



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Ideação Suicida em Jovens Estudantes do Concelho de Santa Cruz da Graciosa

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA

Daniela Bettencourt Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Luis Maia

Covilhã, fevereiro de 2018

“Talvez todos nós soubéssemos que este dia chegaria, apenas foi uma questão de tempo até eu não conseguir aguentar mais a pressão que é... estar vivo”.

Manuel Jorge Melo

AGRADECIMENTOS

Finalizado este trabalho, torna-se imprescindível dirigir um especial agradecimento a todos aqueles que me acompanharam nesta longa caminhada e contribuíram, de uma forma ou de outra, para a conclusão desta etapa tão importante para a minha vida.

Mas antes, e não propriamente como gesto de agradecimento, quero referir a pessoa responsável pelo meu interesse nesta temática, a razão de ter escolhido este assunto para a realização do meu trabalho. O Manuel Jorge Melo, meu melhor amigo dos tempos do secundário, que infelizmente nos deixou “desta terrível forma”. Não te agradeço por isso, muito pelo contrário. Causaste-me/nos muito sofrimento. Mas sinto-me, de certa forma, um pouco culpada por não te ter conseguido ajudar e previsto o teu trágico desfecho. Por essa razão, dedico-te todo este trabalho, como forma da minha admiração e respeito por ti, ao familiarizar-me e estudar um pouco mais a fundo esta escura realidade, de forma a que, um dia, possa (embora dificilmente) entender a tua decisão.

Voltando aos agradecimentos... quero, em primeiro lugar, agradecer a todos os que participaram nesta investigação como integrantes da amostra, assim como aos seus Encarregados de Educação que o autorizaram, apesar de se tratar de um assunto relativamente sensível.

Ao Professor Doutor Luis Maia, pelo seu profissionalismo e pela sua incansável disponibilidade para me orientar, dadas as minhas várias limitações, causadas essencialmente pela insularidade.

Aos meus pais que sempre me incentivaram, deram força e me pressionaram positivamente para a conclusão deste trabalho.

À minha avó Joana que, entretanto teve de nos deixar antes de eu lhe poder dar mais esta prova de dedicação a todo o meu percurso académico, que ela sempre ajudou a financiar e a acompanhar com todo o gosto e orgulho.

À minha restante família em geral e em particular aos meus tios Teresa e José Norberto pelo apoio prestado a vários níveis.

Ao meu namorado Luís que, mais do que companheiro, foi um grande amigo e nunca me deixou desistir.

Por fim, mas não menos importante, aos meus amigos que, apesar das contingências da vida, estiveram sempre comigo e nunca me fizeram esquecer da importância da realização deste trabalho e das minhas capacidades para tal.

A todos, um bem-haja!

RESUMO

O suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública a nível mundial, e de acordo com Stheneur (2006) esta é a segunda causa de morte na adolescência nos países ocidentais. Sendo a adolescência um período vulnerável a este comportamento, a avaliação da ideação suicida assume especial relevância.

O objetivo principal deste estudo é caracterizar os comportamentos e identificar a presença e gravidade da ideação suicida em jovens estudantes de Santa Cruz da Graciosa, ilha situada no arquipélago dos Açores, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, procurando comparar diferentes grupos, em função do género, da idade, do estado civil, da presença de doença física/psicológica e do conhecimento de alguém que tenha pensado/tentado/concretizado o suicídio.

Foi avaliada a pertinência do estudo, que assentou essencialmente na carência de estudos nesta temática no Arquipélago dos Açores e na inexistência de qualquer investigação sobre o tema na Ilha Graciosa.

Para a recolha dos dados, utilizou-se o inquérito por questionário, autoaplicado (em tempo letivo) e confidencial, conseguindo-se 98 respostas válidas (45.79% do universo válido dos 214 alunos inicialmente identificados, da Escola Básica e Secundária de Santa Cruz da Graciosa), com a colaboração dos respetivos diretores de turma e órgãos do Conselho Executivo daquela entidade e após recolhidos os devidos consentimentos da Direção Regional da Educação e Encarregados de Educação.

Os dados foram analisados de forma qualitativa/descritiva, com recurso aos dados estatísticos. Os resultados obtidos permitiram verificar que a maioria dos jovens manifesta ausência de ideação suicida (cerca de 80%), embora os restantes jovens tenham admitido já ter pensado no suicídio como solução para os seus problemas. Esta diferença observou-se ao nível das características sociodemográficas (sexo, idade e “estado civil”), embora em função da existência de doenças ou conhecimento de pessoas próximas que cometeram suicídio não se tenham observado diferenças significativas do ponto de vista descritivo.

Constata-se que os jovens do sexo feminino têm maior tendência para desenvolver ideação suicida e que são os jovens de 14 anos que manifestam, igualmente, essa tendência. O mesmo acontece com os jovens que não estão em nenhum relacionamento amoroso.

Apesar de cerca de 80% dos jovens inquiridos terem manifestado ausência de ideação suicida, a restante percentagem constitui uma relevância preocupante do ponto de vista clínico, tratando-se, ainda para mais, do tema sensível que se trata.

Torna-se, assim, pertinente a realização de mais estudos nesta área, particularmente na região dos Açores, que carece de dados relativos aos comportamentos suicidas na adolescência, temática esta ainda bastante subestimada.

Palavras-chave: adolescência; ideação suicida; suicídio; comportamentos suicidas.

ABSTRACT

Suicide is a worldwide recognized public health problem, and according to Stheneur (2006) this is the second most common cause of death in western countries' adolescence. Being adolescence a vulnerable period to this behaviour, the evaluation of suicidal ideation takes on special relevance.

The main goal of this study is to characterize behaviours and identify the presence and severity of suicidal ideation in young students of Santa Cruz da Graciosa, island located in the Azores, with ages between 13 and 17 years old, aiming to compare different groups, taking into account the gender, age, marital status, presence of physical/psychological illness and contact with someone that thought of/tried/committed suicide.

The relevance of the study was evaluated, based essentially on the lack of studies on this subject in the Azores Archipelago and on the lack of any research on the subject in Ilha Graciosa.

For the data collection, the questionnaire, self-applied (teaching period) and confidential was used, obtaining 98 valid answers (45.79% of the valid universe of the 214 students initially identified, from Escola Básica e Secundária de Santa Cruz da Graciosa), with the collaboration of the respective class directors and members of the Executive School Council of that entity and after having obtained the necessary consents of the Regional Director of Education and the students parents/guardians.

Data were analyzed in a qualitative / descriptive way, using statistical data. The results showed that most of the young people showed no suicidal ideation (about 80%), although the remaining young people admitted that they had already considered suicide as a solution to their problems. This difference was observed at the level of socio-demographic characteristics (sex, age and "civil status"), although there were no significant differences from the descriptive point of view due to the existence of diseases or knowledge of the people who committed suicide.

It is observed that young females are more likely to develop suicidal ideation, and that 14-year-olds also show this tendency. The same happens with young people who are not in any love relationship.

Although 80% of the young people surveyed reported suicidal ideation, the remaining percentage is a matter of concern from a clinical point of view, and is still a sensitive issue.

It is therefore pertinent to conduct more studies in this area, particularly in the Azores, which lacks data on suicidal behavior in adolescence, research theme still very underestimated.

Keywords: adolescence; suicidal ideation; suicide; Suicidal behaviours

ÍNDICE

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. A adolescência	5
2. Comportamentos suicidários	9
2.1. Ideação Suicida	10
2.2. Tentativa de Suicídio	12
2.3. Suicídio	13
3. O comportamento suicida na adolescência	15
4. Fatores de risco associados ao comportamento suicida na adolescência	18
4.1. Fatores sociodemográficos	20
4.2. Fatores psicológicos e contextuais	20
4.3. Fatores da esfera suicida	23
5. Fatores de proteção associados ao comportamento suicida na adolescência	24
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
1. Considerações metodológicas	27
1.1 Questões de investigação/exploratórias	27
1.2. Variáveis	28
1.3. Instrumentos de recolha de dados	28
1.4. Procedimentos de recolha e análise de dados	30
2. Caracterização estatística do território alvo de investigação	32

3. Apresentação e análise dos resultados.....	33
3.1. Análise de conteúdo	33
3.2. Análise estatística	34
3.3. Análise das questões de investigação.....	40
4. Considerações Finais	42
5. Bibliografia	45

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano, obrigatória para o crescimento e maturação física e psicológica. É nesta etapa que a pessoa procura edificar de uma forma pró-ativa a sua identidade e que se pretende afirmar como um ser independente e autónomo, com necessidades, capacidades e linguagens diferentes. É um período em que a mudança é a principal fonte de toda a novidade, gerando um leque enorme de novas habilidades (Ferreira, 2006).

Esta é uma fase muito especial do desenvolvimento humano, uma vez que marca a transição entre a infância e a fase adulta. É caracterizada por diversas alterações a vários níveis, tanto físico como mental e social, com conseqüente aquisição de características e competências que capacitam o jovem para assumir os deveres do adulto e se integrar na sociedade. O jovem é capaz de raciocinar, pode estabelecer relações combinatórias a nível abstrato, a inteligência formal é o vértice da evolução intelectual. Aumenta o seu acervo cultural, adquire capacidade para questionar várias facetas da vida. É então o início da vida introspectiva e da busca das suas verdades.

As emoções, como a ansiedade, influenciam no desenvolvimento cognitivo, bem como os bloqueios emocionais ligados à inibição sexual e à curiosidade infantil (Levisky, 1998) o que faz deste, um período particularmente vulnerável, no qual existe uma potencialidade acentuada de mudança, mas também de desequilíbrio, em que os comportamentos suicidários atingem proporções alarmantes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), o suicídio constitui-se, atualmente, como 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 dos 10 aos 24 anos. 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, a idade e o 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). Em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e adultos jovens está inclusive a ser configurado como um padrão epidêmico (Meneghel et al., 2004 citado em Braga & Dell’Aglia, 2013). Stheneur (2006) aponta o suicídio como a segunda causa de morte na adolescência nos países ocidentais, logo seguida dos acidentes rodoviários. King e colaboradores (2001, citado em Bridge, Glodstein & Brent, 2006, citado em Nunes, 2012) também referem que o comportamento suicida pode coocorrer com outros comportamentos de risco (i.e. compulsão alimentar, sexo desprotegido, consumo excessivo de álcool), raramente acontecendo de modo isolado.

O suicídio e os comportamentos autolesivos são fenómenos que não dependem de uma única causa, mas sim o resultado final de complexas interações entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Por isso, não são atos que possam ser analisados isoladamente. São uma forma desesperada de libertação que ocorre quando já foram utilizadas todas as estratégias por si conhecidas para comunicar a tristeza e o desalento sentidos (Cassorla, 2014)

Então, por comportamento suicida entende-se todo o comportamento que põe em causa a vida da pessoa ou a sua integridade física (Marcelli & Braconnier, 2005 citados em Nunes, 2012), independentemente do nível ou da razão verdadeira da ação. Nele incluímos todos os pensamentos suicidas (ideação suicida), tentativa de suicídio e suicídio consumado. O desenvolvimento de pensamentos suicidas poderá levar à tentativa de suicídio, e esta, por sua vez, ao suicídio propriamente dito (WHO, 2002).

O comportamento suicida, por sua vez, também se constitui como uma tragédia pessoal e familiar, uma vez que não causa sofrimento apenas à pessoa em causa, afetando, em média, cerca de seis pessoas próximas à mesma (WHO, 2002).

A World Health Organization (2002) apresenta um modelo do processo suicida, em que o comportamento suicida aparece como uma história em que há um desenvolvimento gradual na seriedade desse comportamento. O indivíduo passa assim da ideação suicida para a tentativa de suicídio, e desta para o suicídio consumado. Este processo é individual e pode demorar um período de tempo diferente consoante o indivíduo. Este é um modelo que possibilita uma melhor compreensão sobre a comunicação e a interação existente entre o suicida e as pessoas em torno do mesmo, levando em conta diversos fatores que afetam o processo de suicídio, tais como: a personalidade da pessoa, o papel do meio ambiente, o papel do stress, as reações de outras pessoas, o apoio psicossocial e cultural, os fatores protetores e os fatores de risco (Nunes, 2012).

A análise dos estudos mais recentes amplia o entendimento acerca dos fatores que predispõem 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., 2008). É importante considerar os aspetos 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 fenómeno em questão (Baptista, 2004 citado em Braga & Dell’Aglia, 2013). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), a restrição ao acesso aos meios de cometer suicídio, a identificação e o tratamento precoce de pessoas que sofrem de transtornos psicológicos, 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.

Nesse 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, o trabalho que se segue propõe-se a estudar os comportamentos autolesivos, com foque na ideação suicida em jovens estudantes de Santa Cruz da Graciosa. Sendo este um problema ainda subestimado, torna-se pertinente a realização de mais estudos nesta área, particularmente na região dos Açores, que carece de dados relativos ao comportamento de autodano e comportamentos suicidas na adolescência (cf. Nunes, 2012)

Com este estudo pretende-se obter dados fidedignos que possam servir de base para o desenvolvimento de programas de intervenção mais eficazes sobre os comportamentos autolesivos nas escolas. A escola, como o espaço de educação mais legítimo da sociedade moderna, representa um papel essencial na educação dos jovens. Mais do que um espaço de escolarização, a escola é sobretudo um espaço de formação humana (Rodrigues, 2001).

No Capítulo I procede-se ao enquadramento conceptual sobre os comportamentos autolesivos na adolescência, visando o aprofundamento do conhecimento nesta área. Abordar-se-á os diferentes tipos de comportamentos suicidas que serão explanados, tal como os fatores de risco e de proteção associados a tais comportamentos.

Parte I: Enquadramento Teórico

1. A Adolescência

Nas sociedades ocidentais, a adolescência é assumida como sendo uma etapa situada entre a infância e a vida adulta que tem início com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e que finda com a realização social da situação de adulto independente.

No que concerne à definição do conceito, esta é ainda pouco consensual e complexa. Em primeira instância, varia histórica, cultural e socialmente, sendo bastante difícil marcar o seu início e identificar o seu final, porque apesar do aspeto biológico deste fenómeno, as transformações psíquicas são influenciadas pelo ambiente social e cultural em que o adolescente se encontra (Ribeiro, 2011), embora seja comumente aceite nas sociedades ocidentais que a adolescência está concluída quando o ou a jovem já terá conseguido concretizar uma série de tarefas, ditas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade.

Deste modo, quando os jovens se sentem autónomos face às figuras parentais, já elaboram o seu próprio espaço de identidade, adquirem um sistema de valores próprios e possuem a capacidade para manter relações estáveis e maduras com o outro, poder-se-á dizer que passam à fase da vida adulta (Ferreira & Nelas, 2006). Por outras palavras, é um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade e os seus projetos de vida (*idem*). A definição proposta pela Organização Mundial de Saúde vai de encontro à visão da adolescência como sendo um período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta.

De facto, este processo de transição é marcado por profundas transformações físicas, cognitivas e socio-afetivas, onde o receio de não corresponder às novas exigências convive com o receio de perder as conquistas da fase anterior (Voppel, 1997). Para Roberts (1988, citado em Ferreira & Nelas, 2006), este é um período de tempo que envolve perdas e ganhos, que envolve a flutuação e o estabelecimento de novas maneiras de pertencer, e que envolve a aceitação de uma imagem do corpo em mudança, como resultado do início da puberdade.

A passagem é então assinalada pelo conflito na construção da identidade, em que o jovem se vê confrontado com uma nova imagem de si próprio, experimentando diferentes papéis sociais, à “procura do seu eu”. É na adolescência que o jovem se consciencializa das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade (Ferreira & Nelas, 2006). Uma fase, em que de acordo com Erickson (1968), o adolescente depara-se com a resolução do conflito “Identidade vs Difusão/ Confusão”, tendo de construir e definir a sua identidade a partir do equilíbrio entre ambas as dimensões, procurando a resposta para questões como “quem sou eu?” ou “o que irei fazer da minha vida?”, entre outras. Um processo que pressupõe a experimentação de vários estatutos, papéis sociais, ocupacionais e sexuais, integrando novos elementos identitários, com a dificuldade em fazer opções e descobrir-se a si próprio, o que no fundo tem por base uma forte insegurança pessoal mas também uma forte exigência social, não sendo por isso uma tarefa fácil para o adolescente.

É normal em algum momento da adolescência haver situações de stress, tensão e rutura. A adolescência é a busca de si mesmo, numa transição da identidade infantil para a identidade adulta, influenciando na consolidação da estrutura básica da personalidade. A vida afetiva encontra-se em reformulação, o equilíbrio emocional é instável e oscilante. A compreensão mais racional e afetiva desses momentos poderá tornar esse período menos doloroso. As transformações sexuais são muito importantes, é neste período que inicia-se as ereções penianas, a ejaculação, a menstruação e a masturbação provocando conflitos a serem resolvidos.

O adolescente também é muito sensível à sua imagem corporal, reagindo com ansiedade e frustração diante da imagem idealizada, que poderá servir como fator de desvalorização podendo levá-lo a estados depressivos (Levisky, 1998). O corpo físico assume dimensões significativas na vida do adolescente. Uma vez iniciadas as transformações corporais, o jovem passa a viver todo esse processo passivamente, sem poder interferir, o que determina intensa ansiedade e cria inúmeras fantasias, ocasionando situações e momentos de afastamento ou isolamento social (Avanci, 2004)

É, igualmente, nesta fase que os jovens começam a desenvolver um pensamento mais elaborado, onde pensam bastante no sentido da vida, e, conseqüentemente na morte, e aquilo que vivenciam tende a ser sentido intensamente, sendo um período particularmente vulnerável, no qual existe uma potencialidade acentuada de mudança mas também de desequilíbrio. No meio de tantas variações, os aspetos emocionais na adolescência acabam por se tornar instáveis, culminando muitas vezes em quadros depressivos. E é essa vulnerabilidade que atrai o risco acrescido de perturbações emocionais e comportamentos de risco¹, comportamentos agressivos, comportamentos impulsivos ou até mesmo de comportamentos de carácter suicidógeno, como forma de “resolução” para os seus problemas (Borges & Werlang, 2006), sendo relativamente comum o sofrimento psíquico (Stheneur, 2006, citado em Nunes, 2012). Na infância e início da adolescência, as tentativas de suicídio refletem uma compreensão imatura da morte, que não é entendida como inexorável, universal e irreversível. A partir dos 14 anos, o conceito de morte passa a ser entendido como irreversível e métodos mais fatais de tentativas de suicídio são usados (Avanci, 2004).

Vários autores (cf. Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002, citado em Duque e Neves, 2004; Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Madge, Hewitt, Hawton, Wilde, Corcoran, Fekete, Heeringen, Leo & Ystgaard, 2008; Madge, Hawton, MacMahon, Corcoran, Leo, Wilde, Fekete, Heeringen, Ystgaard & Arensman, 2011, todos citados em Nunes, 2012) salientam a adolescência como sendo uma fase em que os comportamentos autodestrutivos são um problema significativo, até mesmo do domínio da saúde pública, porque o seu impacto estende-se para além da vida do jovem.

¹ Por comportamento de risco entende-se uma consequência da livre e consciente decisão de alguém em se expor a uma situação, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico (McCrimmond & Werhrung, 1986 citado em Nunes, 2012).

Importa pois definir o que é um comportamento autodestrutivo. De acordo com o U.S. National Institute of Health (1989), esta é uma “perturbação grave e crónica, que frequentemente resulta em riscos físicos, sociais e educacionais significativos”. Para Moreira (2008 citado em Moreira & Gonçalves, 2010, citado em Nunes, 2012), os comportamentos autolesivos são toda a ação em que o sujeito provoca uma lesão a si próprio, independentemente da intencionalidade fatal e do conhecimento do verdadeiro motivo dessa ação.

Por seu turno, Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006) distinguem os comportamentos autodestrutivos (não suicidas) dos comportamentos suicidas (ideação suicida e tentativa de suicídio), em que o indivíduo tem intenção de acabar com a sua vida. Em Portugal, no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS, 2013-2017), os comportamentos autolesivos (sem intenção suicida) são considerados comportamentos sem intencionalidade suicida que envolve atos autolesivos intencionais, como, por exemplo, cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado, ingerir fármacos em doses superiores às prescritas, ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo, ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis. Entre os atos considerados como autolesão estão a automutilação por corte, arranhões ou queimaduras, morder-se, asfíxiar-se, arrancar os cabelos, evitar a cicatrização de feridas e agredir-se a si próprio ou contra superfícies duras.

Vários estudos sublinham as diferenças entre tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos em relação à letalidade, cronicidade, métodos e cognições. As tentativas de suicídio tendem a ocorrer com pouca frequência, através de um único método e com a capacidade de criar lesões de elevada letalidade, enquanto os comportamentos autolesivos tendem a ocorrer cronicamente, com alta frequência, através de vários métodos, porém com lesões com baixa letalidade. Além disso, estes tendem a começar no início da adolescência entre os 12 aos 14 anos, enquanto as tentativas de suicídio surgem mais tarde na adolescência entre os 14 e os 16 anos (Groschwitz *et al.*, 2015).

As taxas de comportamentos autodestrutivos em adolescentes têm aumentado, a nível mundial, (Williams & Bydalek, 2007 citado em Nunes, 2012) fazendo deste um problema sério, uma vez que se não for antecipadamente tratado, o autodano pode anteceder o suicídio (Hawton, Houston & Shepperd, 1999 citado em Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002, citado em Nunes, 2012), sendo um fator de risco com grande associação ao suicídio propriamente dito (NHS, 1998).

De facto, de acordo com Groschwitz *et al* (2015), cerca de 70% dos adolescentes com comportamentos autolesivos repetitivos já realizaram, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, uma tentativa de suicídio. Além disso, a ocorrência de pensamentos e atos autolesivos não está limitada apenas a si, mas frequentemente associa-se à ideação suicida. É preciso, também, salientar parece haver um continuum do autodano (não suicida) para a tentativa de suicídio. Joiner (2005, citado em Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006) na sua explicação sobre o motivo de as pessoas com comportamentos autodestrutivos (não suicidas) estarem em alto risco de tentar o suicídio, sugere que à medida que o indivíduo tem comportamentos sistemáticos de autodano (não suicida), habitua-se cada vez mais à dor e ao medo, sentindo-se capaz de cometer mais comportamentos autolesivos e capaz de cometer um comportamento suicida. Assim, os adolescentes com estas características estariam em maior

risco de tentativa de suicídio do que aqueles que não praticam o autodano (não suicida) (Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

O suicídio e os comportamentos autolesivos estão indissociavelmente relacionados, sendo difícil abordar separadamente os temas. Importa realçar que o suicídio na adolescência parece ser apenas a ponta visível do iceberg (Guerreiro & Sampaio, 2013).

2. Comportamentos Suicidários

Nas últimas décadas, a Suicidologia tem emergido enquanto área específica de estudo e prevenção do suicídio e tem-se dedicado à operacionalização de alguns conceitos que vão sendo utilizados para conceptualizar o constructo supra referido (Oliveira, 2006; SPS, 2009).

A definição de suicídio é muito mais complexa do que o senso comum define como “matar-se a si próprio”. Embora seja questionável conseguir definir critérios inequívocos universalmente aceites para caracterizar de forma abrangente os comportamentos suicidas e estabelecer a verdadeira intenção por trás deles, é desejável que o conjunto de definições e a terminologia associada sejam explícitos e generalizáveis para maior clareza científica (DeLeo *et al.*, 2015). Existe na comunidade científica um debate aceso acerca da nomenclatura a usar, relativamente a este tipo de comportamentos, constatando-se que são usadas diferentes nomenclaturas, tendo estas discrepâncias e implicações marcadas na compreensão e comparação de dados epidemiológicos, clínicos e mesmo ao nível da prevenção (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Uma grande parte da dificuldade em definir o comportamento suicida vem do amplo espectro de resultados em que este termo é atualmente utilizado. Diversos termos associados ao suicídio têm sido erroneamente utilizados pela comunidade científica, o que tem levado a manifestos obstáculos no avanço do conhecimento nesta área.

Generalizou-se o comportamento suicidário como abrangendo todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Gonçalves, 2014). Hayes, (2000 citado em Gonçalves, 2014) alerta que outros termos como automutilação, autolesão deliberada, autodano deliberado, gestos suicidas, pseudosuicídio, suicídio simulado, são muitas vezes utilizados na conceptualização de dimensões suicidárias idênticas, embora, por vezes, constituam diferentes fenómenos suicidas.

Do mesmo modo, Gil e Saraiva (2006) sublinham que os termos *attempted suicide* (tentativa de suicídio), *parasuicide* (para-suicídio) e *deliberate self-harm* (autodano deliberado), são comumente usados como sinónimos, mas efetivamente traduzem conceitos diferentes. De acordo com a World Health Organization (2002) existem três particularidades que tendem a ser sempre as mesmas num potencial suicida: (a) a ambivalência, em que há um misto de sentimentos - desejo de viver e desejo de morrer; (b) a impulsividade, ou seja, o suicídio é um ato impulsivo, geralmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia; e (c) a rigidez, a pessoa pensa constantemente em suicídio e é incapaz de ver outra alternativa para acabar com os seus problemas, pensado assim de forma drástica.

Dentro do comportamento suicidário são consideradas três categorias: (1) Ideação suicida, que são as advertências indicando que a pessoa tem possibilidade de suicídio; (2) Tentativa de suicídio, qualquer ação auto dirigida e que poderá conduzir à morte, caso não seja interrompida; e (3) Suicídio consumado (Stuart & Laraia, 2002).

Alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre essas diferentes categorias, situando-se num dos extremos, a ideação suicida

(pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005 citado em Gonçalves, 2014).

A World Health Organization (2002) apresenta um modelo do processo suicida que ajuda a compreender este comportamento: o comportamento suicida aparece como uma história em que há um desenvolvimento gradual na seriedade desse comportamento. O sujeito passa assim da ideação suicida para a tentativa de suicídio, e desta para o suicídio consumado. Este processo é individual e variável no tempo.

Com este modelo, há um melhor entendimento da comunicação e da interação existente entre o suicida e as pessoas em torno do mesmo, levando em conta diversos fatores que afetam o processo de suicídio, como a personalidade da pessoa, o papel do meio ambiente, o papel do stress, as reações de outras pessoas, o apoio psicossocial e cultural, os fatores protetores e os fatores de risco.

2.1. Ideação Suicida

A ideação suicida reporta-se a pensamentos, fantasias, cognições, rumações e preocupações sobre a morte, autolesão ou morte autoinfligida, englobando desejos, atitudes e os planos que o indivíduo tenha para pôr termo à vida (Kutcher & Chehil, 2007, citados por Freitas, 2011), podendo ir, portanto, de pensamentos gerais sobre a morte, como “a vida não vale a pena ou eu queria estar morto” (Vijayakumar, 2005; Oliveira, *et al.*, 2006, ambos citados em Freitas, 2011), até ideias mais elaboradas que incluam planos e formas concretas de cometer o suicídio (Ferreira & Castela, 1991 citados em Gonçalves, 2014; Suominen, Isometsa, & Lonnqvist, 2004 citados em Freitas, 2011; Grunbaum *et al.*, 2004, citado em Bridge, Glodstein & Brent, 2006; Vrshek-Schallhorn, Czarlinski, Mineka, Zinbarg & Craske, 2011, todos citados em Nunes, 2012).

De acordo com Allen e Colaboradores (2005), este comportamento pode ser considerado como um precursor de outro comportamento suicida mais grave e que transmite o sofrimento atual sentido. De igual forma, segundo Palmer (2005, citado em Gonçalves, 2014), a ideação suicida caracteriza-se pelos pensamentos que surgem como agentes para o suicídio e que podem variar no seu grau de gravidade, dependendo da intensidade e frequência com que tais pensamentos ocorrem e da especificidade dos planos de suicídio e do nível de intenção suicida.

Por ser considerado o primeiro marcador de risco suicida à efetivação do ato suicida (Raynolds, 1991), é de suma importância fazer o enquadramento conceptual da ideação suicida. Na “espiral suicida” (Gonçalves, 2014), a ideação suicida, que funciona como um indicador de vulnerabilidade, é o começo de um continuum que passa pelo planeamento e preparação do suicídio, ameaça e tentativa do mesmo e, no limite, chegar ao suicídio consumado. A ideação suicida não é determinante do suicídio, mas deve ser entendida como um fator de risco para as tentativas de suicídio que aumentam inevitavelmente o risco de efetivação do próprio suicídio (Kerr, Johnson, Gans & Krumrine, 2004, citado em Gonçalves, 2014). Desta

forma, a ideação suicida pode ser vista como um estágio preliminar, que precede uma tentativa de suicídio.

Pirkis *et al.* (2000, citado em Silva *et al.*, 2006), na Austrália, investigaram uma amostra de 10.641 sujeitos, 16% dos quais tinham tido ideação suicida ao longo da vida. Nesse subgrupo, 12% tentaram suicídio no período de um ano a seguir. Kuo *et al.* (2001, citado em Silva *et al.*, 2006) no intuito de compreender aspetos relacionados ao surgimento da ideação, realizaram um estudo de corte prospetivo de 3.481 sujeitos, encontrando uma incidência de 10% de tentativas de suicídio em pessoas que, na entrevista de base, 13 anos antes, relataram ideação suicida comparada com 1,6% de incidência de tentativas para pessoas que não relataram ideação.

As investigações neste âmbito possibilitarão o conhecimento das variáveis que podem aumentar ou reduzir o risco de suicídio e consequentemente diminuir o número de vidas perdidas (Kutcher & Chechil, 2007, citado em Freitas, 2011).

Na literatura têm sido apontados diversos fatores que estão associados à ideação suicida, o que demonstra que este é um evento multifatorial e multidimensional (Santos, Marcons, Espinosa, Baptista & Paulo, 2017).

As variáveis sociodemográficas são importantes para identificar grupos que possam estar em maior risco de comportamento suicida. Contudo, a sua utilidade prática na avaliação de risco em casos específicos é bastante baixa, pois facultam informações insuficientes para determinar o risco atual. Portanto, este tipo de variáveis apenas auxilia a compor o perfil de risco (Hendin, Maltsberg, Lipschitz, Haas & Kyles, 2001, citados em Freitas, 2011). No que respeita à variável sexo, a ideia suicida é mais comum e duradoura entre as mulheres (Botega, et al., 2005; Kessler, et al., 2005 citados por Sokero, 2006), embora seja possível encontrar estudos onde esse facto não se consolide, e aponte o sexo masculino como manifestando mais ideação (Sorenson & Rutter, 1991, citados em Freitas, 2011). No que concerne à idade, Carlson e Cantwell (1982, citados em Freitas, 2011) referenciam que a frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica.

Aspetos mais subjetivos como desesperança, impulsividade, agressividade, perceção do corpo, dificuldades de comunicação e falta de pertencimento social têm sido apontados como possíveis fatores que desencadeiam o processo de ideação suicida (Freitas, 2011).

Não obstante a maioria dos estudos apontar a ideação suicida como preditora do suicídio, autores como Barrios, Everett, Simon e Brener (2000, citados em Nunes, 2012) referem que, pese embora alguns jovens façam tentativas de suicídio de forma impulsiva, muitos deles experienciam pensamentos e embarcam em comportamentos sem propriamente consumir o suicídio. Todavia, o estudo da ideação suicida é de suma importância, devido à ligação entre a frequência da ideação e a probabilidade de tentativa de suicídio e suicídio consumado, devendo portanto fazer sempre parte de qualquer avaliação psicológica de um jovem, intentando prevenir comportamentos de ameaça à própria vida (Ferreira & Castela, 1999).

2.2. Tentativa de suicídio

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), as tentativas de suicídio são mais frequentes do que os suicídios e acarretam consequências negativas para a própria pessoa, para a família e para a comunidade em geral, devido aos elevados custos para o Estado.

A tentativa de suicídio é um ato em que a pessoa coloca em perigo a sua vida, de forma voluntária, mas que não resulta em morte (WHO, 2002). A World Health Organization (2002) defende também que, na maioria dos casos, a pessoa não quer realmente morrer, mas sim parar de viver e de estar consciente, pois não consegue encontrar outra resolução para a sua “dor” e para os seus problemas, mais ainda, porque a maioria expõe, algum tempo antes, a sua intenção a familiares, amigos ou médicos. Assim sendo, a intenção de cometer suicídio aquando da tentativa de suicídio mostra-se ambígua (*idem*).

Segundo Sampaio e Santos (1990, citado em Lopes, Barreira & Pires, 2001), a tentativa de suicídio abarca todo o autodano ou autoenvenenamento não letal e efetuado por livre vontade. De acordo com Marcelli e Braconnier (2005), no comportamento suicida o indivíduo não está consciente do seu desejo de se matar, enquanto no suicídio ele tem um desejo consciente e deliberado de pôr fim à sua vida. Pode-se então advogar que para os autores supra citados, a tentativa de suicídio implica comportamentos que, embora possam causar danos, inclusive a morte, não há uma intenção concreta e deliberada de o fazer, apesar de se notar já alguma intencionalidade do ato (Oliveira, 2006).

Por seu turno, Bridge, Goldstein e Brent (2006) definem-na, quando o indivíduo apresenta, na tentativa de suicídio, intenção explícita ou inferida de morrer. Para a Sociedade Portuguesa de Suicidiologia (2009), a tentativa de suicídio, ao contrário do para-suicídio², é entendida como o ato levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada. A diferença essencial entre o para-suicídio e as tentativas de suicídio é o nível de intencionalidade, sendo superior na verdadeira tentativa de suicídio.

Define-se então a tentativa de suicídio como um gesto autodestrutivo não fatal, isto é, o indivíduo não conseguiu concretizar o objetivo de pôr termo à vida. Neste tipo de comportamento encontra-se presente a intenção de morrer (Santos & Sampaio, 1996 citado em Freitas, 2011). Mann (2002) diz-nos que a intenção suicida pode ser medida através do nível de preparação da tentativa de suicídio, ou seja, do quanto o indivíduo deseja morrer em relação ao seu desejo de viver e das hipóteses de alguém vir em seu auxílio.

A tentativa de suicídio nos jovens pode ser precipitada por um evento doloroso ou stressante ou pode ainda ser uma forma de comunicação (WHO, 2002) do adolescente vulnerável e perturbado emocionalmente (Wohl, 2000, citado em Gonçalves, 2014), sendo portanto, um ato desesperado de

² Saraiva (2006) caracteriza o para-suicídio como sendo um comportamento de desfecho não fatal, realizado de forma deliberada, não sendo habitualmente executado de forma direta e de dano a si mesmo, mas estando dirigido à obtenção de determinadas mudanças. Neste ato não existe uma real intenção de morrer, mas o indivíduo arrisca a causar danos em si mesmo (mais ou menos graves), caso não exista uma intervenção. O termo “Para-suicídio” designa uma tentativa de suicídio em que a verdadeira intenção não é pôr termo à vida enquanto a tentativa de suicídio, tem por finalidade pôr termo à vida, mas que, por diversas razões, o objetivo não foi conseguido. O conceito está relacionado com os designados comportamentos de risco, como são exemplo o abuso de substâncias psicoativas ou de álcool, o conduzir com excesso de velocidade e/ou alcoolizado, a vivência de uma sexualidade não controlada ou com relações de risco e a escolha de alguns desportos demasiado perigosos. O para-suicídio pode também configurar determinadas formas de automutilação (*idem*).

transformar a sua vida para que esta seja suportável (WHO, 2002). São tentativas que podem ser uma forma de pedir ajuda mas que podem obviamente ser também altamente letais, ficando a sobrevivência da pessoa dependente do acaso ou da sorte (Stengel, 1974, citado em Mann, 2002).

Este é o fator de risco mais previsível para o suicídio. Estima-se que, para cada suicídio, existam pelo menos dez tentativas com necessidade de recorrer aos serviços médicos, assim como é previsto que para cada tentativa de suicídio registada, existem quatro não conhecidas (Diekstra, 1993 citado por Costa, 2010, citados em Freitas, 2011). Szadoczky e Colaboradores (2000 citados por Chachamovich, 2009, citado em Freitas, 2011) mencionam que entre 3% a 5% dos adultos fazem pelo menos uma tentativa de suicídio em algum momento da sua vida.

2.3. Suicídio

O suicídio vem sendo alvo de sanções morais e religiosas desde o início da civilização com diferentes formas de punição e tratamento do cadáver. Por exemplo, na Grécia antiga, um indivíduo não podia cometer suicídio sem um consenso prévio, sob pena de ser considerado um transgressor das leis da polis, sendo-lhe recusado as “honras da sepultura regular” (Avanci, 2004). Na Idade Média, a sua condenação teológica ganhou especial importância, assistindo-se a um confisco de bens do suicida e a uma “profanação” do seu corpo que era degradado, pendurado pelos pés e queimado, colocado em tonéis e deitado ao rio (idem).

Em 1897, Durkheim, escreveu uma obra incontornável no estudo do suicídio, “*Le Suicide, étude de sociologie*”, efetuando uma ampla pesquisa quantitativa sobre o suicídio, com a intenção de “provar” que o suicídio, ou as causas que levam alguém a querer se matar, é de natureza sociológica e que não pode ser pensado apenas sob a ótica da psicologia individual. A pesquisa de Durkheim contou com um recorte geográfico que englobou vários países da Europa (França, a Prússia, a Inglaterra, a Itália, a Dinamarca, a Áustria, entre outros) e suas respectivas taxas de suicídios, para defini-lo enquanto um fenómeno social.

Na sua obra, onde elabora uma teoria geral sobre o suicídio, Durkheim (1996) refuta as explicações de carácter psicológico/ predisposição individual como causadora determinante do suicídio. O autor admite que haja uma predisposição para o suicídio, mas a força que o determina não é psicológica, antes social, pois existem causas sociais que estão ligadas ao nível da integração social dos suicidas, tais como, a baixa integração social, os períodos de guerra e conflitos numa sociedade, entre outros. Por isso, afasta igualmente a interpretação do suicídio a partir do fenómeno de imitação.

Para tal, o autor caracterizou o suicídio como sendo todo o caso de morte ocasionado direta ou indiretamente, seja por atos positivos ou negativos realizados pelo próprio indivíduo que conhece o desfecho do seu comportamento. Nesse sentido, é necessário também considerar o suicídio nos casos de morte voluntária, seja por honra, glória ou qualquer outra motivação cultural de um determinado conjunto de indivíduos (Leme, 2008). Através desta definição, Durkheim (1996) defende que o suicídio é um ato voluntário, individual, consciente, feito em função das vontades individuais e um ato direto ou indireto.

Partindo desta definição, o autor avançou para uma definição mais global: a Taxa Social do Suicídio, que é característica de uma sociedade global, de uma província ou de uma região. Não varia de

maneira arbitrária, mas em função de circunstâncias múltiplas. Essa ideia parte de um pressuposto que não seria o indivíduo quem daria origem ao suicídio, mas esse seria uma manifestação da sociedade por meio de obrigações implícitas e difusas (*idem*). Em suma, o suicídio é entendido como um facto social regular, intenso, invariável, exterior, relativo no espaço e no tempo e coercivo/independente das vontades individuais. Contudo, convém distinguir o suicídio, fenómeno individual, da taxa de suicídio, que esse sim é um fenómeno social.

Na mesma linha de pensamento de Durkheim, autores como Kalina & Kovaldoff (1981, citados em Avanci, 2004), rejeitam o enfoque psiquiátrico individual sobre o suicídio, analisando-o como resultado de uma indução da sociedade e da família em que o indivíduo está inserido. Assim, a responsabilidade do suicídio deve ser vista como multipessoal e social, entendendo que o indivíduo que se mata o faz porque está previamente condicionado e é estimulado para adotar comportamentos autodestrutivos (*idem*).

Por seu turno, Freud (1917) analisa o suicídio de um ponto de vista individual. O autor defende a teoria de que a natureza humana funciona em duas tendências: *Eros*, a pulsão que conduz à vida, ao crescimento, desenvolvimento, reprodução e ampliação da vida, e *Tanatos*, a pulsão que conduz à morte, de reverter tudo ao nada, ao retorno a um estado de inércia. Idealmente as duas pulsões atuam de forma paralela, mas quando a pulsão da morte se sobrepõe à pulsão da vida, ocorre o suicídio ou tentativa do mesmo. *O suicídio é a morte de si mesmo*. Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica, ao considerarem que no momento do ato são ativados núcleos e componentes psicóticos da personalidade que permaneciam inativos e neutralizados pelas partes não psicóticas da personalidade e que acabam por se manifestar num dado momento da crise (Silva & Boemer, 2004).

Sampaio e Boemer (2000, citado em Silva & Boemer, 2004), seguindo o pensamento do filósofo Heidegger, compreendem o comportamento da pessoa que decide pôr termo à sua existência como um caminho para a reconstrução e redimensionamento das suas perspetivas existenciais.

Kastenbaum e Aisenberg (1983, citados em Silva & Boemer, 2004) ressaltam que as causas para o comportamento suicida devem ser procuradas no contexto psicobiológico do próprio indivíduo.

Outras definições de suicídio incluem o suicídio como “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir esse fim” (Serra, 1971, citado em Gil & Saraiva, 2006) e o suicídio pode ser conceptualizado como um ato voluntário através do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte (Vieira, 2008). Assim, o suicídio é visto como um ato em que o indivíduo coloca a sua vida em perigo e resulta em morte (WHO, 2002). De acordo com Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010, citados em Nunes, 2012) e Galbán, Rodríguez, Cruz, Arencibia e Álvarez (2002, citados em Nunes, 2012), o ato de suicídio tem uma explicação complexa e multifatorial, pois resulta da conjugação de diversos fatores (biológicos, psicológicos e sociais).

Esta visão multifatorial do estudo dos comportamentos suicidários foi realçada por Shneidman (1985), que se refere ao suicídio como ato consciente de autoaniquilação induzida, melhor compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema. Em 1985, Shneidman estabeleceu as 10 características, conhecidas por *commonalities*, comuns aos suicidas tais como: 1. Propósito - procura de uma solução; 2. Objetivo - alteração; 3. Estímulo - dor psicológica intolerável; 4. Stress - frustração pela falta das necessidades psicológicas; 5. Emoção - desespero/desesperança; 6. Estado cognitivo - ambivalência; 7. Estado

perceptivo - constrição; 8. Ação - fuga; 9. Ato interpessoal - comunicação de intenção; 10. Consistência - de acordo com as estratégias de coping mal adaptativas do passado.

Operacionalizar este constructo, tal como já foi referido anteriormente, não é simples mas apesar de algumas divergências, é consensual que este é um fenómeno multideterminado, que está presente em todas as faixas etárias, culturais e sociais e constitui-se num tema de grande complexidade, o que dificulta que os pesquisadores estabeleçam uma relação causal entre o ato (suicídio consumado) e um motivo causador (Dutra, 2002, citado em Braga & Dell’Aglío, 2013). Além disso, diferentes pessoas podem ter motivações distintas e finalidades diversas para o ato suicida (Baptista, 2004, citado em Braga & Dell’Aglío, 2013). Considerando que muitos indivíduos em risco de suicídio não são identificados ou, muitas vezes, a identificação ocorre tardiamente, esforços têm sido feitos com o intuito de identificar e manejar fatores de risco a esse comportamento.

Tendo em conta a complexidade e gravidade do tema, nomeadamente no que toca às suas causas e motivos é de suma importância investigar este comportamento, uma vez que, e de acordo com a World Health Organization (2002), em termos globais e até 2020, a tendência da taxa de suicídio é aumentar. No ano 2000, a taxa mundial de suicídio era de 16 mortes para 1000.000 habitantes, ou seja, um suicídio em cada 40 segundos. Considerando todos os países, o suicídio está entre as 10 principais causas de morte (WHO, 2002), não podendo esquecer que as estatísticas acerca do suicídio têm lacunas e são subestimadas (Borges & Werlang, 2006, citados em Nunes, 2012), sendo o suicídio muitas vezes classificado como morte indeterminada ou morte por acidente ou doença. Se considerarmos a faixa etária entre os 15 e os 34 anos, estes dados são ainda mais preocupantes, uma vez que o suicídio se apresenta entre as três principais causas de morte.

3. O comportamento suicida na adolescência

Na adolescência o número de suicídios tem vindo a aumentar nos últimos anos sendo que num terço de todos os países do mundo, a taxa do mesmo já é mais alta entre jovens do que nas faixas etárias superiores (WHO, 2014), tornando-se o suicídio na adolescência um problema mundial e de saúde pública (Nunes, 2012) e demonstrando a elevada vulnerabilidade que este grupo representa.

Numa revisão bibliográfica realizada por Serfaty (1998) sobre o suicídio na adolescência, concluiu-se que esta é a segunda ou terceira causa de morte para a faixa etária entre 15 e 25 anos, em quase todos os países. Na mesma linha, Wasserman *et al.* (2005, citados em Gonçalves, 2014), num estudo efetuado com dados relativos a 90 países, estimaram que a taxa de suicídio entre jovens rondasse os 7,4/100 mil, correspondendo a um suicídio a cada três dias e 15 a 20 mil tentativas/ano. Assim, em alguns países como Estados Unidos, Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e jovens adultos configura um padrão epidémico (Meneghel *et al.*, 2004, citado em Gonçalves, 2014).

No continente americano, várias 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 *et al.*, 2009 citado em Braga & Dell’Aglío, 2013). Na Argentina, as taxas de suicídio entre adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos são, respetivamente, de 2,52 e 5,90 a cada cem mil habitantes.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, relativos a 2008 (citado em Gonçalves, 2014), Portugal também tem registado um aumento considerável das taxas globais de suicídio e embora se caracterize por ser um fenómeno que atinge sobretudo pessoas idosas, nos comportamentos para-suicidários já se constata que estes são protagonizados maioritariamente por jovens.

No que concerne aos comportamentos suicidários não letais, a Organização Mundial de Saúde estima que as tentativas de suicídio sejam cerca de vinte vezes mais frequentes que o suicídio consumado e também que, para cada tentativa de suicídio registada oficialmente, existam pelo menos quatro tentativas não registadas (WHO, 2012).

A ideação suicida tem, na adolescência, uma prevalência de 15 a 25% (Grunbaum *et al.*, 2004, citado em Bridge, Glodstein & Brent, 2006, citado em Gonçalves, 2014).

Um estudo realizado nos Estados Unidos com crianças e adolescentes da população em geral concluiu que 7 a 12% destes já tinham tido ideação suicida séria (Maris *et al.*, 2000, citado em Borges & Werlang, 2006).

Botega e Colaboradores (2005, citado em Braga & Dell'Alglio, 2013) concluíram que a ideação suicida é mais frequente em jovens adultos, o que corrobora um estudo anteriormente efetuado na Austrália com pacientes internados numa unidade psiquiátrica que concluiu que 22% dos pacientes com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos tinham mais frequentemente ideação suicida (McKelvey, Pfaff, & Acres, 2001, citado em Braga & Dell'Alglio, 2013).

Um estudo no Brasil, de Borges e Werlang (2006), encontrou, igualmente, um alto índice (36%) de ideação suicida em adolescentes de uma população não-clínica. Destes jovens, 64,4% conhecia alguém que cometeu suicídio.

Pesquisas sugerem que quanto mais grave a ideação suicida, ou seja, quanto maior a intenção e o planeamento, e quanto maior a sua frequência e duração, maior probabilidade de uma tentativa de suicídio (Lewinsohn *et al.*, 1996, citado em Bridge, Glodstein & Brent, 2006, citado em Nunes, 2012). Wohl e Joffe (2000), consideram o ato suicida no adolescente um sinal de patologia grave.

Arnautovska e Grad (2010, citado em Braga & Dell'Alglio, 2013) investigaram as atitudes de 423 adolescentes Eslovenos 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 em relação ao suicídio do que aqueles sem tais experiências. A permissividade em relação ao suicídio relacionou-se 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 de acordo com o tipo de família e por género, sendo que adolescentes com pais divorciados tiveram as atitudes mais permissivas em relação ao suicídio e aqueles com uma experiência de morte na família tiveram as atitudes mais negativas. Por fim, foi verificado que as jovens tiveram atitudes mais permissivas em relação ao suicídio do que os rapazes.

Tal como previamente referido, a ideação suicida é apontada como um fator de risco significativo do suicídio, contudo, nem sempre existem pensamentos suicidas antes do ato (Park, Cho & Moon, 2010).

No que se refere à tentativa de suicídio, esta atinge o seu pico entre os 14 e os 17 anos (Novick, Cibula & Sutphen, 2003, citados em Nunes, 2012), estando a sua taxa a aumentar a nível mundial entre os

jovens do sexo masculino (Van Heeringen, 2001, citado em Parks *et al.*, 2010, citado em Nunes, 2012). Apesar da tentativa de suicídio ser 10 a 20 vezes mais frequente que o suicídio consumado, e de ser, em vários países, a causa mais frequente de entrada de jovens no hospital, não existem nos países em geral estatísticas para a mesma (WHO, 2002).

Em Portugal, estudos efetuados por investigadores de Coimbra, estimaram uma prevalência para as tentativas de suicídio entre 20 e 30 vezes superior às taxas de suicídio consumado, oscilando entre 150 e 200 por 100.000 e uma relação feminino/masculino de 2 para 1 (Veiga & Saraiva, 2003, citados em Gonçalves, 2014).

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. Nessa etapa, o jovem pode experienciar grandes mudanças, adquirir novas habilidades e enfrentar diversos desafios (Steinberg, 2000, citado em Gonçalves, 2014), que podem impulsionar muitos jovens a desenvolverem pensamentos e comportamentos suicidas.

Dutra (2002 citado em Braga & Dell'Algio, 2013) 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 compartilhar experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Prieto e Tavares (2005 citado em Braga & Dell'Algio, 2013) constataram que a falta de convivência com os pares durante a infância ou a adolescência pode constituir-se como fator de risco ao suicídio, pois as trocas afetivas com pares diminuem o impacto das experiências adversas. Nesse sentido, Rivers e Noret (2010 citado em Braga & Dell'Algio, 2013) investigaram as implicações da exposição ao bullying nos pensamentos suicidas de cerca de 2000 adolescentes ingleses que desempenhavam diferentes papéis no bullying (agressores, vítimas ou testemunhas). Os resultados indicaram que a maioria dos adolescentes do estudo já se tinha 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.

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 citado em Gonçalves, 2014)

É de suma importância referir que os dados estatísticos conhecidos podem estar subavaliados. Vários autores alertam para o facto de as estatísticas relativas às taxas de suicido não poderem ser totalmente confiáveis pelo risco de terem sido subestimadas, uma vez que, os números que constam nas estatísticas oficiais provêm das causas de morte registadas nos atestados de óbitos, sendo que, em muitos

casos, a família e a sociedade pressionam para que não conste como causa de morte, o suicídio (Araújo *et al*, 2010 citado em Gonçalves, 2014; Cassorla, 1987; De Leo & Evans, 2004).

4. Fatores de risco associados ao comportamento suicida na adolescência

“Risco” é uma conceção epidemiológica que traduz a probabilidade da ocorrência de um evento indesejável ou prejudicial. Um fator de risco pode ser definido como uma circunstância, condição, acontecimento de vida, patologias ou traços de personalidade que orientam para a probabilidade de desencadear ou estarem associados ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado. Estando um determinado indivíduo ou grupo expostos a fatores de risco, a probabilidade de que algo de prejudicial à sua saúde ocorra, será tanto maior quanto maior e mais frequente for a sua exposição a estes fatores (Gonçalves, 2014).

Para calcular o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para os comportamentos suicidários. A prevenção do suicídio implica pois o reforço dos fatores protetores e a redução dos fatores de risco. O organismo federal dos Estados Unidos da América de controlo e prevenção de doenças (citado em Gonçalves, 2014) redigiu uma lista de quinze fatores de risco, que isoladamente ou em conjunto, potenciam o risco de suicídio na população geral. São eles:

- História familiar de maus-tratos na infância;
- História familiar de suicídio;
- Tentativas anteriores de suicídio;
- História dos transtornos mentais, particularmente depressão;
- História de abuso de álcool e substâncias psicoativas;
- Sentimentos de desesperança;
- Tendências impulsivas ou agressivas;
- Crenças culturais e religiosas (por exemplo, a crença de que o suicídio é a resolução nobre de um dilema pessoal);
- Surto local de suicídios;
- Isolamento, um sentimento de estar alheado de outras pessoas;
- Barreiras no acesso ao tratamento da saúde mental;
- Perda (relacional, social, laboral ou financeira);
- Doença física;
- Acesso fácil a métodos letais;
- Falta de vontade em procurar ajuda por causa do estigma associado à saúde mental e transtornos por abuso de substâncias ou de pensamentos suicidas.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) refere como principais fatores de risco a vulnerabilidade associada à doença mental, os problemas relacionados com o álcool, perdas e história de

tentativa de suicídio. É importante salientar que esses aspetos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas a sua presença pode aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida.

Os comportamentos autolesivos e suicidários nos adolescentes são o resultado final de uma complexa interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos, sociais e culturais, como se pode constatar na figura 1.

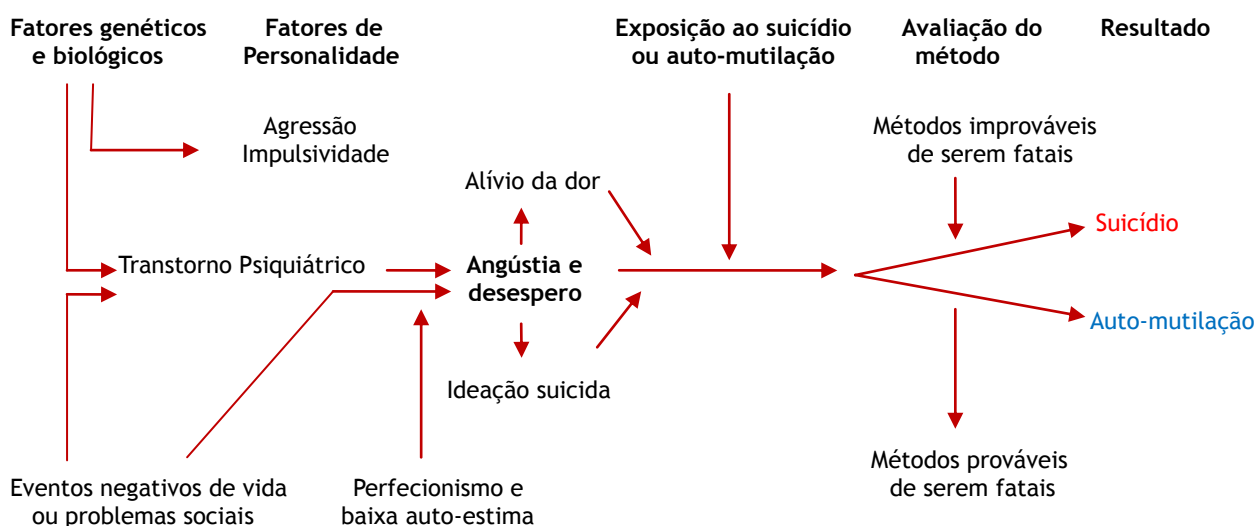


Fig.1. Fatores de risco para comportamentos autolesivos e suicidários na adolescência. Adaptado de Hawton, Saunders & O'Connor (2012).

De facto, estes comportamentos não dependem de uma causa singular pelo que, nenhum agente de tensão isolado é suficiente para explicar um ato suicida. Mais comumente vários fatores de risco agem de forma concomitante, aumentando assim a vulnerabilidade de um indivíduo a estes comportamentos (WHO, 2014).

Os fatores de risco mais enumerados pela literatura internacional (cf. Cassorla, 1987; De Leo, Bertolote & Lester, 2003; Goldman & Beardslee, 1999; Shaffer & Pfeffer, 2001; WHO, 2002), para o suicídio na adolescência são: culturais e sociodemográficos (desemprego ou problemas financeiros); familiares (transtornos psiquiátricos e suicídio na família, família violenta e abusiva, mudanças frequentes de residências, pais com autoridade excessiva ou inadequada, rigidez familiar, falta de comunicação no seio familiar, brigas, divórcio, separações, famílias adotivas); estilo cognitivo e personalidade (humor instável, comportamento anti-social, condutas irreais, alta impulsividade, irritabilidade, rigidez de pensamento, habilidade diminuta para resolver problemas, fantasias de grandeza alternadas com sentimentos de desvalorização, frustração, ansiedade excessiva, depressão, desesperança, isolamento, sentimentos de inferioridade encobertos por manifestações de superioridade, comportamento provocador, relações ambivalentes com os pais, com outros adultos ou amigos); perdas (separações de amigos, colegas ou namorado(a), morte de pessoa significativa); doença física (dor somática); conflitos interpessoais e

problemas de relacionamento (violência e trauma físico, problemas legais, envolvimento em brigas); transtornos psiquiátricos (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, transtornos de conduta, transtornos alimentares, transtorno borderline, abuso de álcool e drogas); tentativa prévia de suicídio ou história de comportamento suicida; suicídio de amigo ou conhecido³.

No presente trabalho optou-se por agrupar estes fatores em três grupos, com ordem crescente de valor preditivo:

1. Sociodemográficos: idade, género, religião/espiritualidade;
2. Psicológicos e Contextuais: doença psiquiátrica grave, características pessoais, história de abuso/dependência de álcool ou drogas, história familiar, abuso sexual, orientação sexual;
3. Fatores da esfera suicida: história de tentativas de suicídio, plano suicida e acesso a meios letais

4.1. Fatores sociodemográficos

Em relação à idade, constata-se um aumento consistente na taxa de suicídio desde a infância até à adolescência, devido à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes (Pandey, 2013) e igualmente pelo facto de serem cognitivamente mais capazes de planear e efetuar o suicídio, tal como já foi anteriormente referido. Tentativas de suicídio são raras antes da puberdade e atingem um pico de incidência máxima na adolescência e em adultos jovens (*idem*).

Globalmente, tal como acontece em Portugal, a taxa de suicídio nos indivíduos do sexo feminino é três vezes menor do que a do género masculino, com a exceção da China (Carvalho, Peixto & Saraiva, 2013; Dias et al., 2009; Pandey, 2013). No entanto, em relação aos comportamentos autolesivos, à ideação suicida e às tentativas de suicídio, a situação é a inversa, onde o género feminino é claramente líder (Saraiva, 2014).

4.2. Fatores psicológicos e contextuais

Tal como já foi referido, 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.

Sem dúvida que as perturbações mentais são um importantíssimo fator de risco para o suicídio na adolescência, uma vez que a maioria dos investigadores sugere que a doença mental está presente em cerca de 90% dos adolescentes que cometem suicídio.

As perturbações do humor estão associadas a pelo menos metade das mortes por suicídio (Turecki & Brent, 2015) devido a episódios de depressão, observados tanto na depressão major como na doença

³ Uma pequena percentagem de suicídios ocorre em adolescentes vulneráveis que estão expostos ao suicídio na vida real, ou através dos meios de comunicação social. O efeito Werther, usado na literatura técnica para designar a imitação de suicídios, é mais proeminente nos jovens (WHO, 2001).

bipolar. A depressão é o fator de risco mais relevante, onde cerca de 15 a 20% dos doentes com depressão grave morrem por suicídio (Santos, Carvalho & Peixoto, 2013). De facto, a depressão é mais comum em indivíduos que cometem o suicídio completo, ocupando o primeiro lugar nas perturbações associadas à tentativa de suicídio (Marcelli & Braconnier, 2005, citados em Nunes, 2012), sendo que a ideação suicida apresenta maiores taxas em indivíduos com diagnóstico de depressão (Garlow et al., 2008 cit. in Vrshek-Schallhorn, Czarlinski, Mineka, Zinbarg, & Craske, 2011; todos citados em Nunes, 2012).

A presença concomitante de várias perturbações está especialmente associada a um alto risco de suicídio, cerca de 2,5 vezes superior do que a ausência de qualquer patologia (Souza et al., 2010)

Os jovens que vivenciam altos níveis de stress são sobrecarregados por ansiedade, raiva, desesperança, associados a reações psíquicas intensas. Situações prolongadas de stress tornam as pessoas mais suscetíveis, prejudicando a habilidade para lidar com as situações adversas da vida. O stress continuado pode ser prejudicial para a saúde e originar alterações na concentração e atenção, o que diminui a capacidade de resolução de problemas. Quando o ambiente é percebido como excessivamente stressante, a pressão é grande, levando ao aumento da ansiedade, ao sentimento de desesperança, podendo surgir uma ideação suicida severa e culminar no suicídio (Wasserman, 2001, citado em Gonçalves, 2014). Deste modo, os traços de personalidade, a habilidade para gerir a dor psicológica, as competências na resolução de problemas e as capacidades para utilizar recursos internos e externos, são fatores importantes que podem mitigar ou aumentar o risco de suicídio (Santos, Carvalho e Peixoto, 2013). Por outro lado, tem-se vindo a demonstrar que a desesperança poderá ser um preditor mais preciso. Este estado de desesperança é definido como um sistema de padrões cognitivos com o denominador comum de perspetivas futuras negativas (*idem*).

Outros fatores associados a elevado risco de comportamentos suicidários incluem a baixa autoestima e autoconfiança (Goud, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003), um modelo de autoapreciação e de culpabilidade negativamente distorcido (Santos, Carvalho & Peixoto, 2013) com sentimentos de derrota, aprisionamento, frustração e falta de sentido de pertença (*belonging*). Park e colaboradores (2010, citados em Nunes, 2012), no seu estudo, mostram haver associação entre suporte social e ideação suicida em jovens. O ambiente social em que o jovem se insere influencia o seu comportamento. Sendo assim, existem fatores sociais de risco para o suicídio, tal como a falta de apoio emocional e instrumental e a falta de relações sociais e contactos pessoais (Park, Cho & Moon, 2010). Ligados à ideação suicida estão fatores demográficos, socioeconómicos e de suporte social, tal como a idade, o sexo, o viver sozinho, humor depressivo e baixo suporte social (Casey, Dunn, Kelly, Birkbeck, Dalgard, Lehtinen, Britta, Ayuso-Mateos & Dowrick 2006; Park et al., 2010).

O abuso e dependência de substâncias, especialmente o álcool em Portugal, constitui-se como um importante fator de risco no suicídio nos jovens. Os indivíduos que atentam o suicídio são mais frequentemente associados ao abuso de substâncias relativamente aos que apenas têm ideação suicida, o que sugere uma transição facilitada de uma ideação para um comportamento suicidário (Gould *et al.*, 1998).

O risco é particularmente maior nos adolescentes mais velhos do sexo masculino quando há comorbilidades tais como perturbações do humor ou comportamento disruptivo (Poorolajal, Haghtab, Farhadi & Darvishi (2015). Esposito-Smythers e Spirito (2004, citados em Moreira & Bastos, 2015)

exploraram a relação entre o uso de substâncias e o 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.

No sexo feminino, a dependência tabágica foi a principal substância relacionada à ideação, seguida do abuso do álcool, uso de outras drogas ilícitas e o consumo regular de cannabis (Du Roscoatt et al., 2016). Já no sexo masculino, o consumo de drogas ilícitas parece ser um dos principais contribuidores para a ideação, seguido de abuso de álcool e do tabaco, enquanto o consumo de cannabis poderá ser um fator de proteção para a ideação suicida (Du Roscoatt et al., 2016).

Outro dado importante, e que tem tido crescente importância, é a associação entre o consumo excessivo esporádico de álcool - *binge drinking* - e a existência de comportamentos suicidários (Santos, 2009). De todas as mortes por suicídio, 22% podem ser atribuídas ao álcool, o que significa que um quinto dos suicídios não ocorreria caso o álcool não fosse consumido (WHO, 2014). Ações preventivas suicidas devem, portanto, ter em conta o papel fundamental da gestão de perturbações mentais: calcula-se que, se 50% das pessoas que sofrem de distúrbios de humor, esquizofrenia ou distúrbios relacionados com o álcool forem eficientemente tratadas, os suicídios diminuiriam em 20,5 %, poupando 165 000 de vidas por ano no mundo.

Fatores familiares, incluindo a psicopatologia dos pais, a história familiar de comportamentos suicidários, a perda de um parente ou divórcio, relação entre pais-filhos problemática e, maus tratos, estão associados com um aumento do ato suicida e do comportamento suicidário nos jovens (Pandey, 2013).

Estudos apontam para uma forte evidência da transmissão dos comportamentos suicidários (Brent & DaMann, 2005) inclusive a presença da história familiar de suicídio poderá influenciar a idade de início do comportamento suicidário, tornando-a mais precoce (Roy, 2004). Portanto, há algumas evidências que os comportamentos suicidários apresentam uma propensão familiar e hereditária marcada, parecendo existir fatores biológicos predisponentes (Pandey, 2013).

Os estudos sobre a influência dos fatores biológicos no comportamento suicida ainda não são conclusivos, não obstante, alterações nos mecanismos serotoninérgicos têm sido associadas a comportamentos impulsivo-agressivos e com aumento do stress (Pandey, 2013). Níveis baixos de ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA), um metabolito da serotonina no líquido cefalorraquidiano (LCR), foram relacionados à agressividade impulsiva e a comportamentos suicidários em adultos com doenças psiquiátricas (Bridge, Goldstein & Brent, 2006).

A qualidade da relação entre pais e filhos é também um fator de risco de suicídio importante, constatando-se um maior risco em padrões comunicacionais deficitários, hostilidade marcada, perturbação e confusão dos papéis sociais a desempenhar, escalada de conflitos quando ocorre uma mudança desenvolvimentista relacionada com o ciclo vital da família, intolerância à crise, conflito familiar, comportamento suicida como uma forma de comunicação, entre outros (Aldridge, 1984). Em suma as famílias dos jovens com comportamentos suicidas são muitas vezes definidas por uma estrutura disfuncional com elevada rigidez, autoridade excessiva ou inadequada, expectativas rígidas e irrealistas,

conflitos intrafamiliares bastante frequentes, sobre-envolvimento emocional e escassas redes de sociabilidade (*idem*).

O abuso físico e sexual, particularmente tardio nos adolescentes, está associado fortemente a uma história de tentativa de suicídio, bem como de suicídio (Pandey, 2013). O abuso na infância aumenta três vezes a probabilidade dos adolescentes ficarem deprimidos ou com comportamentos suicidas do que aqueles sem qualquer história de abuso (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014).

Vários estudos apontam para a influência da orientação sexual na adolescência como fator de risco para os comportamentos suicidários. As minorias sexuais (onde se inclui a comunidade LGBT⁴) apresentam maior probabilidade de planear e cometer suicídio quando comparada com os seus colegas heterossexuais (Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Adolescentes LGBT têm um risco duas a seis vezes superior de vir a adotar comportamentos autolesivos (Goud et al., 2013) e possuem um risco quatro vezes mais elevado de vir a tentar o suicídio e uma probabilidade oito vezes superior de tentar o suicídio pelo menos quatro vezes (Poorolajal et al., 2015) com um risco desproporcionadamente superior para indivíduos do sexo masculino (Turecki & Brent, 2015), registando-se tentativas de suicídio em 20 a 40% dos jovens homossexuais entre os 15 e os 17 anos de idade (Saraiva, 2014).

4.3. Fatores da esfera suicida

Comportamentos autolesivos são muitas vezes identificados como um dos preditores mais fortes para posteriores comportamentos suicidas. Em geral, 70% dos adolescentes envolvidos em comportamentos suicidários recentes relatou uma história de pelo menos uma tentativa de suicídio, em que 55% destes relataram mais de duas tentativas ao longo da sua vida (Goud, Greenberg, Velting & Schaffer, 2003). Além disso, a história de uma tentativa de suicídio é consistentemente citada como um dos fatores de risco mais forte e robusto para um futuro suicídio consumado, conferindo um risco particularmente elevado no sexo masculino cerca de trinta vezes superior e um risco relativamente menor que no sexo feminino (cerca de três vezes). Entre um quarto a um terço das vítimas de suicídio adolescente tentaram pelo menos uma vez o suicídio antes da tentativa fatal (*idem*). A tentativa de suicídio aparece então como o fator de risco mais potente para o suicídio na adolescência (Gould et al., 1998)

Existe, igualmente, uma associação positiva entre um plano suicida e um método com letalidade superior, com um maior risco de suicídio (Saraiva, 2014). Tentativas de risco com elevado risco de letalidade (ex. enforcamento, armas de fogo) têm um risco extremamente elevado de suicídio no futuro (Roy, 2004). Contudo, uma tentativa de baixa letalidade não significa necessariamente baixa intenção suicida, especialmente em crianças cuja imaturidade cognitiva torna difícil a formulação e a execução de um plano suicida.

Em conclusão, o comportamento suicidário e o suicídio são multifatoriais e a importância de cada fator de risco e a forma como ele é classificado dependerá de cada contexto.

⁴LGBT, designação para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais.

5. Fatores de proteção associados ao comportamento suicida na adolescência

Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que quando estão presentes, contribuem para a prevenção dos comportamentos autolesivos ou suicidas. São fatores que criam resiliência ao stress, diminuindo a vulnerabilidade dos jovens e moderando o impacto negativo que as adversidades da vida podem ter.

Wasserman (2001) propõe quatro esferas de indicadores de proteção:

1. Estilos cognitivos e características de personalidade - Incluem autoconfiança, capacidade para procurar ajuda perante as dificuldades, abertura para experiências e soluções de outras pessoas, abertura para aprender, habilidade para comunicar;
2. Modelo familiar - Bom suporte familiar e padrões de vinculação seguros são protetores contra o suicídio. Verifica-se elevada incidência de problemas de saúde mental entre os familiares de pessoas com comportamento suicida;
3. Fatores culturais e sociais - Adoção de valores e tradições culturais específicos, boas relações com amigos, colegas e vizinhos, integração social, como participação em atividades desportivas, religiosas e sociais.
4. Fatores ambientais - Alimentação equilibrada, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas, uso construtivo do tempo de lazer.

Também a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2003) aponta como indicadores de proteção: a religiosidade, a satisfação com a vida, as habilidades para solucionar problemas, o suporte social positivo e a relação terapêutica positiva.

Segundo Nock *et al*, (2008), a prática religiosa e a espiritualidade têm sido associadas a menor probabilidade de tentativas de suicídio, uma vez que, por norma, estão ligadas a objeções morais ao suicídio e à sensação de pertencer a uma comunidade com o devido apoio social, protegendo contra ideação suicida entre pessoas em risco.

O risco de comportamentos suicidários aumenta quando o indivíduo sofre de problemas sociais, com dificuldades em manter relações devido a conflitos, discórdia ou perda. Em contrapartida, a promoção e a manutenção de relações próximas saudáveis pode aumentar a resiliência individual e atuar como um fator de proteção, tanto contra comportamentos autolesivos como suicidários. O círculo social e pessoal, constituído pelo parceiro, família, colegas e amigos, tem a maior influência sob um indivíduo e pode ser um suporte fundamental em tempo de crise. Amigos e familiares podem ser um apoio significativo a nível social, emocional e financeiro, e pode amortecer o impacto de fatores de stress externos.

Adolescentes que descrevem o seu círculo familiar como uma família com elevado grau de coesão, com capacidade de envolvimento mútuo, interesses comuns e suporte emocional têm um risco 3,5 a 5,5 vezes inferior de vir a adotar comportamentos autodestrutivos em comparação a adolescentes com a percepção de pertencerem a uma família menos coesiva, com os mesmos níveis de depressão e fatores stressantes semelhantes (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003)

A resiliência e a capacidade de enfrentar e responder positivamente a acontecimentos da vida potencialmente adversos são identificadas na literatura como importantes fatores de proteção contra o suicídio. A estabilidade emocional, uma visão otimista e uma identidade desenvolvida ajudam a lidar com as dificuldades da vida (Breton et al., 2015). Uma boa autoestima e uma capacidade eficaz de resolução de problemas, que incluem a capacidade de procurar ajuda quando necessário, podem atenuar o impacto dos fatores e adversidades na infância (Breton et al., 2015).

Escolhas saudáveis de estilo de vida que promovam o bem-estar físico e mental incluem o exercício regular, hábitos de sono e alimentação adequados, a ponderação do impacto do álcool e das drogas sobre a saúde, a manutenção de relacionamentos saudáveis e integração social, e uma gestão eficaz do stress (WHO, 2014; Breton, Labelle & Berthiaume, 2015).

A nível cultural também existem alguns fatores que influenciam as taxas de suicídio, atuando como fatores protetores nomeadamente nas sociedades que valorizam a interdependência, em que os indivíduos são estimulados a falar sobre os seus problemas e onde existe uma abertura e aceitação de formas diferentes de pensar e agir, sendo considerado um sinal positivo o pedido de ajuda (Botega et al, 2006 citado em Gonçalves, 2014).

Ao analisarmos os fatores de risco e de proteção associados aos comportamentos suicidários, notamos que, de uma forma geral, os fatores de risco têm um cariz marcadamente pessoal, ou seja, são inerentes ao próprio indivíduo, mais do que à comunidade que o rodeia. Quando nos focamos nos fatores protetores, constatamos que estes, pelo contrário, se localizam muito mais na comunidade e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos por esta.

Apesar da maioria dos fatores protetores se encontrarem ao nível da comunidade, não podemos excluir, a existência de fatores protetores de cariz mais individual, tais como a existência de relações significativas e positivas, vida social satisfatória, um bom autoconceito e autoestima, padrão de vinculação seguro, prática de atividades de lazer, entre outras.

É certo que na adolescência, ocasionalmente, podem aparecer idéias suicidas, uma vez que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias, que acontece na infância e na adolescência, para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte. A questão torna-se preocupante quando o suicídio passa a ser a única alternativa para suas dificuldades. A intensidade desses pensamentos, sua profundidade, duração, o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (WHO, 2002).

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Considerações Metodológicas

O modelo de análise, que corresponde à quarta fase de um qualquer projeto de investigação, apresenta dois grandes momentos: o da construção das questões de investigação (conceitos em relações) e o da construção dos indicadores (conceitos traduzidos de modo operacional), sendo, por isso, uma fase de formação de questões e de indicadores, que pode ser feita em simultâneo ou alternadamente.

Assim, esta é uma fase que resulta da exploração e da problemática e, por isso, será condicionada pela quantidade e qualidade do trabalho já feito em fases anteriores, acabando por ter como objetivo precisar e articular de forma teórica, mas também operacional, as dimensões que serão efetivamente consideradas na nossa análise. No início de uma investigação, há questões ou focos de interesses muito amplos, que no final se tornam mais directos e específicos. O pesquisador vai precisando melhor esses focos à medida que o estudo se desenvolve” (Ludke e André, 1986:13).

Perante todos estes factos, e depois de elaboradas todas as leituras necessárias para o efeito, torna-se preponderante avançar, consideravelmente, na nossa investigação, construindo aquelas que serão as nossas linhas orientadoras, ou seja, definir as questões de investigação/exploratórias.

De um modo geral, podemos afirmar que estas são uma interrogação que pressupõe uma relação entre dois ou mais termos/ variáveis. Neste sentido, antecipa uma resposta possível e provisória, suscetível de confirmação/infirmação, que a dado momento tem que fazer a sua demonstração e verificação. Por outro lado, as questões têm que ter uma coerência lógica, isto é, uma coerência interna enquanto interrogações que fazemos, sendo que a relação entre variáveis deve ser lógica e passível de uma análise.

Reconhecendo o poder que esta fase assumiria em toda a investigação, procurámos construir questões que refletissem os seguintes critérios: (a) Presença de uma interrogação, uma vez que uma questão de investigação pressupõe uma relação entre termos que deverão refletir uma determinada conceptualização; (b) Clareza e compreensão, ou seja, os termos devem ser precisos, rigorosos, previamente definidos e acessíveis. Logo, a questão tem que explicitar uma lógica; (c) Ligação a teorias precedentes, refletindo um conjunto de pressupostos já existentes; (d) Suscetibilidade de verificação a partir das técnicas, permitindo a sua resposta; (e) Carácter geral, o que significa que pode ser testada várias vezes em diferentes populações - alvos e contextos e, ao mesmo tempo, obter resultados semelhantes; (f) Presença de níveis de especificação, isto é, elabora uma questão geral e, a partir desta construir questões mais específicas; (g) Termos com realidade estatística, não devendo ser termos morais e transcendentais (Campenhoudt, L. & Quivy, R., 1998; Peretz, 2000).

1.1. Questões de investigação/exploratórias

Na persecução do objetivo geral, identificar a presença e gravidade de ideação suicida em jovens estudantes de Santa Cruz da Graciosa, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, foram formuladas as seguintes questões:

Q1 - Apresentarão os jovens do sexo feminino maior tendência para desenvolver ideação suicida, em relação aos jovens do sexo masculino?

Q2 - Apresentarão os jovens que se encontram na faixa etária dos 15/16 anos maior tendência para desenvolver ideação suicida, em relação às restantes faixas etárias em estudo?

Q3 - Apresentarão os jovens que não se encontram em nenhum relacionamento amoroso maior tendência para desenvolver ideação suicida, em relação aos que se encontram num relacionamento?

Q4 - Apresentarão os jovens que possuem doença física/psicológica maior tendência para desenvolver ideação suicida, em relação aos que não possuem qualquer tipo de doença?

Q5 - Apresentarão os jovens que conhecem alguém que já tenha tentado/concretizado suicídio maior tendência para desenvolver ideação suicida, em relação aos jovens que não conhecem?

Q6 - Serão a falta de autoestima, o consumo de drogas e/ou álcool e problemas familiares as principais causas associadas à ideação suicida, em relação às restantes causas em estudo?

1.2. Variáveis

A produção de conhecimentos especificados sobre a realidade social não pode dispensar a transformação dos conceitos e relações entre conceitos que se situam nos níveis de teoria com maior grau de generalidade, ou seja, os **indicadores**.

Assim, um indicador “é um conceito que permite, em relação a um objeto de conhecimento teoricamente relevante, operar no mesmo uma partição em classes de equivalência mais ou menos extensas.” (Silva e Pinto, 2003, pág.70).

Por isso, e indo de encontro aos objetivos gerais, traçamos como indicadores principais, sobre os quais toda a nossa técnica de análise se debruçará, o sexo, idade, estado civil (namorad@ ou não), presença de doença física/psicológica e conhecer alguém que tenha pensado/tentado/concretizado suicídio.

1.3. Instrumentos de recolha de dados

Após uma abordagem inicial, e tendo por base o universo da minha população-alvo (jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos) era de todo conveniente que iniciássemos a nossa incursão no terreno, optando por uma abordagem qualitativa/descritiva e transversal, baseada nos dados estatísticos obtidos. Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que se pretende observar, identificar, registar e analisar as variáveis relacionadas com a ideação suicida sem entrar no mérito dos conteúdos, isto é, descobrir a frequência do fenómeno sem interferir no mesmo.

É igualmente um estudo transversal, pelo fato de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, já que o mesmo “fotografa” a realidade autopercepcionada pelos estudantes, relativamente à ideação suicida, num só momento.

Foi utilizada como técnica de investigação a **aplicação de inquérito por questionário**, técnica largamente utilizada na pesquisa científica em particular e aplicável a uma diversidade de objetos de investigação, mantendo problemas teóricos, metodológicos e técnicos muito diversificados.

De acordo com Ghiglione e Matalon, “é difícil falar de ‘inquérito’ de uma forma geral não apenas porque os há de diferentes tipos, mas sobretudo porque a sua prática exige o recurso a diferentes técnicas, colocando cada uma delas problemas específicos.” Contudo, podemos afirmar que através desta técnica podemos conhecer representações sociais, atitudes, valores, sendo que muitos objetos de estudo são construídos no domínio desta metodologia.

A prática do inquérito por questionário, ao exigir o recurso a outras técnicas, permite-nos o estudo das suas diversas operações e exige um exercício constante de reflexão e equacionamento de conhecimentos a propósito das restantes técnicas de pesquisa: técnicas de amostragem e análise de conteúdo.

De um modo simples, o inquérito por questionário é uma técnica de investigação que, através de um conjunto de perguntas, visa suscitar uma série de discursos individuais, interpretá-los e depois generaliza-los a conjuntos mais vastos. Na perspetiva de Virgínia Ferreira, o inquérito é, de facto, a técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predominado nas ciências e na sociedade em geral.

O inquérito por questionário é uma forma de investigação que consiste em recolher todo o tipo de dados, apoiando-se em formas de recolha de informação diferenciada da própria observação, como na dos dados estatísticos. O inquérito agrupa os indivíduos que compõe a realidade social, agregando-os em função de atributos comuns.

Portanto, esta técnica consiste em “colocar a um conjunto inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.188).

Trata-se de uma técnica de observação não participante, uma vez que não exige a integração do investigador no meio, no grupo ou nos processos sociais estudados, e constituída por uma série de perguntas, podendo também integrar outros instrumentos, como por exemplo testes e escalas de atitudes e opiniões que visam aferir um certo tipo de comportamentos, reações e avaliar a intensidade com que se dá determinada opinião ou atitude. Assim, as respostas obtidas irão constituir o material sobre o qual o investigador irá produzir interpretações e chegar a generalizações.

Não obstante, é uma técnica que se situa no âmbito do método de medida ou de análise extensiva, permitindo aceder a informação atual e atualizada, embora o investigador não se possa dissociar do contexto social, pois, caso contrário, estaremos a atomizar excessivamente o nosso objeto, e o estudo de populações vastas colocadas em situações sociais concretas.

Por outro lado, o inquérito aplica-se a unidades sociais que quando inquiridas são tomadas como equivalentes, sendo que os fenómenos sociais existem independentemente das relações sociais que os determinam. Além disso, através da linguagem e mais precisamente das respostas a um conjunto de questões, os indivíduos atribuem significado aos fenómenos estudados; dão-nos também a conhecer as

suas motivações, atitudes, opiniões, sistema de representações, isto é, torna-se possível a captação de dimensões subjetivas que escapam à observação direta.

Por isso, esta técnica quando bem aplicada permite-nos estudar um fenómeno tal como ele ocorre e é socialmente construído e representado num determinado momento, tendo como grande objetivo a necessidade de verificação ou não das hipóteses teóricas orientadoras de toda a pesquisa.

Nesta medida, tendo em mente a perspetiva de Ghiglione e Matalon, podemos advogar que o recurso ao inquérito é necessário de cada vez que temos necessidade de informação sobre uma grande variedade de comportamentos de um mesmo indivíduo, comportamentos cuja observação direta, mesmo que possível, levaria demasiado tempo, ou seria completamente impossível; quando a observação direta de certos comportamentos pressupõe uma intimidade frequente e, em termos práticos, inaceitável, de um ponto de vista deontológico; para compreender fenómenos como atitudes, que só são acessíveis de uma forma prática pela linguagem, e que só raramente se exprimem de forma espontânea.

Vistas e tidas em conta todas as vantagens que o inquérito por questionário poderia trazer há minha investigação, tendo sempre por base o meu objetivo geral, identificar a presença e gravidade de ideação suicida em jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, seria agora necessário proceder à construção de um bom questionário, que nos permitisse dar uma resposta, positiva ou negativa, ao conjunto de hipóteses criadas.

Definidos que estavam os principais indicadores, o questionário construído englobou questões que variam em função dos seus conteúdos, incidindo sobre opiniões, atitudes, motivações e preferências, enfim, sobre questões de opinião, e em função da sua forma, possuindo questões fechadas, onde o conjunto de respostas está definido à partida, devendo o inquirido escolher aquela que lhe parece mais adequada; de escolha múltipla e de escalas de valores, de modo a aferirmos a posição do indivíduo sobre um determinado tema, neste caso concreto sobre a ideação suicida.

1.4. Procedimento de recolha e análise de dados

Concluída esta etapa, surgiam agora novas questões: observar quem? A quem aplicar o questionário? Sabendo que estas questões têm sempre uma resposta em termos de espaço (geográfico e social) e de tempo, estava na altura de construirmos a nossa **amostra**.

De acordo com o casal Hill (2008), a amostra é uma parte representativa de todos os indivíduos e é utilizada quando se torna difícil estudar a realidade de todos esses elementos. Neste sentido, foi decidido que o questionário seria aplicado aos alunos com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos estudantes na Escola Básica e Secundária da Graciosa, na medida em que eram estes os jovens estudantes que havíamos definido inicialmente.

Para o desenvolvimento do nosso quadro de investigação, foram realizados, inicialmente, contactos com a instituição escolar, e Encarregados de Educação de forma a obtermos a devida autorização para a aplicação do questionários aos alunos). Dada a autorização necessária, a administração dos questionários foi realizada na própria escola, com a colaboração dos professores, durante o horário escolar. A aplicação foi coletiva, com duração de aproximadamente 40 minutos.

Numa primeira incursão no terreno, observamos que a nossa população-alvo (jovens estudantes do concelho de Santa Cruz da Graciosa entre os 13 e os 17 anos) seria de 214 indivíduos (103 do sexo

masculino e 111 do sexo feminino). Todavia, com a prossecução da nossa investigação, surgem as primeiras grandes dificuldades em todo este trajeto: conseguir resposta dos 214 alunos. Se por um lado, esta colaboração esbarrou na autorização que tinha que ser dada pelos respetivos encarregados de educação dos alunos para que os mesmos respondessem ao inquérito; por outro, em alguns casos, denotou-se alguma falta de colaboração por parte da escola e mesmo dos professores, na medida em que o preenchimento deste questionário retiraria minutos às aulas.

Contornadas algumas destas dificuldades, conseguimos obter 98 respostas válidas, o que representa 45,79% do nosso universo (214 alunos), permitindo-nos, apesar de tudo, responder, com alguma clareza, às nossas questões, tendo em conta a homogeneidade das respostas dadas pelos 98 alunos.

No Quadro 1., estão apresentadas as características da nossa amostra em função do género e da idade:

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (N. 98 alunos)

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Sexo		
Masculino	48	49,0%
Feminino	50	51,0%
Idade		
13 anos	8	8,2%
14 anos	15	15,3%
15 anos	15	15,3%
16 anos	27	27,6%
17 anos	33	33,7%

2. Caracterização Estatística do Território Alvo da Investigação

Tendo por base o alcance do presente projeto de investigação, parece-me de todo pertinente iniciar este capítulo com uma breve caracterização do território em causa, inicialmente no seu todo (Região Autónoma dos Açores) e, posteriormente, na sua particularidade (Concelho de Santa Cruz da Graciosa).

Os Açores são um arquipélago que se situa no Oceano Atlântico Norte, distando cerca de 1.600Km do Continente Europeu, 1.450 km da África do Norte e 3.900 km da América do Norte. Composto por 9 ilhas (Santa Maria, São Miguel, Terceira, Graciosa, São Jorge, Pico, Faial, Flores e Corvo), este arquipélago divide-se em três grupos: o Grupo Oriental, o Grupo Central e o Grupo Ocidental, encantando pela sua grande diversidade, sendo mesmo todas bem distintas e únicas entre si.

Marcada e referida pela sua enorme beleza natural, esta região, de acordo com os dados mais recentes, em 2015 era habitado por 246 060 habitantes, sendo 120 555 homens e 125 505 mulheres. Estes dados demonstram-nos que esta região registou uma perda de 916 indivíduos em relação ao valor registado em 2011 (246 976 habitantes).

Se observarmos os dados relativamente aos grandes grupos etários, denotamos que a grande maioria da população situa-se entre os 15 e os 64 anos (172 185 indivíduos), representando 69,97% do total da população. Já a proporção de pessoas jovens (0-14 anos) situa-se nos 40 935 indivíduos, ou seja, 16,64% da população. Por seu turno, as pessoas idosas (mais de 65 anos) representam 13,39% da população.

Deste modo, podemos afirmar que esta região não atravessa (ainda) fenómenos marcadas pelo envelhecimento da população, na medida em que regista um índice de envelhecimento demográfico de 80,5.

Todavia, se nos fixarmos na população-alvo deste projeto, os jovens, verificámos que este não é um universo muito extenso, muito embora tenha alguma representatividade na população total.

Focando agora a nossa análise no concelho de Santa Cruz da Graciosa, podemos afirmar que esta ilha situa-se no Grupo Central do Arquipélago dos Açores, distando da Ilha de São Jorge 37 km, e ocupando uma área de 62 Km², com 12,5 km de comprimento e 8,5 km de largura máxima. Menos acidentada geograficamente de todo o Arquipélago, salienta-se pelas suas paisagens de grande deslumbre e por um património arquitetónico, humano e natural de grande valor.

Esta ilha era habitada, em 2015, por 4 351 habitantes, representando 1,8% da população residente total do Arquipélago. Seguindo a tendência registada no Arquipélago, também aqui prevalece o sexo feminino (2 230 mulheres e 2 121 homens). Deparámos-nos com 597 jovens (0-14 anos), 2 924 indivíduos enquadrados na idade ativa (15-64 anos) e 831 pessoas com mais de 65 anos.

3. Apresentação e análise dos resultados

3.1. *Análise de Conteúdo*

Inicialmente, este trabalho tinha como pressuposto uma análise quantitativa, centrada apenas nos resultados estatísticos. Dada a complexidade e subjetividade dos dados obtidos, decorrente das dificuldades sentidas (e já mencionadas) aquando da recolha dos dados, chegada a esta fase da investigação foi necessário tomar uma decisão importante para toda esta fase: percebendo as limitações que uma investigação exclusivamente quantitativa teria, a opção que tomei para a análise dos dados foi uma opção qualitativa, baseada numa análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, não se tratando de um instrumento, mas antes um leque de técnicas com o objetivo de ultrapassar a incerteza de uma leitura/ interpretação da realidade válida e generalizável, a par de um aumento da produtividade e pertinência dessa mesma leitura (Bardin, 1977).

Ainda, de acordo com o autor, a análise de conteúdo passa pelo desejo de rigor e necessidade de descobrir para além das aparências, conferindo objetividade ao método utilizado, e também, por uma função heurística, já que enriquece a tentativa exploratória e permite uma análise sistemática. A análise de conteúdo é um método rigoroso que, segundo Bardin (1977) passa por cinco fases:

1ª Fase: Organização da análise. Aqui foi feita uma pré-análise que engloba a fase da organização propriamente dita, em que o objetivo é tornar operacionais e sistematizadas as ideias iniciais para efetuar um plano de análise que fundamente a interpretação final. A pré-análise deve obedecer a alguns parâmetros, nomeadamente: iniciar-se com uma leitura flutuante, escolher os documentos, seguir a regra da exaustividade (não deixar qualquer documento de fora que não possa ser justificável no plano do rigor), da representatividade, da homogeneidade (obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiadas singularidades) e da pertinência. Deve-se ainda escolher e referenciar os índices e depois proceder-se à construção de indicadores precisos e seguros. A fase da organização da análise compreende ainda a exploração de material (administração sistemática das decisões tomadas) e o tratamento dos resultados (os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos ou válidos);

2ª Fase: Codificação. É necessário enquadrar a técnica dentro de um quadro teórico e saber a razão porque se analisa. Holsti (1969 cit in Bardin, 1977) define a codificação como “o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.” A transformação dos dados brutos do texto compreende 3 escolhas: recorte (escolha de unidades), enumeração (escolha das regras de contagem) e classificação e agregação (escolha das categorias);

3ª Fase: Categorização. Esta é uma operação de classificação dos elementos constitutivos do conjunto, por diferenciação e por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios

(semânticos - categorias temáticas; sintáticos - verbos, adjetivos; léxicos - classificação das palavras segundo o seu sentido; e expressivos), objetivando fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. A categorização comporta 2 etapas: inventário (isolamento dos elementos) e classificação (repartição dos elementos, procurando impor uma certa organização às mensagens);

4ª Fase: inferência que diz respeito à investigação das causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores) através da indução;

5ª Fase: tratamento da informação, que normalmente é feito através de um programa informático.

Assente nestas premissas, e reconhecendo que a técnica de recolha utilizada foi o inquérito por questionário, onde não se utiliza maioritariamente a análise de conteúdo, procurei, numa primeira fase, decifrar aquilo que poderia ser entendido por 'ideação suicida', categorizando alguns dos temas tidos como mais fulcrais (por exemplo, a manifestação de pensamentos suicidas, de vontade em morrer) e estabelecer, através da análise de frequências e de cruzamentos de variáveis (numa perspetiva mais quantitativa), alguma relação de causalidade entre os mesmos.

3.2. *Análise Estatística*⁵

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à versão 17.0 do software de análise estatística Statistical Packadge for Social Sciences (SPSS) e, nos estudos descritivos da nossa amostra, foram utilizadas, maioritariamente, estatísticas descritivas, incluindo quadros de frequência e de percentagens, dada também a natureza das nossas questões.

Com a análise das respostas obtidas, podemos afirmar que se trata de uma população-alvo homogénea, com uma ligeira predominância do sexo feminino (51% contra 49% do sexo masculino); com uma média de idades de 15,63 anos, sendo que a idade mais baixa situa-se nos 13 e a mais alta nos 17, o que está de acordo com a estrutura etária definida inicialmente para a realização deste trabalho.

Talvez por menos constrangimentos à possibilidade de participação na presente investigação, não foi de todo estranho que as respostas obtidas sejam, maioritariamente, de jovens com uma idade de 17 anos (33,7% das respostas situam-se nestas idades, seguidos dos jovens com 16 anos), o que também poderá ser justificado pela maior maturidade e capacidade de resposta a um tema tão sensível quanto este (a ideação suicida).

A maioria dos jovens enquadram-se num estatuto socioeconómico médio (63,3%), sendo de salientar que, ainda assim, 23,5% dos inquiridos afirmam pertencerem a uma camada média-baixa, o que poderá refletir as inúmeras dificuldades económicas pelas quais passam, hoje em dia, a grande maioria dos agregados familiares.

Algumas destas dificuldades poderão passar e ser explicadas pelos números do desemprego, fenómeno que muito tem afetado e alterado os agregados familiares portugueses, não sendo os das Região Autónomas isentos. De acordo com os dados mais recentes do Instituto de Emprego e Formação

⁵Por uma questão de compreensão, em todas as análises realizadas foram considerados os valores de 'missing values', ou seja, as não respostas, uma vez que existiram alguns casos em que estas percentagens eram superiores às restantes.

Profissional, em abril de 2017, existiam na Região Autónoma dos Açores 9 588 desempregados, ou seja, 3,90% da população desta região encontra-se a ultrapassar uma situação de desemprego. Destes, 1 344 encontravam-se inscritos nos respetivos centros de emprego.

Muito embora seja uma ideia predominante do senso comum, a análise dos dados demonstra-nos que, nestas idades, pautadas pelos processos de adolescência, os jovens já experienciaram fases de namoro (66,3% dos nossos inquiridos afirmam já ter tido namorado(a) ou algum tipo de relacionamento amoroso casual), sendo que 43,9% dos jovens mantém, à data da aplicação do questionário, algum tipo de relação íntima com alguém. De salientar que na resposta à questão “Se sim, atualmente namora ou mantém algum tipo de relação íntima?”, verificámos uma percentagem considerável de não - resposta (33,7%), ou seja, os jovens sentem-se à vontade quando questionados de uma forma geral, mas não tanto a um nível mais pessoal e particular, preferindo omitir de certa forma o seu atual estado civil.

De referir também que, talvez típico destas idades, estas relações poderão ser esporádicas, relações cuja duração se revela curta, pois 19,4% dos inquiridos que mantêm relações afirmam que estas têm uma duração de 1 a 6 meses. Também aqui se denota uma percentagem elevada de não- resposta (38,8%), o que poderá ser explicado pelo facto de se referirem a questões de foro mais pessoal que nem sempre deixam os jovens com à-vontade em responder, mesmo sabendo que estava garantido o anonimato nas suas respostas.

Em termos de comportamentos tidos como típicos da adolescência ou pelo menos experienciados numa determinada fase da vida dos jovens, a grande maioria dos jovens afirmam não ter hábitos tabágicos (82,7% contra 11,2%), sendo que ao nível do consumo de bebidas alcoólicas a diferença é substancialmente diferente: 56,1% afirma que consome bebidas alcoólicas contra 43,9% que não têm esse hábito.

Na sua maioria são jovens perfeitamente saudáveis, dado que em todas as questões relacionadas com a existência (ou não) de problemas de saúde e/ou psicológicos graves predomina, na ordem dos 90%, a resposta não.

Abordando mais o conceito orientador de toda esta investigação, a ideação suicida, através de questões mais vocacionadas para tal verifica-se que 76,5% dos inquiridos já passou pela perda de algum ente querido, o que, dado o escalão etário que o estudo abrange, se torna normal. Além disso, estas perdas referem-se a familiares (69,4%), o que nos poderá indicar que, direta ou indiretamente, os jovens alvo do nosso questionário já tiveram que lidar com processos de luto e de perda de entes queridos.

Verificámos ainda que, embora 53,1% dos inquiridos afirme que não conhece ninguém que tenha tentado o suicídio, 46,9% respondem positivamente, sendo que 19,4% afirma que essas pessoas que conhecem se referem a amigos, o que nos demonstra que, apesar da tenra idade, os jovens já viveram de perto com a problemática do suicídio (neste caso tentativa de) nas camadas jovens.

Ao nível da questão “Conhece alguém que tenha cometido suicídio?”, observamos a existência da mesma relação analisada anteriormente, ou seja, prevalece a resposta não (54,1%), mas, ao nível do nosso estudo, são muito mais preocupantes os valores de 44,9% de respostas sim, na medida em que reforça a afirmação feita anteriormente de que, direta ou indiretamente, os jovens já passaram por situações de suicídio.

Passando à segunda fase do nosso questionário, reforçámos algumas das ideias que mencionámos anteriormente. Quando procurámos avaliar o estado de espírito dos jovens e procurar, através daí,

algumas tendências que identifiquem a presença e gravidade de ideação suicida, concluímos que, apesar de algumas experiências menos positivas, estes são jovens que, de uma forma geral, não se sentem tristes (78,6%); não se sentem particularmente desencorajad@s em relação ao futuro (68,4%); não se sentem pessoas falhadas (73,5%); não denotam qualquer alteração na sua relação com as coisas (40,8%); não se sentem culpados de nada em particular (64,3%); não sentem que possam ser vítimas de algum castigo (78,6%); não se sentem desiludidos com ninguém (66,3%) e não se sentem pior do que qualquer outra pessoa (68,4%), conforme podemos observar nos quadro abaixo apresentados.

No entanto, abordando um pouco mais estes resultados obtidos, podemos observar que 14,3% afirma sentir-se triste; 21,4% sente-se desencorajado em relação ao futuro; 13,3% sente que teve mais fracassos que a maioria das pessoas; 12,2% não se consegue sentir realmente satisfeito(a) com nada; 28,6% sente-se culpado(a) uma grande parte das vezes; 12,2% sente que possa vir a ser castigado(a); 21,4% sente-se desiludido(a) consigo mesmo e 19,4% critica-se a si mesmo pelas suas fraquezas ou erros. Esta diferença estatística, ainda que ligeira, constitui uma emergência de intervenção ao nível clínico.

Tabela 2. Respostas obtidas no Grupo A de frases do questionário B.D.I.

Grupo A	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não me sinto triste.	77	78,6%
Sinto-me triste.	14	14,3%
Ando sempre triste e não consigo evitá-lo.	3	3,1%
Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto.	0	0%
Missing values	4	4,1%
Total	98	100%

Quadro 3. Respostas obtidas no Grupo B de frases do questionário B.D.I.

Grupo B	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não me sinto particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.	67	68,4%
Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.	21	21,4%
Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.	6	6,1%
Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar.	0	0%
Missing values	4	4,1%
Total	98	100%

Quadro 4. Respostas obtidas no Grupo C de frases do questionário B.D.I.

Grupo C	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não me sinto um(a) falhado(a).	72	73,5%
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.	13	13,3%
Quando olho para a minha vida passada tudo o que vejo é uma quantidade de falhanços.	9	9,2%
Sinto que sou uma pessoa completamente falhada.	0	0%
Missing values	4	4,1%
Total	98	100%

Quadro 5. Respostas obtidas no Grupo D de frases do questionário B.D.I.

Grupo D	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Sinto-me tão insatisfeito(a) com as coisas como anteriormente.	40	40,8%
Não me sinto insatisfeito(a) com as coisas que anteriormente me satisfaziam.	37	37,8%
Não me consigo sentir realmente satisfeito(a) com nada.	12	12,2%
Sinto-me descontente e aborrecido(a) com tudo.	1	1,0%
Missing values	8	8,2%
Total	98	100%

Quadro 6. Respostas obtidas no Grupo E de frases do questionário B.D.I.

Grupo E	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não me sinto culpado(a) de nada em particular.	63	64,3%
Sinto-me culpado(a) uma grande parte das vezes.	28	28,6%
Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte das vezes.	3	3,1%
Sinto-me sempre culpado(a).	0	0%
Missing values	4	4,1%
Total	98	100%

Quadro 7. Respostas obtidas no Grupo F de frases do questionário B.D.I.

Grupo F	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.	77	78,6%
Sinto que posso vir a ser castigado(a).	12	12,2%
Espero vir a ser castigado(a).	1	1,0%
Sinto que estou a ser castigado(a).	4	4,1%
Missing values	4	4,1%
Total	98	100%

Quadro 8. Respostas obtidas no Grupo G de frases do questionário B.D.I.

Grupo G	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não me sinto desiludido(a) comigo.	65	66,3%
Estou desiludido(a) comigo mesmo(a).	21	21,4%
Estou desgostoso(a) comigo mesmo(a).	2	2,0%
Odeio-me.	6	6,1%
Missing values	4	4,1%
Total	98	100%

Quadro 9. Respostas obtidas no Grupo H de frases do questionário B.D.I.

Grupo H	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.	67	68,4%
Critico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros.	19	19,4%
Estou constantemente a culpar-me pelas minhas faltas.	5	5,1%
Acuso-me de todo o mal que acontece.	2	2,0%
Missing values	5	5,1%
Total	98	100%

Embora, quando questionados sobre a ideia de suicídio, 80,6% afirmem que não pensam em suicidar-se, para 12,2% dos jovens essa ideia já passou, pelo menos, pela sua mente, o que significa, apesar de tudo, que deverá existir algum tipo de acompanhamento para estes jovens. Esse terá que ser um acompanhamento trabalhado de forma muito profunda, na medida em que estes jovens, que expressaram no anonimato a ideia de suicídio, quando questionámos num outro nível mais social enquadram-se naquilo que poderemos designar como comportamentos típicos de adolescentes despreocupados e sem grandes responsabilidades, ou seja, a maior parte não perdeu o interesse pelas pessoas (75,5%), é capaz de tomar decisões tão bem como anteriormente (68,4%), é capaz de trabalhar tão bem como é costume (69,4%), consegue dormir bem (64,3%), não se sentem cansados (65,3%), mantém o mesmo apetite (78,6%), não tem perdido peso (74,5%), não se tem preocupado com a saúde mais do que o habitual (68,4%) e não nota qualquer mudança no seu interesse pela vida sexual (80,6%).

Considerando a nossa escala etária, quase 25% dos jovens afirmam que agora têm mais preocupações e cuidados com o seu aspeto físico, sendo que 6,1% considera que tem um aspeto horrível (desagradável). Neste caso, seria pertinente investigar se esta falta de auto-estima implícita seria um típico sintoma do período da adolescência ou se esta percentagem de jovens necessita de ser trabalhada, antecipadamente, para que não chegue a atitudes mais drásticas, na medida em que sabemos que, muitas vezes, os comportamentos autodestrutivos e, em última instância, suicidas nos jovens iniciam-se com a perda da sua autoestima.

Contudo, este grupo de respostas presente no questionário não nos permite abordar estas questões de forma mais aprofundada, pelo que seria necessário incidir sobre determinadas questões noutras âmbitos de investigação. Podemos, apenas, constatar que, de uma maneira geral, a maioria destes jovens mantém uma postura positiva em relação aos vários aspetos da vida. Podem passar por diversas fases que implicam, por si só mudanças, algumas delas profundas, mas mantém uma postura de relativa flexibilidade e adaptabilidade perante a vida. Do ponto de vista psicológico, estas mesmas respostas poderão obter outro tipo de análise e necessitar de uma intervenção clínica emergente.

Relativamente à terceira fase do nosso questionário (QIS), os inquiridos eram convidados a atribuir, para cada item, a possibilidade que melhor expressava o seu sentimento nos últimos 6 meses.

Dada a objetividade dos itens, podemos afirmar que, em todos, a possibilidade que mais respostas recebeu foi 'nunca', o que nos demonstra que, mesmo perante certas dificuldades, a opção de suicídio ou de pôr termo à vida não se manifestou, de uma forma geral, como uma verdadeira opção para estes jovens alvo do nosso questionário. Neste sentido, a segunda parte desta fase do questionário não obteve praticamente respostas nenhuma, na medida em que a maioria destes não manifestou, ao longo dos 30 itens, vontade de pôr fim à sua vida ⁶

⁶Das várias causas apontadas no questionário, do reduzido número de inquiridos a que se aplicava o preenchimento desta parte (por força das respostas mencionadas nos itens anteriores), podemos enumerar as causas da seguinte forma (de acordo com as vezes que foram assinaladas): falta de autoestima (9); fracasso escolar (7); dificuldades na resolução de problemas (7); desgosto amoroso (6); frustração (5); dificuldades no relacionamento interpessoal (5); abandono de um ente querido (4); problemas familiares (4); dificuldade em lidar com mudanças (4); divórcio dos pais (3); vontade de ir ter com alguém que morreu (3); doença invalidante (2); perfeccionismo (2); para chamar a atenção (1); carência

afetiva (1); luto mal resolvido (0); forma de chantagear ou vingar-se de alguém (0); consumo de drogas e/ou álcool (0); problemas financeiros (0). Houve ainda quem mencionasse como causa o aspeto físico (1).

3.3. Análise das questões de Investigação/Exploratórias

Após uma análise mais generalizada do inquérito por questionário aplicado, importa agora perceber se as questões de investigação/exploratórias refletem a nossa realidade, ou seja, se através delas podemos retirar algumas conclusões acerca da ideação suicida nos jovens.

Tendo em conta a objetividade do questionário e as respostas obtidas, a análise das nossas questões baseia-se em cruzamento de variáveis, procurando perceber se uma influencia mais ou menos a outra, isto é, se um determinado indicador pode ser explicativo de um determinado comportamento.

É importante destacar que, dada a sua complexidade, desconstruímos o conceito de ‘ideação suicida’ em aspetos mais específicos. Assim, para avaliarmos esse conceito utilizámos como motor principal as respostas dadas ao grupo de frases que se referem a estados de espíritos, nomeadamente ao grupo I, visto que este grupo está direcionado para a ideia (ou não) de cometer suicídio.

Começando pela variável “sexo”, podemos observar que a maioria destes jovens respondeu, dentro da faixa dos 80%, “não penso em suicidar-me”, embora com uma diferença de 6,5% em desfavor do sexo feminino. A situação é semelhante em relação à alínea 2), na medida em que foram, também, as mulheres que responderam mais “ter ideias de pôr termo à sua vida, mas não conseguir concretizá-las”, com uma diferença de 8,7% em relação ao sexo masculino. Este facto leva-nos a afirmar que, no domínio das questões de investigação, ainda que não tenhamos dados para fazermos generalizações, a ideação suicida poderá estar mais presente nos jovens de sexo feminino.

Numa segunda etapa, surge-nos a questão: será que a idade poderá ser explicação para a ideação suicida? Contrariando a nossa questão inicial, os resultados mostram que 100% dos jovens que se situam na faixa etária dos 15 aos 16 anos respondeu “não penso em suicidar-me”. Importa, no entanto, até realçar que são os jovens com 14 anos que mais afirmam terem ideias em suicidar-se, mas que não as conseguem concretizar (21,4%), o que nos poderá levar para outros níveis de investigação.

Se analisarmos a ideação suicida ao nível dos comportamentos e das atitudes mais sociais verificámos que, se por um lado, se mantém a tendência de a maioria dos jovens, quer estejam em relacionamentos amorosos ou não, afirmarem que não pensam em suicidar-se, por outro, são aqueles que não mantêm nenhum relacionamento quem mais afirmam terem ideias de pôr termo à vida, mas não conseguem (14,3%), o que nos poderá indiciar que os jovens que não se encontram em nenhum relacionamento amoroso evidenciam maior tendência para desenvolver ideação suicida.

Esta evidência pode ser explicada e compreendida por toda a dinâmica social existente na nossa sociedade e que, de uma forma mais ou menos presente, afeta os jovens desta faixa etária. Aqui poderíamos abordar a questão da solidão, de não se sentirem amados por alguém e, por isso, isolados e distantes da sociedade a que pertencem.

Se abordarmos a questão pela variável ‘doença’, ainda que no senso comum persista a ideia de que quem está doente está pior psicologicamente do que quem não está, a verdade é que, na nossa investigação, essa ideia foi completamente contrariada. Dos 3 jovens que afirmaram possuir algum tipo de doença física grave/crónica, nenhum deles referiu pensar em pôr termo à vida ou ter ideias de praticar tal

ato. Já 10 jovens (11,5%), que não têm qualquer tipo de problema de saúde, referem que têm ideias de pôr termo à vida, mas não as conseguem concretizar.

Esta análise leva-nos a afirmar que, ao contrário do que a maioria da população pensa, o fator 'ter uma doença' não minimiza em nada os jovens, não os inferioriza. Aliás, outros estudos comprovam que estes jovens com algum tipo de handicap têm uma maneira de viver e olhar pela vida diferente. Deste modo, podemos afirmar que a variável 'doença' não é explicativa da ideação suicida.

Tal como referimos anteriormente, a nossa população-alvo já contactou de perto com alguém que tenha tentado o suicídio, pelo que podemos pressupor que, de alguma forma, também eles tenham maior tendência para desenvolver ideação suicida. No entanto, o que os dados nos demonstram é que, mesmo tendo conhecido alguém e tido algum contacto com pessoas que tenham tentado suicídio, nomeadamente familiares e amigos, essa não é, de todo, uma ideia presente nos nossos jovens, pelo que também esta variável 'conhece alguém que tenha tentado/concretizado suicídio', na nossa investigação, não é explicativa da ideação suicida.

Quando o nosso domínio de análise são jovens podemos pressupor que aqueles que adotam, de certa forma, comportamentos tidos como não mais adequados aos olhos da nossa sociedade, ainda muito clássica, como por exemplo, fumar e consumir bebidas alcoólicas, são também aqueles que poderão desenvolver ideias mais dramáticas e trágicas.

No nosso caso de investigação, não podemos responder com certeza a esta questão. A maioria dos nossos jovens afirmam que não têm hábitos tabágicos (sendo que mesmo os que dizem ter não pensam no suicídio como uma solução para os problemas). Apesar de quanto ao consumo de bebidas alcoólicas a tendência ser diferente, 85,9% dos jovens referem que, mesmo que esporadicamente, bebem, a realidade é que quanto à ideação suicida a tendência mantém-se. Quero com isto afirmar que o consumo de drogas/álcool, neste caso em concreto, não pode ser apontado como uma das principais causas associadas à ideação suicida.

O mesmo acontece relativamente à falta de autoestima e aos problemas familiares. Embora os jovens afirmem que até gostariam de ter um outro aspeto, este fato, por si só, não é motor para desencadear ideias relativas ao suicídio, dado que encaram estes sentimentos como típicos de uma fase de vida, neste caso a adolescência, em que estas questões assumem um papel importante, mas não tanto quando comparado com o valor que os mesmos dão à sua vida.

Em suma, podemos depreender desta análise que os jovens alvo do nosso inquérito, enquanto amostra representativa dos jovens estudantes de Santa Cruz da Graciosa com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, não desenvolvem nenhuma tendência que aponte para a ideação suicida. Se por um lado podemos estranhar aquilo que os números nos transmitem, por outro tal facto vai de encontro a estatísticas e análises mais generalizadas que nos apontam para a ausência de suicídio como causa de morte nesta ilha, ou seja, segundo as estatísticas nacionais, em 2015, não se registou em Santa Cruz da Graciosa nenhum suicídio, pelo que esta não poderá ser apontada como causa para as mortes registadas.

Considerações Finais

Quando iniciámos esta investigação foi traçado como objetivo principal caracterizar os comportamentos e identificar a presença e gravidade da ideação suicida em jovens estudantes de Santa Cruz da Graciosa, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, procurando comparar diferentes grupos, em função do género, da idade, do estado civil, da presença de doença física/psicológica e do conhecimento de alguém que tenha pensado/tentado/concretizado o suicídio.

Tínhamos prévio conhecimento de que trabalharíamos com uma população adolescente e, por isso, reconhecemos que a utilização de um questionário extenso com questões de foro pessoal pode ter-se constituído num fator de fadiga ou perda de motivação. Daí não nos ser de todo estranho que muitos dos jovens se tenham recusado a preencher o questionário e os que preencheram (98 alunos) muitas vezes avançavam questões. Deste modo, a nossa investigação pautou-se mais por não-respostas do que propriamente por respostas direcionadas para a nossa intenção inicial.

Além disso, o nosso método de avaliação baseou-se em escalas de autorresposta, aplicadas num único ponto do tempo, reconhecendo-se que a recolha em vários momentos poderia garantir a validade e a confiabilidade dos resultados observados.

Neste sentido, não desvalorizando toda a investigação processada, é fulcral referir que, em estudos futuros e com um alcance diferente, seja necessário e aconselhável a aplicação de outras técnicas de investigação, nomeadamente a realização de entrevistas, que possam permitir um melhor entendimento da ocorrência dos comportamentos autolesivos nos adolescentes e, conseqüentemente, a ideação suicida.

Apesar de todas as dificuldades sentidas, é inegável que o tema da ideação suicida tem sido alvo de vários debates e preocupações, visto que nas últimas décadas tem-se verificado um grande aumento das investigações ao nível do risco de suicídio nos jovens. Estes estudos procuram, acima de tudo, debater uma temática central e procurar prevenir comportamentos suicidas através da melhoria da identificação dos adolescentes em risco numa fase precoce, de modo a iniciar, quando aplicável, tratamentos disponíveis e o acompanhamento do jovem.

Se há uns anos atrás se justificava o suicídio nos jovens apenas e só pelas causas religiosas (as crenças de que o diabo manipulava os jovens, de que tais atos eram castigos divinos), hoje em dia, cada vez mais se obtém um conhecimento exaustivo e profundo acerca da epidemiologia e dos fatores que levam um jovem a querer colocar em perigo a sua própria vida. No entanto, é necessária mais investigação e, acima de tudo, mais prevenção.

Assim, ainda que nos jovens estudantes de Santa Cruz da Graciosa, cerca de 80% dos nossos jovens não tenha manifestado tendência para desenvolver ideação suicida, no que respeita à restante minoria, a depressão e os estados de espíritos mais negativos que os adolescentes atravessam num qualquer momento da sua vida são fatores que devem ser tidos em conta, dado que as investigações demonstram que estão intimamente relacionados com o início de pensamentos autodestrutivos que, em última instância, poderão levar ao suicídio.

Apostar em estratégias de promoção e de prevenção à saúde mental dos adolescentes será uma aposta ganha no combate a esta temática, assim como constituir equipas multidisciplinares que atuem nos

meios dos adolescentes (família, escola, amigos) e melhorar o acesso aos serviços sociais e de saúde, de modo a identificar e tratar precocemente os transtornos psiquiátricos e sintomas depressivos, minimizando as tentativas e o desenvolvimento da ideação suicida.

Este trabalho de prevenção envolve uma complexidade de variáveis e estratégias que devem ser observadas, procurando-se, com alguma minuciosidade, derrubar barreiras e preconceitos acerca do tema suicídio, tema ainda muito tabu nas nossas sociedades.

Relativamente aos jovens alvo do nosso questionário, conseguimos perceber que em Santa Cruz da Graciosa os mecanismos de prevenção e acompanhamento dos jovens, no âmbito geral, estão a funcionar corretamente, embora possam ser aperfeiçoados para uma melhor deteção precoce de algumas problemáticas ainda ocultas.

Mais uma vez, é essencial ressaltar o papel que a família e a escola assumem na vida dos adolescentes, pois, pese embora fases menos positivas nas suas vidas, estes sabem que ali encontram o apoio necessário para se conseguirem reerguer, não encarando o suicídio como a resolução para os seus problemas.

Bibliografia

- Aldridge, D. (1984). *Family interaction and suicidal behaviour : a brief review. Journal of Family Therapy*, 6, 309-322.
- Allen, M., et al. (2005). Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 35 (6), 671-680.
- Almeida, J. & Pinto, J. (1995). *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Avanci, R. (2004). *O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em uma unidade de emergência*. Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- 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.
- Braga, L. & Dell'Alglío, B. (2013). Suicídio na adolescência. Factores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6 (1), 2-14.
- Brent, D., Mann J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet Part C*, 33, 3 - 24.
- Breton J., et al. (2015). Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. *Can Journal of Psychiatry*, 60, 1-51.
- Bridge J., Goldstein T., Brent D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal Child Psychology Psychiatry Allied Discip*, 47 (3-4), 372-394.
- Campenhoudt, L. & Quivy, R. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Revista e aumentada. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho A., Peixoto B., Saraiva C., (2013). *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio*. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL.
- Cassorla, R. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(3), 137-144.

- Cassorla, R. (2014). Suicídio e auto-destruição humana. In: Werlang, B. & Botega, N. (org). *Comportamento Suicida*, 21-34. Porto Alegre: Artmed.
- CID-10 (2000). *Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª revisão, v.1, São Paulo: Edusp.
- Cutler GJ, Flood A, Dreyfus J, Ortega HW, Kharbanda AB. Emergency department visits for self-inflicted injuries in adolescents. *Pediatrics*. 2015;136(1):28.
- DeLeo D., Burgis S., Bertolote J., Kerkhof A. & Bille-Brahe U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27 (1), 4-15.
- Dias L *et al.* (2009). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years : prevalence and associated factors. *Psychology Journal*, 32, 37 - 41.
- Durkheim, E. (1996). *O Suicídio - Estudo Sociológico*. 4 ed. Lisboa: Presença.
- Du Roscoatt E., Legleye S., Guignard R., Husky M., Beck F. (2016). Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of French adolescents. *J Affect Disord*, 190, 517-521.
- Erikson, E. (1968). *Identy Youth and crisis*. New York. Norton & Company.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). *Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.)*. In M. R. Simões, M.M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 123-130. Braga: APPORT/SHO.
- Ferreira, N. & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes. *Revista Millenium*. 32, 141-162.
- Freitas, S. (2011). *Variáveis Predictoras da Ideação Suicida em Alcoólicos e Deprimidos*. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- FREUD, S. *Luto e melancolia*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV. T. O. Brito, P. H. Britto & C. M. Oiticica (Trad.) (pp. 269-291). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1917 [15]), 1974.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. 4ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pág.330 a 331.
- Gil, N. & Saraiva, C. (2006). Comportamentos suicidários: Aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, 27 (3), 211-225.

- Gonçalves, A. (2014). *Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores associados*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Gonçalves, A., Freitas, P. & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior. Fatores de risco e protecção. *Millenium*, 40, 149-159
- Gould M., Greenberg T., Velting D. & Shaffer D. (2003) Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42 (4), 86-405.
- Gould M., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37,915 - 23.
- Groschwitz R., et al. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients.
- Guerreiro D. & Sampaio D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Saude Publica*, 31 (2), 204-213.
- Herpin, N. (1982). *A Sociologia Americana. Escolas, problemáticas e práticas*. Porto: Afrontamento.
- Hill, Manuela & Hill, Andrew (2008). *Investigação por questionário*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Leme, A. (2008). A sociologia de Max Weber e Émile Durkheim: questões preliminares acerca dos métodos. *Fragmentos de cultura*, 18 (9), 725-744.
- Lima, G., Levandowski, M & Werlang, B. (2008). Conhecimento e capacidade de manejo de estudantes de psicologia frente ao comportamento suicida. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação -PUCRS.
- Lopes, P., Barreira, D.P. & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (1), 47-57.
- Maia, R. (2002). *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora
- Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide, *American College of Physicians - American Society of Internal Medicine*, 136 (4), 302-311.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Climepsi Editores.

- NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (1998). Deliberate self-harm. *Effective Health Care*. 4(6).
- Nock, M., Joiner T., Gordon, K., Lloyd-Richardson E. & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock M., Borges G., Bromet E., Cha C., Kessler R., Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-154.
- Nunes, C. (2012). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente. Aferição do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência*. Tese de Mestrado. Universidade dos Açores.
- Oliveira, A. (2006). *Desafiar a Própria Morte Para Sentir a Vida. O Contexto (Psico) social do Suicídio Adolescente*. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. World Health Organization. Acedido em: 10/10/2016, a partir de: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/en/index.html
- Pandey G. (2013). *Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disorder*, 15(5), 524-521
- Park, S., Cho, S. & Moon, S. (2010). Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 389-397.
- Peretz, H. (2000). *Métodos em Sociologia: a observação*. Lisboa: Temas e Debates.
- Plano Nacional de Saúde (2004). *Orientações Estratégicas*. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Vol.II, 216p.
- Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. (2015). Substance use disorder and risk of suicidal ideation , suicide attempt and suicide death : a meta-analysis. *Journal PublicHealth*, 38 (3), 282-291
- Reynolds, W. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56 (2), 289-307.

- Ribeiro, S. (2011). *Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia
- Rodrigues, N. (2001). Educação: Da formação humana à construção do sujeito ético. *Educação & Sociedade*, 22 (76), 232-257.
- Roy A. (2004) Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior. *Psychiatry Res.* 129, 217- 9.
- Sampaio D. et al. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário - as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*, 18 (2), 139-155.
- Santos J (Relator), Carvalho A, Peixoto B, et al. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Direção-Geral da Saúde Programa Nacional para a saúde Mental
- Santos H., Marcon S., Espinosa M. Baptista M. & Paulo P. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 28-58.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o Para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva C. (2014). *Depressão e Suicídio - Um guia clínico dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: LIDEL,
- Saraiva C, Peixoto B, Sampaio D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. Lisboa: LIDEL,
- Silva, V. et al. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (9), 1835-1843
- Silva, V. & Boemer, M. (2004). O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 06(02), 143-152.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS] (2009). *O Suicídio: Respostas a Questões Frequentes*. Acedido em 21-02-2017 a partir de: <http://www.spsuicidologia.pt/>.
- Sokero, P. (2006). *Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder*. Publications of the National Public Health Institute: Helsinki.
- Souza F., Teixeira J., Meleiro A., Neves F., Corrêa H., Nicolato R. (2010). *Suicídio - O Fim À Vida*. In Silva AG da, Bueno JR, (eds.), No 5. Associação Brasileira de Psiquiatria.

- Stheneur, C. (2006). Tentative de suicide: comment repérer un adolescent en danger? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19, 218-222.
- Stuart G. & Laraia M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Turecki G & Brent, D. (2015). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387 (10024), 1227-1239
- Vopel, K. (1997). *Juegos de interacción para adolescentes y jóvenes: identidad, cualidades y capacidades*. Madrid: Editorial CCS.
- World Health Organization (2001). Prevención del suicidio: Um instrumento para docentes y demás personal institucional [On-line]. Acedido em 15/06/2016, a partir de: http://www.who.int.mental_health/suicide.
- World Health Organization (2002). Multisite intervention study on suicidal behaviours - Supre Miss. Geneva.
- World Health Organization (2010). *Participant manual - Preventing Suicide*. Acedido em 10/10/2016, a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf.
- Wohl e Joffe (2000). Uma rapariga suicida vinda de um lar afectuoso; Não me ajudem: O adolescente suicida In M. Laufer (Ed.), *O adolescente suicida* (pp. 45-50), (pp. 57-66). Lisboa: Climepsi editores.