores de risco ao suicídio. As atitudes permissivas dos adolescentes com relação ao suicídio diferiram por tipo de família e por gênero, sendo que adolescentes com pais divorciados tiveram as atitudes mais permissivas com relação ao suicídio e aqueles com uma experiência de morte na família tiveram as atitudes mais negativas. Por fim, foi verificado que as meninas tiveram atitudes mais permissivas com relação ao suicídio do que os meninos.

Baggio, Palazzo e Aerts (2009) investigaram a prevalência de planejamento suicida e fatores associados em adolescentes escolares da região metropolitana de Porto Alegre. Foi encontrada uma prevalência de 6,3% de planejamento suicida entre estes adolescentes, com taxas maiores de planejamento entre as meninas. Com relação aos fatores associados ao planejamento, os adolescentes que relataram sentimentos de solidão e tristeza apresentaram prevalência mais alta de planejamento suicida do que adolescentes sem estes sentimentos. Os pesquisadores reforçam, assim, a idéia já sustentada por outros autores (Bahls & Bahls, 2002; Baptista, 2004; Freitas & Botega, 2002; Kokkevi et al., 2010) de que a presença de sintomas depressivos (como sentimentos de tristeza) é um importante fator de risco para o suicídio e de que a adolescência é considerada um período propício tanto para a ideação quanto para as tentativas de suicídio, principalmente quando associada à depressão (Araújo et al., 2010).

Dutra (2002) considera que a solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio. Tais jovens relatam sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Prieto e Tavares (2005) constataram que a falta de convivência com os pares durante a infância ou adolescência pode constituir-se como fator de risco ao suicídio, pois as trocas afetivas com pares, nesta fase do desenvolvimento, reduzem o impacto das experiências adversas. Neste sentido, Rivers e Noret (2010) investigaram as implicações da exposição ao *bullying* nos pensamentos suicidas de

cerca de 2000 adolescentes ingleses que desempenhavam diferentes papéis sociais no *bullying* (agressores, vítimas ou testemunhas). Os resultados indicaram que a maioria dos adolescentes do estudo já havia se envolvido em episódios de *bullying* na escola seja como agressores, vítimas, testemunhas ou uma combinação destes três papéis sociais. Entretanto, aqueles adolescentes com múltiplos papéis sociais estiveram significativamente mais propensos a pensamentos suicidas. Poucos estudos investigaram especificamente a influência dos amigos nas tentativas de suicídio, mas muitos estudos têm demonstrado que as relações interpessoais entre pares influenciam significativamente o desenvolvimento social de crianças e adolescentes, incluindo o desenvolvimento de habilidades sociais, afetivas e cognitivas (Daudt, Souza & Sperb, 2007). Entende-se que as experiências vividas no grupo de pares podem ser muito significativas e influenciar as características individuais dos adolescentes, incluindo comportamentos, temperamentos, cognições e habilidades para resolução de problemas, além de influenciar na autoestima dos mesmos e amenizar o impacto de eventos estressores, constituindo-se em importante fonte de apoio emocional e social. Assim, compreende-se que a convivência com os pares - especialmente na fase da adolescência, onde os relacionamentos interpessoais fora do âmbito familiar têm fundamental importância para o jovem em desenvolvimento – pode servir como importante fator de proteção ao suicídio na adolescência.

Os elevados números de suicídio na adolescência, apontados pelos estudos, podem ser explicados, em parte, pela dificuldade de muitos jovens de enfrentar as exigências sociais e psicológicas impostas pelo período da adolescência. Nesta etapa, o jovem pode experimentar grandes mudanças, adquirir novas habilidades e enfrentar diversos desafios (Steinberg, 2000), que podem impulsionar muitos jovens a desenvolverem pensamentos e comportamentos suicidas. A literatura aponta que, no período da adolescência, ocasionalmente podem aparecer pensamentos de morte devido à dificuldade dos jovens em lidar com as demandas sociais, contextuais e situacionais impostas pela fase do ciclo vital em que se encontram (Werlang et al., 2005). As ideias de morte também podem surgir como uma estratégia dos jovens para lidar com problemas existenciais, como a compreensão do sentido da vida e da morte (Borges et al., 2008). Além disso, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado aumentam com o passar dos anos, especialmente após a puberdade (Bahls & Bahls, 2002).

Os estudos de diferentes países indicaram que as motivações para o suicídio (ex.: história de suicídio na família, presença de transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, *bullying*, conflitos na família, etc.) tendem a ser constantes em adolescentes de diferentes culturas. Entretanto, com relação aos meios de cometer o suicídio, foi possível verificar diferenças entre países nos quais o uso de armas de fogo é permitido e

países onde tal uso é proibido. A maioria dos estudos norte-americanos descreve a presença de arma de fogo no ambiente doméstico como um dos principais fatores de risco para o suicídio de adolescentes que apresentavam ideação suicida, sendo que a maior parte dos jovens que cometem suicídio, nos Estados Unidos, o faz por meio de arma de fogo (Schwartz et al., 2010). Em contrapartida, os estudos nacionais (Abasse, Coimbra, Silva & Souza, 2009; Baptista, 2004; Dutra, 2002) apontaram que a ingestão excessiva de medicamentos é a principal forma utilizada pelos adolescentes para tentar o suicídio.

Fatores de risco ao suicídio na adolescência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization* – WHO, 2010), doença mental, depressão, desordens relacionadas ao álcool (alcooolismo), abuso, violência, perdas, história de tentativa de suicídio, bem como a “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio. Especificamente com relação ao suicídio adolescente, alguns estudos destacam os seguintes fatores, que podem constituir-se como risco: isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, estresse, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, locus de controle externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, dentre outros (Avanci et al., 2005; Baptista, 2004; Borges & Werlang, 2006; Cassorla, 1991; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez et al., 2010; Kokkevi et al., 2010; Meneghel et al., 2004; Prieto & Tavares, 2005; Toro et al., 2006; Werlang et al., 2005).

Alguns estudos têm relacionado o suicídio a diversos transtornos psiquiátricos, sejam transtornos de eixo I (transtornos clínicos) ou de eixo II (transtornos de personalidade), porém os transtornos de eixo I estão fortemente relacionados com o aumento da probabilidade de tentativas de suicídio. Dentre estes, destaca-se a depressão, que possui uma relação bem estabelecida com a ideação suicida tanto na infância e na adolescência como na vida adulta (Baptista, 2004). Prieto e Tavares (2005), em revisão de literatura, verificaram que os estudos sobre fatores de risco ao comportamento suicida têm demonstrado uma correlação deste comportamento com a presença de alguma desordem psiquiátrica como transtorno de humor, transtorno relacionado ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtorno da personalidade. A comorbidade mostrou-se frequente, o que indica, segundo os pesquisadores, um sofrimento psíquico acentuado.

Freitas e Botega (2002) investigaram a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em 120 adolescentes grávidas atendidas em um serviço público de pré-natal, no Brasil. Os resultados indicaram que 19 adolescentes estavam com ideação suicida, sendo que, dentre estas adolescentes, 16 já haviam tentado suicídio anteriormente. Além disso, a ideação suicida esteve associada à depressão, a estar solteira e sem namorado e também ao baixo apoio social percebido. Os autores apontaram que a gravidez na adolescência também pode ser considerada um fator de risco para o suicídio na adolescência, tendo em vista suas repercussões.

Outros fatores têm sido considerados como riscos ao comportamento suicida. Dentre eles, a pobreza é uma situação social que pode predispor ao suicídio, uma vez que o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar aumentam os patamares de ansiedade dos indivíduos (Meneghel et al., 2004). Além disso, pessoas com histórico de suicídio na família possuem maior vulnerabilidade para repetir o comportamento, verificando-se, assim, a transgeracionalidade do comportamento suicida (Araújo et al., 2010). Em adolescentes, as tentativas prévias de suicídio e a perda recente de uma pessoa amada aumentam consideravelmente a probabilidade de suicídio (Toro et al., 2006). No estudo de Bella, Fernández e Willington (2010), as tentativas prévias de suicídio foram identificadas como o fator de risco mais importante para prever novos comportamentos suicidas em adolescentes.

A relação entre suicídio e conhecer uma pessoa que já tentou o suicídio é descrita pela literatura como um comportamento de imitação ou contágio (Mercy et al., 2001). O comportamento de imitação pode ocorrer tanto por conhecer alguém que cometeu o suicídio como também pela veiculação de notícias de pessoas famosas que cometeram o ato suicida (Werlang et al., 2005). Neste sentido, a mídia tem sido apontada por alguns estudos como um importante fator de risco ao suicídio (Daber & Baptista, 2004), principalmente em adolescentes e adultos jovens. Muitas pesquisas têm comprovado a existência de um fenômeno chamado *suicide contagion* (contágio suicida), que se refere à influência da divulgação do comportamento de pessoas que cometeram suicídio sob o comportamento de pessoas com saúde mental vulnerável, o que pode impulsionar o comportamento de imitação (Mercy et al., 2001). Os pesquisadores explicam que os casos de suicídio estampados em jornais, televisão ou internet podem “contagiar” outras pessoas que estão procurando uma solução para seus problemas, principalmente adolescentes ou jovens com problemas psiquiátricos ou mentais (Daber & Baptista, 2004). A situação será agravada se o adolescente tiver presenciado a história de suicídio de um familiar ou conhecido, pois este se torna um

comportamento apreendido como forma de resolução de conflitos, aumentando, assim, os casos de suicídio através das gerações.

Kinyanda, Kizza, Levin, Ndyabangi e Abbo (2011) investigaram fatores associados à história de comportamento suicida em adolescentes de diferentes zonas rurais na Uganda e identificaram que as diferenças geográficas na incidência do comportamento podem ser explicadas pelas diferenças de privação social e doenças psiquiátricas, já que o acesso ao tratamento dessas doenças se torna mais difícil nas regiões rurais. Baptista (2004) também afirma que indivíduos que vivem em áreas rurais são mais propensos a tentarem suicídio, quando comparados a indivíduos de zonas urbanas, o que provavelmente ocorre porque em áreas urbanas o acesso a serviços de saúde mental e suporte social é maior. Da mesma forma, o isolamento social pode ser considerado um fator de risco ao suicídio.

Tem sido verificado que o uso de substâncias tanto lícitas quanto ilícitas está intimamente associado com pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio em adolescentes (Esposito-Smyther & Spirito, 2004) e esta relação estaria associada com a frequência e intensidade do uso de drogas, pois o impacto destas substâncias no organismo pode modificar as funções orgânicas, como também os estados de consciência e os processos de pensamento. Esposito-Smyther e Spirito (2004) exploraram a relação entre o uso de substâncias e comportamento suicida em adolescentes, demonstrando que o uso de substâncias aumenta o risco de comportamentos suicidas, sendo que os adolescentes suicidas apresentavam elevadas taxas de uso de álcool e drogas ilícitas. Foi constatado que os efeitos do uso de álcool podem servir como um fator de risco ao comportamento suicida devido ao aumento de problemas psicológicos, agressão, distorções cognitivas e pela diminuição da capacidade de resolução de problemas que o uso desta substância provoca.

Prieto e Tavares (2005), em revisão de literatura sobre fatores de risco ao suicídio, verificaram a presença de várias experiências adversas ou estressoras durante o desenvolvimento de indivíduos que tentam o suicídio, dentre elas: situações de violência física, sexual, negligência e rejeição na infância e adolescência. Também foi constatada a presença de mudanças frequentes nas condições de vida destes indivíduos, como por exemplo, o divórcio dos pais e perda de pessoas significativas. Além disso, os pesquisadores identificaram alguns indicadores clínicos que atuam como preditores de suicídio, dentre eles: a história pregressa de tentativas de suicídio, grau de intenção suicida, tipo de método escolhido e acessibilidade a este, a presença de arma de fogo no ambiente familiar, ausência de suporte social, depressão e histórico familiar de suicídio. Por fim, os pesquisadores encontraram evidências de que o suicídio ocorre, em geral, pouco tempo depois da decisão de

tirar a própria vida, o que demonstra o elevado nível de impulsividade dos indivíduos que consomem o ato (Prieto & Tavares, 2005).

Espinoza-Gomez et al. (2010) investigaram a associação entre conduta suicida e violência física, verbal e sexual no âmbito doméstico em 5.484 adolescentes universitários mexicanos. Os resultados mostraram que 15,8% dos adolescentes que participaram do estudo referiram ideação suicida e 7,3% referiram tentativa de suicídio, com uma frequência mais elevada entre as mulheres. Da mesma forma, as mulheres referiram exposições à violência física, verbal e sexual significativamente maiores do que os meninos. O estudo verificou uma forte associação entre violência doméstica em todas as suas formas de manifestação e conduta suicida. Dessa forma, compreende-se que a exposição à violência doméstica, além de desencadear diversos sintomas físicos, psicológicos e sociais (Sá, Curto, Bordin & Paula, 2009), pode contribuir também de forma significativa para o desenvolvimento de conduta suicida na adolescência, constituindo-se em importante fator de risco à mesma. No estudo de Dieserud, Gerhardsen, Weghe e Corbett (2010), que investigou fatores associados à tentativa de suicídio em adolescentes de 13 a 19 anos, foi observado que, tanto para os meninos como para as meninas, os conflitos relacionais na família foram os principais motivos que desencadearam tentativas de suicídio. Para Benda e Corwyn (2002), o suicídio esteve positivamente relacionado com a frequência da exposição à violência em adolescentes com 15 anos ou menos, enquanto que para os adolescentes mais velhos a exposição à violência associou-se com outras variáveis, como o desenvolvimento de comportamentos violentos ou antissociais.

Kokkevi et al. (2010) examinaram fatores psicossociais relacionados às tentativas de suicídio em adolescentes de 14 a 18 anos na Grécia. Os resultados mostraram que alguns aspectos constituíram-se como fatores psicossociais de risco estatisticamente significativos para as tentativas de suicídio dos adolescentes: gênero feminino, hábito de fumar diariamente, uso ilegal de drogas, consumo frequente de álcool, insatisfação com o relacionamento estabelecido com os pais, baixa autoestima e altos indicadores de depressão e comportamentos anti-sociais. Foi possível verificar influência do gênero, do uso de drogas ilícitas e da baixa autoestima sobre as tentativas de suicídio. Os adolescentes que não estavam vivendo com ambos os pais também apresentaram maior risco. Os autores concluíram que o principal fator protetivo contra as tentativas de suicídio foi a satisfação com o relacionamento com os pais e altos níveis de autoestima. Assim, é possível verificar que, ainda que o conceito de família tenha se pluralizado nos últimos anos (Schenker & Minayo, 2003), a importância dessa instituição para o desenvolvimento adequado de seus membros têm persistido e a família continua tendo a função de proteção, inclusive para o comportamento suicida. Além

disso, embora a maioria dos estudos atuais sobre famílias defendam a idéia que a configuração da família não é o que determina o desenvolvimento adequado de seus membros e sim a dinâmica da mesma, vários estudos mostraram que adolescentes oriundos de famílias intactas apresentaram menor incidência de tentativa de suicídio do que adolescentes oriundos de famílias de pais divorciados ou de famílias nas quais um membro importante já havia falecido (Arnautovska & Grad, 2010; Ficher & Vansan, 2008; Werlang et al., 2005). Também foi verificado que o adequado suporte social e familiar ao indivíduo que pensa em se matar é de vital importância na prevenção dos pensamentos e comportamento suicida. Compreende-se, desta forma, que o suporte familiar durante a adolescência pode servir como amortecedor para os eventos estressores de vida, constituindo-se em importante fator de proteção ao suicídio.

Um estudo nacional investigou, dentre outros aspectos, os motivos que originaram tentativas de suicídio em 12 adolescentes atendidos em um hospital de emergência na cidade de Fortaleza, Ceará (Vieira, Freitas, Pordeus & Silva, 2009). A principal razão apontada pelos jovens como causa do suicídio foi o “amor não correspondido”, seja esse amor no sentido de namoro como também no sentido dos relacionamentos familiares com pais pautados pela fragilidade dos vínculos afetivos. Assim, as pesquisadoras destacam a importância da família enquanto estabelecadora das primeiras relações de afeto e de rede social. O sofrimento psíquico foi apontado como um fator de forte influência para que o adolescente buscasse a tentativa de suicídio como um meio para resolver seus problemas e conflitos. Neste estudo, nível socioeconômico e nível de escolaridade baixos constituíram-se como fatores que influenciaram nas tentativas de suicídio. Outro aspecto investigado foi com relação às reações das pessoas frente a tentativa de suicídio do adolescente. De acordo com as pesquisadoras, quando um adolescente obtém insucesso na tentativa de suicídio, na maioria das vezes, depara-se com a indignação, estranhamento e incompreensão não apenas por parte dos amigos e familiares, como também por parte dos serviços de emergência que muitas vezes não promovem um ambiente de escuta e acolhimento a estes jovens (Vieira et al., 2009).

Para Dutra (2002), devido a tabus e preconceitos, muitos dos profissionais da área da saúde podem sentir-se despreparados para lidar com tentativas de suicídio, não apenas devido à falta de treinamento técnico, mas também pelo fato da tentativa de suicídio, provavelmente, acionar sentimentos, crenças e valores pessoais que os deixem receosos e confusos, sem saber como agir junto ao jovem que tentou o suicídio. Neste sentido, é importante, além de instrumentalizar teoricamente estes profissionais para a intervenção nestes casos, fornecer-lhes também espaços de discussão sobre este assunto tabu, a fim de aumentar a clareza sobre o tema, o que talvez diminuísse receios ou crenças errôneas que giram em torno destas

questões. Baptista, Borges e Biagi (2004) sustentam que a questão se torna ainda mais difícil de lidar devido à cultura, em países ocidentais, de evitar assuntos relacionados à morte e à finitude da vida. Nestas culturas, é prática de muitos pais afastar os filhos de questões relacionadas à morte, disfarçando o óbito de animais de estimação para crianças e evitando levá-las a cerimoniais de óbitos. Estas atitudes dos pais para com seus filhos aumentam a dificuldade dos mesmos de conversar sobre o assunto. Os pesquisadores entendem que a proximidade com assuntos tabus melhoraria a clareza da criança sobre o assunto e a compreensão sobre este tema tão controvertido (Baptista et al., 2004).

Características Epidemiológicas: Diferenças de gênero e depressão

Os estudos que investigam as características epidemiológicas das pessoas que tentam ou cometem suicídio têm destacado a importância da associação deste ato com as variáveis gênero e depressão. Quanto ao gênero, Dutra (2002) aponta que em diferentes culturas as características de pessoas que cometem suicídio são semelhantes, dentre as quais podem ser destacadas: indivíduos do sexo masculino, adultos e solteiros, verificando-se que poucos países diferem-se deste padrão, dentre eles Índia e China, onde as ocorrências de morte voluntária predominam no sexo feminino. Em contrapartida, as *tentativas* de suicídio são epidemiologicamente diferentes do suicídio consumado, não apenas no Brasil, mas também em muitos outros países, sendo que, de maneira geral, as mulheres cometem maior número de tentativas (Abasse et al., 2009; Kinyanda et al., 2011; Toro et al., 2009). O maior número de tentativas entre adolescentes do sexo feminino pode estar relacionado ao maior índice de depressão deste grupo, já que a literatura aponta que a depressão desempenha um importante papel no comportamento suicida (Bahls & Bahls, 2002). As mulheres que tentam o suicídio comumente são jovens, solteiras e as tentativas geralmente ocorrem por meio da ingestão excessiva de medicamentos ou venenos (Baptista, 2004; Dutra, 2002).

De acordo com Meneghel et al. (2004), a menor ocorrência do suicídio consumado entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade e/ou espiritualidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Soma-se a isso o fato de as mulheres, em geral, identificarem precocemente sinais de risco para depressão ou outras doenças mentais, estarem mais propensas a buscar ajuda em momentos de crise e terem uma rede de apoio social e afetiva mais ampla do que os homens. Por outro lado, os papéis atribuídos à masculinidade envolvem aspectos que podem predispor os homens a comportamentos suicidas. Tais aspectos podem incluir a competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo. Além

disso, os homens são mais sensíveis a aspectos relacionados ao trabalho, desemprego e empobrecimento (Meneghel et al., 2004).

No estudo de Werlang et al. (2005) foram investigados fatores de risco associados à ideação suicida em adolescentes portoalegrenses com idades entre 15 e 19 anos, bem como fatores protetores. Os resultados revelaram que a maioria dos adolescentes com ideação suicida eram mulheres. Este dado corrobora a literatura sobre suicídio, que indica que as mulheres estão, de maneira geral, mais propensas à ideação suicida e os homens ao suicídio consumado (Abasse et al., 2009). Também foi verificado que dos 18 adolescentes da amostra que já haviam perdido um dos pais, 11 apresentaram ideação suicida. Além disso, as variáveis depressão e conhecer uma pessoa que já tentou ou cometeu o suicídio foram as variáveis que mais se relacionaram com a ideação suicida. As autoras concluíram, assim, que adolescentes que possuíam indicadores de depressão e que tinham um amigo que tentou o suicídio podem desenvolver ideação suicida mais facilmente do que outros adolescentes (Werlang et al., 2005).

O estudo de Avanci et al. (2005) investigou o perfil epidemiológico de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto (SP) devido à tentativa de suicídio durante o ano de 2002. A maioria dos 72 adolescentes atendidos pertencia ao sexo feminino, apresentava idade entre 15 e 19 anos, solteiros e provenientes de bairros onde predominava um nível socioeconômico baixo. Foram observadas diferenças com relação ao gênero, sendo que as tentativas em adolescentes do sexo feminino ocorreram, na maioria dos casos, por meio do uso de medicamentos (psicotrópicos e neurolépticos), seguido de substâncias químicas e métodos violentos. Em contrapartida, os métodos violentos foram os mais utilizados pelos adolescentes do sexo masculino, seguidos de medicamentos e substâncias químicas. Aspectos culturais e sociais devem ser considerados nas diferenças de gênero, pois meninos e meninas são socializados de maneira diferente e a sociedade é mais permissiva com meninos do que com meninas para o uso de comportamentos mais agressivos. Assim, é possível pensar que estas diferenças influenciam na escolha de métodos suicidas mais efetivos por parte dos adolescentes do sexo masculino.

Ficher e Vansan (2008) investigaram aspectos epidemiológicos de adolescentes e jovens com idades entre 10 e 24 anos atendidos em um setor de urgência de um hospital psiquiátrico na cidade de Ribeirão Preto (SP), após tentativa de suicídio e abuso de substâncias psicoativas, durante o período de 1988 e 2004. No período investigado, foram atendidos 1377 casos de tentativas de suicídio de adolescentes na faixa etária investigada, sendo 75 do sexo feminino e 25 do sexo masculino, o que estabelece uma relação aproximada de três para um. Os resultados apontaram uma correlação entre o número de casos atendidos

por tentativa de suicídio e o número de casos atendidos devido ao abuso de substâncias psicoativas, para ambos os sexos. A distribuição das tentativas de suicídio por idade apontou uma proporção mais elevada de casos (43,5%) em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. O estudo verificou ainda que a maioria dos meninos atendidos por tentativa de suicídio encontrava-se na faixa etária de 20 a 24 anos; já as meninas encontravam-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Foram estabelecidos diagnósticos psiquiátricos para 692 casos de adolescentes com tentativa de suicídio. Por fim, o estudo verificou que as histórias clínicas dos adolescentes mostraram que a maioria era proveniente de famílias de pais separados e a tentativa havia ocorrido com mais frequência após discussão com pessoas significativas do núcleo familiar. Além disso, o método mais utilizado pelos adolescentes do sexo masculino e feminino foi o envenenamento (93,9%).

Em estudo com adolescentes entre 10 e 19 anos, no estado de Minas Gerais no período entre 1980 e 2003, foram verificadas taxas mais altas internações decorrentes de tentativa de suicídio entre adolescentes do sexo feminino, numa proporção de três para um (Abasse et al., 2009). Além disso, foi possível observar que o meio mais utilizado pelos adolescentes de ambos os sexos para as tentativas de suicídio foi a auto-intoxicação, sendo que as meninas optaram por este método cerca de três vezes mais. Porém, para a efetivação do ato suicida, o principal meio utilizado pelos jovens foi o enforcamento, seguido de arma de fogo pelos meninos e auto-intoxicação pelas meninas. Adicionalmente, os resultados mostraram que os adolescentes do sexo masculino entre 15 a 19 anos apresentaram maior risco de morte ao longo dos anos, com uma taxa de mortalidade média cerca de duas vezes maior que as adolescentes.

A maioria dos estudos sobre suicídio menciona a depressão como um dos principais fatores de risco ao suicídio, em todas as faixas etárias. Assim, o estudo sobre depressão na adolescência torna-se relevante principalmente ao se considerar que este transtorno desempenha um importante papel diante dos atos suicidas (Baggio et al., 2009; Bahls & Bahls, 2002; Baptista, 2004; Werlang et al., 2005) sendo um dos fatores que mais têm se relacionado com o suicídio na adolescência (Toro et al., 2006). Entre um terço a dois terços dos suicídios em jovens ocorre em adolescentes clinicamente deprimidos (Bahls & Bahls, 2002). O reconhecimento de que crianças e adolescentes podem sofrer de depressão é datado da década de 70 (Barros et al., 2006). Posteriormente, a depressão na adolescência passou a ser considerada comum, podendo manifestar-se por longos períodos de tempo, além de afetar múltiplas funções e causar diversos prejuízos psicossociais. Estudos epidemiológicos sobre depressão sugerem, ainda, um claro predomínio desse transtorno em adolescentes do sexo feminino (Bahls & Bahls, 2002), sugerindo que este pode ser um dos motivos pelos quais as

meninas tentam mais o suicídio do que os meninos. Bella et al. (2010) também investigaram a frequência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, de 8 a 17 anos, que tentaram suicídio, sendo que a depressão foi a patologia mais associada ao suicídio, seguida do transtorno de conduta.

Adolescentes com transtorno depressivo maior apresentam, em geral, humor irritável e instável, com frequentes episódios de explosão e de raiva. Podem, ainda, apresentar perda de energia, apatia, desinteresse, retardo psicomotor, perturbações do sono, alterações de apetite, isolamento, dificuldade de concentração, sentimentos de desesperança, uso e abuso de drogas e, em casos extremos, ideação e comportamento suicida (Bahls & Bahls, 2002). Borges e Werlang (2006) investigaram a presença de ideação suicida em adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos, de uma população não clínica da cidade Porto Alegre, buscando identificar o nível de associação entre ideação suicida e depressão/desesperança. Dos 526 adolescentes da amostra, 36% apresentaram ideação suicida, sendo que, destes, 36% demonstraram sintomas de depressão e 28,6% demonstraram sintomas de desesperança. Dos adolescentes com ideação suicida, a maioria tinha em torno de 15 anos. Além disso, as pesquisadoras verificaram que as variáveis que mais estiveram associadas à ideação suicida foram: sexo feminino, tentativa de suicídio de um amigo, depressão e desesperança. Assim, entende-se que identificar e tratar precocemente sintomas de depressão em adolescentes é um passo importante para a prevenção de ideias e condutas suicidas.

Considerações Finais

Este artigo teve como objetivo discutir aspectos relacionados ao suicídio na adolescência, fatores de risco e características epidemiológicas de adolescentes que tentam suicídio, destacando a questão de gênero e a depressão. A partir dos estudos apresentados, foi possível constatar que o suicídio na adolescência é um fenômeno complexo e multideterminado, no qual fatores de ordem biológica, psicológica, sociodemográfica e cultural interagem entre si. Neste sentido, a prevenção deste grave problema de saúde pública não é uma tarefa fácil (Ministério da Saúde, 2009).

Da mesma forma, a análise dos estudos mais recentes amplia o entendimento acerca dos fatores que predisõem ao comportamento suicida, indicando que, para que se possa atuar de maneira preventiva diante dos comportamentos suicidas, é preciso estar ciente e alerta para os diversos fatores de risco e de proteção (Borges et al., 2005). É importante considerar os aspectos geográficos e culturais que muitas vezes relacionam-se com as tentativas de suicídio, com o intuito de desenvolver explicações multifacetadas sobre as principais causas do fenômeno em questão (Baptista, 2004). De acordo com a Organização Mundial da Saúde

(World Health Organization – WHO, 2010), a restrição ao acesso aos meios de cometer suicídio, a identificação e o tratamento precoce de pessoas que sofrem de doença mental, especialmente a depressão, bem como daquelas que abusam de substâncias, o aperfeiçoamento do acesso aos serviços sociais e de saúde são estratégias efetivas para a prevenção.

Embora a identificação dos fatores de risco ao suicídio seja importante para a prevenção, os profissionais da saúde devem estar atentos para saber interpretá-los e manejá-los de forma adequada. O simples reconhecimento dos fatores de risco não é suficiente para evitar o suicídio, principalmente ao se considerar que muitos adolescentes expostos a diferentes tipos de fatores de risco não desenvolvem pensamentos de morte. Além disso, a ausência dos reconhecidos fatores de risco ao suicídio não impede que um adolescente possa vir a tentar ou cometer o suicídio. Assim, considera-se necessária a avaliação de adolescentes e o tratamento de sintomas depressivos identificados, que podem se constituir numa importante ferramenta de prevenção ao desenvolvimento de pensamentos e comportamentos suicidas. Neste sentido, destaca-se a necessidade de que os profissionais da área da saúde sejam capacitados para a identificação e o manejo destes sintomas, além de conhecer a dinâmica do suicídio e as características de gênero envolvidas neste comportamento. Salienta-se também a importância do aprimoramento e avanço nos estudos sobre os medicamentos antidepressivos específicos para esta faixa etária, já que a maior disponibilidade destes medicamentos em serviços de saúde poderia auxiliar na redução dos casos de suicídio em adolescentes.

Embora neste estudo tenha se destacado a importância da identificação de fatores de risco, é preciso considerar também que o conhecimento a respeito dos fatores de proteção ao suicídio na adolescência é de vital importância para que se construa estratégias de prevenção e para que se possa atenuar os efeitos dos fatores de risco. Dessa forma, o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, envolvendo principalmente a família, grupos de pares e escola, torna-se necessário, promovendo relações mais satisfatórias e maior bem-estar, tendo em vista que os relacionamentos pessoais e a percepção de apoio ocupam um importante papel nesta etapa do ciclo vital.

Considerando que este é um problema que diz respeito não apenas à família das vítimas, mas também aos profissionais de saúde e comunidade como um todo, são necessários novos estudos que investiguem este fenômeno de uma forma multifacetada, buscando uma maior compreensão de sua dinâmica, e que possibilitem a proposição de estratégias de prevenção e intervenção junto a esta população. As equipes de profissionais que trabalham com adolescentes, seja no âmbito da escola ou de serviços de saúde, precisam estar

capacitadas para o trabalho com esta faixa etária. A questão do suicídio na adolescência deve ser combatida, evitando-se que mais jovens recorram à morte voluntária como forma de enfrentamento de dificuldades encontradas ao longo de seu desenvolvimento.

CAPÍTULO III

EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E EXTRAFAMILIAR EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES CONTEXTOS

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes, devido à frequência com que tem sido registrada e às consequências psicossociais que gera, tem sido considerada como um problema de saúde pública que compromete a saúde e a qualidade de vida das pessoas. A violência é classificada como o uso intencional da força física ou poder, que pode resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, privação, além de prejudicar o desenvolvimento (World Health Organization – WHO, 2010). Com relação à criança e ao adolescente, a violência é considerada uma grave violação de direitos, impossibilitando-os de se desenvolverem em condições saudáveis (Pesce, 2009).

Muitos estudos têm verificado que indivíduos expostos a diferentes formas de violência ao longo de seu desenvolvimento apresentam risco aumentado para o surgimento de transtornos ou psicopatologias. Entre os efeitos negativos da violência sobre o desenvolvimento do indivíduo, pode-se citar a baixa autoestima, baixo senso de autoeficácia, comportamento agressivo, sintomas internalizantes e externalizantes, podendo ocasionar quadros psicopatológicos como depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares, comportamento antissocial e comportamento suicida (Cicchetti & Toth, 2005; Kunst, Winkel & Bogaerts, 2010; MacMillan et al., 2001; McDonald & Richmond, 2008; Paolucci, Genuis & Violato, 2001; Pesce, 2009).

Dentre as muitas formas de violência, a violência intrafamiliar e a violência vivenciada em contextos extrafamiliares, como a comunidade e a escola, têm chamado a atenção da mídia, autoridades, professores e pesquisadores devido à alta prevalência e repercussões destes problemas não apenas no Brasil, mas em diversos países (Benetti, Gama, Vitolo, Silva, D'Ávila & Zavaschi, 2006; De Antoni, 2005; Ristum, 2010; Sullivan, Farrell, Kliwer, Vulin-Reynolds & Valois, 2007). Pesquisas sobre a exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos, como é a proposta deste estudo, contribuem para ampliar a compreensão do fenômeno da violência e reforçar, assim, os subsídios teóricos destinados a intervenções com estas populações.

Família e Violência

Numa perspectiva ecológica, a família é considerada o primeiro microsistema no qual a criança interage e constitui-se em uma importante dimensão na vida de todos os indivíduos. Ela é responsável pelo papel de inserir seus membros na cultura, socializando-os, além de ser instituidora das relações primárias (Bronfenbrenner, 1979/1996). O modelo ecológico pressupõe que a família é uma unidade funcional, na qual as relações devem ser estáveis, recíprocas e com equilíbrio de poder entre os membros (De Antoni & Koller, 2000). De acordo com Carter e MacGoldrick (1995), as interações familiares podem ser compreendidas com dinamicidade e são influenciadas por fatores externos e mudanças ao longo de sua história. Neste sentido, pode-se definir a família como um organismo complexo que se altera com o passar do tempo dentro de um sistema ativo em constante transformação, garantindo, assim, o desenvolvimento da família como unidade e assegurando a individuação, independência e continuidade de seus membros.

Está amplamente divulgado na literatura que as relações familiares saudáveis atuam como fator de proteção durante toda a vida, principalmente na adolescência, servindo como base para o desenvolvimento pleno das potencialidades do adolescente (Araújo, 2002; Benda & Corwyn, 2002; Bronfenbrenner, 1998; Carter & MacGoldrick, 1995). A literatura psicológica indica que relacionamentos saudáveis entre os membros da família estão associados ao adequado funcionamento psicológico na vida adulta e podem servir como um fator de proteção para o não envolvimento dos adolescentes em situações de violência extrafamiliares (Benetti et al., 2006; Caminha, 2000; Minuchin & Fishman, 1990; Steinberg, 2000). No estudo de Benetti et al. (2006), as relações familiares adequadas constituíram-se em fator de proteção à exposição de adolescentes à violência comunitária. Em contrapartida, experiências adversas no ambiente familiar e a exposição à violência intrafamiliar, durante a adolescência, podem provocar consequências indesejáveis e acarretar prejuízos cognitivos, psicológicos, comportamentais e sociais (Kunst, Winkel & Bogaerts, 2010) que podem se manifestar a curto ou em longo prazo.

A violência intrafamiliar pode ser vista como um padrão de relacionamento estabelecido pelo grupo familiar ou pode ser fruto de uma crise não resolvida e que, muitas vezes, é ocultada como um segredo entre os membros da família, revelando a coesão doentia do grupo familiar (De Antoni & Koller, 2000). É um fenômeno relacional e multidirecional que envolve ações ou omissões que podem impossibilitar o desenvolvimento pleno e saudável dos indivíduos (De Antoni, Teodoro & Koller, 2009). A alta prevalência da violência intrafamiliar se constitui em sério problema de saúde e em obstáculo para o desenvolvimento social e econômico, além de denunciar a violação dos direitos humanos (Brasil, 2002).

A violência intrafamiliar pode manifestar-se de diferentes formas, sendo classificada em quatro categorias, que constituem os maus tratos: a) abuso físico; b) abuso emocional ou psicológico; c) abuso sexual; e d) negligência (Benetti, 2002; Caminha, 2000; De Antoni, 2005). O abuso físico caracteriza-se pelo uso da força física ou de comportamentos que podem causar dor ou desconforto na criança ou adolescente (De Antoni, 2005), podendo provocar lesões externas, internas ou ambas (Brasil, 2002). Já o abuso emocional ou psicológico refere-se a toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (Brasil, 2002). O abuso sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, com ou sem penetração, na qual o agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou adolescente e tem por intenção estimulá-la(o) sexualmente ou utilizar-se dela(e) para obter satisfação sexual (WHO, 2010). Por fim, a negligência é caracterizada pela falha em prover as condições mínimas necessárias para satisfazer as necessidades básicas da criança ou adolescente, como afeto, alimentação, educação, supervisão e cuidado (Benetti, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (2010) define os maus tratos como todo tipo de abuso físico ou emocional, negligência ou exploração comercial, que resultam em um dano atual ou potencial para a saúde, desenvolvimento, dignidade e sobrevivência da criança ou adolescente e ocorre no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança e poder. A exposição à violência conjugal também é, por vezes, considerada uma forma de maus tratos (WHO, 2010).

Qualquer uma destas formas de violência constitui-se em fator de risco para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Cecconello, De Antoni & Koller, 2003). No entanto, os efeitos da violência ao desenvolvimento do indivíduo são mediados por variáveis múltiplas, desde fatores de risco individuais até fatores de proteção familiares, comunitários ou sociais (Belsky, 1993).

Um estudo brasileiro investigou a ocorrência de maus tratos contra crianças e adolescentes registrados em um Conselho Tutelar no período de 2000 a 2006 e avaliou o conhecimento de profissionais de saúde sobre o assunto (Granville-Garcia, Silva & Menezes, 2008). Foi constatado que os tipos de maus tratos mais registrados foram a negligência e a violência física. Também foi observado que, embora a maioria dos participantes tivesse conhecimento sobre a violência contra crianças e adolescentes, um percentual relativamente alto de profissionais da saúde relatou não conhecer os sinais e sintomas de maus tratos que comumente são apresentados pelas vítimas.

De Antoni e Koller (2000) investigaram fatores de proteção contra a violência em adolescentes maltratadas, revelando que a coesão familiar (proximidade afetiva entre os membros da família) e o uso de práticas disciplinares restritivas e não punitivas incrementam a resiliência da família em casos de violência. Spano, Rivera e Bolland (2010) investigaram se as práticas parentais poderiam ser utilizadas para diminuir os níveis de exposição à violência entre jovens americanos, mostrando que os pais desempenham um importante papel na redução da exposição à violência, através do monitoramento do comportamento dos filhos e de práticas que desencorajam os adolescentes a se exporem em situações de risco.

No estudo nacional, realizado por Zanoti-Jeronymo et al. (2009), com 3017 participantes, de 14 a 17 anos, provenientes de todas as regiões do país, a prevalência de história de abuso físico na infância foi de 44,1%, sendo que 33,8% relataram história de abuso físico moderado e 10,3% abuso físico severo. A prevalência de exposição à violência parental foi de 26,1%, sendo que 7,5% testemunharam violência parental moderada e 18,6% testemunharam violência parental severa na infância. Estes dados demonstram que a ocorrência de abuso físico e exposição à violência parental na infância, relatada por adultos, é uma situação comum durante a infância nos lares brasileiros. Estes autores ainda destacam que no futuro devem ser investigadas as repercussões negativas e os possíveis fatores que possam contribuir no impacto da violência sofrida, tais como idade específica em que ocorreu, tipo de abuso, frequência e duração, fonte (perpetrador) e a relação existente entre vítima e abusador, bem como outros tipos de experiências abusivas interpessoais não familiares e extrafamiliares (na comunidade).

Embora esforços tenham sido feitos no sentido de obter dados sobre a frequência da ocorrência de maus tratos contra crianças e adolescentes, não há uma estimativa global confiável sobre a prevalência destas situações (WHO, 2010). Os serviços de saúde encontram dificuldades para diagnosticar e registrar casos de violência nas famílias (Brasil/Ministério da Saúde, 2002). Entretanto, dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) estimam que aproximadamente 20% das mulheres e cerca de 5 a 10% dos homens relatam ter sido sexualmente abusados quando crianças, enquanto 25 a 50% das crianças relatam história de abuso físico.

Adolescentes expostos a situações de violência no ambiente familiar (tanto como vítimas ou como testemunhas) podem internalizar este padrão de comportamento violento e repeti-lo em diferentes contextos sociais. Autores sugerem que os padrões de relação familiar, assim como o comportamento dos pais e irmãos, são modelos importantes para os adolescentes (Bandura, Ross & Ross, 1963; Caminha, 2000). Pesquisas sobre violência intrafamiliar vêm destacando o fenômeno da multigeracionalidade do problema, indicando

que adultos que foram vítimas de violência intencional e repetitiva aprendem a utilizar-se dela como um meio para resolver conflitos e mediar relações sociais. Este padrão de funcionamento cognitivo comportamental inadequado aprendido na infância é passado de pais para filhos, perpetrando, desse modo, a violência através das gerações (Araújo, 2002; Caminha, 2000; Narvaz & Koller, 2004). A violência familiar também tem sido relacionada com problemas de comportamento agressivo e desafiador opositivo na infância (Pesce, 2009). Além disso, tem sido verificado que as consequências dos maus tratos também podem incluir saúde física e mental prejudicadas por toda a vida (WHO, 2010). Neste sentido, identificar situações de violência vivenciadas por adolescentes em suas famílias é fundamental para o combate e prevenção da multigeracionalidade do problema.

Violência Extrafamiliar

Muitos jovens estão expostos a diferentes tipos de violência fora do âmbito familiar, principalmente na comunidade. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) define a violência comunitária como episódios envolvendo violência ocorridos no contexto social/ambiental de inserção do indivíduo, incluindo agressões, estupros, assaltos, roubos, homicídios, presença de armas e tráfico de drogas. Este tipo de violência engloba a vitimização direta e também o testemunho da violência contra outros (McDonald & Richmond, 2008).

A exposição de adolescentes a este tipo de violência é de alta frequência (Benetti et al., 2006). Adolescentes que vivem em regiões urbanas relatam altas taxas de exposição à violência na comunidade, sendo que cerca de 85% foram testemunhas de alguma forma de violência ao longo de sua trajetória de vida e 70% relatam vitimização direta (McDonald & Richmond, 2008).

Alguns estudos norte-americanos têm investigado o impacto de uma comunidade violenta em adolescentes. Sullivan, Farrell, Kliwer, Vulin-Reynolds e Valois (2007) investigaram a relação entre o autocontrole e o testemunho à violência na comunidade na predição do aumento das frequências de agressão e uso de drogas em 913 adolescentes do estado de Ohio (Estados Unidos). Aproximadamente 56% dos adolescentes relataram já ter testemunhado pelo menos um ato de violência (alguém sendo ameaçado ou fisicamente agredido) e 28% relataram já ter testemunhado múltiplos atos de violência. Além disso, 29% dos adolescentes relataram ter sofrido ameaça ou perseguição; 14% relataram ter sido roubados ou assaltados e 9% relataram ter sido vítimas de tiroteios ou brigas com facas. Os pesquisadores ressaltaram que a exposição à violência na comunidade está relacionada a numerosos resultados negativos para os jovens, incluindo o aumento da frequência de

comportamentos externalizantes, tais como o uso de drogas e agressão. Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker e Gammerman (2003) também investigaram a prevalência da exposição à violência sexual entre adolescentes estudantes de escolas estaduais de Porto Alegre, sendo que 2,3% dos adolescentes relataram ter sido vítimas de violência sexual, 4,5% ter sido testemunhas de algum tipo de violência sexual e 27,9% relataram conhecer alguém que foi vítima de violência sexual. Outro resultado encontrado foi o de que adolescentes vítimas e testemunhas de atos de violência sexual encontram-se mais frequentemente expostos à violência comunitária em geral, em comparação com aqueles adolescentes não expostos à violência sexual. Dessa forma, as pesquisadoras destacaram a necessidade de estudos no país que abordem a amplitude da violência sexual como fenômeno social com múltiplas causas, fatores associados e consequências.

McDonald e Richmond (2008) verificaram, através de uma meta-análise, a relação entre exposição à violência comunitária e sintomas de saúde mental em adolescentes que vivem em áreas urbanas. Os resultados indicaram uma forte relação entre este tipo de violência e sintomas de estresse pós-traumático e agressão. Além disso, foi identificado sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida nos adolescentes expostos à violência. Os pesquisadores também observaram diferenças de gênero com relação aos efeitos da exposição à violência comunitária e sintomas de saúde mental, embora exista pouco consenso na literatura a respeito destas diferenças. Porém, de maneira geral, percebeu-se que as meninas expostas à violência na comunidade estão mais propensas a apresentar sintomas de ansiedade e depressão do que os meninos.

Fowler et al. (2009) também investigaram, em revisão de literatura, os efeitos da exposição à violência comunitária e saúde mental em crianças e adolescentes. Foi verificada associação consistente entre violência comunitária, sintomas de estresse pós-traumático e problemas externalizantes. Entre os problemas externalizantes, o comportamento agressivo é destacado pelos pesquisadores como fortemente associado, em estudos longitudinais, com a exposição à violência comunitária. Os pesquisadores também verificaram que jovens que vivem meio a uma comunidade violenta podem sentir-se continuamente em risco de vitimização por vivenciarem direta ou indiretamente atos como roubos, atividades de gangues, brigas, tiros, dentre outros.

No contexto brasileiro, encontram-se poucos estudos específicos sobre exposição à violência em contextos não familiares no período da adolescência. Para Benetti et al. (2006), em torno de 90% dos adolescentes reportaram terem sido vítimas de pelo menos um episódio de violência direta e/ou indireta e metade da amostra sofreu pelo menos um episódio de violência grave, entendido como situações envolvendo dano físico ao adolescente.

No estudo de Sa, Curto, Bordin e Paula (2009), a exposição à violência urbana (ter amigo que foi estuprado e/ou ferido com faca) mostrou-se associada ao surgimento do comportamento antissocial, enquanto a exposição à violência doméstica mostrou-se como único fator relevante para a manutenção do comportamento antissocial em adolescentes. Os pesquisadores concluíram que o ambiente familiar e uma comunidade violenta parecem ser modelos importantes para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos violentos entre adolescentes.

Muitos dos estudos brasileiros sobre violência extrafamiliar vêm sendo realizados em contextos escolares (Guzzo, 2001; Lisboa & Koller, 2004; Lisboa, 2005; Ristum, 2010). A escola possui um papel fundamental no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social das crianças e adolescentes e uma oportunidade única de socialização (Lisboa & Koller, 2004). É na escola que as crianças e adolescentes começam a exercer sua cidadania, ao serem solicitados a fazer escolhas e tomar decisões. Assim, além do papel da escola enquanto transmissora de conteúdos formais e acadêmicos, faz-se conveniente salientar a sua função enquanto produtora de educação e socialização (Lisboa, 2005). Entretanto, nem sempre a escola está preparada para exercer sua função social (Lisboa & Koller, 2004) e existem muitos motivos que podem influenciar para que isso ocorra. Entre as dificuldades encontradas pelas escolas brasileiras, a violência apresenta-se como um grave problema social e de saúde pública (Guzzo, 2001; Lisboa & Koller, 2004; Ristum, 2010). A violência entre jovens nas escolas tem sido considerada como um importante fenômeno social que pode gerar graves consequências emocionais, cognitivas e sociais. Este fenômeno tem sido observado nas escolas brasileiras e também em diversos outros países (Guzzo, 2001). Atualmente, no Brasil, são desenvolvidos alguns programas que objetivam prevenir a violência nas escolas, dentre os quais, podem ser destacados os programas “Paz na Escola” e “Escola que Protege”, que envolvem a capacitação técnica de professores e educadores para o enfrentamento da violência. Além disso, o programa “Escola Aberta”, que tem como foco crianças e adolescentes em situação de risco, propõe que as escolas sejam abertas aos finais de semana com atividades abertas à comunidade e às famílias dos alunos, visando uma maior aproximação entre família e escola.

Considerando que características de diferentes contextos de desenvolvimento mostram-se associadas à manifestação da violência e que há necessidade de pesquisas que possibilitem uma melhor compreensão desta problemática, o objetivo deste estudo foi observar a ocorrência e o impacto da violência intra e extrafamiliar em adolescentes que vivem em diferentes contextos, assim como os principais autores desta violência, observando diferenças entre os sexos. Para isto, foi desenvolvida uma pesquisa transversal e quantitativa,

com grupos de adolescentes que vivem com suas famílias, em instituições de proteção ou em instituições para cumprimento de medidas socioeducativas.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 946 adolescentes com idades entre 12 e 19 anos ($M=15,42$; $SD=1,67$), sendo 53,4% do sexo feminino e 46,6% do sexo masculino. Os participantes estavam inseridos nos seguintes contextos: *Grupo 1*, 691 adolescentes que estudavam entre a 6ª série do Ensino Fundamental e o 3º ano do Ensino Médio, em escolas públicas da cidade de Porto Alegre/RS e que viviam com suas famílias; *Grupo 2*, 142 adolescentes em conflito com a lei que cumpriam medidas socioeducativas de internação ou internação provisória na Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE); e *Grupo 3*, 113 adolescentes que estavam sob proteção em instituições governamentais de acolhimento, municipais (Fundação de Assistência Social e Cidadania- FASC), estaduais (Fundação de Proteção Especial) e não-governamentais (Ongs conveniadas com a prefeitura de Porto Alegre). A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos destes adolescentes por grupo.

Tabela 1. *Dados Sociodemográficos por Grupo*

	<i>Família</i>	<i>FASE</i>	<i>Abrigos</i>
<i>Sexo</i>	Meninos - 38,9% Meninas - 61,1%	Meninos - 89,4% Meninas - 10,6%	Meninos - 39,8% Meninas - 60,2%
<i>Idade</i>	M= 15,16 DP= 1,56	M= 15,16 DP= 1,56	M= 14,85 DP= 1,43
<i>Série</i>		1ª a 4ª série - 5,9%	1ª a 4ª série - 30%
	6ª, 7ª e 8ª série - 47,2%	5ª, 6ª e 7ª série - 63,7%	5ª, 6ª e 7ª série - 54,4%
	1º e 2º ano - 50,3%	8ª série e 1º ano - 21,5%	8ª série e 1º ano - 10,2%
	3º ano - 2,5%	2º e 3º ano - 8,9%	2º ano - 0,9%
			EJA - 4,5%

Instrumento

Os participantes responderam ao Questionário da Juventude Brasileira (Dell'Aglio, Koller, Cerqueira-Santos & Colaço, 2011) - instrumento composto 77 questões que investigam fatores de risco e proteção no desenvolvimento (em anexo). Para este estudo foram consideradas as variáveis sociodemográficas e as questões 31 e 62 que investigavam a

exposição à diferentes tipos de violência familiar e extrafamiliar, dentre os seguintes: a) ameaça ou humilhação; b) soco ou surra; c) agressão com objetos; d) alguém ter mexido no corpo do jovem sem a vontade do mesmo; e) relação sexual forçada. Estas questões também avaliaram o impacto destes tipos de violência, através de uma escala Likert que variava de um (nada ruim) a cinco (horrrível), além de identificar quem foram os principais autores de violência em cada contexto.

Procedimentos e Considerações Éticas

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes foram assegurados, tendo como base a Resolução nº 196 (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob protocolo número 2009060 (Anexo A). Foi realizado o contato com as instituições responsáveis pelos adolescentes solicitando concordância para a realização do estudo (Termo de Concordância da Instituição – Anexo B). Foi também solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais (Anexo C) ou às instituições (nos casos em que estas mantêm a guarda dos adolescentes). Especificamente para a composição do participantes do Grupo 1 (adolescentes que viviam com suas famílias) foi constituída uma amostra aleatória por conglomerados através de sorteio das escolas públicas municipais e estaduais da cidade de Porto Alegre e, posteriormente, sorteio das turmas de adolescentes em cada escola selecionada. O número de participantes foi obtido através do cálculo amostral, a partir do número total de alunos de ensino fundamental e ensino médio matriculados em escolas públicas de Porto Alegre, com uma margem de erro estabelecida de 4% (Barbetta, 2001). Para acessar os adolescentes do Grupo 2, inicialmente foi realizado contato com a administração central da FASE e posteriormente com os monitores de cada unidade. As coletas foram agendadas para turnos em que os adolescentes não tinham aula, a fim de não prejudicar os estudos. Também se evitou realizar a coleta em dias de visita. Os adolescentes responderam a pesquisa em grupos de 6 a 8 jovens, provenientes de 5 unidades: Internação Provisória, POA I, POA II, Padre Cacique (adolescentes vindos do interior) e CASEF (unidade feminina). Foram convidados a participar todos adolescentes, destas unidades, que tivessem pelo menos a quinta série do Ensino Fundamental e apresentassem condições cognitivas para responder ao instrumento.

Para a composição do Grupo 3, foram considerados os seguintes critérios de inclusão na amostra: ter condições cognitivas para responder ao instrumento e estar há pelo menos 30 dias em acolhimento institucional. Todos os adolescentes que estavam em acolhimento nas instituições contactadas, durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar

do estudo. Dessa forma, a amostragem foi não-probalística, mas tendo em vista que representa 59% do total de adolescentes que possuem os critérios estipulados na rede de acolhimento governamental e não governamental conveniada, estima-se que seja representativa desta população.

Os adolescentes dos três grupos foram convidados a participar do estudo, esclarecendo a voluntariedade da participação, a garantia de sigilo das informações pessoais e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Os adolescentes que concordaram em participar também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D). O instrumento foi aplicado nas próprias escolas, abrigos e nas unidades da FASE, com duração de aproximadamente 60 minutos. Foi disponibilizada a assistência por parte da equipe de pesquisa, que foi capacitada para este tipo de coleta de dados, no caso de participantes que necessitaram de apoio durante ou imediatamente após a realização da coleta de dados.

Análise de dados

Os dados do instrumento foram digitados em uma tabela do programa SPSS, a partir da qual foram realizadas análises descritivas, observando-se frequências, médias e desvios-padrão das variáveis investigadas. Foram realizadas ANOVAS para comparações entre os três grupos de adolescentes no que concerne ao impacto atribuído à violência. Também foram realizados testes de Qui-Quadrado para verificar os autores mais frequentes de violência nos diferentes contextos investigados, assim como diferenças por sexo.

RESULTADOS

Violência Intrafamiliar

Os resultados mostraram diferenças entre os três grupos investigados quanto à exposição aos diferentes tipos de violência intrafamiliar, conforme pode ser observado na Tabela 2. O grupo dos adolescentes que viviam em instituições de proteção (G3) mostrou-se, de maneira geral, o grupo que mais havia experienciado situações de violência no ambiente familiar, seguido do grupo de adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas (G2) e dos adolescentes que viviam com a família (G1). Foram observadas diferenças significativas entre o grupo dos adolescentes sob proteção (G3) e os outros dois grupos, em todos os tipos de violência. Além disso, destaca-se também a incidência da violência física, através de soco ou surra, tanto no G2 como no G3.

Tabela 2. *Percentuais de Ocorrência de Violência Intrafamiliar, por Grupo*

Tipo de violência	G1 (família)	G2 (Fase)	G3 (abrigos)	χ^2	<i>p</i>
Ameaça ou humilhação	20,1	15,5	33(+)	12,72	0,002
Soco ou surra	24,5 (-)	50,4 (+)	50,5 (+)	56,21	<0,001
Agressão com objetos	20,8 (-)	35,3 (+)	52 (+)	52,44	<0,001
Mexer no corpo	2,1 (-)	4,4	21,7 (+)	79,48	<0,001
Relação sexual forçada	0,7 (-)	1,5	16,5 (+)	88,27	<0,001

Nota: (+) resíduos ajustados > 1,96; (-) resíduos ajustados < -1,96

Com relação à frequência de violência intrafamiliar por sexo e por grupo, foi possível constatar que as meninas pertencentes ao grupo dos adolescentes em situações de acolhimento institucional (G3) apresentaram as frequências mais altas de exposição à violência, tanto quando comparadas aos adolescentes masculinos do mesmo grupo quanto quando comparadas às meninas que viviam com suas famílias (G1) e que estavam em cumprimento de medidas socioeducativas (G2). Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das meninas em situação de acolhimento institucional e os outros grupos.

Também foi observada diferença por sexo em cada grupo, tendo sido encontrada diferença significativa apenas no G3 em ameaça ou humilhação ($\chi^2=7,91$; $g/1=1$; $p=0,005$), com frequências mais altas entre as meninas. Foi verificado que os meninos de G1 relataram frequências mais altas de exposição a todos os tipos de violência do que as meninas do mesmo grupo, com exceção de “mexer no corpo contra a vontade”. Em contrapartida,

observou-se que as meninas do G2 apresentaram frequências maiores de exposição à todos os tipos de violência do que os meninos deste mesmo grupo, com exceção de “agressão com objetos”, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3. *Percentuais de Ocorrência de Violência Intrafamiliar por Sexo e por Grupo*

Tipo	Sexo	F	G1 (família)	G2 (Fase)	G3 (abrigos)	χ^2	p
Ameaça ou humilhação	M	84	21,2	15	17,8	2,22	0,32
	F	114	19,4 (-)	20	43,4 (+)	18,85	<0,01
Soco ou surra	M	156	29,8 (-)	50 (+)	35,7	14,91	0,001
	F	135	21,2(-)	53,3(+)	60(+)	48,14	<0,01
Agressão com objetos	M	125	24,2(-)	37,2(+)	37,2	8,20	0,017
	F	120	18,6(-)	20	61,5(+)	56,68	<0,01
Mexer no corpo	M	8	1,1	1,7	7,1(+)	7,16	0,028
	F	35	2,7(-)	26,7(+)	31,3(+)	77,90	<0,01
Relação sexual forçada	M	9	0,8	0	17,1(-)	49,46	<0,01
	F	15	0,7(-)	13,3(+)	16,1(+)	48,85	<0,01

Nota: (+) resíduos ajustados > 1,96; (-) resíduos ajustados < -1,96

Quanto aos tipos de violência intrafamiliar que obtiveram maior impacto, considerando a escala Likert de um (nada ruim) a cinco (horrrível), foi encontrada diferença significativa do impacto atribuído, sendo que em todos os tipos de violência a média foi maior nos adolescentes de G3 (abrigos), conforme é especificado na Tabela 4.

Tabela 4. *Médias e Desvios-Padrão do Impacto da Violência Intrafamiliar, por Grupo*

Tipo de Violência	Famílias M (SD)	Fase M (SD)	Abrigos M (SD)	F	p
Ameaça ou Humilhação	3,36(1,23)	3(1,23)	4,05(1,05)	6,60	<0,002
Soco ou surra	3(1,24)	2,62(1,28)	3,60(1,32)	9,10	<0,001
Agressão com objetos	3,06(1,24)	3,02(1,29)	3,64(1,31)	4,53	<0,01
Mexer no corpo	4,21(0,97)	3,50(1,22)	4,57(0,89)	2,96	<0,06
Relação sexual forçada	4,40(0,89)	4,50(0,70)	4,69(0,47)	0,47	<0,62

Nota: em negrito são apresentados os tipos de violência com diferença estatística entre os grupos.

Quanto aos autores mais frequentes de violência no contexto intrafamiliar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos. De maneira geral, os principais autores de violência foram os pais (mãe e pai) e em segundo lugar os irmãos em todas as questões investigadas, com exceção da questão sobre relação sexual forçada, na qual os padrastos foram identificados como os principais autores de violência. Estes resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. *Percentuais dos Principais Autores de Violência no Contexto Intrafamiliar*

Tipo de violência	N	mãe	Madrasta	Pai	padrasto	irmãos	avós	outros
Ameaça ou humilhação	193	26,5	3,1	33,2	11,9	19,2	4,7	17,1
Soco ou surra	292	43,8	1	31,8	6,2	12	2,4	10,6
Agressão com objetos	246	48,8	0,4	36,6	8,1	5,3	2,4	6,5
Mexer no corpo	43	4,7	0	14	37,2	2,3	4,7	37,2
Relação sexual forçada	23	0	0	4,3	30,4	4,3	13	43,5

Violência Extrafamiliar

Este estudo também investigou a exposição à violência em contextos não familiares, indicando diferenças entre os grupos quanto à frequência da exposição à violência extrafamiliar. Foi possível verificar que os adolescentes de G2 apresentaram frequências mais altas de exposição à violência na maioria dos tipos de violência, seguido de G3 e G1. Entretanto, com relação aos tipos de violência “mexer no corpo contra a vontade” e “relação sexual forçada” os adolescentes de G2 apresentaram frequências menores de exposição do que os outros dois grupos, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6. *Percentuais de Ocorrência de Violência Extrafamiliar, por Grupo*

Tipo de violência	Famílias	Fase	Abrigos	χ^2	<i>p</i>
Ameaça ou humilhação	40	50	45,5	5,13	0,07
Soco ou surra	20,1	52,8	35,5	63,60	0,001
Agressão com objetos	7	36	20	87,52	0,001
Mexer no corpo	5	4,1	10	5,31	0,07
Relação sexual forçada	0,9	0	8,3	33,57	0,001

Com relação à frequência de violência extrafamiliar por sexo e por grupo, foi possível constatar que no G1, os meninos apresentaram frequências mais altas do que as meninas em três dos cinco tipos de violência investigados, visto que nas duas questões sobre abuso sexual “mexer no corpo contra a vontade” e “relação sexual forçada” as meninas tiveram maior exposição. Entretanto, no G2 e G3 as meninas estiveram mais expostas à violência do que os meninos. Especificamente no G2 as meninas tiveram maior exposição à violência do que os meninos, com exceção de “agressão com objetos”. Não foi possível comparar as meninas e meninos deste grupo na questão “relação sexual forçada”, pois nenhum caso foi verificado. Com relação ao G3 as meninas apresentaram frequências mais altas do que os meninos em todos os tipos de violência, com exceção de “soco ou surra”, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Percentuais de Ocorrência de Violência Extrafamiliar por Sexo e por Grupo

Tipo	Sexo	<i>f</i>	G1 (famílias)	G2 (FASE)	G3 (abrigos)	χ^2	<i>p</i>
Ameaça ou Humilhação	M	202	49	48,3	39,5	1,35	0,05
	F	182	33,7(-)	61,5	49,3(+)	9,59	0,008
Soco ou Surra	M	163	33,3(-)	52,6(+)	39,5	12,34	0,002
	F	79	12(-)	53,8(+)	32,8(+)	33,28	<0,001
Agressão com Objetos	M	80	11,2(-)	38,4(+)	18,6	37,11	<0,001
	F	34	4,3(-)	15,4	20,9(+)	26,33	<0,001
Mexer no corpo	M	15	3,5	3,6	4,7	0,14	0,9
	F	34	5,8(-)	8,3	13,4(+)	5,3	0,07
Relação Sexual Forçada	M	4	0,8	0	2	-	-
	F	11	1	0	10,6	-	-

Nota: (+) resíduos ajustados > 1,96; (-) resíduos ajustados < -1,96

Quanto aos tipos de violência extrafamiliar que obtiveram maior impacto, considerando a escala Likert de um (nada ruim) a cinco (horrrível), foi encontrada diferença significativa do impacto atribuído a alguns tipos de violência em cada grupo, sendo que em todos os tipos de violência a média foi maior no grupo dos adolescentes em situação de acolhimento institucional (G3). Os dados sobre o impacto dos diferentes tipos de violência para os adolescentes de cada grupo são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. *Médias e Desvios-Padrão do Impacto da Violência Extrafamiliar, por grupo*

Tipo de Violência	Famílias	Fase	Abrigos	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Ameaça ou humilhação	2,84(1,25)	2,83(1,31)	3,64(1,19)	8,85	<0,001
Soco ou surra	2,73(1,24)	3,06(1,34)	3,16(1,40)	2,36	<0,09
Agressão com objetos	2,81(1,38)	3,18(1,24)	3,57(1,53)	2,36	<0,1
Mexer no corpo	3,50(1,45)	3(1,41)	4,30(1,05)	1,74	<0,18
Relação sexual forçada	4,80(0,44)	-	4,44(1,66)	-	-

Nota: em negrito é apresentado o tipo de violência com diferença estatística entre os grupos. Em “relação sexual forçada” não foi possível realizar a ANOVA, pois apenas dois grupos apresentaram ocorrência e a frequência foi muito baixa.

Os adolescentes apontaram os amigos, colegas, policiais e pessoas estranhas (desconhecidas) como os principais autores de violência no contexto extrafamiliar. Foi possível observar que a maioria dos adolescentes apontou os colegas de escola como os principais autores de “ameaça ou humilhação” e “soco ou surra” e os amigos como sendo os principais autores da violência denominada “mexer no corpo contra a vontade”, conforme pode ser observado na Tabela 9.

Tabela 9. *Percentuais dos Principais Autores de Violência no Contexto Extrafamiliar*

Tipo de Violência	n	amigos	colegas	vizinhos	professores / monitores	policiais	estranhos	outros
Ameaça ou humilhação	380	19,2	37,6	9	3,2	14,5	28,2	7,6
Soco ou surra	234	23,5	31,2	7,3	1,3	22,6	20,5	7,3
Agressão com objetos	111	22,5	9	7,2	2,7	33,3	24,3	11,3
Mexer no corpo	47	38,3	25,5	12,8	2,1	14,9	31,9	0
Relação sexual forçada	12	33,3	0	8,3	0	8,3	41,7	16,7

DISCUSSÃO

Esta pesquisa investigou a exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar em adolescentes que vivem em três diferentes contextos: com suas famílias, em instituições para cumprimento de medidas socioeducativas e em instituições de acolhimento. Os resultados indicaram que o grupo de adolescentes que está sob proteção em instituições de acolhimento (G3) foi o mais exposto à violência intrafamiliar, enquanto o grupo de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (G2) foi o mais exposto à violência no ambiente extrafamiliar. Em ambos os tipos de violência investigados, os adolescentes que vivem com suas famílias (G1) apresentaram menor frequência de exposição à violência.

Os resultados deste estudo revelaram elevados e preocupantes índices de exposição à violência intrafamiliar entre os adolescentes que estão em instituições de acolhimento (G3). Embora tais adolescentes não estejam mais vivendo com suas famílias, foi possível verificar que muitos deles já haviam passado por diferentes formas de violência no âmbito familiar ao longo de seu desenvolvimento. A violência a que estes jovens estiveram expostos pode ter sido um dos motivos que causaram o afastamento de suas famílias e encaminhamento para instituições de proteção, pois a literatura aponta que fatores de risco presentes na família, como a violência, podem contribuir para o ingresso de crianças e adolescentes em instituições de acolhimento (Abaid, 2008; Silva, 2004; Siqueira, Betts & Dell'Aglio, 2006).

Um levantamento nacional (Silva, 2004) investigou os principais motivos para o abrigamento de crianças e adolescentes, dentre os quais podem ser citados: pobreza, abandono, violência doméstica, uso de drogas por parte dos pais ou responsáveis, vivência de rua, orfandade, prisão dos pais ou responsáveis e, por fim, o abuso sexual. Assim, é possível pensar que o fato de estes jovens estarem sob proteção em uma instituição de acolhimento pode representar, em parte, a eficácia dos órgãos responsáveis em identificar e atuar contra situações de abuso, negligência, maus-tratos e violência em geral contra crianças e adolescentes, como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Foi verificada uma maior prevalência de exposição à violência em adolescentes do sexo feminino, tanto no contexto intrafamiliar quanto no contexto extrafamiliar, mas principalmente no contexto intrafamiliar é que foram observadas diferenças maiores entre meninos e meninas, com frequências mais altas de exposição entre as meninas. A literatura psicológica aponta que os meninos estão mais expostos à violência, especialmente no contexto extrafamiliar, constituindo-se num grupo de risco para testemunhar, sofrer e perpetrar atos violentos (Benetti et al., 2006) já que, por apresentarem com mais frequência

comportamentos agressivos e externalizantes, envolvem-se mais em situações de lutas e brigas, roubos, crimes violentos e vandalismo (Kristensen, Oliveira & Flores, 2000). Em contrapartida, as meninas são descritas pela literatura como as maiores vítimas de violência no ambiente familiar (Brasil, 2002) principalmente no que se refere ao abuso sexual e negligência (Sullca & Schirmer, 2006). Porém, as meninas constituíram-se no grupo de maior risco tanto no contexto intrafamiliar como no extrafamiliar, principalmente no que se refere à violência sexual. Este resultado vai ao encontro de outros estudos que mostram que as meninas são as maiores vítimas de violência sexual, tanto no contexto intra (Santos, 2007) como no contexto extrafamiliar (De Antoni et al., 2011) e chegam a ser cerca de três vezes mais expostas a este tipo de violência do que os meninos (Araújo, 2002; Polanczyk et al., 2003; Santos, 2007).

A maior vitimização das adolescentes do sexo feminino pode ser explicada pela construção social de gênero que ainda atribui às mulheres papel de desvalorização, passividade, resignação e submissão (Sullca & Schirmer, 2006), embora mudanças tenham sido observadas neste cenário. Somam-se a isso a aceitação cultural ainda existente de que os homens possuem “direitos” sobre o corpo feminino e a crença de gênero de que os homens são incontroláveis sexualmente, o que parece legitimar o abuso sexual intrafamiliar (Narvaz & Koller, 2004).

Os resultados também revelaram que o grupo que apresentou menor frequência de exposição à violência intrafamiliar foi justamente o grupo dos adolescentes que vivem com suas famílias (G1), corroborando estudos que indicam evidências consistentes de que a família, ainda nos dias de hoje, desempenha um importante papel de proteção no desenvolvimento de seus membros, principalmente no período da adolescência (Minuchim & Fishman, 1990; Pratta & Santos, 2007; Steinberg, 2000). Entretanto, é preciso salientar que, para acessar os adolescentes que estavam vivendo com suas famílias, foram sorteadas escolas públicas e posteriormente a turma de adolescentes em cada escola. Em sequência, foi solicitado que os pais de cada adolescente das turmas sorteadas assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual explicava sobre o que se tratava a pesquisa e temas que seriam abordados. O consentimento informado dos pais sugere a existência de uma família “saudável” e com relacionamento coeso (Lisboa, Habigzang & Koller, 2007). Em casos em que há violência na família, dificilmente os pais teriam interesse na participação do adolescente na pesquisa, já que, na maioria dos casos, como foi verificado neste estudo, os principais autores de violência são os próprios pais. Neste sentido, é possível pensar que os adolescentes cujos pais autorizaram a participação da pesquisa são provenientes de famílias com baixa exposição à violência em relação aos filhos. Portanto, pode-se supor que, caso

todos os adolescentes das escolas sorteadas para a pesquisa tivessem respondido ao instrumento (e não apenas aqueles adolescentes cujos pais autorizaram a participação) os níveis de exposição à violência intrafamiliar nessa população poderiam se revelar superiores. Essa questão não invalida os dados deste estudo, apenas sugere que se deve atentar para um possível viés nos resultados encontrados.

Esperava-se que o grupo de adolescentes em medidas socioeducativas fosse apresentar, assim como o grupo dos adolescentes em acolhimento institucional, altos níveis de exposição aos diferentes tipos de violência intrafamiliar, pois a literatura mostra que a exposição à violência no ambiente familiar é um conhecido fator de risco para o comportamento infrator ou antissocial (Dell’Aglío et al., 2005; Pesce, 2009; Sá et al., 2009). Entretanto, os adolescentes deste grupo apresentaram frequências de exposição à violência intrafamiliar similares aos adolescentes que vivem com suas famílias, com exceção da variável “soco ou surra”, na qual estes adolescentes apresentaram maior exposição (similarmente aos dos adolescentes em instituições de abrigo). A alta exposição à violência física em adolescentes com comportamento infrator ou antissocial já foi verificada entre outros estudos, sugerindo uma associação entre punição física corporal e comportamentos antissociais na infância e adolescência. Salzinger, Feldman, Stockhammer e Hood (2002) sugerem que um contexto familiar caracterizado pela violência, associado às características de temperamento e à busca por *status* social, motiva adolescentes a envolverem-se em grupos de pares com comportamentos violentos. Meneghel, Giugliani e Falceto (1998) também observaram uma relação estatisticamente significativa entre agressividade na adolescência e punição física grave entre adolescentes agressivos e não agressivos de escolas públicas e particulares. Dell’Aglío et al. (2005) investigaram a ocorrência e o impacto de eventos estressores no desenvolvimento de adolescentes que cumpriam medida socioeducativa. Os eventos citados como mais impactantes envolviam relações interpessoais, nas quais frequentemente esteve presente a violência, envolvendo situações de agressão física ou ameaça de agressão por parte dos pais. No estudo de Sá et al. (2009) foi verificado que a exposição a diferentes tipos de violência contribuiu diferentemente para o surgimento ou continuidade do comportamento antissocial dos adolescentes. Assim, dentre uma ampla gama de variáveis associadas à exposição à violência, a punição física grave mostrou-se o único fator associado com a estabilidade dos sintomas de comportamento antissocial nos adolescentes. Portanto, entende-se que a exposição sistemática a modelos de violência, especialmente ao abuso físico, no âmbito familiar pode contribuir para a manutenção do comportamento antissocial em adolescentes.

Este estudo mostrou elevados índices de exposição à violência física, através das variáveis “soco ou surra” e “agressão com objetos”, especialmente nos adolescentes de G2 e G3 no contexto intrafamiliar. Cecconello et al. (2003) argumentam que a utilização da força física na educação de crianças e adolescentes ainda é aceita em nossa sociedade e justificada pelos familiares como uma prática educativa e disciplinar. Quando se trata de crianças, as vítimas de abuso físico muitas vezes não conseguem defender-se da situação, por medo ou por não saberem se expressar verbalmente. Porém, quando são adolescentes e apresentam mais condições físicas e emocionais para lidar com a situação, não suportam a agressão, confrontando-a ou fugindo dela (Cecconello et al., 2003).

Com relação ao contexto extrafamiliar, o grupo que apresentou frequências maiores de exposição à violência, de maneira geral, foi o grupo de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. O estudo de Benetti et al. (2006) encontrou resultado similar, mostrando que os adolescentes expostos às drogas ilícitas e com maior envolvimento com a polícia (como é o caso dos adolescentes de G2) tiveram maior exposição à violência comunitária. Entende-se que a maior exposição à violência extrafamiliar em adolescentes de G2 se deva, em parte, a características de temperamento e personalidade. Indivíduos com comportamento antissocial ou infrator (como os adolescentes do G2) podem apresentar comportamentos como agressividade, desobediência, rebeldia, oposicionismo, temperamento exaltado, baixo controle de impulsos, roubos, fugas (Hein, 2004). Estas características podem estar relacionadas a um maior envolvimento destes adolescentes em comportamentos de risco, atos infracionais e situações de violência no ambiente extrafamiliar, não apenas como autores de violência, mas também como vítimas, justamente por colocaram-se em situações de vulnerabilidade envolvendo diferentes tipos de violência (participação em roubos, assaltos, etc.). Análises intragrupos permitiram observar que as adolescentes femininas de G2 estiveram mais expostas à todos os tipos de violência intrafamiliar como também de violência extrafamiliar quando comparadas aos meninos do mesmo grupo, com exceção de “agressão com objetos”, que tanto no contexto intra como no extrafamiliar os meninos apresentaram frequências maiores. Nenhum adolescente de G2 relatou ter sofrido relação sexual forçada no ambiente extrafamiliar.

Um estudo realizado com 50 meninas infratoras, que possuíam idades entre 13 e 20 anos, revelou a presença de violência intra e extrafamiliar no contexto em que as jovens viviam, compreendendo a exposição das adolescentes a um contexto social e familiar caracterizado por agressões físicas, discussões verbais, ameaças e abuso sexual, envolvimento com o tráfico e uso de drogas, bem como escolhas amorosas por companheiros violentos e também envolvidos no mundo infracional (Dell’Aglia, Santos, & Borges, 2004).

A análise da exposição a diferentes tipos de violência em contextos não familiares revelou que os adolescentes que vivem com suas famílias apresentaram menor exposição. Embora este estudo tenha verificado que os principais autores de violência intrafamiliar sejam os próprios pais e mães dos adolescentes, o ambiente familiar pode funcionar como um importante fator de proteção para crianças e adolescentes, tendo em vista que tanto os adolescentes em situação de acolhimento institucional quanto os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (grupos que não estão em contato direto com suas famílias) apresentaram também maior exposição à violência extrafamiliar. Este dado reforça a importância da família para o não envolvimento dos jovens em situações de violência. Na mesma direção, Patterson e Stouthamer-Loeber (1984) verificaram a influência do monitoramento parental sobre o surgimento e manutenção do comportamento antissocial em adolescentes, indicando uma correlação significativa e negativa entre monitoramento parental e delinquência. Assim, o baixo monitoramento parental mostrou-se associado ao comportamento antissocial, o que reforça a importância de treinamentos para pais para desenvolverem práticas parentais eficazes.

Spano, Rivera e Bolland (2010) investigaram se as práticas parentais poderiam ser utilizadas para diminuir os níveis de exposição à violência entre jovens americanos, mostrando que os pais desempenham um importante papel na redução da exposição à violência, através do monitoramento do comportamento dos filhos e de práticas que desencorajam os adolescentes a se exporem em situações de risco. Em contrapartida, pais que utilizam a violência como uma forma de corrigir os comportamentos indesejáveis de seus filhos podem facilitar a exposição dos jovens à violência extrafamiliar. Nesta direção, o estudo de Abranches e Assis (2011) verificou que crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por parte de pessoas significativas (como por exemplo, os pais ou cuidadores) tornam-se mais vulneráveis a sofrer violência em ambientes extrafamiliares, como escola, comunidade e também nas relações de namoro. De Antoni et al. (2011) também destacam que o abuso sexual extrafamiliar contra adolescentes parece ser um precursor para a exploração sexual comercial infanto-juvenil.

Com relação aos principais autores de violência intrafamiliar, os adolescentes apontaram, em primeiro lugar, os próprios pais e, em segundo lugar, os irmãos em todos os tipos de violência investigados, com exceção “relação sexual forçada”, no qual os autores mais frequentes foram os padrastos. Este resultado corrobora outros estudos já realizados que indicam que, apesar do elevado índice de exposição dos jovens à violência urbana, muitas vezes o ambiente familiar também pode se constituir como um fator de risco ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Araújo, 2002; MacMillan et al., 2001;

Pesce, 2009; Sullca & Schirmer, 2006), principalmente quando há situações de violência. Sullca e Schirmer (2006) também verificaram que os principais autores de violência intrafamiliar (com exceção de estupro) contra adolescentes do sexo feminino foram em primeiro lugar os pais (pai e mãe) e em segundo lugar os irmãos, seguido de tios. As pesquisadoras argumentam que tanto a violência psicológica quanto a violência física são geralmente utilizadas pelos pais como uma medida disciplinar, no intuito de educar seus filhos. De acordo com De Antoni (2005), o abuso físico, apesar de ser criticado e coibido pelos direitos constitucionais, é o tipo de violência de pais/cuidadores contra crianças e adolescentes mais comum e isso pode ser explicado, em parte, pela aceitação cultural da punição física como uma forma de educação. Já a violência psicológica (ou abuso emocional) no âmbito familiar ainda é pouco estudada, apesar de trazer inúmeras consequências negativas para as crianças e adolescentes vítimas (Brodski, 2010). No estudo de Brodski (2010), com universitários, foi encontrada correlação negativa entre abuso emocional e autoestima, afeto positivo e satisfação de vida. Este tipo de violência não tem limites culturais, sociais, ideológicos ou geográficos e está envolta por um pacto de silêncio, que torna difícil o diagnóstico (Abranches & Assis, 2011).

Os adolescentes deste estudo apontaram os amigos e colegas, como sendo os principais autores de violência extrafamiliar, o que sugere a qualidade, nem sempre positiva, das relações entre pares (Bukowski & Sippola, 2001). Considerando que a escola é o principal microsistema no qual se dão as relações entre pares (Lisboa & Koller, 2004) e que os adolescentes participantes apontaram os próprios pares como os principais autores de violência no contexto extrafamiliar, é possível pensar que muitos dos episódios de violência extrafamiliar vivenciados por estes jovens estejam ocorrendo dentro da escola. Este é um dado preocupante, principalmente ao considerar que violência no microsistema escolar pode trazer impactos negativos para a qualidade da educação (Ristum, 2010), estando relacionada a repercussões negativas nos processos de ensino-aprendizagem (Lisboa & Koller, 2004). Por outro lado, os adolescentes de G2 e G3 estavam, no momento da pesquisa, vivendo em instituições nas quais a convivência com pares é intensa e diária, o que poderia gerar mais conflitos, brigas e discussões, refletindo, assim, neste resultado de que os amigos e colegas foram os principais autores de violência.

Com relação ao impacto dos diferentes tipos de violência intrafamiliar, a diferença entre os grupos novamente apareceu, sendo que os adolescentes de G3 tiveram médias mais altas de impacto em todos os tipos de violência intrafamiliar, com diferença significativa em relação aos outros grupos em três tipos de violência. Nas duas questões sobre abuso sexual, não foi observado diferença significativa entre os grupos e foi atribuído maior impacto a

“relação sexual forçada”, sugerindo que independente do contexto de inserção do adolescente, o abuso sexual é sempre percebido como muito ruim pela vítima.

Por fim, foi verificado que os adolescentes de G3 também apresentaram médias mais altas de impacto no contexto extrafamiliar, porém com diferença significativa apenas em “ameaça ou humilhação”. Na questão sobre “relação sexual forçada” não foi possível comparar os três grupos, tendo visto que nenhum adolescente de G2 relatou essa experiência. Resultado semelhante foi verificado no estudo de Poletto, Koller e Dell’Aglío (2008), que investigou o impacto de eventos estressores em adolescentes em situação de acolhimento institucional e adolescentes que viviam com as famílias, sendo que os adolescentes institucionalizados atribuíram maior impacto a estes eventos.

Considerações Finais

Este estudo buscou investigar a ocorrência e o impacto da exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar em adolescentes de três diferentes contextos, identificando também os principais autores de violência em cada contexto. A partir da pesquisa realizada, foi possível verificar a ocorrência de violência na trajetória de vida de muitos dos adolescentes que viviam com suas famílias, que cumpriam medidas socioeducativas e que estavam em instituições de acolhimento, indicando que a exposição a diferentes tipos de violência é frequente na maioria dos contextos de desenvolvimento dos adolescentes.

Os resultados obtidos apontaram diferenças entre os grupos, sendo que os adolescentes que viviam em instituições de acolhimento estiveram mais expostos à violência no ambiente intrafamiliar, enquanto os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas estiveram mais expostos à violência extrafamiliar. O grupo de adolescentes que viviam com as famílias mostrou-se menos exposto à violência intra e extrafamiliar. Além disso, os perpetradores de violência intrafamiliar mais frequentes foram os pais e irmãos dos adolescentes e, no caso de relação sexual forçada, os padrastos. Já para a violência extrafamiliar, os amigos, colegas, policiais e desconhecidos foram os principais autores de violência. Em ambos os tipos de violência (intra e extrafamiliar), os adolescentes em acolhimento institucional atribuíram maior impacto negativo para a violência vivenciada. Pode-se compreender que os adolescentes que se encontram em situação de acolhimento institucional estão numa situação de maior vulnerabilidade, tendo passado por vivências de rupturas de vínculos, e que isto pode contribuir para uma percepção mais negativa dos eventos vivenciados. Desta forma, destaca-se a importância de um acompanhamento a estes jovens, de forma que seus recursos pessoais e sua rede de apoio possam ser fortalecidos.

Os resultados obtidos apontaram diferenças de gênero com relação ao tipo de violência a que os adolescentes estão mais expostos, seguindo o padrão de outros estudos da área. Como esperado, as meninas foram as vítimas mais frequentes de violência sexual, tanto no contexto intrafamiliar como no contexto extrafamiliar.

As diferenças evidenciadas quanto ao tipo de violência experienciada pelos adolescentes em cada contexto revelaram a importância da realização de investigações que considerem as características de adolescentes sempre de forma contextualizada. Os contextos de inserção dos adolescentes ao longo de seu desenvolvimento, se forem adequados, poderão funcionar como mediadores de conflitos (Bronfenbrenner, 1979/1996) e do envolvimento dos adolescentes em situações de violência, já que a família, as instituições de acolhimento e as instituições para cumprimento de medidas socioeducativas são ambientes que deveriam proteger os adolescentes, servindo como mediadores para um desenvolvimento mais adaptativo.

As experiências vividas com a família e com a comunidade constituem-se em padrões de referências para os adolescentes, auxiliando-os a formar suas crenças e valores sobre o mundo e sobre si mesmos, o que poderá ser positivo ou não para um desenvolvimento saudável, dependendo das características desses ambientes. Portanto, os resultados sugerem a necessidade urgente de capacitação de profissionais da área da saúde para atuar em situações de violência, tanto com as crianças e adolescentes vítimas como também com suas famílias, a fim de interromper uma possível multigeracionalidade dos atos violentos.

CAPÍTULO IV

COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES CONTEXTOS

Introdução

A temática do suicídio na adolescência tem recebido maior atenção de pesquisadores ao redor de todo o mundo, devido ao impacto familiar e social envolvido neste comportamento. Embora a incidência deste problema apresente variação nos diferentes países, o comportamento suicida na adolescência é um problema de saúde pública mundial (WHO, 2010). Atualmente, entende-se que a experiência de pensamentos e comportamentos suicidas é um indicativo de sérias dificuldades emocionais e constitui-se em um fator de risco para o suicídio consumado (Bostik & Everall, 2006).

Nas últimas décadas, estudos têm buscado desvendar o “cérebro suicida” e vários tipos de técnicas de imagens cerebrais estão sendo desenvolvidos para detectar a biologia do suicídio (Hjelmeland, 2011; Morais, 2004; Oquendo & Mann, 2000). Neste sentido, o suicídio tem sido associado a comportamentos agressivos, impulsivos e autolesivos. Morais (2004) cita estudos com modelos animais e humanos que sugerem uma estreita relação entre comportamentos agressivos e impulsivos e alguns sistemas de neurotransmissão.

Hjelmeland (2011) considera que a ênfase dada pelas pesquisas atuais ao entendimento dos aspectos genéticos e biológicos do suicídio conduz a uma visão mecanicista dos seres humanos e afirma que fatores biológicos não desempenham um papel crucial em um fenômeno tão complexo. A pesquisadora australiana considera que não há um gene do suicídio e nem uma combinação de genes que causam o mesmo, mas que, se uma potencial predisposição genética se expressa no comportamento suicida, esta depende de uma complexa interação entre os genes e o ambiente. Afirma, ainda, que o ambiente sempre desempenha um papel importante nos indivíduos suicidas e que o contexto cultural é crucial para a pesquisa e prevenção do suicídio.

Um dos principais contextos que tem sido associado com o desenvolvimento do comportamento suicida é o ambiente familiar (Randell et al., 2006). A literatura sobre suicídio na adolescência mostra relações entre comportamento suicida e uma variedade de dificuldades familiares, incluindo relacionamentos disfuncionais com os pais (Bostik & Everall, 2006) e situações de violência física, sexual, negligência e rejeição na infância e adolescência (Benda & Corwyn, 2002; Dieserud et al., 2010; Espinoza-Gomez et al.,

2010; Prieto & Tavares, 2005; Randell et al., 2006). Assim, fatores familiares e contextuais parecem estar envolvidos nas atitudes e na manifestação do comportamento suicida em adolescentes. A violência na família tem sido apontada como um importante fator de risco que pode influenciar na decisão dos adolescentes de cometer suicídio (Bostik & Everall, 2006; Dieserud et al., 2010; Espinoza-Gomez et al., 2010; Prieto & Tavares, 2005; Randell et al., 2006). Jovens que vivenciam violência familiar apresentam um risco de suicídio cerca de três vezes superior do que adolescentes sem história de violência física, sexual, psicológica ou abandono (Rodrigues et al., 2006).

Bostik e Everall (2006) identificaram, através de um estudo qualitativo, uma série de dificuldades de relacionamento dos adolescentes com os pais, no período em que esses tentaram cometer suicídio. Entre essas dificuldades, muitos jovens relataram que tinham relacionamentos tensos e conflituosos com um ou ambos os pais, altos níveis de conflito, raiva, ressentimento e um sentimento de alienação da família, além de terem vivenciado situações de abuso físico e/ou verbal perpetrado por um ou ambos os pais. Outros adolescentes apontaram que os pais eram demasiadamente críticos e possuíam estratégias disciplinares muito rígidas, que dificultavam a independência dos filhos. Os pesquisadores também identificaram que, no período da tentativa de suicídio, o ambiente familiar dificultava o compartilhamento de emoções e sentimentos, concluindo que as dificuldades dos adolescentes com as figuras de apego na família estão diretamente envolvidas com o processo de “tornar-se suicida”.

A exposição à violência em contextos não familiares também tem sido associada com ideação e tentativas de suicídio. McDonald e Richmond (2008) identificaram uma associação positiva entre violência comunitária e ideação suicida em adolescentes. Da mesma forma, a exposição à violência dos pares, no contexto escolar, também se constitui em fator de risco ao suicídio, principalmente no período da adolescência, onde o impacto dos relacionamentos interpessoais com os pares se torna mais importante que em outras fases do ciclo vital. No estudo de Rivers e Noret (2010), os adolescentes envolvidos em situações de *bullying* estiveram mais propensos a apresentar ideação suicida.

Na mesma direção, pesquisas vêm destacando a presença de uma série de eventos estressores ao longo do desenvolvimento de adolescentes com história de tentativa de suicídio, tais como violência física, sexual, negligência, rejeição e luto (Prieto & Tavares, 2005). No estudo de Blaauw et al. (2002), foi encontrada uma associação entre eventos de vida traumáticos, tais como maus tratos físicos, emocionais, abandono e abuso sexual, e risco para o suicídio em adolescentes. Pillai, Andrews e Patel (2008) também

identificaram associações entre o comportamento suicida e violência física e abuso sexual em jovens de 16 a 24 anos.

Outro fator que aumenta consideravelmente o risco para ideação, tentativas e suicídio consumado é o uso de drogas (Rodrigues et al., 2006), especialmente o alcoolismo, que é um diagnóstico frequente em indivíduos jovens que cometeram o suicídio (WHO, 2000). Esposito-Smythers e Spirito (2004) verificaram que adolescentes de populações clínicas e comunitárias, que tentam e cometem suicídio, possuem taxas elevadas de uso de álcool e drogas ilícitas, quando comparados com adolescentes sem história de comportamento suicida. Os pesquisadores observaram que o uso de substâncias também é maior entre adolescentes que contemplam o suicídio do que em adolescentes que apenas tentam. Entretanto, as taxas de uso de substâncias variam entre diferentes tipos de adolescentes suicidas, denominados pela literatura de *multiple attempters* (que tentaram várias vezes o suicídio), *first-time attempters* (que tentaram pela primeira vez), *ideators* (que possuem ideação suicida) e *previously suicidal youths* (jovens “previamente” suicidas). Os pesquisadores consideram que os efeitos do uso de álcool podem se constituir em fator de risco ao suicídio por aumentar o sofrimento psicológico, agressão e distorções cognitivas e por diminuir a capacidade de resolução de problemas. Além disso, comorbidades psicopatológicas, frequentes em usuários de substâncias, aumentam consideravelmente o risco para suicídio.

Resultados de uma autópsia psicológica realizada em adolescentes entre 12 e 19 anos que cometeram suicídio identificou que 85% das vítimas apresentavam ideação suicida, enquanto apenas 18% do grupo controle apresentavam pensamentos de morte. Um número estatisticamente significativo de vítimas possuía história de tentativas de suicídio (40%), abuso de drogas e álcool (70%), comportamento antissocial (70%) e personalidade inibida (65%). O comportamento suicida de pais, parentes e amigos também parece ter contribuído para o suicídio das vítimas (Shafii, Carrigan, Whittinghill & Derrick, 1985).

Além dos fatores contextuais, características individuais parecem amenizar o impacto dos fatores de risco. A autoestima tem sido um dos conceitos mais amplamente estudados no campo da saúde mental e está associada com uma variedade de comportamentos e condições de saúde mental (Thompson, 2010). Muitos estudos têm demonstrado uma forte associação entre baixa autoestima e ideação e tentativas de suicídio (Kokkevi et al., 2010; Thompson, 2010; Wild, Flisher & Lombard, 2004). Thompson (2010) verificou uma associação linear entre comportamento suicida e autoestima. Entretanto, o pesquisador expõe que não é possível afirmar que o

comportamento suicida é uma consequência da baixa autoestima, mas que, o aumento nos níveis de comportamento suicida está fortemente associado com a diminuição dos níveis de autoestima.

Conforme o exposto, múltiplos fatores podem influenciar o desenvolvimento de pensamentos e comportamentos suicidas no período da adolescência. Assim, este estudo investigou a presença de ideação e tentativas de suicídio em adolescentes de diferentes contextos, buscando identificar fatores que podem ter atuado como preditores do comportamento suicida.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 946 adolescentes com idades entre 12 e 19 anos ($M=15,42$; $SD=1,67$), sendo 53,4% do sexo feminino e 46,6% do sexo masculino. Os participantes estavam inseridos nos seguintes contextos: *Grupo 1*, 691 adolescentes (61,1% meninas) que estudavam entre a 6ª série do Ensino Fundamental e o 3º ano do Ensino Médio, em escolas públicas da cidade de Porto Alegre/RS e que viviam com suas famílias; *Grupo 2*, 142 adolescentes (89,4% meninos) em conflito com a lei que cumpriam medidas socioeducativas de internação ou internação provisória na Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE); e *Grupo 3*, 113 adolescentes (60,2% meninas) que estavam sob proteção em instituições governamentais de acolhimento municipais (Fundação de Assistência Social e Cidadania- FASC), estaduais (Fundação de Proteção Especial) e não-governamentais (Ongs conveniadas com a prefeitura de Porto Alegre).

Instrumento

Os adolescentes responderam o Questionário da Juventude Brasileira – Versão Fase II (Dell’Aglia, Koller, Cerqueira-Santos & Colaço, 2011). O instrumento é composto por 77 questões que investigam fatores de risco e de proteção no desenvolvimento, sendo algumas de múltipla escolha e outras em formato *Likert* de cinco pontos sobre intensidade e frequência. Para este estudo foram utilizadas apenas as questões sociodemográficas, as questões 66 e 67 do instrumento (que avaliam pensamentos e tentativas de suicídio, respectivamente) e também as questões 07, 18, 29, 31,32, 33, 34a, 62, 63, 68, 74 e 75 que foram utilizadas para avaliar possíveis preditores de comportamento suicida.

Procedimentos e Considerações Éticas

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes foram assegurados, tendo como base a Resolução nº 196 (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob protocolo número 2009060 (Anexo A). Foi realizado o contato com as instituições responsáveis pelos adolescentes solicitando concordância para a realização do estudo (Termo de Concordância da Instituição – Anexo B). Foi também solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais (Anexo C) ou às instituições (nos casos em que estas mantêm a guarda dos adolescentes). Especificamente para a composição do participantes do Grupo 1 (adolescentes que viviam com suas famílias) foi constituída uma amostra aleatória por conglomerados através de sorteio das escolas públicas municipais e estaduais da cidade de Porto Alegre e, posteriormente, sorteio das turmas de adolescentes em cada escola selecionada. O número de participantes foi obtido através do cálculo amostral, a partir do número total de alunos de ensino fundamental e ensino médio matriculados em escolas públicas de Porto Alegre, com uma margem de erro estabelecida de 4% (Barbetta, 2001). Foram coletados dados em 12 escolas, com uma média de 50 adolescentes em cada uma. Para acessar os adolescentes do Grupo 2, inicialmente foi realizado contato com a administração central da FASE e posteriormente com os monitores de cada unidade. Assim, as coletas foram agendadas para turnos que não coincidiam com o horário de aula dos adolescentes. Também se evitou realizar a coleta em dias de visita. Os adolescentes responderam a pesquisa em grupos de 6 a 8 jovens, provenientes de 5 unidades: Internação Provisória, POA I, POA II, Padre Cacique (adolescentes vindos do interior) e CASEF (unidade feminina). Foram convidados a participar do estudo todos os adolescentes destas unidades, que tivessem cursado pelo menos a quinta série do Ensino Fundamental e apresentassem condições cognitivas para responder ao instrumento.

Para a composição do Grupo 3, foram considerados os seguintes critérios de inclusão na amostra: adolescentes que tinham condições cognitivas para responder ao instrumento da pesquisa e que estivessem há pelo menos 30 dias em acolhimento institucional. Todos os adolescentes que estavam em acolhimento nas instituições contactadas, durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar do estudo. Dessa forma, a amostragem foi não-probabilística, mas tendo em vista que representa 59% do total de adolescentes que possuem os critérios estipulados na rede de acolhimento governamental e não governamental conveniada, estima-se que seja representativa desta população.

Os adolescentes dos três grupos foram convidados a participar, esclarecendo a voluntariedade da participação, a garantia de sigilo das informações pessoais e a possibilidade

de desistência a qualquer momento. Os adolescentes que concordaram em participar também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). O instrumento foi aplicado nas próprias escolas, abrigos e nas unidades da FASE, com duração de aproximadamente 60 minutos. Foi disponibilizada a assistência por parte da equipe de pesquisa, que foi capacitada para este tipo de coleta de dados, no caso de participantes que necessitaram de apoio durante ou imediatamente após a realização da coleta de dados ou no caso de serem identificadas situações de risco iminente.

Análise de dados

Os dados do instrumento foram digitados em uma tabela do programa SPSS. Foram realizadas análises descritivas dos dados biossociodemográficos da amostra. O teste de independência qui-quadrado (3x2) foi empregado para investigar a associação entre o contexto de inserção do adolescente com as variáveis ideação suicida e tentativa de suicídio. Uma análise de variância (ANOVA) foi utilizada para investigar diferenças entre os grupos em relação à idade da primeira tentativa de suicídio e número de tentativas. Por fim, foram executadas análises de regressão logística binária, pelo método de estimação *Stepwise*, para os desfechos ideação suicida e tentativa de suicídio, tendo como preditores as seguintes variáveis: sexo, idade, contexto de inserção do adolescente (grupo), número de pessoas que moram com o adolescente, violência intrafamiliar, violência extrafamiliar, número de eventos estressores, apoio comunitário, autoestima, autoeficácia, espiritualidade, satisfação com a escola, número de drogas experimentadas, ter familiar usuário de drogas e ter amigo próximo usuário de drogas. As variáveis violência intrafamiliar, violência extrafamiliar, eventos estressores, apoio comunitário, autoestima, autoeficácia, espiritualidade e satisfação com a escola foram incluídos no modelo utilizando-se o somatório dos seus itens.

RESULTADOS

Foi verificado que, de todos os adolescentes participantes, 21,9% já pensou em se matar e 10% tentou se matar. Se considerarmos apenas os adolescentes que apresentam ideação suicida (n=207), o percentual de tentativas de suicídio é maior, tendo sido observado em 44,4% (n=92) dos casos.

Foi observada associação significativa entre sexo e frequência de ideação suicida e tentativa de suicídio, conforme pode ser observado na Tabela 10, indicando percentuais mais altos entre as meninas. Não foi observada diferença estatisticamente significativa por sexo com relação à idade na primeira tentativa de suicídio ($t=-0,24$; $gl=74$; $p=0,81$), sendo que os meninos apresentaram médias ligeiramente inferiores ($M=13,04$; $DP=3,6$) do que as meninas ($M=13,20$; $DP=2,42$). Na Tabela 11 são apresentados os dados descritivos das variáveis ideação suicida e tentativas de suicídio nos três grupos. Foram observadas associações significativas entre os grupos tanto em relação à ideação suicida como às tentativas de suicídio. O G3 apresentou maior frequência de casos observados do que o esperado para ambas as condições, enquanto que o G2 apresentou maior frequência de casos observados apenas para tentativa de suicídio.

Tabela 10. *Frequência e Percentual de Ideação e Tentativa de Suicídio, por Sexo*

Sexo	Ideação Suicida			Tentativa de Suicídio		
	<i>f</i>	%	χ^2 (gl)	<i>f</i>	%	χ^2 (gl)
Masculino	63	14,3	27,88(1)**	30	6,8	9,60(1)*
Feminino	144	28,5	Phi=0,17	65	12,9	Phi=0,10

Nota: χ^2 =qui-quadrado; gl=graus de liberdade; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; em negrito são indicados frequências de ideação e tentativa de suicídio maiores do que as esperadas caso a hipótese nula fosse verdadeira.

Tabela 11. *Frequência e Percentual de Ideação e Tentativa de Suicídio, por Grupo*

Grupo	Ideação Suicida			Tentativa de Suicídio		
	<i>f</i>	%	χ^2 (gl)	<i>f</i>	%	χ^2 (gl)
G1	143	20,7	9,05 (2)*	52	7,5	20,71(2)**
G2	27	19	<i>V</i> de	20	14,1	<i>V</i> de
G3	37	32,7	Cramer=0,10*	23	20,4	Cramer=0,15**
Total	207	21,9		95	10	

Nota: χ^2 =qui-quadrado; gl=graus de liberdade; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; em negrito são indicados frequências de ideação e tentativa de suicídio maiores do que as esperadas caso a hipótese nula fosse verdadeira; G1= adolescentes que vivem com as famílias; G2=adolescentes que cumprem medida socioeducativa; G3= adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Na Tabela 12, que apresenta as médias de idade na primeira tentativa de suicídio e o número de tentativas, observou-se que os adolescentes de G3 apresentaram média de idade inferior aos outros dois grupos. Porém, o G2 apresentou maior número de tentativas de suicídio, embora sem diferença significativa.

Tabela 12. *Média de Idade na Primeira Tentativa de Suicídio e Média de Tentativas, por grupo*

Grupo	M idade na primeira tentativa ^a	M de tentativas ^b
G1 (Famílias)	13,19(2,21)	2,10(1,60)
G2 (Fase)	14,82(1,70)	2,95(2,04)
G3(Abrigos)	12,07(2,97)	2,35(2,03)
Total	13,32(2,45)	2,37(1,8)

Nota. ^aF=6,10(2); p=0,01; ^bF=1,38(2); p=0,26.

A Tabela 13 apresenta a solução *stepwise* para os preditores da *ideação suicida* para toda a amostra. Conforme o critério nível de significância menor de 5% para a inclusão dos preditores no modelo logístico, as variáveis idade, grupo ao qual o adolescente pertence, número de pessoas que moram com o jovem, apoio comunitário, autoestima, autoeficácia, espiritualidade, uso de drogas, ter amigo próximo que usa drogas e ter familiar que usa drogas foram excluídas do modelo. A avaliação global do modelo demonstra que a quantidade de variância explicada do desfecho é maior que a variância não explicada do mesmo (Omnibus=144,10(5); p<0,001), e que o modelo possui poucos resíduos (Hosmer-Lemeshow=7,48(8); p=0,48), classificando com sucesso 80,3% dos casos observados.

Tabela 13. *Variáveis Predictoras de Ideação Suicida para a Amostra Total*

Variáveis	B(e.p.)	Wald(gl)	Odds-ratio	95% I.C.	
				Inf.	Sup.
Sexo ^a	1,29(0,29)	18,82(1)**	3,64	2,03	6,52
Violência intrafamiliar	0,44(0,13)	11,07(1)**	1,55	1,19	2,01
Violência extrafamiliar	0,56(0,14)	15,81(1)**	1,75	1,33	2,32
Eventos estressores	0,14(0,05)	7,24(1)*	1,15	1,03	1,27
Satisfação com a escola	-1,11(0,02)	21,92(1)**	0,89	0,85	0,93
Constante	-2,07(0,74)	7,66(1)*	0,12	-	-

Nota. A= Masc.=1 Fem.=2; *p<0,05; **p<0,001; gl=graus de liberdade; IC = intervalos de confiança.

A solução *stepwise* para os preditores de *tentativa de suicídio* para toda a amostra é apresentada na Tabela 14. Segundo o critério de $\alpha=0,05$ para a inclusão dos preditores no modelo logístico, as variáveis idade, grupo ao qual o adolescente pertence, número de pessoas que moram com o adolescente, nível de violência intrafamiliar, apoio comunitário, autoestima, autoeficácia, satisfação com a escola, espiritualidade, uso de droga por amigo próximo e uso de drogas por um familiar foram excluídas do modelo. Embora o modelo de preditores para a tentativa de suicídio tenha apresentado mais resíduos em suas predições que o esperado, conforme indicado pelo índice Hosmer-Lemeshow (14,44(8); $p=0,071$), a quantidade de variância explicada do desfecho é maior que a variância não explicada do mesmo (Omnibus=105,30(4); $p<0,001$). A classificação correta dos casos observados pelo modelo foi de 90,9%.

Tabela 14. *Variáveis Predictoras de Tentativa de Suicídio para a Amostra Total*

Variáveis	B(e.p.)	Wald(gl)	Odds-ratio	95% I.C.	
				Inf.	Sup.
Sexo ^a	1,77(0,48)	13,26(1)**	5,87	2,26	15,24
Violência	0,57(0,17)	10,87(1)**	1,76	1,26	2,48
Extrafamiliar					
Eventos	0,23(0,06)	13,85(1)**	1,26	1,12	1,43
Estressores					
Uso de Drogas	0,42(0,15)	7,85(1)*	1,52	1,13	2,05
Constante	-7,74(1,11)	48,39(1)	-	-	-

Nota. A= Masc.=1 Fem.=2; * $p<0,05$; ** $p<0,001$; gl=graus de liberdade; IC = intervalos de confiança.

A Tabela 15 apresenta os resultados de ANOVAS comparando as médias do três grupos nas variáveis que entraram no cálculo do modelo logístico, demonstrando que os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (G2) e em situação de acolhimento institucional (G3) tiveram médias mais altas que os adolescentes que viviam com as famílias (G1) nas seguintes questões: número de pessoas que moram com o adolescente, violência intra e extrafamiliar, eventos estressores, uso de drogas.

Tabela 15. *Médias e Desvios-Padrão das Variáveis Investigadas, por Grupo*

Variável	Famílias M (SD)	Fase M (SD)	Abrigos M (SD)	F	p
Violência intrafamiliar	0,68(0,95)	1,06(1,09)	1,81(1,51)	51,78	<0,001
Violência extrafamiliar	0,72(0,90)	1,37(1,25)	1,19(1,26)	28,01	<0,001
Eventos estressores	3,30(2,04)	9,65(3,10)	8,1(3,56)	377,01	<0,001
Autoestima	32,72(4,45)	33,06(5,54)	33,80(7,98)	2,03	0,13
Autoeficácia	36,36(6,59)	37,76(6,90)	35,34(7,09)	1,37	0,253
Satisfação com a escola	25,47(5,58)	23,27(6,85)	25,54(6,03)	7,75	<0,001
Uso de drogas	1,23(1,15)	3,57(1,76)	1,55(1,64)	165,70	<0,001

Nota: em negrito são apresentadas as variáveis que tiveram diferenças estatísticas entre os grupos.

A Tabela 16 apresenta os resultados do teste de qui-quadrado comparando as médias dos grupos nas variáveis “ter amigo próximo que usa drogas” e “ter familiar que usa drogas”, indicando que os adolescentes de G2 apresentaram frequências mais altas em “ter amigo próximo que usa drogas”, com diferença estatística em relação aos outros grupos.

Tabela 16. *Percentuais de Ter amigo Próximo e Familiar que Usa Drogas, por Grupo*

Tipo de situação	Famílias	Fase	Abrigos	χ^2	p
Ter amigo próximo que usa drogas	54	90,5	58,5	54,15	<0,001
Ter familiar que usa drogas	56,1	55,5	59,6	0,54	0,763

Por fim, a Tabela 17 indica os percentuais de meninos e meninas em cada grupo, indicando diferenças entre os grupos com relação ao sexo.

Tabela 17. *Percentuais de Adolescentes do Sexo Masculino e Feminino, por Grupo.*

Sexo	Famílias	Fase	Abrigos	χ^2	p
Masculino	38,9	89,4	39,8	123,13	<0,001
Feminino	61,1	10,6	60,2		

DISCUSSÃO

Neste estudo foi investigada a presença de ideação e tentativas de suicídio em adolescentes que viviam com suas famílias (G1), que cumpriam medidas socioeducativas (G2) e que estavam em situação de acolhimento institucional (G3), procurando-se compreender fatores que podem ter contribuído para o surgimento do comportamento suicida na adolescência. Os resultados evidenciaram que 21,9% (n=207) dos adolescentes apresentaram ideação suicida, o que representa cerca de um quinto da amostra. Este dado é semelhante ao resultado de outras pesquisas (Araújo, Vieira, 2010; Toro et al., 2009; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), que sugerem que entre 7 e 40% dos adolescentes da população geral apresentam ou já apresentaram ideação suicida. No estudo de Werlang et al. (2005), também com adolescentes portoalegrenses, foi observada ideação suicida em 35,7% dos adolescentes da população geral, o que representa mais de um terço da amostra. Resultado semelhante foi encontrado por Araújo et al. (2010), que encontrou 22,2% dos adolescentes com ideação suicida.

Este estudo evidenciou uma associação entre ideação suicida e tentativa de suicídio, pois a maioria dos adolescentes que já haviam tido tentativas de suicídio relataram ideação suicida. Apenas três adolescentes que haviam tentado o suicídio disseram nunca ter pensado em se matar, sugerindo maior impulsividade. O alto índice de adolescentes que apresentou ideação suicida (21,9%) representa um dado alarmante, principalmente porque os pensamentos suicidas constituem-se em um fator de risco para o suicídio consumado (Krüger & Werlang, 2010). Entretanto, é preciso levar em consideração que os pensamentos de morte podem se constituir em uma característica comum na adolescência (Werlang et al., 2005), já que neste período o indivíduo pode passar por desequilíbrios e instabilidades extremas (Knobel, 1981) que o levam a questionar o sentido da vida e questões como a morte. Mesmo assim, não se pode ignorar que este é um dado, ao menos, preocupante. Porém, a intensidade, frequência, duração, contexto em que surgem esses pensamentos e a impossibilidade de desvincular-se deles é que irá determinar se o indivíduo está prestes a cometer uma tentativa de suicídio ou não (Araújo et al., 2010).

Com relação ao gênero, foi verificada uma associação entre o sexo feminino e ideação suicida, reforçando a literatura da área que indica que as meninas possuem mais pensamentos de morte (Abasse et al., 2009; Araújo et al., 2010; Baptista, Borges & Biagi, 2004; Borges & Werlang, 2006; Borges, Werlang & Copatti, 2008; Dutra, 2002; Kinyanda et al., 2011; Toro et al., 2009). No presente estudo, dos 207 adolescentes com ideação suicida, 144 (70%) eram do sexo feminino. Este resultado pode ser explicado, em parte, pela maior predisposição das

meninas sofrerem de depressão (Bahls & Bahls, 2002), já que esse é um importante fator de risco para o suicídio consumado (Baptista, 2004; Bella, Fernández & Willington, 2010; Kokkevi et al., 2010). Entretanto, como o instrumento utilizado na presente pesquisa – Questionário da Juventude Brasileira (Dell’Aglío, Koller, Cerqueira-Santos & Colaço, 2011) – não contemplou indicadores de depressão, não se pode afirmar que a depressão foi o motivo pelo qual as meninas apresentaram mais ideiação suicida, embora seja possível pensar que esta questão possa estar relacionada.

Com relação às tentativas de suicídio, foi evidenciado que 10% dos adolescentes já haviam tido pelo menos uma tentativa de suicídio. Este é um percentual significativo, principalmente se considerarmos que a amostra deste estudo é composta por indivíduos jovens, em fase de desenvolvimento. No que tange ao gênero, observou-se que, assim como a ideiação suicida, as meninas tiveram frequências significativamente maiores de tentativa de suicídio do que os meninos e o sexo feminino foi o principal preditor tanto de ideiação como de tentativa de suicídio. Este resultado também é semelhante a outros estudos que indicam que as meninas apresentam o maior número de tentativas de suicídio, apesar de os meninos cometerem mais (Avanci et al., 2005; Dieserud et al., 2010; Ficher & Vansan, 2008; Prieto & Tavares, 2005), já que utilizam estratégias mais violentas (Abasse et al., 2009).

Comparações entre os três grupos de adolescentes e as variáveis de suicídio mostraram que os adolescentes em situação de acolhimento institucional (G3) apresentaram maior frequência de ideiação e tentativa de suicídio, quando comparados com os outros dois grupos, mostrando-se o grupo mais vulnerável ao comportamento suicida. Este grupo também apresentou média de idade inferior ao G1 e G2 no período da primeira tentativa de suicídio. Isto torna este grupo ainda mais vulnerável, principalmente ao considerar que história de tentativa de suicídio anterior é um dos principais fatores de risco para o suicídio consumado em qualquer grupo etário (Rodrigues et al., 2006). É importante lembrar que muitos destes adolescentes são encaminhados para as instituições de acolhimento por estarem sendo expostos a diferentes fatores de risco, especialmente junto a suas famílias, e que vivenciaram situações de rupturas de vínculos. O Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes (Silva, 2004) investigou os principais motivos para o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, dentre os quais podem ser citados: pobreza, abandono, violência doméstica, uso de drogas por parte dos pais ou responsáveis, vivência de rua, orfandade, prisão dos pais ou responsáveis e, por fim, abuso sexual. Estes dados indicam uma sobreposição de diferentes tipos de eventos estressores ao longo do desenvolvimento destes adolescentes. Como já referido, a presença de eventos estressores pode aumentar a vulnerabilidade destes jovens, contribuindo para o desenvolvimento de pensamentos e

comportamentos suicidas (Blaauw et al., 2002; Pillai et al., 2008; Prieto & Tavares, 2005). Além disso, a maior frequência de tentativas de suicídio dos adolescentes de G3 também pode ser explicado pela maior intensidade de sintomas depressivos dos adolescentes em situação de acolhimento institucional (Dell’Aglío, 2000) e pelo maior número de eventos estressores a que estes adolescentes geralmente são expostos antes de serem encaminhados para instituições de acolhimento (Abaid, 2008).

Um estudo verificou diferenças significativas nos índices de depressão em adolescentes em situação de acolhimento e adolescentes que moravam com suas famílias, apontando mais depressão entre as crianças e adolescentes institucionalizados, indicando que a falta de apoio familiar pode servir como um preditor para a depressão (Dell’Aglío, 2000) e, conseqüentemente, para o suicídio, já que depressão e comportamento suicida estão fortemente associados (Baptista, 2004). Na mesma direção, Abaid (2008) investigou sintomas depressivos e eventos estressores em adolescentes que viviam com suas famílias e adolescentes que viviam em instituições de acolhimento. Foi encontrada diferença entre os dois grupos, sendo que os adolescentes institucionalizados apresentaram um número maior de eventos estressores e de sintomas depressivos do que os adolescentes que viviam com suas famílias. Benetti et al. (2010) verificaram que a presença de eventos estressores na adolescência e a exposição à violência estiveram associadas ao diagnóstico de doença mental. Assim, entende-se que a vivência de eventos estressores ao longo do desenvolvimento pode se constituir como um fator de risco para a depressão e também para o comportamento suicida e, assim, podem ser explicadas as elevadas frequências de ideação e tentativas de suicídio nos adolescentes do G3. Além disso, a criança institucionalizada geralmente tem uma visão negativa de si mesma (Dell’Aglío, 2000), o que também pode contribuir na construção dos pensamentos de morte.

Embora os adolescentes de G3 tenham apresentado maior percentual de jovens com tentativas de suicídio, os adolescentes de G2 apresentaram média no número de tentativas superior aos adolescentes de G3 e também apresentaram frequências elevadas de ideação e tentativa de suicídio. Entende-se que a média maior de tentativas de suicídio neste grupo de adolescentes (que apresentou menos ideação suicida do que os outros grupos) pode estar relacionada a alguns traços de personalidade comuns em jovens com comportamento antissocial ou infrator, tal como impulsividade. Hein (2004) afirma que estas pessoas podem apresentar temperamento exaltado e baixo controle de impulsos. É interessante observar que a maioria dos adolescentes de G2 eram meninos, o que também explicaria a maior impulsividade deste grupo. Saucedo-García et al. (2006) compararam o grau de depressão e de impulsividade em uma amostra clínica de adolescentes com tentativa de suicídio, e os

resultados indicaram que depressão está mais associada com sexo feminino e a impulsividade com sexo masculino, embora a depressão tenha sido mais comum do que a impulsividade neste grupo de adolescentes.

A literatura aponta que os adolescentes autores de ato infracional, assim como os adolescentes em acolhimento, costumam apresentar uma história de vida repleta de eventos estressores, incluindo episódios de violência no período anterior ao ato infracional (Dell’Aglío et al., 2006; Loeber et al., 2009; Nardi, 2010; Pacheco, 2004). A exposição à violência na família é apontada por muitos autores como potencializadora de problemas de comportamento na adolescência e envolvimento em situações de risco, pois o modelo negativo experienciado por crianças que vivem em famílias nas quais há violência entre seus membros, associados à falta de supervisão parental (negligência) podem representar fatores de risco para o desenvolvimento do comportamento infrator e/ou antissocial na adolescência (Gottfredson & Hirschi, 1990; Hein, 2004). Além disso, adolescentes autores de atos infracionais estão mais envolvidos com drogas (Pacheco, 2004) e geralmente são expostos a diversos episódios de violência urbana ou comunitária, como sugerem Benetti et al. (2006), que verificaram que adolescentes expostos à drogas ilícitas e com maior envolvimento com a polícia apresentaram maior exposição à violência na comunidade. De acordo com Salzinger et al. (2002), um contexto familiar e social caracterizado pela violência, associado às características de temperamento e à busca por *status* social, motiva adolescentes a envolverem-se em grupos de pares com comportamentos violentos. Para Dell’Aglío et al. (2005), os eventos estressores citados como mais impactantes no desenvolvimento de adolescentes que cumpriam medida socioeducativa envolviam relações interpessoais, nas quais frequentemente esteve presente a violência, envolvendo situações de agressão física ou ameaça de agressão por parte dos pais. Nardi (2010) afirma que alguns adolescentes autores de ato infracional apresentam comportamento violento, o que pode ser explicado pelo padrão de relações estabelecidas dentro de sua família. Dell’Aglío, Santos e Borges (2004) identificaram a presença de violência intra e extrafamiliar no contexto em que viviam adolescentes autoras de ato infracional que cumpriam medida socioeducativa.

No presente estudo, os adolescentes que viviam com suas famílias (G1) apresentaram frequências menores de ideação e tentativa de suicídio do que os outros grupos. Com relação a esta questão, é importante ressaltar que muitos dos adolescentes de G1 também podem ter vivenciado alguns dos episódios de violência e eventos estressores a que os adolescentes de G2 e G3 geralmente são expostos. Porém, tem sido observado que o apoio familiar pode ajudar a amenizar o impacto dos eventos estressores na adolescência (Dell’Aglío, 2000) e, assim, servir como um fator protetivo para diversos comportamentos, dentre eles, o

comportamento suicida. Para Steinberg (2000), o apoio da família se constitui no mais importante fator de proteção na adolescência, pois o afeto e a proximidade familiar podem auxiliar o adolescente a enfrentar as experiências adversas.

Os resultados da análise de regressão logística para o desfecho ideação suicida apresentaram cinco principais variáveis preditoras: sexo feminino, exposição à violência intrafamiliar, exposição à violência extrafamiliar, presença de eventos estressores e satisfação com a escola. Mais especificamente, os resultados da análise de regressão indicaram que pertencer ao sexo feminino pode aumentar em 3,6 vezes o risco de ideação suicida; ter sido exposto à violência intrafamiliar e extrafamiliar aumenta em 55% e 75%, respectivamente; o número de eventos estressores aumenta em 15% e a satisfação com a escola diminui em 11% a ideação suicida dos adolescentes. Já para o desfecho tentativas de suicídio, o modelo de regressão apontou que as meninas têm 5,87 vezes mais chances de tentar o suicídio do que os meninos; ter sido exposto à violência extrafamiliar aumenta em 76% as chances de cometer suicídio; o número de eventos estressores aumenta em 26% e o uso de drogas por parte do adolescente aumenta em 52% as chances de suicídio.

Embora a variável “grupo” não tenha aparecido como preditora de comportamento suicida, os resultados do teste de qui-quadrado (ver Tabela 11) indicaram que o contexto de inserção do adolescente explicou cerca de 10% da ideação suicida e 15% das tentativas de suicídio, mostrando uma clara associação entre o contexto de inserção do adolescente e comportamento suicida. Uma explicação possível para esta variável (grupo) não ter demonstrado poder preditivo no modelo logístico deve-se ao fato de que outras variáveis preditoras apresentaram diferenças maiores entre os grupos (ver tabelas 15, 16 e 17), diminuindo, assim, seu efeito explicativo sobre o comportamento suicida. Além da diferença das variáveis preditoras entre os grupos, algumas outras variáveis também apresentaram diferença nas frequências, como por exemplo, ter amigo que usa droga, que foi muito mais frequente entre os adolescentes que cumprem medida socioeducativa (G3).

Conforme demonstrado, foi verificado que os adolescentes institucionalizados (G2 e G3) tiveram médias maiores de exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar, de eventos estressores, uso de drogas, e ter amigo próximo que usa drogas do que os adolescentes que viviam com suas famílias, demonstrando que existem diferenças entre os grupos. Assim, compreende-se que as frequências mais altas de ideação e tentativa de suicídio nos adolescentes de G2 e G3 podem estar relacionadas aos níveis mais altos de ocorrência destes eventos (violência, eventos estressores, uso de drogas), que são reconhecidos pela literatura como fatores de risco ao suicídio (Blaauw et al., 2002; Esposito-Smythers & Spirito, 2004; Randell et al., 2006; Shafii et al., 1985), mais do que ao contexto em que estão inseridos.

Dessa forma, o risco presente no desenvolvimento destes adolescentes pode estar mais relacionado às vivências anteriores à institucionalização e não ao fato de estarem em acolhimento institucional ou cumprindo medida socioeducativa atualmente.

Também se pode observar que em relação a algumas variáveis não houve diferença entre os grupos. Dentre elas, destaca-se a autoestima e a autoeficácia, ambas variáveis consideradas como positivas ao desenvolvimento. A semelhança entre os grupos pode estar associada à ação de fatores de proteção presentes nos contextos de institucionalização, assim como às características individuais destes adolescentes. Tal dado pode ser interpretado de uma maneira positiva, pois indica que a família não é o único contexto capaz de promover o bem estar e sentimentos positivos com relação a si em crianças e adolescentes, sugerindo que os abrigos e as instituições para cumprimento de medidas socioeducativas também podem se constituir em ambientes de proteção, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Nesta direção, uma pesquisa investigou a manifestação de sintomas de depressão, ansiedade, estresse, estresse pós-traumático e crenças relacionadas ao abuso em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não abrigadas (Habigzang, Cunha & Koller, 2010). Não foram encontradas diferenças significativas entre as participantes em nenhum dos sintomas avaliados, sugerindo que, em situações de abuso sexual, o abrigo não se constitui em fator de risco para o desencadeamento de sintomas psicológicos, podendo representar um fator de proteção temporário (Habigzang et al., 2010). Nardi (2010), em pesquisa com adolescentes portoalegrenses que cumpriam medida socioeducativa, identificou a medida como um importante fator de proteção ao desenvolvimento destes adolescentes. Da mesma forma, entende-se que as situações de acolhimento institucional e de cumprimento de medidas socioeducativas também podem se constituir em contextos protetores, principalmente quando possibilitam o afastamento de outros contextos de maior risco.

É interessante observar que, apesar da ênfase dada pelas pesquisas atuais nas relações familiares violentas como importantes fatores de risco ao suicídio na adolescência (Benda & Corwyn, 2002; Bostik & Everall, 2006; Dieserud et al., 2010; Espinoza-Gomez et al., 2010; Prieto & Tavares, 2005; Randell et al., 2006), este estudo demonstrou que a exposição à violência extrafamiliar esteve mais associada às ideias suicidas dos adolescentes do que a exposição à violência intrafamiliar. Já com relação às tentativas de suicídio, a violência extrafamiliar foi um dos principais preditores, enquanto que a violência intrafamiliar sequer entrou no modelo de regressão.

No presente estudo, a violência extrafamiliar foi o segundo principal preditor de tentativa de suicídio. Tal tipo de violência pode incluir a exposição à violência comunitária e

também outros tipos, como a violência entre pares (*bullying*). Assim, pode-se perceber que a violência extrafamiliar, em suas diferentes formas, representou para este grupo uma importante fonte de sofrimento e angústia, estando fortemente associada às tentativas de suicídio dos adolescentes. Para Brasil et al. (2006), 85,4% dos adolescentes sentem-se inseguros dentro da própria comunidade. Estes dados estão relacionados também com índices de tráfico, assaltos e roubos na comunidade (Brasil et al., 2006). Tais situações de violência na comunidade podem influenciar na percepção que os adolescentes têm do mundo a sua volta e contribuir para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida (McDonald & Richmond, 2008).

Da mesma forma, a violência entre pares pode impactar negativamente a autoestima dos adolescentes e trazer graves consequências emocionais, cognitivas e sociais (Guzzo, 2001; Lisboa & Koller). Na adolescência, período de grandes mudanças e transições, esta questão torna-se ainda mais preocupante, devido ao papel que os adolescentes atribuem ao grupo de pares. Nesta fase, há um distanciamento progressivo dos pais e os jovens procuram ampliar sua rede de relacionamentos interpessoais para fora do âmbito familiar na busca de autonomia e da construção de uma identidade independente (Knobel, 1981). Neste sentido, os relacionamentos com pessoas de fora da família podem assumir um papel central no desenvolvimento destes jovens. Alguns autores como Sullivan (1953), já há muitos anos atrás destacavam a importância dos relacionamentos interpessoais entre pares, sugerindo que tais relacionamentos podem, nesta fase, ser mais importantes para os adolescentes do que o relacionamento com os pais. Neste sentido, a pesquisa de Dell’Aglío (2000) investigou eventos de vida negativos em crianças e adolescentes institucionalizados, sendo que os mais frequentes foram aqueles referentes a desentendimentos com pares, doenças e violência. Na mesma direção, Abaid (2008) também verificou que um dos principais eventos estressores relatados pelos adolescentes foi “discutir com amigos”, demonstrando a importância da relação entre pares e das dificuldades vivenciadas na escola para a saúde e bem estar psicológico de crianças e adolescentes. A pesquisadora também investigou preditores de sintomas depressivos em adolescentes institucionalizados, verificando que um dos principais preditores apontados pelos adolescentes foi sentir-se rejeitado pelos colegas e amigos. Poletto, Koller e Dell’Aglío (2008) identificaram como eventos estressores de maior ocorrência na vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social aqueles referentes a problemas escolares e familiares. Assim, destaca-se a importância do papel da escola no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Finalmente, este estudo observou que o uso de drogas contribui para as tentativas de suicídio dos adolescentes. De acordo com Schenker e Minayo (2005), o uso ocasional de

drogas por adolescentes pode ser considerado uma experimentação comum para esta etapa do desenvolvimento, entretanto, não se espera que adolescentes saudáveis abusem das drogas já que estas são utilizadas, geralmente, como uma forma de amenizar o sofrimento ou para compensar a falta de relacionamentos importantes. O uso de drogas é um conhecido fator de risco para diversos comportamentos negativos aumenta consideravelmente o risco para ideação, tentativas e suicídio consumado (Rodrigues et al., 2006; Esposito-Smythers & Spirito, 2004) Assim, destaca-se a importância de investigar pensamentos de morte em programas de tratamento com usuários de drogas e também em programas de prevenção às drogas.

Considerações Finais

Este estudo investigou a manifestação do comportamento suicida em adolescentes de diferentes contextos. A importância de se estudar esta temática deve-se ao impacto familiar e social envolvido no suicídio de um indivíduo, especialmente de jovens. Além disso, este é um problema de saúde pública e por isso merece ser alvo de novas investigações. Visto que é impossível reverter um quadro de suicídio, a atenção deve ser focalizada nos diversos fatores de risco que subjazem este comportamento.

Pode-se observar a presença de ideação e tentativa de suicídio em todos os grupos de adolescentes que participaram desta pesquisa, porém com frequências muito maiores entre os adolescentes em situação de acolhimento institucional. Entende-se que uma maior frequência de tentativas de suicídio neste grupo esteja relacionada às experiências de vida anteriores, marcadas por muitos eventos estressores, exposição à violência, nas quais geralmente ocorre a vivência de rupturas de vínculos. Soma-se a isso, as características do contexto em que estes adolescentes se desenvolvem, que podem contribuir para a maior vulnerabilidade deste grupo.

Apesar das novas determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) terem proporcionado melhorias para as condições de moradia das instituições de acolhimento, a fim de promover um espaço propício ao desenvolvimento saudável, na prática, as instituições de abrigo demonstram fragilidades em seu funcionamento (Arpini, 2003; Bazon, & Biasoli-Alves, 2000) e nem sempre atuam como fator de proteção e produzem efeitos benéficos para a vida de crianças e adolescentes (Siqueira & Dell'Aglio, 2006). O abrigo é uma medida de proteção provisória e excepcional preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Brasil, 1990) e que é utilizada sempre que os direitos da criança ou do adolescente são violados. As instituições de abrigo, além de representarem um papel protetivo, podem fornecer apoio emocional para as crianças e adolescentes e, neste sentido, é fundamental a qualificação dos profissionais que atuam nestas instituições

(Habigzang et al., 2010). Considerando-se que as vivências negativas destes jovens, anteriores à institucionalização, podem ter mais influência na manifestação do comportamento suicida do que as características do contexto atual, é importante que estes aspectos possam ser trabalhados com estes adolescentes por profissionais da área da saúde mental.

Em suma, o presente trabalho contribuiu para destacar a necessidade de uma maior atenção aos adolescentes em situação de acolhimento institucional, tendo em vista os altos percentuais de ideação suicida e tentativas de suicídio que este grupo apresentou. Destaca-se ainda a importância de focalizar, em programas de prevenção, não apenas a família do adolescente, mas os demais ambientes que estes frequentam, visto que as experiências vividas fora da família têm fundamental importância no período da adolescência e podem ter forte impacto no comportamento suicida.

CAPÍTULO V CONCLUSÕES GERAIS

Os resultados deste estudo contribuíram para dimensionar a frequência de exposição à violência intrafamiliar e extrafamiliar em adolescentes de Porto Alegre, avaliar o impacto desses tipos de violência em diferentes grupos de adolescentes e identificar quem são os perpetradores mais frequentes de violência em cada contexto. Os resultados também permitiram verificar a presença de ideação e tentativa de suicídio nesta população. Além disso, foi possível encontrar variáveis preditoras de suicídio, o que se mostra relevante para identificar indicadores de risco a este comportamento.

Neste sentido, a partir dos resultados apresentados, foi verificado que a exposição dos jovens à violência, tanto no ambiente intrafamiliar quanto no ambiente extrafamiliar, é de alta frequência. Este dado sugere que apesar da existência de uma avançada legislação no Brasil no sentido de proteção integral à criança e ao adolescente (Brasil, 1990), pode ser observada violência intrafamiliar e extrafamiliar no desenvolvimento de muitos adolescentes. Desse modo, pode-se pensar que a violência na adolescência não é uma questão que diz respeito apenas à família das pessoas envolvidas, mas constitui-se em grave problema de saúde pública, que deve ser observado em todos os contextos de inserção dos jovens.

Os resultados apresentados descreveram diferenças entre os adolescentes que viviam com suas famílias (G1), que cumpriam medida socioeducativa (G2) e que estavam em instituições de acolhimento (G3) com relação aos níveis de exposição à violência, demonstrando que os adolescentes de G1 sofreram menos episódios de violência intrafamiliar do que os adolescentes institucionalizados (G2 e G3) e também estiveram menos expostos à violência extrafamiliar. Alguns estudos já demonstraram que indivíduos que sofrem violência intrafamiliar ficam mais vulneráveis a sofrer violência em outros contextos (Caridade & Machado, 2006). Assim, compreende-se que os adolescentes que viviam com as famílias, por terem vivenciando menos episódios de violência intrafamiliar do que os adolescentes dos outros grupos, estão menos vulneráveis também à violência extrafamiliar.

De forma geral, os resultados mostraram que os adolescentes em instituições de acolhimento (G3) vivenciaram mais episódios de violência intrafamiliar do que os adolescentes dos outros grupos, o que certamente está relacionado à causa do afastamento familiar. Em contrapartida, os adolescentes autores de atos infracionais estiveram mais expostos à violência extrafamiliar, revelando que vivenciaram diversas situações de risco que também devem estar relacionadas ao seu comportamento infrator.

Como esperado, foram identificadas diferenças por sexo e grupo em relação aos diferentes tipos de violência, tendo sido observado que as meninas apresentaram, de maneira

geral, maior exposição à violência. No contexto intrafamiliar, as adolescentes do sexo feminino de G3 estiveram consideravelmente mais expostas à violência do que os meninos. No contexto extrafamiliar, as diferenças entre meninos e meninas foram menos evidentes, mas com relação às questões referentes ao abuso sexual as meninas de G1 e G3 tiveram frequências maiores de exposição do que os meninos de seus grupos. No G2 não houve nenhum caso relatado de “relação sexual forçada” no contexto extrafamiliar, provavelmente porque apenas 10,6% dos adolescentes deste grupo eram do sexo feminino e a literatura aponta que as meninas estão mais expostas à violência extrafamiliar do que os meninos (De Antoni et al., 2011).

Foram observados altos níveis de abuso físico tanto no contexto intrafamiliar como no extrafamiliar, através de “soco ou surra” e “agressão com objetos” nos adolescentes de ambos os sexos, principalmente nos grupos G2 e G3. Por outro lado, as meninas estiveram muito mais expostas às questões de violência sexual em ambos os contextos (intra e extrafamiliar) do que os meninos, conforme já é amplamente divulgado na literatura (De Antoni et al., 2011; Polanczyk et al., 2003; Santos, 2007).

Conforme os resultados apresentados no Estudo 3, os adolescentes que viviam em instituições de acolhimento (G3) apresentaram médias mais altas de ocorrência de vários eventos de vida considerados como fatores de risco para um desenvolvimento saudável. Dentre estes, foi verificada maior frequência de exposição à violência intrafamiliar. A violência intrafamiliar gera consequências muito negativas para a pessoa em desenvolvimento (Pesce, 2009) e influencia nas percepções que o adolescente tem dele próprio e acerca do mundo a sua volta. Neste estudo, foi verificado que os próprios pais dos adolescentes foram os principais autores de violência – justamente as pessoas que deveriam proteger o adolescente e servir-lhe como rede de apoio. Assim, entende-se que esta questão pode influenciar na percepção mais negativa dos adolescentes de G3 acerca do impacto dos diferentes tipos de violência. Por outro lado, não houve diferenças significativas entre os grupos acerca do impacto atribuído a “relação sexual forçada”, que foi o tipo de violência ao qual os adolescentes atribuíram maior impacto, indicando que este tipo de violência, independente do contexto de inserção do jovem, é percebido como muito negativo.

Com relação ao suicídio, esta pesquisa apontou como principais preditores de risco para ideação suicida na adolescência as seguintes variáveis: sexo feminino, exposição à violência intrafamiliar, violência extrafamiliar e eventos estressores. A satisfação com a escola constitui-se como um fator de proteção à ideação suicida. Para as tentativas de suicídio, os preditores de risco foram: sexo feminino, violência extrafamiliar, eventos estressores e uso de drogas. A variável “grupo” não entrou no modelo logístico para ideação e/ou tentativa de

suicídio, embora o contexto em que o adolescente vivia tenha sido responsável por cerca de 10% da ideação suicida e 15% das tentativas de suicídio dos adolescentes, indicando uma associação entre o grupo ao qual o adolescente pertence e comportamento suicida. No entanto, os resultados (apresentados no Estudo 3) comparando os três grupos mostraram que os adolescentes de G2 e G3 apresentaram médias superiores aos adolescentes que vivem com as famílias em diversas variáveis consideradas de como risco ao desenvolvimento. Isso indica que certamente existe uma influência do grupo sobre os comportamentos dos adolescentes, incluindo o comportamento suicida, embora o cálculo estatístico não tenha demonstrado esta associação. Uma explicação possível para esta questão é que as outras variáveis preditoras do modelo (violência intra e extrafamiliar, eventos estressores, uso de drogas, sexo feminino e satisfação com a escola) apresentam diferenças estatísticas maiores entre os grupos, diminuindo, assim, o efeito explicativo do contexto (grupo) sobre o comportamento suicida.

Ainda com relação a esta questão, foi verificado que o grupo de adolescentes que apresentou frequências maiores de ideação e tentativa de suicídio foi o grupo dos adolescentes em situação de acolhimento institucional, seguido do grupo de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, mostrando a influência dos contextos sobre o comportamento suicida. A literatura aponta uma série de eventos de vida adversos ao longo da história desenvolvimental de crianças e adolescentes abrigados (Abaid, 2008). Isto pode influenciar para que estes adolescentes desenvolvam pensamentos de morte, já que o jovem que tenta o suicídio normalmente está passando por sérios conflitos e dificuldades emocionais (Bostik & Everall, 2006). Na mesma direção, os adolescentes de G2 tiveram também elevada frequência de ideação e tentativa de suicídio. É interessante observar que, embora os adolescentes de G3 tenham apresentado frequências maiores de ideação e tentativas, os adolescentes de G2 tiveram o maior número de tentativas de suicídio. É conveniente traçar um paralelo deste resultado com a questão da exposição à violência extrafamiliar, visto que os adolescentes de G2 foram os mais expostos à violência extrafamiliar e esta, por sua vez, constituiu-se, no presente estudo, como um dos principais preditores para tentativa de suicídio. Além disso, os resultados deste estudo revelaram que o grupo de adolescentes que apresentou o maior número de eventos estressores e uso de drogas foi o G2.

O grupo de adolescentes que apresentou menos ideação e tentativa de suicídio foi justamente o grupo de adolescentes que viviam com as famílias. Isto pode ser decorrência de estes adolescentes terem experienciado em menor frequência uma série de eventos de vida adversos que os adolescentes dos outros grupos vivenciaram mais, como violência intra e extrafamiliar, eventos estressores, uso de drogas, ter amigo próximo que usa drogas, dentre outros, conforme mostraram os resultados do Estudo 3. Por outro lado, de acordo com

Steinberg (2000), ter relacionamentos familiares afetuosos é o mais importante fator de proteção para que os adolescentes consigam enfrentar situações estressantes, pois a família ajuda a amenizar o impacto dos eventos de vida adversos, constituindo-se em uma importante rede de apoio. Assim, este pode ser um dos motivos pelos quais os adolescentes de G1 apresentaram frequências menores de ideação e comportamentos suicida.

Com relação ao G1, entende-se que pelo tamanho da amostra e pela característica representativa e aleatória da população adolescente matriculada em escolas públicas, os dados encontrados podem ser generalizados para esta população. Entretanto, os dados desta pesquisa não abrangem a população de adolescentes estudantes de escolas privadas. Embora não invalide os resultados, tal limitação deve ser considerada, pois os resultados poderiam ter sido mais diversificados se o estudo tivesse sido ampliado para os adolescentes de escolas particulares.

Outras dificuldades desta pesquisa podem ser apontadas. Dentre elas, destaca-se a questão ética com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) solicitado aos pais dos adolescentes de G1. A exigência do TCLE pode ocasionar um viés nos resultados, pois famílias com dinâmicas de violência, ao tomarem conhecimento dos objetivos da pesquisa, podem ter encontrado receio em permitir a participação de seu filho(a) na pesquisa, negando a participação do mesmo. Sendo assim a maioria os participantes de G1 teriam sido, provavelmente, oriundos de famílias sem dinâmicas de violência. Entretanto, estas dificuldades éticas com relação ao TCLE são frequentes em estudos com crianças e adolescentes vítimas de violência (Lisboa et al., 2007).

Com relação à tentativa de encontrar preditores para comportamento suicida, este estudo não englobou um dos principais fatores de risco ao suicídio descritos pela literatura, que é a depressão. Seria interessante também testar o modelo com amostras clínicas com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou Distímia. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não foi possível observar os efeitos do tempo sobre o comportamento suicida, tampouco sobre as consequências da exposição à violência. Assim, estudos futuros, de caráter longitudinal, poderiam ser realizados considerando esta questão, a fim de possibilitar um modelo explicativo mais completo.

De forma geral, os estudos relatados na presente dissertação apresentaram um panorama geral sobre a exposição à violência e sobre o comportamento suicida em adolescentes portoalegrenses. Os resultados sobre a exposição à violência são semelhantes a outros estudos já realizados (Benetti et al., 2006; Sá et al., 2009; Zanoti-Jeronymo et al., 2009). Entretanto, destaca-se a escassez de estudos nacionais que abordem a temática do suicídio na adolescência, principalmente com amostras de adolescentes de diferentes

contextos de desenvolvimento. Observa-se também a necessidade de, em programas preventivos à violência e ao suicídio, considerar as experiências de vida anteriores, assim como as características dos contextos de inserção ao longo do desenvolvimento destes adolescentes, visto que os contextos de inserção dos jovens, se forem adequados, podem constituir-se como fatores de proteção. Por fim, considera-se importante a necessidade de trabalhos que busquem identificar e atuar precocemente em situações de violência contra adolescentes e, assim, amenizar o impacto deste fator de risco, com o objetivo de minimizar o desenvolvimento da ideação suicida e o número de tentativas de suicídio entre jovens.

REFERÊNCIAS

- Abaid, J. L. W. (2008). *Vivências adversas e depressão: Um estudo sobre crianças e adolescentes institucionalizados*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Abasse, M. L. F., Coimbra, R., Silva, T. C., & Souza, E. R. (2009). Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*(1), 407-416.
- Abranches, C. D., & Assis, S. G. (2011). A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cadernos de Saúde Pública*, *27*(5), 843-854.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, *7*, 3-11.
- Araújo, L. C., Vieira, K., & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, *15*(1), 47-57.
- Arnautovska, U., & Grad, O. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, *31*(1), 22-29.
- Avanci, R. C., Pedrão, L. J., & Costa Júnior, M. L. (2005). Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *58*(5), 535-539.
- Baggio, A., Palazzo, L., & Aerts, D. R. G. C. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, *25*(1), 142-150.
- Bahls, S., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, *6*, 49-57.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S.A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *66*, 3-11.
- Baptista, M. N. (2004). Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais. In M. N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações* (pp. 3-22). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Borges, A., & Biagi, T. A. T. (2004). Pesquisas de suicídio no Brasil. In M. N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações* (pp. 23-32). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barbetta, P. A. (2001). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: UFSC.

- Barros, A. P. R., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F. & Castanha, A. R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia, 23(1)*, 19-28
- Baumrind, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. In S.E. Dragastin & G. H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle* (pp. 117-143). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bella, M. E., Fernández, R., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y transtorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría, 108(2)*, 124-129.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*, 413-434.
- Benda, B. B., & Corwyn, R.F. (2002). The effect of abuse in childhood and in adolescence on violence among adolescents. *Youth & Society, 33(3)*, 339-365.
- Benetti, S. P. C. (2002). Maus tratos da criança: Abordagem preventiva. In. C. H. Hutz (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 131-150), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benetti, S. P. C., Gama, C., Vitolo, M., Silva, M. B., D'Avila, A., & Zavaschi, M. L. (2006). Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. *PSICO, 37(3)*, 279-286.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress, 15(1)*, 9-16.
- Borges, V. R. & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11(3)*, 345-351.
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G., & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói (USCS), 11(1)*, 109-123.
- Bostik, K. E., & Everall, R. (2006). In my mind I was alone: Suicidal adolescents' perceptions of attachment relationships. *International Journal for the Advancement of Counselling, 28(3)*, 269-287.
- Brasil (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Diário Oficial da União. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. *Cadernos da Atenção Básica, nº 8*, Brasília.

- Brasil (2009). *Projeto juventude e prevenção à violência*. Retrieved in 10/05/2010 from: http://www.forumseguranca.org.br/institucional/wpcontent/uploads/2009/11/relatorio_pjp_v_2009.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, Unicamp.
- Brodski, S. K. (2010). *Abuso emocional: Suas relações com autoestima, bem-estar subjetivo e estilos parentais em universitários*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).
- Bukowski, W. M., & Sippola, L. K. (2001). Groups, individuals, and victimization: A view of the peer system. In S. Graham & J. Juvonen (Eds.), *Peer harassment in school* (pp 355-377). New York: Guilford.
- Caminha, R. (2000). A violência e seus danos à criança e adolescente. In AMENCAR (Ed.), *Violência Doméstica* (pp. 43-60). Brasília, UNICEF.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimização à perpetração. *Análise Psicológica*, 4(24), 485-493.
- Carter, B., & MacGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cassorla, R. M. S. (1991). *Da morte: Estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.
- Cecconello, A. M., De Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 45-54.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Conselho Nacional de Saúde (1996). Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução 196/96*.
- Daber, A. V. S., & Baptista, M. N. (2004). Suicídio e saúde mental na mídia. In M. N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações* (pp. 239-262). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dell’Aglío, D. D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Dell’Aglío, D. D., Santos, S. S., & Borges, J. L. (2004). Infração juvenil feminina: Uma trajetória de abandonos. *Interação em Psicologia*, 8(2), 191-198.

- Dell’Aglío, D. D., Benetti, S. P., D’Incao, D. B., & Leon, J. S. (2005). Eventos estressores no desenvolvimento de meninas adolescentes cumprindo medidas sócioeducativas. *Paidéia*, 15 (30), 119-129.
- Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., & Colaço, V. F. R. (2011). Revisando o Questionário da Juventude Brasileira: Uma nova proposta. In D. D. Dell’Aglío & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e Juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 259-270). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2000). A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 347-381.
- De Antoni, C. (2005). *Coesão e hierarquia em famílias com histórias de abuso físico*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- De Antoni, C., Teodoro, M. L. M., & Koller, S. H. (2009). Coesão e hierarquia em famílias fisicamente abusivas. *Universitas Psychologica*, 8(2), 399-411.
- De Antoni, C., Yunes, M. A. M., Habigzang, L., & Koller, S. H. (2011). Abuso sexual extrafamiliar: Percepções das mães de vítimas. *Estudos de Psicologia*, 28(1), 97-106.
- Dieserud, G., Gerhardsen, R. M., Weghe, H. V., & Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts. *Crisis*, 31(5), 255-264.
- Dutra, E. (2002). Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In C. S. Hutz (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 53-87). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Espinoza-Gomez, F., Zepeda-Pamplona, V., Hernández-Bautista, V., Herández-Suárez, C.M., Newton-Sánchez, O.A., & Plasencia-Garcia, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52(1), 213-219.
- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 77- 88.
- Ficher, A. M. F. T., & Vansan, G. A. (2008). Tentativas de suicídio em jovens: Aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 361-374.
- Fowler, P. J., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, A., & Baltes, B. B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21, 227-259.

- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 48(3), 245-249.
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford Univ. Press.
- Granville-Garcia, A., Silva, M. J. F., & Menezes, V. A. (2008). Maus tratos a crianças e adolescentes: Um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 8(3), 301-307.
- Grossman, E. (1998). A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana*, 1, 68-74.
- Guzzo, R. (2001). Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia na escola: Desafios do novo milênio para a psicologia escolar. In Z.A.P. Del Prete (Eds.), *Psicologia escolar e educacional – saúde e qualidade de vida* (pp.25-42). Campinas: Alínea.
- Habigzang, L. F., Cunha, R. C., & Koller, S. H. (2010). Sintomas psicopatológicos em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não abrigadas. *Acta Colombiana de Psicología* 13(1), 35-42.
- Hein, A. (2004). Factores de riesgo y delincuencia juvenil: Revisión de la literatura nacional e internacional. Fundación Paz e Ciudadanía. Retrieved in Sep 04, 2010, from http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090623190509.pdf.
- Hjelmeland, H. (2011). Cultural context is crucial in suicide research and prevention. *Crisis*, 32(2), 61-64.
- Kinyanda, E., Kizza, R., Levin, J., Ndyabangi, S., & Abbo, C. (2011). Adolescent suicidality as seen in rural northeastern Uganda. *Crisis*, 32(1), 43-51.
- Knobel, M. (1981). A síndrome da adolescência normal. In A. Aberastury & Knobel (Eds.), *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico* (pp. 24-62), 10ªed. Trad. S. M . G. Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas. Original publicado em 1970.
- Koller, S. H. (1999). Violência doméstica: Uma visão ecológica. In Amencar (Ed.), *Violência doméstica* (pp. 32-42). São Leopoldo: Amencar/UNICEF.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2), 1-5.
- Krüger, L. L., & Werlang, B. S. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.

- Kunst, M., Winkel, F. W., & Bogaerts, S. (2010). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among victims of violence applying for state compensation. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(9), 1631-1654.
- Lisboa, C. S. M., & Koller, S. H. (2004). Interações na escola e processos de aprendizagem: Fatores de risco e proteção. In A. Bzuneck & E. Boruchovitch (Eds.), *Aprendizagem e escola* (pp. 201-224). Petrópolis: Editora Vozes.
- Lisboa, C. S. M. (2005). *Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Lisboa, C. S. M., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2007). Ética na pesquisa com temas delicados: estudos em psicologia com crianças e adolescentes e violência doméstica. In I. C. Z. Guerriero, M. L. S. Schmidt & F. Zicker (Eds.), *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde* (pp. 176-192). São Paulo: Editora Hucitec.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 291-310.
- McDonald, C. C., & Richmond, T. R. (2008). The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 833-849.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., & Jamieson, E. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1878-1883.
- McDonald, C. C., & Richmond, T. R. (2008). The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 833-849.
- Meneghel, S. N., Giugliani, E. J., & Falceto, O. (1998). Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública, 14*, 327-335.
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública, 38*(6), 804-810.
- Mercy, J. A., Kresnow, M., O'Carroll, P., Lee, R., Powell, K., Potter, L., Swann, A., Frankowski, R., & Bayer, T. (2001). Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology, 154*(2), 120-127.

- Minayo, M. C. S. (1990). A violência na adolescência: Um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(3), 278-292.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1990). Famílias. In S. Minuchin, & H. C. Fishman (Eds.), *Técnicas de terapia familiar* (pp. 21-36). Porto Alegre: Artmed.
- Morais, P. R. (2004). Neurobiologia da depressão e suicídio. In M. N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações* (pp. 23-32). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nardi, F. L. (2010). *Adolescentes em conflito com a lei: percepções sobre família, ato infracional e medida socioeducativa*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2004). Famílias, gêneros e violências: Desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In M. N. Strey, M. P. R. Azambuja., & F. P. Jaeger (Eds.), *Violência, gênero e políticas públicas* (pp. 149-176). Porto Alegre: Editora da PUCRS.
- Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 11-25.
- Pacheco, J. (2004). *A construção do comportamento anti-social na adolescência: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais*. Tese de doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Patterson, G., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 507-518.
- Pillai, A., Andrews, T., & Patel, V. (2009). Violence, psychological distress and the risk of suicidal behavior in young people in India. *International Journal of Epidemiology*, 38, 459-469.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 8-14.
- Poletto, M., Koller, S. H., Dell’Aglio, D. D. (2008). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, 455-466.

- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Puentes-Rosas, E., López-Nieto, L., & Martínez-Monroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 16(2), 102-109.
- Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C., & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 456-464.
- Rivers, I., & Noret, N. (2010). Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. *Crisis*, 31(3), 143-148.
- Ristum, M. (2010). Violência na escola, da escola e contra a escola. In S. G. Assis, P. Constantino & J. Q. Avanci (Eds.), *Impactos da violência na escola: um diálogo com professores* (pp. 65-93). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/MEC.
- Rodrigues, R. S., Nogueira, A.F.M., Antolini, J., Berbara, V., & Oliveira, C. (2006). Suicídio em jovens: Fatores de risco e análise quantitativa espaço temporal. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, 2(7), 177-188.
- Sa, D. G. F., Curto, B. M., Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. (2009). Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia Teoria e Prática*, 11(1), 179-188.
- Salzinger, S., Feldman, R.S., Stockhammer, T., & Hood, J. (2002). An ecological framework for understanding risk for exposure to community violence and the effects of exposure on children and adolescents. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 7, 423-451.
- Santos, S. (2007). *Mães de meninas que sofreram abuso sexual intrafamiliar: Reações maternas e multigeracionalidade*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Schwartz, K. A., Pyle, S. A., Dowd, D., & Sheehan, K. (2010). Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. *Pediatrics*, 125, 221-227.
- Shaffii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Journal Psychiatric*, 142 (9), 1061-1064.

- . Silva, E. R. A. (2004). *O direito à convivência familiar e comunitária: Os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*: Brasília: IPEA/CONANDA.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(2), 149-158.
- Spano, R., Rivera, C., & Bolland, J. M. (2010). Does parenting shield youth from exposure to violence during adolescence? A 5-year longitudinal test in a high-poverty sample of minority youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 1-20
- Sposito, M. (1994). A sociabilidade juvenil e a rua: Novos conflitos e ação coletiva na cidade. *Revista Tempo Social*, 5(1), 161-178.
- Steinberg, L. (2000). The family at adolescence: Transition and transformation. *Journal of Adolescent Health*, 27, 170-178.
- Sullca, T. F., & Schirmer, J. (2006). Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno – Peru. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(4), 578-585.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, T., Farrell, S., Kliwer, W., Vulin-Reynolds, M., & Valois, R. (2007). Exposure to violence in early adolescence: The impact of self-restraint, witnessing violence, and victimization on aggression and drug use. *Journal of Early Adolescence*, 27(3), 296-323.
- Thompson, A. H. (2010). The suicidal process and self-esteem. *Crisis*, 31(6), 311-316.
- Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista da Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308.
- Waiselfisz, J. J. (2011). *Mapa da violência 2011: Os Jovens do Brasil*. Brasília: Instituto Sangari.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.
- Vieira, L. J. E. S., Freitas, M. L. V., Pordeus, A. M. J., & Silva, J. G. E (2009). Amor não correspondido: Discursos de adolescentes que tentaram o suicídio. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(5), 1825-1834.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: Associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27, 611-624.

- World Health Organization (2000). *Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff*. Recuperado em 29 de outubro de 2011, from http://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf.
- World Health Organization (2010). *Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva*. Retrieved in 10/05/2010 from http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf.
- Zanoti-Jeronymo, D. V., Zaleski, M., Pinsky, I., Caetano, R., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2009). Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2467-2479.

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

REGISTRO NUMERO. 2009060

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 2009060

Título do Projeto.

Adolescência em Diferentes Contextos: Família e Institucionalização

Resquisador(es):

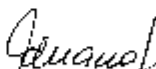
Debora Dalbosco Dell Aglio

Cristina Benites Tronco

Juliana Borges Sobigo

O projeto atende aos requisitos necessários. Está **aprovado** pelo CEP-Psicologia por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução nº196/96 e complementares do CONEP e Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo de pesquisa devem ser comunicadas a este Comitê. Devem também ser apresentados anualmente relatórios ao Comitê, inicialmente em 07/01/2011, bem como ao término do estudo.

Aprovado, em 07/01/2010.


Comitê de Ética em Pesquisa
Registro: 25000.089325/200958
Instituto de Psicologia - UFRGS

ANEXO B

Termo de Concordância da Instituição

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PPG PSICOLOGIA
TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Direção da Instituição

Através de um Projeto de Pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS) estamos investigando fatores de risco e proteção em adolescentes, abordando aspectos relacionados à educação, saúde, trabalho, comportamentos de risco, fatores de risco e fatores protetores sociais e pessoais. Para isso, o adolescente preencherá um questionário que abordará questões relacionadas à família, educação, saúde (incluindo sexualidade e drogas), humor, trabalho, lazer, violência, rede de apoio social, religiosidade, autoestima e autoeficácia.

A aplicação do questionário será realizada nas dependências físicas da instituição, com duração de aproximadamente 60 minutos e será solicitada a concordância dos adolescentes e seus responsáveis na participação da pesquisa, sendo tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Os participantes serão informados de que sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição. Os adolescentes que concordarem também poderão participar da segunda etapa da pesquisa, que será realizada após um período de um ano, com uma reaplicação do questionário. A qualquer momento, tanto os participantes, como a instituição, poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a esse estudo. Os dados obtidos através da escala e do questionário serão guardados no Instituto de Psicologia da UFRGS e destruídos após o período de cinco anos.

Na eventualidade de detectarmos sinais de risco físico ou psicológico nos participantes do estudo, será feito contato com a instituição ou profissional responsável para o encaminhamento das observações. Haverá uma devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Débora Dalbosco Dell'Aglio.

Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através dos telefones 99831998 ou 33085253. Esse documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, fone (51) 33085441, e-mail: cep-psico@ufrgs.br

Concordamos que os adolescentes inseridos nessa instituição participem dessa pesquisa.

Assinatura do responsável pela Instituição

Data __/__/__

Assinatura da Pesquisadora do NEPA/UFRGS

Data __/__/__

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Pais ou Responsáveis

UFRGS - INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PPG PSICOLOGIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos Senhores Pais ou Responsáveis

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo investigar fatores de risco e proteção em adolescentes, abordando aspectos relacionados à educação, saúde, trabalho, comportamentos de risco, fatores de risco e fatores protetores sociais e pessoais. Para isso, o adolescente preencherá um questionário que abordará questões relacionadas à família, educação, saúde (incluindo sexualidade e drogas), humor, trabalho, lazer, violência, rede de apoio social, religiosidade, autoestima e autoeficácia.

A aplicação do questionário tem duração de aproximadamente 60 minutos. Serão tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Os participantes serão informados de que sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição. Os adolescentes que concordarem também poderão participar da segunda etapa da pesquisa, que será realizada após um período de um ano, com uma reaplicação do questionário. A qualquer momento, tanto os participantes, os responsáveis ou a instituição, poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a esse estudo. Os dados obtidos através do questionário serão guardados no Instituto de Psicologia da UFRGS e destruídos após o período de cinco anos.

Na eventualidade de detectarmos sinais de risco físico ou psicológico nos participantes do estudo, será feito contato com a instituição ou profissional responsável para o encaminhamento das observações. Haverá uma devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Débora Dalbosco Dell’Aglío.

Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através dos telefones 99831998 ou 33085253. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, fone (51) 33085441, e-mail: cep-psico@ufrgs.br

Autorização: Eu _____ (nome do responsável pelo participante) fui informado dos objetivos e da justificativa dessa pesquisa, sobre fatores de risco e proteção em adolescentes, de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento, dos riscos previstos e benefícios esperados. Terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa, em qualquer momento do processo. Ao assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os meus direitos legais serão garantidos e não renuncio a quaisquer direitos legais. Ao assinar esse Termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando que meu filho participe desse estudo.

Autorizo a participação de meu filho nesse estudo ()sim ()não

Assinatura do responsável

Data __/__/__

Assinatura da Pesquisadora do NEPA/UFRGS

Data __/__/__

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Adolescentes

UFRGS - INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PPG PSICOLOGIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos Adolescentes

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo investigar fatores de risco e proteção em adolescentes, abordando aspectos relacionados à educação, saúde, trabalho, comportamentos de risco, fatores de risco e fatores protetores sociais e pessoais. Sua participação consistirá em preencher um questionário que abordará questões relacionadas à família, educação, saúde (incluindo sexualidade e drogas), humor, trabalho, lazer, violência, rede de apoio social, religiosidade, autoestima e autoeficácia.

A aplicação do questionário tem duração de aproximadamente 60 minutos. Serão tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição. Se você concordar também poderá participar da segunda etapa da pesquisa, que será realizada após um período de um ano, com uma reaplicação do questionário. A qualquer momento você poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a esse estudo. Os dados obtidos através do questionário serão guardados no Instituto de Psicologia da UFRGS e destruídos após o período de cinco anos.

Na eventualidade de você se sentir desconfortável ao responder o questionário, você poderá solicitar para realizar um intervalo ou interromper a aplicação. Caso seja necessário, você poderá ser encaminhado para algum serviço que ofereça atendimento psicológico. Haverá uma devolução dos resultados finais do estudo, de forma coletiva. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Débora Dalbosco Dell’Aglia.

Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através dos telefones 99831998 ou 33085253. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, fone (51) 33085441, e-mail: cep-psico@ufrgs.br

Autorização:

Eu _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos e da justificativa dessa pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento, dos riscos previstos e benefícios esperados. Terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa em qualquer momento do processo. Ao assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os meus direitos legais serão garantidos e não renuncio a quaisquer direitos legais. Ao assinar esse Termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando em participar desse estudo.

Assinatura do participante

Data __/__/__

Assinatura da Pesquisadora do NEPA/UFRGS

Data __/__/__

