

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Educação de Viseu



Catarina Alexandra Abrunhosa Cabral

Representações Sociais do Suicídio na Adolescência

Maio de 2015

Catarina Alexandra Abrunhosa Cabral

Representações Sociais do Suicídio na Adolescência

**Projeto Final de Mestrado**

Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora  
Susana Fonseca e Dra. Leandra Cordeiro

Maio de 2015





INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE VISEU

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Catarina Alexandra Abrunhosa Cabral, n.º 8701, do Curso de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco declara sob compromisso de honra, que a dissertação/trabalho de projeto é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Viseu, 13 de maio de 2015

O aluno,

---

## **AGRADECIMENTOS**

O meu sincero obrigado às minhas Orientadoras, Professora Doutora Susana Fonseca e Professora Dra. Leandra Cordeiro pela disponibilidade, competência e apoio prestado.

Obrigada à Dra. Inês Martins pelo apoio proporcionado.

Ao José Figueiredo, pela força, coragem e amor.

Obrigada aos meus pais, pela dedicação, paciência, disponibilidade e carinho.

São os melhores do mundo!

Obrigada a todos os meus amigos e a todas as pessoas que me apoiaram.

## RESUMO

Em Portugal, dados recentes da Direção-Geral de Saúde (2013), apontam para um aumento do número de suicídios nos últimos anos e revelam que nos adolescentes o suicídio é a segunda causa de morte. Os comportamentos suicidas nos adolescentes constituem, assim, um importante problema de saúde pública.

Face ao exposto, a finalidade deste projeto é conhecer as representações sociais do suicídio juvenil, recolher informações acerca do contacto ou vivência dos adolescentes com o suicídio e as suas opiniões acerca das ajudas disponíveis face à ideação suicida. Foi realizado um estudo exploratório, numa escola do centro do país e a amostra incluiu 82 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos que frequentam o ensino secundário. Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário aferido e validado para adolescentes - Questionário Suicídio Juvenil – Representações Sociais dos Adolescente (Henriques, Rothes, Vila, Monteiro & Oliveira, 2008). Recorreu-se ao SPSS (IBM 22) com recurso ao teste *U* de *Mann-Whitney*, e ao teste *rho* de *Spearman* para o tratamento dos dados.

Entre os vários resultados obtidos salienta-se que apesar de em baixa percentagem, existe um número significativo de adolescentes que apresenta ideação suicida e que já tentou o suicídio. Os adolescentes atribuem ao suicídio causas tais como, escape de problemas, *bullying*, problemas amorosos e fatores biológicos. Verifica-se ainda uma relação entre o contacto com o suicídio e a ideação suicida. Desta forma, realça-se a importância de desenvolver um estudo mais alargado sobre esta problemática e consequentemente a “psicoeducação” acerca do suicídio junto dos adolescentes, adotando-se uma intervenção precoce de forma a promover a saúde mental dos adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescência; Suicídio; Representações Sociais

## ABSTRACT

In Portugal, recent data from the Directorate General of Health (2013), pointing to an increase in the number of suicides in recent years and that reveal in adolescents suicide is the second leading cause of death. The suicidal behaviors in adolescents are, therefore, an important public health problem.

In view of the above, the purpose of this project is to understand the social representations of youth suicides, collect information about the contact or experience of adolescents with the suicide and their views about the aid available to suicidal ideation. It was carried out an exploratory study, in a school in the center of the country and the sample included 82 adolescents aged between 14 and 19 years attending secondary education. For the collection of data was used a questionnaire measured and validated for adolescents - Questionnaire Youth Suicides - Social Representations of Adolescent (Henriques, Rothes, Vila, Monteiro & Oliveira, 2008). We used SPSS (IBM 22) using the Mann-Whitney U test, and the test Spearman's rho for the treatment of the data.

Between the various results obtained enhance that although in low percentage, there is a significant number of adolescents with suicidal ideation and that already tried to commit suicide. The adolescents attach to suicide causes such as, exhaust problems, bullying, problems loving and biological factors. There is also a relationship between the contact with suicide and suicidal ideation. Thus, enhance the importance of developing a study more extended on this issue and therefore the "psychoeducation" about committing suicide together of adolescents, adopting an early intervention in order to promote the mental health of adolescents.

**Keywords:** Adolescence; Suicide; Social Representation

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS .....	viii
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I .....	3
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO SUICÍDIO .....	3
1.1 Ideação suicida, tentativa de suicídio e para-suicídio .....	4
1.2 Prevalência do suicídio na adolescência .....	8
1.3 Modelos explicativos do suicídio .....	9
1.3.2 Modelo nosológico .....	10
1.3.3 Modelo sociológico .....	11
2. O ADOLESCENTE E O COMPORTAMENTO SUICIDA .....	12
2.1 Fatores de risco e proteção .....	14
2.1.2 Fatores de risco .....	15
2.1.2 Fatores de proteção .....	17
3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	17
3.1 Representação do Suicídio nos adolescentes .....	20
CAPÍTULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO .....	23
1. Apresentação do estudo (justificação) .....	23
2. Formulação do problema, dos objetivos e/ou hipóteses .....	24
3. Metodologia .....	25
3.1. Definição e operacionalização das variáveis .....	25
3.2. População e amostra .....	27
3.3. Instrumento(s) .....	29
3.4. Procedimentos .....	31
3.5. Técnicas de análise de dados .....	32
4. Resultados .....	33
4.1 Resultados dos testes de normalidade e homocedasticidade .....	33

4.2 Género .....	33
4.3 Idade .....	35
4.4. Ideação suicida, contacto com o suicídio e tentativa de suicídio .....	37
4.5 Perceção do tipo de ajuda a procurar face à ideação suicida .....	38
4.6 Contacto com a temática do suicídio em contexto escolar .....	38
5. Discussão dos resultados.....	40
5.1 Género .....	40
5.2 Idade .....	43
5.3 Ideação suicida, contacto com o suicídio e tentativa de suicídio .....	46
5.4 Perceção do tipo de ajuda a procurar face à ideação suicida .....	48
5.5 Contacto com a temática do suicídio em contexto escolar .....	49
CAPÍTULO III - PROPOSTA DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	50
1. Objetivos.....	51
2. População e amostra .....	51
3. Instrumentos .....	51
4. Procedimentos .....	52
5. Técnicas de análise de dados .....	52
6. Resultados esperados .....	52
CONCLUSÃO .....	53
BIBLIOGRAFIA .....	57
ANEXOS.....	65
ANEXO A – Questionário Suicídio Juvenil – Representações Sociais dos Adolescentes (Henriques et al.,2008).....	66
ANEXO B - Pedido de autorização do estudo na escola.....	77
ANEXO C - Ofícios: pedido de autorização às autoras do questionário.....	78
ANEXO D- Consentimento Informado entregue aos Encarregados de Educação dos alunos .....	80
ANEXO E - Anexos relativos à normalidade e à utilização dos testes <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> e <i>rho</i> de <i>Spearman</i> .....	82

ANEXO F- Frequência das expressões menos referidas pelos adolescentes para a definição de suicídio e das suas causas.....	89
ANEXO G- Conversa sobre o suicídio .....	90
ANEXO H-Situações de conversa sobre o tema do suicídio .....	91

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização da amostra.....	28
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos adolescentes em função da idade.....	28
<b>Tabela 3</b> - Caraterísticas Clínicas dos Adolescentes.....	29
<b>Tabela 4</b> - Indutores Utilizados para a Recolha de Representações de Morte e de Suicídio.....	30
<b>Tabela 5</b> – Significados atribuídos ao suicídio segundo o género.....	34
<b>Tabela 6</b> – Dimensões explicativas do suicídio segundo o género.....	34
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das ideias suicidas em função da idade.....	35
<b>Tabela 8</b> - Tentativas de suicídio dos adolescentes segundo a idade.....	35
<b>Tabela 9</b> – Expressões dos significados atribuídos ao suicídio segundo a idade.....	36
<b>Tabela 10</b> – Dimensões explicativas do suicídio dos adolescentes segundo a idade..	37
<b>Tabela 11</b> - Tipos de ajuda que os adolescentes podem recorrer face à ideação suicida.....	38
<b>Tabela 12</b> – Frequência da conversa do tema do suicídio nas aulas.....	38
<b>Tabela 13</b> - Situações de conversa sobre o tema do suicídio em contexto escolar (aulas e trabalhos).....	39

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

## **INTRODUÇÃO**

A adolescência é uma fase muito particular do desenvolvimento humano, onde o jovem já não é criança mas também ainda não é adulto, pressupondo assim tarefas de desenvolvimento específicas. Nesta fase, os comportamentos suicidários tomam proporções alarmantes, tendo sido considerados, nos países europeus, a segunda causa de morte dos jovens (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Pereira, Santos, & Ordaz, 2000).

São inúmeros os adolescentes que atentam agressivamente contra o seu corpo e estas condutas continuam a aumentar na atualidade, nomeadamente, os dados obtidos indicam que o suicídio é a segunda causa de morte na adolescência (Sampaio, 2000).

Segundo Strecht (2005), a tentativa de suicídio prende-se com situações onde existe sofrimento emocional intenso, que não encontra alívio e onde a impulsividade característica desta fase possibilita a colocação real na situação onde a vida fica em risco, significando a morte um qualquer estado de paz, tranquilidade e bem-estar.

Perante todo este contexto, foi escolhido o tema “Representações Sociais do suicídio na Adolescência” para a realização deste projeto, que se enquadra no âmbito do Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco.

Relativamente à escolha do tema, este assenta principalmente em motivações pessoais e académicas da investigadora. A escolha da temática deste projeto vai, então ao encontro quer do interesse pessoal, quer das vivências académicas da investigadora.

No que diz respeito aos objetivos deste estudo, os mesmos passam por conhecer as representações do suicídio juvenil; analisar a abordagem do suicídio no contexto escolar; verificar se existem diferenças entre as representações do suicídio dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade; verificar em que medida os conteúdos representacionais estão relacionados pelo contacto com o suicídio (tentativa de suicídio).

Este projeto divide-se em dois capítulos distintos: o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico que se sustenta nos temas do suicídio juvenil e nas representações sociais acerca do mesmo, e o segundo onde é descrito o plano de investigação. Assim, no primeiro capítulo procede-se a uma revisão da literatura visando o aprofundamento do conhecimento nesta área sobre os temas que justificam

o propósito da realização deste projeto nomeadamente o fenómeno do suicídio, ideação suicida, tentativa de suicídio e para-suicídio, os modelos explicativos do suicídio, a prevalência do suicídio, o adolescente e o comportamento suicida com referência aos fatores de risco e proteção, e as representações sociais dos adolescentes.

O segundo capítulo é dedicado exclusivamente à fase empírica, onde serão apresentados os objetivos e as hipóteses do estudo, assim como a justificação do mesmo. Será apresentada a metodologia, com a descrição das variáveis, caracterização da amostra, descrição do instrumento utilizado, bem como os procedimentos de recolha e de análise de dados, seguidos pela apresentação dos resultados obtidos e a sua respetiva discussão.

Este trabalho culmina com a proposta de um projeto de ação destinado à população em estudo, com objetivos e atividades para esse fim.

Na fase final deste projeto irá ser explanada a conclusão onde constará uma síntese de projeto, salientando os principais contributos apurados decorrentes não só do estudo de investigação mas, também, da exaustiva pesquisa bibliográfica que foi realizada, assim como, as expectativas sentidas durante o desenvolvimento do mesmo.

Será essencial também, delinear soluções e alternativas para o futuro, permitindo, assim, que este projeto seja viável e passível de ser implementado.

## CAPÍTULO I

### 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO SUICÍDIO

Existem várias definições associadas ao termo “suicídio”, neste projeto irão ser demonstradas as que são mais aceites pela literatura específica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o suicídio como um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho (Bertolote, Santos, & Botega, 2010).

Em contrapartida, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013\_-2017 (2013), define o suicídio como um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social.

De acordo com Sampaio (2006), o suicídio pode ser definido como uma estratégia desesperada de libertação que ocorre quando já foram utilizadas todas as estratégias conhecidas para comunicar a tristeza e a solidão, não sendo somente um ato individual, mas também um ato cheio de mensagens.

No ponto de vista dos autores Kaplan, Adanek e Martin (2001), o suicídio é uma morte intencional autoinfligida, um ato aleatório sem finalidade, uma forma de fuga a um problema ou crise que causa imenso sofrimento, associado à necessidade não satisfeita, sentimento de desespero, conflito ambivalente entre a sobrevivência e um *stress* insuportável, um estreitamento entre a opção percebida e a necessidade de fuga.

Os mesmos autores referem ainda que o suicídio é um ato que gera repercussões importantes em todos os contextos, que vai desde o familiar até ao contexto social, incluindo os profissionais de saúde, descreve uma situação em que o individuo opta por pôr um fim à própria vida, tentando deste modo livrar-se de uma condição de dor psíquica insuportável.

Particularmente nos países europeus e, no que diz respeito aos jovens, o suicídio tem sido considerado a segunda causa de morte, sendo a primeira referente a acidentes (Sampaio et al., 2000).

O suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15 aos 19 anos, e se nos cingirmos ao grupo etário dos 15 aos 24 anos, corresponde à 2.<sup>a</sup> causa de morte (WHO, 2015). Os adolescentes representam um grupo de elevada vulnerabilidade em diversos países, nomeadamente em Portugal.

Segundo Seabra (2006), em algumas regiões do país, nomeadamente no Alentejo e no Algarve, o número de suicídios tem assumido um peculiar dramatismo,

essencialmente na população idosa a partir dos 65 anos de idade. O padrão ascendente, em que as taxas de suicídio aumentam ao longo da idade, é o dominante na Europa. Contudo, em Portugal, este padrão acentua-se mais do que nos outros países europeus devido à população maioritariamente idosa (Rothes, 2006).

Em traços gerais, o padrão de género e etário de mortalidade por suicídio, em Portugal, é equiparável ao de muitos países europeus: verifica-se uma sobre-mortalidade relativa ao sexo masculino, sendo esta mais elevada com o aumento da idade (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Atualmente, estima-se que ocorram aproximadamente mil suicídios por ano em Portugal (Costa, 2010). De acordo com os dados mais recentes publicados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2014), em 2011, Portugal apresentou uma taxa de suicídio igual a 9.6% por 100.000 habitantes, dos quais 15.5% se reportam a indivíduos do sexo masculino e 4.1% ao sexo feminino. No que respeita à diferenciação por sexo, há uma relação aproximada de 3 homens para 1 mulher, estável no tempo e válida para a maioria das regiões do território (Alte da Veiga, 2006). Ainda que sendo elevados, o número de suicídios em Portugal tenha vindo a diminuir ou a estabilizar, os comportamentos parassuicidiários têm vindo a aumentar (Braz, et al., 1996).

### **1.1 Ideação suicida, tentativa de suicídio e para-suicídio**

Embora o objetivo geral deste projeto seja perceber quais são as representações sociais que os adolescentes têm acerca do suicídio juvenil é também importante enquadrar o tema deste capítulo, uma vez que é difícil isolar estes conceitos que estão direta ou indiretamente interligados.

Existem diferentes formas do indivíduo causar lesões a si próprio e, de acordo com a literatura específica da suicidologia, o comportamento suicida engloba três conceitos: a ideação suicida, caracterizada por pensamentos ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte do indivíduo; a tentativa de suicídio, referente a um ato levado a cabo com o intuito efetivo de pôr termo à vida; e o suicídio consumado, onde o ato anteriormente levado a cabo culminou na morte do indivíduo (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

Ainda segundo os mesmos autores, o termo para-suicídio é também amplamente referido na literatura, diferindo da tentativa de suicídio no facto de não existir o objetivo final de pôr termo à vida, sendo o grau de intenção letal muito inferior ao da tentativa de suicídio.

De seguida irão ser apresentadas algumas definições sobre os conceitos referentes a este capítulo para uma melhor compreensão.

A ideação suicida ou ideias suicidas, são definidas como pensamentos e cognições sobre a intenção de acabar com a própria vida que pode ser visto como um precursor de outro comportamento suicida mais grave (Baptista, 2005).

Os indivíduos com ideias suicidas geralmente têm planos e desejos de cometer suicídio mas podem não ocorrer tentativas abertas de suicídios recentes (Bertolote et al., 2005).

Apesar da maioria dos estudos apontar que a ideação suicida é um precedente do suicídio, Grunbaum e colaboradores (2004, cit. por Bridge, Glodstein & Brent, 2006), alguns autores tal como Barrios, Everett, Simon & Brener (2000), referem que embora alguns jovens façam tentativas de suicídio de forma impulsiva, a maior parte deles experienciam pensamentos e embarcam em comportamentos sem propriamente consumir o suicídio.

Embora muitas vezes a ideação suicida apareça nos jovens sob forma de “apelo” ou “desafio”, não deve ser menosprezada ou ignorada, principalmente quando associada aos fatores de risco.

Analogamente à tentativa de suicídio, esta foi descrita em 1987 por Durkheim como ato definido para o suicídio “mas interrompido antes que a morte daí tenha esse resultado” (Rothes, 2006, p. 26).

A OMS define a tentativa de suicídio como o comportamento suicida não fatal para os atos que não resultem em morte. É caracterizada por gestos autodestrutivos que não conduzem à morte, tais como a mutilação do próprio ou o seu envenenamento mas, com intenção de morte. Estes gestos, segundo alguns autores tal como Desviat (1999), e Rapeli e Botega (2005), surgem como uma estratégia para resolução de um problema, como a última alternativa após terem sido esgotadas todas as outras possibilidades para o indivíduo.

Comparativamente aos autores citados no parágrafo anterior, Costa (2010), refere que as tentativas de suicídio, ao contrário do para-suicídio, caracterizam-se por atos levados a cabo por um indivíduo e que não resultam na própria morte, mas que por razões diversas não é alcançada esse objetivo.

Em relação às relações associadas entre idade, sexo e suicídio, assim como a frequência, os estudos referem que geralmente os fatores de risco não funcionam como causa por si só, mais sim associados a patologias (Santos & Sampaio, 1997).

No que se refere aos jovens, e de acordo com Sampaio e Santos (1990, cit. por Lopes, Barreira & Pires, 2001), a tentativa de suicídio engloba todo o auto-dano ou auto-envenenamento não letal e efetuado por livre vontade, sendo que, para Bridge, Goldstein e Brent (2006), o indivíduo apresenta, na tentativa de suicídio, intenção explícita ou inferida de morrer.

Stengel (1974, cit. por Mann, 2002) considera que estas tentativas podem ser uma forma de pedir ajuda, contudo, podem ser altamente letais, ficando a sobrevivência do indivíduo dependente da sorte.

É um ato desesperado de transformar a sua vida para que esta seja suportável (World Health Organization (WHO), 2002). Essa procura de ajuda não significa, no entanto, que o adolescente seja manipulador, chamando a atenção através do seu comportamento.

O adolescente sente-se realmente desprezado, incapaz de se ajudar e envergonhado pelo seu fracasso (Laufer, 2000).

Speckens e Hawton (2005, cit. por Claes, Muehlenkamp, Vandereycken, Hamelinck, Martens, & Claes, 2010), referem que de facto, os indivíduos com tentativa de suicídio aparecem muitas vezes na literatura como possuindo menores habilidades para resolver problemas do que os adolescentes sem estes comportamentos.

Sampaio (2006), menciona que em quase todos os casos que estudou, o adolescente faz parte de um sistema disfuncional que atingiu uma fase de desequilíbrio e instabilidade, a partir da qual não se consegue organizar para assim atingir um novo equilíbrio. Esta situação de crise, prende-se fundamentalmente com a rigidez do sistema familiar incapaz de negociar e confrontar as finalidades individuais do jovem com as finalidades conjuntas do sistema, numa fase do ciclo familiar onde essa negociação se torna ainda mais necessária.

O mesmo autor refere ainda que a tentativa de suicídio ocorreu na maior parte dos casos em casa dos adolescentes com familiares nas proximidade e ainda que o gesto suicida não foi impulsivo na maioria das situações, antes decorreu após um período de dificuldades onde esteve presente a ideação suicida.

Quanto à função da tentativa de suicídio, esta organiza-se predominantemente a partir de quatro tipos fundamentais: o apelo; o desafio; a fuga e o renascimento. Os dois primeiros estão mais relacionados com o contexto interativo familiar, os dois últimos relacionam-se sobretudo com a dimensão interna do adolescente. Contudo, todos eles constituem uma forma de comunicação paradoxal, visando a mudança do sistema relacional (Sampaio, 2006).

Em suma, a tentativa suicida adolescente, corresponde a um triplo fracasso nas vertentes individual, familiar e social do jovem que não consegue realizar as tarefas maturativas da adolescência.

Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias ao ponto de exigir atenção médica, e, para além disso, mais para cada tentativa de suicídio registada, existem quatro não conhecidas. As tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta revelando associação de fenómenos psicossociais complexos (Rapeli & Botega, 1998).

Atentando agora ao comportamento para-suicidário, este remete, de acordo com a OMS, para um ato ou comportamento não fatal e invulgar (Costa, 2010), onde o indivíduo não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo (mais ou menos graves), caso não exista a intervenção de outrem (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001).

A pesquisa bibliográfica indica a existência de uma maior incidência nas mulheres, sobretudo em idade jovem, sendo este tipo de comportamento frequentemente associado a um conjunto de perturbações emocionais, caracterizando-se pela prática de atos que simulam a vontade de colocar um término à vida, mas com a particularidade de deixar pistas para que o ato não resulte na própria morte (Werlang & Botega, 2004).

Segundo os autores Veja-Pinero, Blasco, Garcia e Diaz (2002), utiliza-se o termo para-suicídio, para referenciar condutas cuja intenção não é acabar com a própria vida, mas sim modificar o ambiente no qual o indivíduo está inserido. Esses comportamentos são característicos da adolescência e de pessoas imaturas, como forma de reação a um conflito, sendo diagnosticados, em numerosas ocasiões, como transtornos de personalidade e denominados de “chamadas de atenção”, e em algumas ocasiões têm caráter de chantagem emocional.

Dentro dos designados comportamentos para-suicidários, inserem-se os comportamentos de risco e de automutilação (Oliveira et al., 2001).

Nos primeiros, entre outros, incluem-se o abuso de substâncias psicoativas e álcool, assim como o conduzir em excesso de velocidade ou em contra mão (Rothes, 2006), a vivência de uma sexualidade e relações de risco, ou escolha de desportos perigosos) (Oliveira et al., 2001).

Estes indivíduos não visam a morte, mas antes jogar com ela e desafiá-la, provavelmente numa procura de sentido para a vida.

Já as automutilações (inseridas no para-suicídio), são auto lesões, na maioria dos casos provocadas na pele, que é danificada ou cortada por objetos cortantes ou por produtos abrasivos, como os cigarros ou isqueiros. O indivíduo que se corta deliberadamente procura a dor, o sangue, e através deste gesto espera aliviar a tensão psicológica, diminuir a ansiedade, libertar-se dos medos (Rothes, 2006).

## **1.2 Prevalência do suicídio na adolescência**

Segundo, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), realizaram uma investigação que se debruça sobre o suicídio na adolescência na qual participaram 628 adolescentes, estudantes do 10.º ano, 11.º ano e 12.º ano de escolas secundárias em Lisboa, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.

Oliveira e colaboradores (2001), referem que existe um equilíbrio, em termos de efetivos, entre raparigas (51%) e rapazes (49%), bem como entre os jovens dos dois grupos etários considerados: 15 e 16 anos (51,6%); 17 e 18 anos (48,4%).

Dos resultados obtidos, salienta-se quase metade dos adolescentes inquiridos (48,2%) já teve ideias de suicídio; cerca de 18% teve uma ou duas vezes; quase 31% pensou algumas ou muitas vezes em suicídio; cerca de 7% dos indivíduos já tentou o suicídio, a maioria tentou uma ou duas vezes, mas 1,5% já fez várias ou muitas tentativas. Cerca de 35% dos indivíduos já se auto mutilou (ou auto agrediu); 21,6% já teve algumas ou muitas vezes este tipo de atos ou comportamentos (Oliveira et al., 2001).

Cerca de 42,8% dos sujeitos já desejou realmente morrer e quase 21% desejou várias ou muitas vezes morrer; a grande maioria dos jovens inquiridos afirma nunca ter estado à beira de morrer; 16,5% já esteve uma vez na iminência de morrer, e 8% esteve por duas ou mais vezes (Oliveira et al., 2001).

Neste mesmo estudo, podemos observar que são as raparigas que mais pensam em suicídio e que, com maior frequência, desejam morrer, mas são os rapazes que revelam ter mais comportamentos de risco e comportamentos de automutilação (Oliveira et al., 2001).

Em termos dos grupos etários no que concerne à ideação de suicídio, observamos que entre as raparigas, ao contrário do que sucede entre os rapazes, as mais velhas (de 17-18 anos) referem ter tido mais ideias de suicídio do que as de 15-16 anos. Mas, quer entre os rapazes, quer entre as raparigas, o desejo de morrer é mais referido pelo grupo de 17-18 anos do que pelo de 15-16 anos (Oliveira et al., 2001).

Quanto aos comportamentos de auto-mutilação, verifica-se que: enquanto que nos primeiros, quer entre os rapazes, quer entre as raparigas, se verifica um acréscimo dos 15-16 anos para os 17-18 anos, nos actos auto- destrutivos, tanto em relação às raparigas como aos rapazes, observamos que é o grupo de 17-18 anos que refere ter tido menos deste tipo de comportamentos (Oliveira et al., 2001).

### **1.3 Modelos explicativos do suicídio**

Segundo Fisher e Shaffer (1984, cit. por Sampaio, 2006), é possível considerar essencialmente três modelos explicativos do suicídio: (1) o modelo psicológico – no qual o suicídio é o resultado de um conflito interno do indivíduo; (2) o modelo nosológico – em que o suicídio se relaciona com uma doença individual; e o (3) modelo sociológico – no qual o suicídio é um comportamento previsível que se segue a uma determinada posição do indivíduo na sociedade e na situação vital.

Freud (1917, cit. por Sampaio 2006), publica a obra *Luto e Melancolia*, na qual explica a sua perspetiva de explicação do suicídio.

#### **1.3.1 Modelo Psicológico**

Essencialmente, Freud (1917, cit. por Costa, 2013), postula que assim como no processo de luto o indivíduo chora a perda do objeto amado, na melancolia o melancólico faz o luto do seu próprio “eu”. Nesta situação, uma parte da energia libidinal servia para estabelecer uma identificação do eu com o objeto perdido, enquanto a libido restante é reduzida em sadismo face ao próprio eu – sadismo que outrora estava dirigido ao objeto e que agora se volta para o eu, identificado com o objeto perdido.

Apesar da tendência para a autodestruição ser bastante discutida na obra psicanalítica, Menninger (1938, cit. por Sampaio, 2006) é quem elabora uma explicação psicológica global do comportamento suicidário. Em primeiro lugar, considera o suicídio uma forma particular de morte na qual se misturam três desejos: o de matar, o de ser morto e o de morrer. O desejo de matar é uma reação instintiva para suprimir uma ameaça ou privação, que poderá ser combatida; o desejo de ser morto corresponde a uma forma de submissão e a uma interiorização da autoridade, em que o eu sofreria em proporção direta da agressividade que desenvolve para o exterior; e o desejo de morrer corresponde a uma quantidade de energia

autodestrutiva que se traduz pela morte final de todo o indivíduo, de um modo gradual, e que no suicida age de modo brutal, conduzindo à morte repentina.

Menninger (1938, cit. por Sampaio 2006), também alargou o conceito de suicídio para integrar a distinção de três tipos de suicídio: 1) o suicídio crônico que inclui comportamentos como o ascetismo, o martírio, o neuroticismo crônico e incapacitante, o comportamento antissocial e a psicose; 2) o suicídio focal, ligado a uma parte do corpo, apareceria nas automutilações, doença maligna, cirurgias múltiplas, acidentes, impotência e frigidez; e 3) o suicídio orgânico focaria componentes autodestrutivos, agressivos e eróticos da doença orgânica.

No outro ponto de vista psicológico, é possível propor ainda uma explicação etiológica dos atos suicidas através da combinação de acontecimentos de vida negativos precoces com certas características psicológicas pessoais. Esta combinação provocará o aparecimento de esquemas e modos cognitivos disfuncionais, que têm um efeito perversivo e duradouro sobre a forma como os indivíduos interpretam e interagem com os acontecimentos de vida com significado pessoal. Posteriormente, o que determina o momento e a forma do ato suicida é um estado suicida atual caracterizado pela elevada dor psicológica, provocada pela frustração de necessidades tidas como vitais, sentimentos intensos de isolamento e um processo de constrição negativa, em que as alternativas possíveis deixam de ser tidas em conta e surge a convicção de que o termo da vida é a única saída para o mal-estar sentido (Shneidman, 1997, cit. por Cruz, 2006).

### **1.3.2 Modelo nosológico**

Este modelo relaciona o suicídio com alterações psicopatológicas surgidas no decurso da doença mental, sendo portanto um sintoma de uma condição subjacente.

Baechler (1975, cit. por Sampaio, 2006, p. 43) define o suicídio como “todo o comportamento que procura e encontra solução para um problema existencial através de atentar contra a vida do sujeito, o que faz deslocar o centro de interesse para aqueles que se suicidam, para o sentido do ato suicida e finalmente para fatores que podem influenciar a formação de problemas e de situações onde a solução suicídio será provável”. Esta interpretação pressupõe uma análise detalhada da personalidade do indivíduo e do seu meio ambiente, para se tentar compreender porque é que alguns optam por seguir este caminho.

O mesmo autor, sistematizou ainda os suicídios como: 1) afastamento, nos casos onde existe uma vontade de escapar a algo (onde inclui a fuga, o luto e o

castigo); 2) agressivo, quando visa um ato agressivo contra o outro (o crime, a vingança, a chantagem e o apelo); 3) oblato, quando procura satisfazer as necessidades de outrem (o sacrifício e a passagem); e 4) lúdico, subdividido em ordálico e o jogo (como a vida).

### **1.3.3 Modelo sociológico**

A perspetiva sociológica do suicídio desenvolve-se a partir do clássico estudo de Durkheim publicado em 1897.

A análise que o autor nos oferece do suicídio, não como um facto psicológico individual mas como um facto social, traduz a sua busca para delimitar a Sociologia como um campo científico autónomo e a sua posição em relação às orientações positivistas (Rodrigues, 2009).

Durkheim (1897, cit. por Sampaio, 2006) distingue quatro tipos de suicídio: 1) o suicídio egoísta que revelaria uma baixa integração social *versus* 2) o suicídio altruísta, que, por seu turno, dizia respeito a uma alta integração na sociedade; e 3) o suicídio anómico *versus* 4) o suicídio fatalista definidos como a baixa e a alta regulação na sociedade, respetivamente. É, assim, que a partir dos dois eixos (egoísta/ altruísta e anómico/fatalista) da vida social as correntes suicidógenas se definem e, através delas, é proposta uma tipologia de suicídio, compreendendo os quatro tipos referidos (Sampaio, 2006).

Segundo Durkheim (1897, cit. por Sampaio, 2006), o que importa é a análise dos fatores determinantes de um ponto de vista sociológico, o único modo de se encontrarem soluções para uma situação que, do seu ponto de vista, é claramente uma situação patológica, devido ao excesso de individualismo.

No final da sua obra “O Suicídio”, Durkheim sugere o equilíbrio social como uma das soluções para conter a desregulamentação e a desintegração sociais que estão na origem do suicídio, através de uma solução corporativa, a dos grupos profissionais. A via da socialização seria a única que poderia imunizar as correntes suicidógenas (Sampaio, 1991).

Embora existam pontos de vista diferentes, Durkheim foi importante para a compreensão sociológica do fenómeno suicida, uma vez que se deve considerar, igualmente, o suicídio como um assunto pessoal ligado a uma situação particular.

Neste sentido, Rojas (1978, cit. por Sampaio, 1991) estabelece a ligação entre a visão de Freud e a de Durkheim ao considerar no suicídio a perda da integração com o ambiente, sendo a partir deste momento que se começaram a

correlacionar as situações de crise global com as estruturas específicas, como a família e a sociedade.

Ainda nesta perspectiva, Quartilho (2006), defende que a existência de diferentes orientações teóricas não obriga à manutenção de fronteiras rígidas entre as diversas disciplinas científicas e que os vários contributos interdisciplinares têm demonstrado que os fatores psicológicos e sociais podem ter efeitos relevantes sobre os sistemas fisiológicos. Por outro lado, é possível admitir hoje que os estados de saúde e de doença, de uma maneira geral, incluem sempre interações significativas entre fatores individuais e ambientais (Quartilho, 2006).

Em suma, os modelos explicativos do suicídio apontam, por um lado, para uma visão dicotómica, ora na linha do determinismo intraindividual ou patológico, ora na linha do determinismo social e, por outro lado, para uma visão integradora e contextual num triplo eixo de análise psicológico, sociológico e cultural (Sampaio et al., 2000).

## **2. O ADOLESCENTE E O COMPORTAMENTO SUICIDA**

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

Segundo Ribeiro, Nascimento e Coutinho (2010), o adolescente passa por uma desorganização dos aspetos da sua personalidade para organizar a sua identidade, pois, nesse período, ele não é considerado socialmente uma criança, muito menos um adulto, ocasionando, dessa forma, conflitos. Nesse sentido, e segundo Assis e colaboradores (2003, cit. por Ribeiro, Medeiros, Coutinho & Carolino, 2012), a adolescência é marcada por mudanças e transições que afetam os aspetos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais, caracterizando-se como a fase da reorganização emocional. Portanto, esse período é vulnerável a várias patologias, entre elas a instalação da sintomatologia depressiva.

As novas vivências dos adolescentes favorecem condições próprias para que se apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento.

Alguns podem desenvolver quadros francamente depressivos com notáveis sintomas

de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia (Coutinho, 2005).

Segundo Sampaio (1991), a adolescência é um período de desenvolvimento que tem o seu início na puberdade com o aparecimento de alterações biológicas que principiam a maturação, prolongando-se até à idade adulta, onde é esperado um sistema de valores e crenças enquadrados numa identidade já estabelecida.

Brito (2011), considera que a adolescência é uma etapa de transição e de transformações físicas, psíquicas, afetivas e sociais, onde o jovem precisará reestruturar o seu corpo, agora sexuado, a sua identidade psíquica e o seu meio.

Na adolescência, ocasionalmente, podem aparecer ideias 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 no 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).

A tentativa de suicídio nos adolescentes segundo Sampaio (2006), está relacionada com fracassos no processo de desenvolvimento da adolescência, pois é nesta etapa da vida que o adolescente se confronta com inúmeros problemas, como por exemplo, as alterações do seu corpo, do psiquismo e da relação com os pais e grupo de pares.

O mesmo autor considera ainda que a tentativa de suicídio poderá ser então o “renascimento”, onde uma parte da vida do adolescente que não interessa é morta, e começa a viver a partir daí de modo diferente, isto não ocorre de modo consciente no momento da tentativa de suicídio, porque a intenção é morrer.

Na literatura específica, e como já foi referido anteriormente, o comportamento suicida é classificado em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e para-suicídio.

O suicídio é uma tragédia pessoal e familiar que causa sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com a vítima. É difícil explicar porque uma pessoa deseja acabar com sua vida, enquanto outras, em situações similares, não o fazem (WHO, 2002), mas parece que os atos autodestrutivos estão associados à

incapacidade do indivíduo de encontrar alternativas para seus problemas, optando por sua morte (Werlang, 2000 cit. por Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

É importante referir que na adolescência, casualmente, podem aparecer ideias suicidas pois fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias para lidar com problemas existenciais. A situação é considerada grave quando o adolescente tem a ideia de que o suicídio é única alternativa para as suas dificuldades (WHO, 2002).

Embora existam vários fatores de risco que podem levar ao suicídio, existem outros que podem servir de proteção para o mesmo, atuando como elementos que, de certa forma, impedem o adolescente de realmente considerar a morte como a única saída ou solução possível.

De seguida irão ser apresentados, então, os fatores de risco e de proteção referentes ao suicídio na adolescência.

## **2.1 Fatores de risco e proteção**

A identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção torna-se essencial numa estratégia de prevenção do suicídio, pois contribui para delinear e detetar a natureza e o tipo de intervenção necessários, sendo indicativo das circunstâncias em que um indivíduo, uma comunidade ou uma população são particularmente vulneráveis para o suicídio (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017, 2013).

Quando se encontram presentes uma série de fatores negativos existe uma maior probabilidade de comportamentos autolesivos e atos suicidas. Também permitem estabelecer uma estimativa do grau geral do risco de suicídio para uma pessoa e contribuir para o desenvolvimento de planos de tratamento que abordam os vários fatores envolvidos, fatores esses identificáveis e modificáveis (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017, 2013).

Para atuar de maneira preventiva em relação aos comportamentos suicidas é preciso estar ciente e alerta para os diversos fatores de risco e de proteção, apontados pela literatura. Ainda não se sabe com certeza quais são os fatores ou combinações de circunstâncias que levam um jovem a atentar contra a sua própria vida. Contudo, alguns fatores suicidógenos da adolescência são bastante mencionados como, por exemplo, aspetos melancólicos, ideias de morte e a natural impulsividade (Cassorla, 1987).

### 2.1.2 Fatores de risco

O comportamento suicida em certas situações particulares é mais comum em determinadas famílias do que noutras, por fatores ambientais e genéticos.

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 (2013), os fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se.

Alguns estudos realizados por vários autores, da literatura específica como Baptista (2004), destacam vários fatores que podem constituir-se como risco nomeadamente: o isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, *stress*, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos geradores de *stress* ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, entre outros.

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

Alguns estudos têm relacionado o suicídio a diversas perturbações psiquiátricas, sejam perturbações do eixo I (perturbações clínicas) ou de eixo II (perturbações da personalidade) do DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição), porém, os transtornos de eixo I estão fortemente relacionados com o aumento da probabilidade de tentativas de suicídio. Dentro desses, destaca-se a depressão, que possui uma relação bem estabelecida com a ideação suicida tanto na infância e na adolescência como na vida adulta (Baptista, 2004).

Já Prieto e Tavares (2005), também, verificaram que os estudos sobre fatores de risco ao comportamento suicida têm demonstrado uma correlação desse comportamento com a presença de alguma desordem psiquiátrica como perturbação de humor, perturbação pelo uso de substâncias, esquizofrenia e perturbações da personalidade.

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

De acordo com a WHO (2010), a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, a desordens relacionadas com o álcool (alcoolismo), ao abuso, à violência, às perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social que representam os maiores fatores de risco do suicídio.

Prieto e Tavares (2005), também fizeram um estudo sobre fatores de risco ao suicídio e verificaram a presença de várias experiências adversas ou *stressantes* durante o desenvolvimento dos adolescentes que tentam o suicídio nomeadamente, situações de violência física, sexual; negligência e rejeição na infância e na adolescência. Também foi constatada a presença de mudanças frequentes nas condições de vida destes adolescentes, como por exemplo, o divórcio dos pais e a perda de pessoas significativas. Além disso, os investigadores identificaram alguns indicadores clínicos que atuam como preditores de suicídio, tais como história familiar de tentativas de suicídio; grau de intenção suicida; tipo de método escolhido e acessibilidade a este; a presença de arma de fogo no ambiente familiar; ausência de suporte social; depressão e histórico familiar de suicídio.

Relativamente ao historial de suicídio na família, os autores Araújo, Vieira e Coutinho (2010), consideram que estes adolescentes possuem maior vulnerabilidade para repetir o comportamento, verificando-se, assim, a transgeracionalidade do comportamento suicida.

Em adolescentes, as tentativas prévias de suicídio e a perda recente de uma pessoa amada aumentam consideravelmente a probabilidade de suicídio (Toro, Paniagua, González & Montoya, 2009).

Prieto e Tavares (2005), encontraram, também, evidências de que o suicídio ocorre, em geral, pouco tempo depois da decisão de tirar a própria vida, o que demonstra o elevado nível de impulsividade dos indivíduos que consumam o ato.

Kokkevi, Rotsika, Arapaki e Rich (2010), examinaram fatores psicossociais relacionados com as tentativas de suicídio em adolescentes de 14 a 18 anos na Grécia. Os resultados mostraram que alguns aspetos constituíram-se como fatores psicossociais de risco estatisticamente significativos para as tentativas de suicídio dos

adolescentes tais como: o género feminino; hábito de fumar diariamente; uso/abuso de droga; consumo frequente de álcool; insatisfação com o relacionamento estabelecido com os pais; baixa autoestima e altos indicadores de depressão e comportamentos antissociais.

Os autores também conseguiram verificar a influência do género, do uso de drogas ilícitas e da baixa autoestima sobre as tentativas de suicídio e chegaram à conclusão que os adolescentes que não estavam a viver com ambos os pais também apresentavam maior risco. Os autores concluíram que o principal fator protetivo contra as tentativas de suicídio foi a satisfação com o relacionamento com os pais e os altos níveis de autoestima.

### **2.1.2 Fatores de proteção**

Como os fatores de risco podem levar ao suicídio, existem outros que podem servir de proteção para este, atuando como elementos que, de certa forma, impedem o adolescente de realmente considerar a autodestruição como saída possível.

Segundo a OMS (2000), os fatores de proteção dividem-se em quatro categorias. A primeira diz respeito aos fatores familiares, a segunda ao estilo cognitivo e personalidade, a terceira diz respeito aos fatores culturais e sociodemográficos e a quarta categoria suporta-se pelos fatores ambientais.

Destacam-se como fatores protetores: a boa relação com os membros da família, o apoio familiar e a confiança em alguém (fatores familiares); boas competências sociais na procura de ajuda e conselhos, senso de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, competência comunicacional, recetividade com a ajuda dos outros e projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); valores culturais, lazer, desporto, religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não utilizem drogas (fatores culturais e sociodemográficos); e, por fim, uma dieta saudável, boa qualidade do sono e atividade física (fatores ambientais) (WHO, 2000).

## **3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

São vários os autores que se referem às representações sociais. Este capítulo suporta-se pelos vários significados e definições atribuídas às mesmas.

A representação social é entendida como uma tradução construtiva do real, uma imagem global, subjetivamente apropriada e sempre percebida como coletiva. Os fenómenos, factos ou aspetos da vida quando interiorizados, apresentam características particulares ao mesmo tempo em que se assemelham às conceções coletivas (Dias & Teresinha, 2011).

As representações sociais, propriamente ditas, são sociais por serem partilhadas mas também porque o são na sua essência. Embora na sua construção estejam envolvidas atividades cognitivas e processos intrapsíquicos (mecanismos de projeção, identificação e emoções), dependem da pertença categorial do sujeito, dos seus contextos de vida e de interação, do seu lugar na estrutura social e evidenciam-se como uma forma de ler o real, dando sentido à vida dos grupos e organizando-os em torno de interesses comuns (Sampaio et al., 2000).

Enquanto sistemas de interpretação, as representações sociais regulam a nossa relação com os outros e orientam o nosso comportamento, intervindo em processos tão variados como a difusão e a assimilação do conhecimento, a construção de identidades pessoais e sociais, o comportamento intra e intergrupar, as ações de resistência e de mudança social (Cabecinhas, 2004).

Por sua vez, Jodelet (1981, cit. por Cabecinhas, 2004), refere que enquanto fenómenos cognitivos, as representações sociais são consideradas como o produto e processo de uma atividade de elaboração psicológica e social da realidade nos processos de interação e mudança social

Vala (2000), afirma que as representações sociais ao referirem-se a algo, ao serem um signo de um objeto social, são também, as representações de alguém, ou seja, envolvem a expressão de um sujeito. Assim a relação entre o objeto representado e o sujeito ativo (que confere significado ao primeiro) implica necessariamente uma atividade construtiva e simbólica.

Isto não significa a existência de uma rutura entre o mundo exterior e o mundo intra individual, mas antes a existência de uma dinâmica de incorporação da realidade exterior nos modelos de pensamento do sujeito. Esta inclusão é feita com base nos atributos dos objetos e nas características da ligação entre sujeito e objeto (Molinari & Emiliani 1993, cit. por Quintas, 1997).

Em suma, os indivíduos constroem representações sociais sobre a própria estrutura social e as clivagens sociais, e é no quadro das categorias oferecidas por essas representações que se auto posicionam e desenvolvem redes de relações, no interior das quais se formam e transformam as representações (Cabecinhas, 2004).

Nesta sequência, estudam-se seres humanos que pensam, elaboram questões e tentam encontrar respostas, daí afirmar-se que os indivíduos e os grupos se movem no contexto de uma sociedade pensante, que eles próprios produzem através das comunicações que estabelecem entre si (Moscovici, 1981).

Jodelet (1984), encara as representações sociais, como: (a) um conhecimento socialmente elaborado; (b) um conhecimento partilhado por indivíduos de um mesmo grupo social e (c) uma forma de conhecimento dinâmico, uma vez que está sujeito a constante transformação. Ou seja, as representações sociais resultam de relações específicas estabelecidas entre indivíduos ou entre grupos, sendo resultado quer das experiências pessoais, quer de formas de pensamento, ideias, experiências, informações transmitidas, recebidas e transformadas através das várias formas de comunicação existentes na sociedade, tais como a educação e a comunicação social, entre outras (Jodelet, 1984).

Por outro lado, as representações sociais são também partilhadas por indivíduos possuidores de uma mesma experiência social, geralmente, pertencentes a um mesmo grupo. As características do grupo, nomeadamente as suas normas e valores, determinam a dinâmica das representações sociais.

Vala (2000), autor já referido anteriormente distingue três aspetos principais na definição das representações como sociais, designando-os de: quantitativo, genético e funcional.

O primeiro refere-se ao facto da representação ser partilhada por um conjunto de sujeitos. O segundo aspeto relaciona-se com a produção grupal como resultado da atividade simbólica proveniente das relações de interação e comunicação verificadas num grupo social. O último, o aspeto funcional diz respeito à função desempenhada pelas representações sociais enquanto orientadoras da comunicação e ação perante determinados objetos significativos para determinados grupos (Vala, 2000).

Por contraponto, o autor Neves (2010), considera que as representações sociais constroem-se a partir de vários materiais com origens diversificadas, sendo uma parte significativa, o resultado de uma base cultural reunida na sociedade no decorrer do seu processo histórico. Uma base cultural comum que circula e excede a sociedade, através da partilha de crenças, valores éticos, referências históricas e culturais que constituem uma memória coletiva e a identidade da própria sociedade.

Outro dos elementos essenciais pelo qual se formam, veiculam e transforma as representações sociais, é a comunicação social. A comunicação e a linguagem, nas suas mais diversas formas, conteúdos e modos, têm um papel essencial nas trocas e

interações de informações, valores, conhecimentos, opiniões, crenças e comportamento (Neves, 2010).

O conjunto de conhecimentos compartilhados é apreendido como verdade e, ao ser interiorizado, configura o indivíduo, constitui subjetividades e favorece a ressignificação de vivências coletivas (Dias & Teresinha, 2011). Um terceiro elemento, não menos importante, é a inserção social dos sujeitos, dado que a posição, estatuto, função social, produzem experiências pessoais diversificadas que condicionam a relação com o objeto representado, assim como a natureza do conhecimento que se alcança sobre ele (Neves, 2010).

Em suma, a teoria das representações sociais salienta a dinâmica interativa sujeito-objeto presente na construção e atribuição de sentido aos objetos sociais por parte do sujeito. As representações sociais são, desta forma, entendidas enquanto produtoras da realidade, condicionando a interpretação que cada um faz dos factos que o envolvem. São concebidas então, como formas de interpretar a realidade quotidiana, sendo, deste modo uma forma de conhecimento social.

### **3.1 Representação do Suicídio nos adolescentes**

Na adolescência, fase que se caracteriza, entre alguns fatores, pela desorganização e instabilidade emocional, algumas modificações são observadas em pelo menos três áreas: no corpo, com o crescimento dos pelos pubianos e amadurecimento dos órgãos genitais; na mente, com os questionamentos e a necessidade de aceitação; e no ambiente, por meio da intensificação das relações com os pares e por causa da iniciação sexual (Zugliani, Motti & Castanho, 2007).

Ser adolescente é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, aumentando as habilidades psicomotoras e a atuação das hormonas, o que provoca mudanças radicais de forma e expressão (Ferreira, Alvim, Texeira & Veloso, 2007).

No senso comum, a adolescência é concebida como uma fase intermediária para a idade adulta. Além disso, ela pode estar associada à violência, ao uso de drogas, à instabilidade emocional, entre outros problemas (Santos, Neto & Souza, 2011).

As Representações Sociais decorrem das interações e comunicações no interior dos grupos sociais, espelhando a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objetos do seu quotidiano. Os comportamentos adotados por

um indivíduo são resultantes do modo como este os representa socialmente, além disso, é importante entender o significado pessoal que esses comportamentos adquirem na vida do indivíduo (Anadón & Machado, 2003).

Identificar as representações sociais acerca do suicídio é compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar a problemática veiculada à sua realidade (Vieira, Saraiva, & Coutinho, 2010). É seguindo este contexto que vai ser aplicado o questionário aos adolescentes, permitindo conhecer pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas acerca do contacto com o tema do suicídio.

No que respeita aos estudos sobre morte e suicídio, estes são frequentemente realizados em idades mais precoces, em etapas onde emergem novos conceitos, como por exemplo a adolescência. Num estudo realizado por Roen, Scourfield e McDermott (2008), os adolescentes percecionam o suicídio como algo proibido e vergonhoso, como uma opção que não ocorre em boas famílias, provocando choque, sofrimento e tristeza.

Oliveira (2003), realizou um estudo que teve como objetivo identificar as dimensões que estruturam as representações dos adolescentes, sobre morte, suicídio, vida e música. A primeira parte deste estudo, de maior relevância para a presente investigação, consistiu na apresentação de 8 frases-estímulo e baseou-se na Técnica de Associação Livre, com o intuito de recolher pensamentos e sentimentos associados aos conceitos estudados: morte, suicídio, vida e música (“Conceito faz-me pensar...”, “Conceito faz-me sentir...”), alguns utilizados no questionário do presente projeto.

Dos resultados que obteve salientam-se que para os jovens participantes, o suicídio consiste num ato desesperado que resulta na morte, sendo concebido enquanto uma forma de gerir a tristeza sentida. Ao suicídio são ainda associadas expressões como drogas, sangue, arma, doença ou loucura. O suicídio surge, também neste estudo, enquanto ato recriminável sendo caracterizado como estupidez, cobardia ou fraqueza. Relativamente à abordagem deste tema, este provoca nos adolescentes, simultaneamente, pena, medo, tristeza, revolta, confusão e reflexão (Oliveira, 2003).

No seu estudo, o tema do suicídio, é, também ainda associado a expressões como drogas, sangue, arma, doença ou loucura, surgindo como um ato recriminável, caracterizado como estúpido, cobarde ou fraco, que provoca pena, medo, tristeza, revolta, confusão e reflexão (Oliveira, 2003).

Outro estudo que foi realizado também neste contexto foi dirigido por Sampaio e colaboradores (2000), os autores realizaram uma investigação cujo objetivo principal pretendia analisar a dimensão explicativa das representações sociais do suicídio em adolescentes, em função do sexo, idade, ano de escolaridade, região e ideação suicida.

A amostra foi constituída por adolescentes, estudantes do 10.º, 11.º e 12.º anos de escolas secundárias de Santarém, Guimarães, Évora e Lisboa, num total de 822 sujeitos (Sampaio et al., 2000).

Participaram neste estudo 386 rapazes e 431 raparigas (houve 5 estudantes que não indicaram o sexo). A idade mínima é de 15 anos e a máxima de 23 anos, sendo a maioria (62,3%) maior de 16 e menor de 19 anos. O 11.º ano de escolaridade é o mais frequentado (37,8%) seguindo-se o 10.º e o 12.º (Sampaio et al., 2000).

Da população em estudo, a maioria nunca pensou suicidar-se mas, 34,4% dos jovens já teve ideação suicida, alguns, mais do que uma vez. Entre estes adolescentes, 7% fizeram, pelo menos, uma tentativa de suicídio (Sampaio et al., 2000).

Nesta investigação, consideraram-se como variáveis independentes: o sexo; a idade (no sentido de formar grupos homogéneos foram constituídos 2 grupos: um, com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos e outro, com idade igual ou superior a 18 anos); o ano de escolaridade (10.º, 11.º e 12.º ano); a região (Guimarães, Santarém, Lisboa e Évora); as ideias de suicídio (presença ou ausência de ideação suicida). Foram estudadas como variáveis dependentes as dimensões explicativas das representações sociais do suicídio (Sampaio et al., 2000)

Ao cruzarem as representações obtidas com as variáveis independentes (sexo, idade, influência da ideação suicida e região), Sampaio e colaboradores (2000), puderam concluir que: as raparigas valorizam causas de natureza afetivo-emocional e interpessoal, incluindo sentimentos de perda, no que concerne ao suicídio; a idade tem igualmente efeito significativo, uma vez que os mais novos apontam exatamente as mesmas causas de natureza afetivo-emocional; no que diz respeito à influência da ideação suicida, constata-se que os jovens que já pensaram em suicidar-se valorizam fatores de natureza intraindividual, psicossocial e biológica, enquanto os que nunca pensaram nisso atribuem o suicídio a causas externas.

Estas explicações dão, por um lado, a primazia ao conflito intrapsíquico, numa base dinâmica em que a vivência do sofrimento, as crises psicológicas e a consequente desadaptação ao mundo externo interagem com responsáveis do ato e

por outro, à doença, seja ela física ou psicológica, como qualquer coisa que, apesar de interna, escapa ao controlo do sujeito. Curiosamente são os jovens que nunca tiveram ideias de suicídio que atribuem maior importância à droga e ao álcool como possíveis razões do suicídio (Sampaio et al., 2000).

Sampaio e colaboradores (2000), consideram que torna-se, então, evidente que não estamos perante uma representação hegemónica das explicações do suicídio. Ela varia não só com o sexo, idade e ano de escolaridade, mas também com a região onde os jovens estudam e, ainda, com o facto de terem tido ou não ideias de suicídio.

Ainda em Portugal, Rothes (2006), estudou a compreensão do suicídio juvenil em profissionais de saúde, nomeadamente em psicólogos, psiquiatras e médicos. Este estudo permitiu ressaltar que os profissionais deste estudo representam a explicação do suicídio e da tentativa de suicídio juvenis através de uma multiplicidade de causas e significados, destacando-se, dentro desta diversidade, a depressão.

De um modo geral, nos jovens, as raparigas fazem mais tentativas de suicídio usando métodos menos violentos e de menos letalidade, enquanto os rapazes se suicidam mais e recorrem a métodos letais. No que concerne a esta relação entre o sexo, importa ressaltar, que a proporção de comportamentos suicidários masculinos e femininos tem-se mantido nas faixas etárias dos adultos e dos idosos (Rothes, 2006).

## **CAPÍTULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO**

### **1. Apresentação do estudo (justificação)**

Após a apresentação do tema deste projeto, será importante perceber quais as motivações para a escolha do mesmo (Fortin, 2003). Assim, o tema escolhido assenta principalmente em motivações pessoais e académicas da investigadora. A curiosidade foi profundamente despertada durante o contacto da investigadora com uma adolescente que tinha ideias suicidas e comportamentos de auto-dano.

As motivações académicas, que tiveram na origem da escolha do tema deste projeto dizem respeito à abordagem do tema do suicídio retratado na disciplina de Problemáticas de Saúde Infanto-Juvenil, lecionada no primeiro ano de mestrado, no sentido de procurar aprofundar alguns dos aspetos que se afiguraram como mais

relevantes e merecedores de uma maior atenção, foi então escolhido o tema deste projeto.

Embora muitas vezes a ideação suicida apareça nos jovens sob forma de “apelo” ou “desafio”, não deve ser menosprezada ou ignorada, principalmente quando associada aos fatores de risco.

Como já foi referido anteriormente, são inúmeros os adolescentes que atentam agressivamente contra o seu corpo e estas condutas continuam a aumentar na atualidade, de acordo com Caldas (1992), e a OMS (1984, cit. por Sampaio, 2000) o suicídio é a segunda causa de morte na adolescência.

É importante referir que o fenómeno do suicídio ainda está associado a desconforto, vergonha e culpa, mas se o tema for discutido de forma aberta, este tornar-se-á um problema a ser resolvido e não escondido (WHO, 2002).

## **2. Formulação do problema, dos objetivos e/ou hipóteses**

Relativamente à questão de investigação foi considerada pertinente a seguinte: “Quais as representações sociais do suicídio nos adolescentes de uma escola do centro do País no ano letivo de 2014/2015?”.

Neste sentido, foram definidos quatro objetivos específicos: (1) conhecer as representações do suicídio juvenil; (2) analisar a abordagem do suicídio no contexto escolar; (3) verificar se existem diferenças entre as representações do suicídio dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade; 4) verificar em que medida os conteúdos representacionais estão relacionados pelo contacto com o suicídio (tentativa de suicídio).

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada e os objetivos delineados para este estudo tornou-se pertinente e viável formular algumas hipóteses de trabalho.

Face ao exposto foram formuladas as seguintes hipóteses:

1. Existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida e à tentativa de suicídio em função do género;
2. Existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às representações sociais do suicídio e às dimensões explicativas do suicídio em função do género
3. Existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida e à tentativa de suicídio em função da idade;

4. Existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às representações sociais do suicídio e às dimensões explicativas do suicídio em função da idade;
5. Existe uma relação entre a ideação suicida e o contacto com o suicídio;
6. Existe uma relação entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio.

### **3. Metodologia**

Considerando a metodologia como um princípio fundamental para o êxito da investigação, uma vez que o objetivo desta, segundo Ribeiro (1999), é descrever em pormenor como se realizou o estudo, de modo a que seja possível replicar por quem o entender com base na informação fornecida. Deste modo, segue-se a descrição dos passos para a realização da investigação do presente projeto.

O presente estudo visa recolher informações sobre as representações sociais dos adolescentes sobre o suicídio juvenil.

#### **3.1. Definição e operacionalização das variáveis**

Segundo Dias (2010), as variáveis são o material com o qual se constroem as hipóteses. Uma variável é uma característica ou dimensão da realidade que pode adotar distintos valores e é um fator que varia, que muda em diferentes situações, para diferentes objetivos e sujeitos. Assim sendo, as variáveis permitem-nos agrupar, diferenciar, ordenar, distribuir e relacionar objetos, pessoas ou outros elementos da realidade.

Na maior parte dos estudos, as variáveis consideradas podem ser dependentes ou independentes, contudo, existem ainda as de controlo e as moderadoras. Tuckman (2000), identifica a variável independente como estímulo ou input, ou seja, o fator que é medido, manipulado e selecionado pelo investigador para determinar a sua relação com um fenómeno observado. Segundo o autor, por outro lado, a variável dependente, variável de resposta ou output, é o fator que é observado e medido, que se manifesta, desaparece ou varia à medida que se introduz, remove ou faz variar a variável independente.

Neste sentido, vamos proceder, então, à operacionalização das variáveis identificadas:

A) Variáveis sociodemográficas:

1. Género- Operacionalizada em duas categorias: feminino e masculino;
2. Idades- Consideraram-se valores exatos, em anos e foi operacionalizada em duas categorias: os mais novos (idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos),e os mais velhos (idades compreendidas entre os 17 e 19 anos).
3. Ano de escolaridade- operacionalizada em três categorias: 10ºano, 11ºano e 12º ano.

B) Variáveis em estudo em função do questionário:

4. Tipo de ajuda (variável utilizada com o objetivo de recolher informações sobre a quem recorreriam os adolescentes face à ideação suicida) - Atendendo às características da população alvo, esta variável operacionalizou-se em três categorias nominais: psicólogo, psiquiatra e médico de família.
5. Toma de medicação (variável utilizada com o objetivo de recolher informação se os adolescentes estão a tomar medicação no momento da recolha de dados) - Operacionalizada em duas categorias nominais: sim e não.
6. Situação de conversa (variável utilizada com o objetivo de recolher informação sobre os contextos onde os adolescentes falaram sobre o tema do suicídio) – foi cotada em 6 categorias nominais: 1- pais; 2- professores; 3- amigos; 4- colegas; 5- aulas; 6- trabalho.
7. Conversa (variável utilizada com o objetivo de recolher informação sobre a frequência do contacto dos adolescentes com o tema do suicídio) – esta variável foi cotada entre 1 e 5, sendo o 5 correspondente a muitas vezes.
8. Tema nas aulas (variável utilizada com o objetivo de averiguar com que frequência o tema do suicídio foi abordado no contexto escolar) – esta variável foi cotada por uma escala sendo 1- nunca, 2- uma vez; 3- duas vezes; 4- mais do que duas vezes; 5- muitas vezes.
9. Conhecimento de alguém que se suicidou (variável utilizada com o objetivo de averiguar se os adolescentes conhecem alguém que se suicidou) – esta variável foi operacionalizado em duas categorias: sim, não.
10. Tentativas de suicídio (variável utilizada com o objetivo de averiguar se o adolescente já se tentou suicidar) – operacionalizada em duas categorias: sim, não.
11. Ideias suicidas (variável utilizada com o objetivo de recolher informação se o adolescente já pensou no suicídio) – operacionalizada em: nunca, uma vez, duas vezes, mais que duas vezes e muitas vezes.

12. Representações sociais do suicídio (variável utilizada com o objetivo de conhecer as expressões mais utilizadas pelos adolescentes na descrição das representações sociais do suicídio) – operacionalizada em quatro categorias: 0- matar-se; 1- acabar com a própria vida; 2- escape dos problemas; 3- egoísmo; 4- cobardia.

13. Dimensões explicativas (variável utilizada com o objetivo de conhecer as expressões mais utilizadas pelos adolescentes quando se referem às causas do suicídio juvenil) – variável operacionalizada em seis categorias: 0 - fatores biológicos; 1- família; 2- amor; 3- *bulliyng*; 4- drogas; 5- autoestima; 6- solidão.

### **3.2. População e amostra**

Em qualquer estudo é imprescindível uma definição precisa da população em estudo, a população alvo. Esta é constituída por “elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, Côté, & Vissandjée, 2003, p.41).

Relativamente à classificação da amostra desta investigação, esta trata-se de uma amostra não probabilística, uma vez que os participantes foram escolhidos pela investigadora por uma razão de comodidade, é uma amostra de conveniência, sendo também entendida como uma amostra independente. Estas amostras não podem ser consideradas representativas da população (Carmo & Ferreira, 1998), contudo, a amostragem por conveniência “pode ser usada com êxito em situações nas quais captar ideias gerais, identificar aspetos críticos pode ser mais importante do que a objetividade científica, como é o caso da realização de pré-testes” (Vicente, Reis, & Ferrão, 1996, p. 64).

A população escolhida para o presente estudo é constituída pelos adolescentes que frequentam o ensino secundário numa escola do Centro do País, referentes às turmas do ensino secundário com idades compreendidas entre 15 e 19 anos de idade, num total de 199 sujeitos, no entanto, só responderam aos questionários 82 adolescentes.

A escolha das idades representativas deste estudo deriva de indicações presentes na literatura específica, tal como as sugeridas pela OMS (2001), refere a fase da adolescência é compreendida entre os 10 e os 19 anos e apresenta um papel crucial a desempenhar no desenvolvimento total da pessoa e decorre da realização de determinadas tarefas, devendo ser encarada como um período marcado pela mudança e transformação; e as indicadas por Erikson (1972), autor que descreve o desenvolvimento psicossocial do ser humano com base em 8 etapas que se distribuem do nascimento a idade do adulto maduro.

Sendo assim, na etapa “Identidade *versus* confusão de identidade” que surge aproximadamente entre os 12 e os 18/20 anos de idade Erikson (1972), destaca que os adolescentes precisam de uma moratória, para que assim possam integrar os elementos identitários das fases precedentes. No entanto, essa integração, passa a ser em um mundo mais vasto que o mundo infantil, ou seja, passa a se dar na sociedade.

Desta forma, a amostra do nosso estudo é constituída por 82 adolescentes, salienta-se que 46 (56.1%) são do sexo feminino e 36 (43.9%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (M=16.54; D=1.02), frequentando o 10º (n=33, 40.2%), 11º (n=24, 29.3%) e 12º (n=25, 30.5%) anos de escolaridade (Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização da amostra**

	Frequência	Porcentagem %
<b>Caraterísticas Sociodemográficas</b>		
<b>Género</b>		
Masculino	36	43.9
Feminino	46	56.1
<b>Idade</b>		
	M=16.54; D=1.02	
15-16 anos	38	46.3
17-19 anos	44	53.7
<b>Ano Escolaridade</b>		
10º	33	40.2
11º	24	29.3
12º	25	30.5

No que diz respeito à distribuição dos adolescentes por idade, através da tabela 2, podemos verificar que 15 (18.3%) têm 15 anos, 23 (28.0%) 16 anos, 31 (37.8%) 17 anos, 11 (13.4%) 18 anos e os restantes 2 (2.4%) têm 19 anos de idade.

**Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes em função da idade**

Idade	Frequência	Porcentagem
15	15	18,3
16	23	28,0
17	31	37,8
18	11	13,4

19	2	2,4
Total	82	100,0

Constatou-se ainda que 28 adolescentes (34.1%) já tiveram acompanhamento psicológico, 5 (6.1%) acompanhamento psiquiátrico e 6 (7.3%) dos adolescentes tomam medicação (Tabela 3). Importa referir que 43 adolescentes (52.5%) não se enquadram em nenhuma destas situações.

**Tabela 3-** Caraterísticas Clínicas dos Adolescentes

<b>Caraterísticas Clínicas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem %</b>
<b>Acompanhamento Psicológico</b>	28	34.1
<b>Acompanhamento Psiquiátrico</b>	5	6.1
<b>Medicação</b>	6	7.3

### **3.3. Instrumento(s)**

Uma das etapas inerentes de um estudo de investigação é a recolha de dados, sendo esta, um conjunto de processos e meios que se utilizam para obter a recolha de dados necessária para dar resposta às questões de investigação. Segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003), a escolha do instrumento de recolha de dados prende-se pelo tipo de estudo e pelos objetivos estabelecidos para o mesmo.

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário aferido para adolescentes: “Questionário Suicídio Juvenil – Representações Sociais dos Adolescentes” (Henriques et al., 2008) (Anexo A).

A aplicação deste questionário permite: (1) explorar diferenças entre as representações do suicídio dos adolescentes, em função do ano de escolaridade, idade e género; (2) recolher informações acerca do contacto com o tema do suicídio, nos contextos frequentados pelo adolescente; e (3) recolher as opiniões dos adolescentes relativamente à abordagem ao tema do suicídio, nomeadamente em contexto escolar (Henriques et al., 2008).

Este instrumento, de autorresposta, é constituído por 4 partes que serão descritas de seguida.

Na 1ª parte do questionário, a cada participante é pedido que escreva todas as palavras ou expressões, relativas a pensamentos, sentimentos, objetos ou acontecimentos, suscitados por frases-estímulo ou indutores (Rothes, 2006). O primeiro grupo de questões é formado por 8 indutores: 4 relativos a morte e 4 relativos a suicídio (Tabela 4). É solicitado aos participantes que, de forma espontânea, escrevam todas as palavras que lhes ocorrem para cada um dos indutores.

**Tabela 4** - Indutores Utilizados para a Recolha de Representações de Morte e de Suicídio

<b>Morte</b>	<b>Suicídio</b>
Na minha opinião, morte é...	Na minha opinião, suicídio é...
Morte faz-me sentir...	Na minha opinião, o que leva os jovens a suicidarem-se é...
Morte faz-me pensar...	O que fazer, se um colega ou amigo, te dissesse que se quer suicidar...
Na minha opinião, as causas de morte são...	Tipos de ajuda que os jovens podem procurar quando pensam em suicidar-se...

Na 2ª parte, de modo a conhecer a experiência que estes adolescentes têm com a morte e com o suicídio, foram incluídas questões que permitem averiguar a frequência com que os temas morte e suicídio são abordados pelos adolescentes em que contextos e quais os interlocutores envolvidos (Henriques et al., 2008)

Também foram englobadas questões acerca da ideação suicida em jovens e da prática de tentativas de suicídio.

Em termos de frequência da ideação suicida, foram utilizadas perguntas de resposta fechada, construídas de modo a serem o mais esquemáticas possível, por forma a facilitar a sua resposta, cada uma é constituída por 5 opções de resposta: Nunca; Uma vez; Duas vezes; Mais que duas vezes e Muitas vezes (Henriques et al., 2008).

Relativamente aos meios e aos interlocutores envolvidos em discussões sobre o tema, foram referidos os contextos mais comuns, na vida de um jovem desta faixa etária: na escola (abrangendo as opções “Com colegas”, “Com professores,” durante uma aula sobre o tema elaboração de um trabalho sobre o tema); em casa “(Com os meus pais)”, amigos “(Com amigos)” e Outra (Henriques et al., 2008)

Quanto à perceção das vivências dos adolescentes relacionadas com estes temas passou também, pela inclusão de duas perguntas abertas: “Como soubeste o

que queria dizer suicídio?” e “Que idade tinhas quando soubeste o que queria dizer suicídio?” (Henriques et al., 2008)

A terceira parte do questionário, segundo o mesmo autor, é constituída por 38 itens de resposta fechada, com o intuito de explorar as opiniões relativas a programas de educação para a morte e de prevenção de suicídio, bem como a perceção de maior ou menor disponibilidade de pares e adultos para tal (Henriques et al., 2008).

Esta parte, por sua vez, divide-se, em duas secções: a primeira contém 24 itens, mais gerais, sobre a frequência do diálogo sobre a morte e sobre o suicídio em diferentes contextos, e ainda sobre a utilidade da exploração destes temas; a segunda secção é constituída por 14 itens e foca-se na experiência pessoal dos adolescentes inquiridos, relativamente à exploração dos temas da morte e de suicídio e da sua motivação para tal (Henriques et al., 2008).

Como são recolhidas opiniões, Henriques e colaboradores (2008), referem que é utilizada uma escala de Lickert com 5 opções de resposta: Discordo totalmente, Discordo, Nem concordo nem discordo, Concordo, Concordo totalmente.

A quarta parte deste instrumento é composta por questões fechadas de modo a recolher informações de cariz sociodemográfico, como a idade, o género e o ano de escolaridade (Henriques et al., 2008).

### **3.4. Procedimentos**

Os dados utilizados nesta investigação foram recolhidos por meio de um inquérito, utilizando um questionário já validado e aferido para adolescentes (Henriques, et al., 2008), posteriormente aplicado aos adolescentes do ensino secundário de uma escola da região centro do país, de uma zona geográfica considerada rural.

Para o desenvolvimento deste estudo efetuou-se o contacto com o Presidente do Conselho Executivo da Escola onde se realizou o estudo, com o objetivo de obter autorização para a implementação dos questionários às turmas do ensino secundário (Anexo B).

Previamente à administração dos questionários, foram redigidos e enviados dois ofícios para pedido de autorização, para utilização do instrumento, às autoras do mesmo (Anexo C).

Foram também entregues ao Presidente do Agrupamento da escola os formulários de consentimento informado, para posterior encaminhamento aos encarregados de educação (Anexo D).

Neste sentido, os encarregados de educação dos participantes tiveram oportunidade de assinar o consentimento informado, que legitimou todo o procedimento, dando a conhecer o objetivo/propósito da investigação, bem como a devida garantia de anonimato e fidelidade do instrumento.

Assim, depois de obtida a autorização para utilização do instrumento e a assinatura dos consentimentos informados, procedeu-se à aplicação dos questionários, que decorreu em 3 dias diferentes, respetivamente de 6 de janeiro a 9 de janeiro. Conforme havia sido planeado com o Presidente do agrupamento da escola, a investigadora dirigiu-se à escola no dia 6 de janeiro para entregar os questionários e os respetivos consentimentos informados e no dia 9 foi recolher os mesmos.

Como já foi referido anteriormente, a escola foi selecionada por conveniência, a partir da rede de contactos informais da investigadora e as turmas que participaram no estudo contemplavam os alunos da faixa etária referida anteriormente.

### **3.5. Técnicas de análise de dados**

As técnicas estatísticas utilizadas devem ser as mais adequadas para cada variável em análise e para os objetivos que se pretendem atingir (Pestana & Gageiro, 2005).

Posteriormente à recolha de dados, as respostas foram inseridas numa base de dados, previamente construída, utilizando o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - IBM 22) e foram sujeitas a análise estatística descritiva e inferencial, assumindo-se o grau de confiança de 95%, valor de referência habitualmente utilizado em ciências sociais e humanas, o que implica que seja utilizado o nível de significância  $p \leq 0.05$  (Tuckman, 2000).

No sentido de se saber qual tipo de teste utilizar, é fundamental primeiro averiguar se a amostra segue uma distribuição normal relativamente às variáveis intervenientes, tendo em vista as condições da homogeneidade e da homocedasticidade (Marôco, 2011).

Para que possam ser utilizados testes paramétricos é necessário que sejam satisfeitos os seguintes pressupostos: a amostra deve ser superior a 30 sujeitos ( $n > 30$ ), a distribuição deve ser normal e homocedástica e a variável medida em escala de intervalos/razão (Tuckman, 2000).

Quando estas condições não se verificam, terão de ser utilizados testes não paramétricos. Nesta investigação recorreu-se, então, ao teste *U* de *Mann-Whitney* e posteriormente ao teste  $\rho$  de *Spearman*.

#### **4. Resultados**

Os dados referentes a análise quantitativa efetuada a cada uma das questões levantadas, serão apresentados através de tabelas sínteses. De acordo com as tabelas que serão apresentadas, será feita a descrição dos dados recolhidos.

As respostas dadas pelos participantes, foram colocadas nas tabelas resumo que se seguem e que respondem às questões e objetivos inicialmente propostos.

Apresentar resultados consiste em fornecer todas as evidências pertinentes encontradas, relativas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas (Fortin, 2003)

##### **4.1 Resultados dos testes de normalidade e homocedasticidade**

A análise da distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov revelou não estarem cumpridos os pressupostos da normalidade ( $p < 05$ ) e o teste de Leven também revelou não estarem cumpridos os pressupostos de homocedasticidade ( $p < 05$ ) (anexo E).

Uma vez que a pergunta relativa às representações e dimensões sociais do suicídio era de resposta aberta, as expressões que foram menos referidas pelos adolescentes encontram-se em anexo (anexo F).

##### **4.2 Género**

Relativamente à primeira hipótese formulada, “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida e à tentativa de suicídio em função do género”, pudemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes em relação à ideação e à tentativa de suicídio ( $p=.630$ ;  $p=.396$ , ver Anexo E). Da amostra total constatou-se que 28 adolescentes do sexo feminino (60.9%) afirmam nunca ter pensado em suicidar-se e 18 (39.1%) afirmam ter pensado. No que diz respeito ao sexo masculino, 20 adolescentes (55.6%) afirmam não ter pensado em suicidar-se e 16 (44.4%) afirma já ter pensado.

Salienta-se que no sexo feminino 5 (10.9%) afirma que já tentou suicidar-se e 41 (89.1%) afirma que nunca se tentaram suicidar. Quanto ao sexo masculino, 2 (5.6%) dos adolescentes afirmam que já se tentaram suicidar e 35 (94.4%) afirmam que nunca se tentaram suicidar.

No que concerne à segunda hipótese formulada, “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às representações sociais do suicídio e às dimensões explicativas do suicídio em função do gênero”, ao comparar as raparigas e os rapazes relativamente às suas representações sociais do suicídio, verificamos que a distribuição é a mesma, pelo que não existem diferenças significativas ( $p=1.000$ ).

No que concerne aos significados do suicídio atribuído pelos adolescentes do sexo feminino e masculino, através da análise da tabela 5, podemos verificar que o *escape dos problemas* (41.3%) é expressão mais referida pelas adolescentes e *acabar com a própria vida* (23.9%), *egoísmo* (13.0%) e *ato de desespero* (13.0%), foram outras expressões referidas por estas. Por outro lado, os rapazes referiram expressões tais como, *escapar dos problemas* (33.3%), *acabar com a própria vida* (22.2%), *egoísmo* (16.7%) e *cobardia* (11.1%) como significados do suicídio.

**Tabela 5 – Significados atribuídos ao suicídio segundo o género**

	Sexo Feminino (=46)		Sexo Masculino (n=36)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Matar-se a si próprio</b>	2	4.3	3	8.3
<b>Acabar com a própria vida</b>	11	23.9	8	22.2
<b>Escape dos problemas</b>	19	41.3	12	33.3
<b>Egoísmo</b>	6	13.0	6	16.7
<b>Cobardia</b>	2	4.3	4	11.1
<b>Desespero</b>	6	13.0	3	8.3

Por outro lado, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às dimensões explicativas do suicídio relativamente ao género ( $p=.017$ ). Assim, as raparigas diferem dos rapazes no que respeita à perceção das causas do suicídio juvenil.

Como causas de suicídio juvenil, e de acordo com a tabela 6, relativamente ao sexo feminino são mais apontados os *problemas familiares* (30.4%), *problemas amorosos* (23.9%), *bullying* (19.6%) e *problemas com drogas* (10.9%). Por outro lado, no que concerne ao sexo masculino, são apontados como causas do suicídio juvenil os *problemas familiares* (19.4%), os *problemas amorosos* (19.4%), o *bullying* (22.2%), e *problemas com drogas* (13.9%). São descritos ainda como causas do suicídio juvenil pelos adolescentes do sexo masculino, a *solidão* (5.6%) e a *discriminação* (8.3%).

**Tabela 6 – Dimensões explicativas do suicídio segundo o género**

	Sexo Feminino (=46)		Sexo Masculino (n=36)	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Fatores biológicos	4	8.7	1	2.8
Problemas Familiares	14	30.4	7	19.4
Problemas amorosos	11	23.9	7	19.4
Bullying	9	19.6	8	22.2
Problemas com drogas	5	10.9	5	13.9
Baixa auto-estima	3	6.5	3	8.3
Solidão	0	0	2	5.6
Discriminação	0	0	3	8.3

### 4.3 Idade

Relativamente à idade as hipóteses formuladas foram: “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida e à tentativa de suicídio em função da idade”; e “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às representações sociais do suicídio e às dimensões explicativas do suicídio em função da idade”.

Face ao exposto, foi possível verificar que não existem diferenças significativas ( $p=.316$ ;  $p=.167$ ) na ideação suicida e na tentativa de suicídio em função da idade.

No que diz respeito à ideação suicida constatou-se que entre os mais novos (entre os 15 e os 16 anos de idade) 20 adolescentes (52.6%) refere nunca ter pensado em se suicidar e 18 (47.4%) afirma já ter pensado (tabela 7). Quanto aos sujeitos mais velhos (idades compreendidas entre 17 e 18 anos de idade), verifica-se que 28 (63.6%) afirmam que nunca tiveram ideias suicidas enquanto 16 (36.4%) já tiveram ideias suicidas.

**Tabela 7** - Distribuição das ideias suicidas em função da idade

	15-16 anos (n=38)		17-19 anos (n=44)	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Não	20	52.6	28	63.6
Sim	18	47.4	16	36.4

Relativamente às tentativas de suicídio, verificando a tabela 8, constatou-se que dos adolescentes mais novos (entre os 15 e os 16 anos), 13.2% (5) já se tentaram suicidar e 86.8% (33) afirmam que nunca se tentaram suicidar. Quando aos mais

velhos (entre 17 e 19 anos de idade), constatou-se que 2 (4.5%) afirmam que já se tentaram suicidar e 42 (95.5%) referem que nunca se tentaram suicidar.

**Tabela 8 - Tentativas de suicídio dos adolescentes segundo a idade**

	15-16 anos (n=38)		17-19 anos (n=44)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Sim	5	13.2	2	4.5
Não	33	86.8	42	95.5

Relativamente à segunda hipótese, referida anteriormente, que remete para as representações sociais em função da idade, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.798$ ).

Quanto às expressões mais referidas em relação ao suicídio, podemos verificar, através da tabela 9, que os adolescentes mais novos (idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos de idade) referem o *escape dos problemas* (31.6%), *acabar com a própria vida* (23.7%) e *egoísmo* (13.2%). Já os adolescentes mais velhos (com idades compreendidas entre 17 e 19 anos de idade), atribuem ao suicídio expressões como, *escape dos problemas* (43.3%), *acabar com a própria vida* (22.7%) e *egoísmo* (15.9%).

**Tabela 9 – Expressões dos significados atribuídos ao suicídio segundo a idade**

	15-16 anos (n=38)		17-19 anos (n=44)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Matar-se a si próprio</b>	3	7.9	2	4.5
<b>Acabar com a própria vida</b>	9	23.7	10	22.7
<b>Escape dos problemas</b>	12	31.6	19	43.2
<b>Egoísmo</b>	5	13.2	7	15.9
<b>Cobardia</b>	4	10.5	2	4.5
<b>Desespero</b>	5	13.2	4	9.

No seguimento, foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões explicativas (causas do suicídio) e a idade ( $p=.602$ ).

A análise efetuada permitiu ainda verificar que os mais novos (adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos) atribuem como causas do suicídio, o *bullying* (26.3%), os *problemas amorosos* (21.1%) e *fatores biológicos* (10.5%), tal como podemos verificar na tabela 10. Já os mais velhos (adolescentes com idades compreendidas entre os 17 e 19 anos de idade) atribuem ao suicídio causas tais como, *fatores biológicos* (22.7%), *problemas familiares* (20.5%), *problemas amorosos* (15.9%) e *bullying* (15.9%).

**Tabela 10** – Dimensões explicativas do suicídio dos adolescentes segundo a idade

	15-16 anos (n=38)		17-19 anos (n=44)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Fatores biológicos</b>	4	10.5	10	22.7
<b>Problemas Familiares</b>	6	15.8	9	20.5
<b>Problemas amorosos</b>	8	21.1	7	15.9
<b>Bullying</b>	10	26.3	7	15.9
<b>Problemas com drogas</b>	6	15.8	4	9.1
<b>Baixa autoestima</b>	2	5.3	4	9.1
<b>Solidão</b>	0	0	2	4.5
<b>Discriminação</b>	2	5.3	1	2.3

#### 4.4 Ideação suicida, contacto com o suicídio e tentativa de suicídio

Para testar a hipótese, “existe uma relação entre a ideação suicida e o contacto com o suicídio”, recorreu-se ao  $r$  de *Spearman*, verificando-se a existência de uma correlação significativa (positiva) entre as ideias suicidas ( $r=.234$ ;  $p=.034$ ) e o conhecimento de alguém que se tenha suicidado. De acordo com a classificação de Pestana e Gageiro (2008), esta correlação assume uma medida de associação fraca.

Assim, os resultados encontrados revelam que, nesta amostra, a ideação suicida tem uma relação positiva significativa com o conhecimento de alguém que se tenha suicidado, de tal modo que, quando os valores do conhecimento de alguém que se tenha suicidado tendem a aumentar, a ideação suicida tende também a aumentar, e vice-versa.

Da mesma forma, para testar a hipótese, “existe uma relação entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio”, procedeu-se à análise da correlação de *Spearman* entre as duas variáveis, desta forma foi possível perceber que existe uma correlação moderada significativa ( $p=.001$ ) entre a ideação e a tentativa de suicídio ou seja, quanto mais ideias suicidas tem o adolescente, mais tenta o suicídio, e vice-versa ( $r=.363$ ).

No que diz respeito ao contacto com o tema do suicídio, a maioria dos adolescentes (50%) já falou sobre o mesmo, pelo menos uma vez (anexo G).

As situações de conversa mais referidas pelos adolescentes foram: amigos (52.4%), pais (17.1%) e professores (11.0%), (anexo H).

Em casa, os adolescentes referem ter falado sobre suicídio com os pais e admitem a abertura dos pais para abordar este tema.

#### 4.5 Perceção do tipo de ajuda a procurar face à ideação suicida

Enquadrado ainda no tema do suicídio, pretendeu-se conhecer as ideias dos adolescentes, relativamente aos tipos de apoio que podem procurar face à ideação suicida. Assim, como podemos observar na tabela 11, o recurso ao psicólogo 47 (57.3%), ao psiquiatra 30 (36.6%) e ao médico de família 5 (6.1%) são identificados como apoios a recorrer face à ideação suicida.

**Tabela 11** – Tipos de ajuda que os adolescentes podem recorrer face à ideação suicida

	Tipos de ajuda que conhece	
	Frequência	Percentagem
<b>Psicólogo</b>	47	57.3
<b>Psiquiatra</b>	30	36.6
<b>Médico de família</b>	5	6.1

#### 4.6 Contacto com a temática do suicídio em contexto escolar

Quanto à discussão sobre suicídio na escola, como podemos verificar na tabela 12, 42 (51.2%) dos adolescentes referem que nunca falaram do tema, 19 (32.2%) referem já terem explorado este tema neste contexto pelo menos uma vez, 10 (12.2%)

afirmam que já falaram deste tema mais do que duas vezes e 7 (8.5%) refere já ter falado do tema muitas vezes.

**Tabela 12** – Frequência da conversa do tema do suicídio nas aulas

	Frequência	Percentagem
<b>Nunca</b>	42	51,2
<b>Uma vez</b>	19	23,2
<b>Duas vezes</b>	4	4,9
<b>Mais do que duas vezes</b>	10	12,2
<b>Muitas vezes</b>	7	8,5

O tema do suicídio foi abordado em contexto aula, nomeadamente 5 (6.1%) adolescentes já tratou do tema em aulas (tabela 13).

Relativamente à elaboração de trabalhos sobre o tema do suicídio, 4 (4.9%) adolescentes afirmam que já fizeram um trabalho sobre o tema em questão.

Confirma-se que é demonstrado, igualmente, interesse ao debater o suicídio (Se na minha escola existisse um debate em que se falasse de suicídio, eu participaria) (85%) e desejo de receber mais informação sobre o mesmo (15%).

**Tabela 13-** Situações de conversa sobre o tema do suicídio em contexto escolar (aulas e trabalhos)

	Frequência	Percentagem
Pais	14	17,1
Professores	9	11,0
Amigos	43	52,4
Colegas	7	8,5
<b>Aulas</b>	5	6,1
<b>Trabalhos</b>	4	4,9

## **5. Discussão dos resultados**

A fase da interpretação dos dados exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação nesta última parte o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações (Fortin, 2003).

### **5.1 Género**

Relativamente ao género, verificou-se que a maior parte dos adolescentes, quer do sexo feminino, quer do sexo masculino, afirmam nunca ter pensado em suicidar-se. No entanto, existe uma minoria que refere já ter tido ideação suicida

Ainda que a limitação do nosso estudo referente à reduzida amostra possa de alguma forma estar relacionada com este resultado, parece-nos positivo que a maioria dos adolescentes participantes nunca tenham pensado no suicídio, o que nos remete diretamente para alguns dos fatores de proteção referidos por Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010), que apontam, por exemplo, o facto do adolescente pertencer a uma família funcional, com boas relações entre os membros da família, nestes casos, o jovem terá menos probabilidade de se envolver em comportamentos suicidas.

Ainda que não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas, estes resultados foram ao encontro do esperado, uma vez que pertencer ao sexo feminino tem sido considerado um fator de risco para a presença de ideação suicida (Lopes, Barreira & Pires, 2001), ou seja, neste estudo, as raparigas apresentaram valores mais elevados na ideação suicida, comparativamente aos rapazes. Segundo Acosta-Hernández e colaboradores (2011), estes resultados podem dever-se às alterações hormonais que ocorrem durante a fase da adolescência como também podem ser demonstrativos de uma maior resistência por parte dos rapazes de expressarem sofrimento e sintomas (Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004).

Estes resultados também vão ao encontro do estudo de Sampaio e colaboradores (2000), já referido anteriormente neste projeto, no qual podemos observar que são as raparigas que mais pensam em suicídio.

No que diz respeito às tentativas de suicídio, constatou-se que as raparigas afirmam mais vezes que já se tentaram suicidar. Tal como foi referido anteriormente, o estudo de Oliveira, e colaboradores (2001), também enfatiza que as tentativas de suicídio são mais comuns entre os jovens e no sexo feminino.

No que concerne a todas as análises realizadas para testar a nossa primeira hipótese, “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideiação suicida e à tentativa de suicídio em função do género”, constatou-se que não se registaram valores significativos que nos permitam validar esta hipótese. Estes dados não vão ao encontro dos resultados encontrados noutros estudos, tal como os resultados do estudo desenvolvido por Sampaio e Colaboradores (2000), contudo é importante considerar que, talvez tal diferença se possa dever ao facto de se tratar de uma amostra pequena e, portanto, não representativa da população em geral.

No que diz respeito aos significados atribuídos pelos adolescentes do sexo feminino em relação ao suicídio, consta-se que o *escape dos problemas* é a expressão mais referida pelas adolescentes, seguida de *acabar com a própria vida*, *egoísmo* e *ato de desespero*.

Quanto aos significados associados ao conceito de suicídio, atribuídos pelos adolescentes do sexo masculino, destacam-se, como expressões mais mencionadas, o *escapar dos problemas*, *acabar com a própria vida*, *egoísmo* e *cobardia*. Estes adolescentes, apresentam, portanto uma crítica negativa, socialmente partilhada no que diz respeito ao suicídio (Oliveira, 2008).

O significado que é atribuído ao suicídio pelos adolescentes neste estudo surge, então, associado ao significado que é apresentado no estudo de Vila (2008), e de certa forma é justificado, pela necessidade de escapar aos problemas e como um ato de desespero. Observa-se, assim, uma associação socialmente partilhada do suicídio a problemas relacionais e a uma tentativa de acabar com o sofrimento (Vila, 2008).

Relativamente às dimensões explicativas do suicídio juvenil (causas atribuídas ao suicídio juvenil), ambos os géneros referem principalmente os *problemas familiares*, *problemas amorosos*, *bullying*, *problemas com drogas* e *baixa autoestima*.

Salienta-se que o género masculino também referiu como causas do suicídio a *discriminação*, a *baixa autoestima* e a *solidão*.

De um modo geral, os adolescentes referem os problemas familiares e o *bullying* como causas do suicídio juvenil, assim como, referem as relações interpessoais (desgostos amorosos) como principais potenciadores do suicídio juvenil.

A multicausalidade observada no presente projeto é, em alguns aspetos, semelhante à encontrada noutros estudos (Sampaio et al., 2000; Vila, 2008). Assim, o estudo de Sampaio e colaboradores (2000), salienta que os adolescentes assinalam causas do suicídio ao nível de diferentes dimensões: intraindividual, interativa,

psicossocial, biológica, fazendo ainda alusão ao consumo de substâncias psicoativas e ao desejo de fuga aos problemas.

Salienta-se que o *bullying* foi um dos fatores apontado por ambos os géneros, como causa do suicídio juvenil. Este facto, segundo Sampaio e colaboradores (2000), salienta a dimensão psicossocial, remetendo para duas vertentes: uma mais no campo da rejeição e da dificuldade de integração, e outra na influência que o grupo exerce sobre o jovem.

Klomek, Sourander e Gould (2010), também afirmam que atualmente que o *bullying* tem sido associado aos comportamentos suicidários adolescentes, não só das vítimas, mas também dos agressores, sendo o reforço dos fatores protetores e das competências sociais, acompanhados pela monitorização de comportamentos pelos professores e estudantes, importantes medidas para a sua prevenção (Kaminski & Fang, 2009)

O facto das adolescentes referenciarem os problemas amorosos em segundo lugar, neste estudo, como uma causa do suicídio, remete-nos para a valorização destas situações que pode estar relacionada com a importância que estas atribuem à relação com os amigos (Sampaio et al, 2000).

Por outro lado, e relativamente aos resultados apurados sobre os problemas familiares apontados, numa primeira instância, em ambos os géneros e segundo Sampaio e colaboradores (2000), a importância atribuída pelos jovens às explicações que remetem para a disfunção familiar, está de acordo com a relevância, destacada na literatura, do papel que a relação com a família e com os amigos assume na resolução das tarefas de desenvolvimento (Sampaio et al, 2000).

De facto, a ausência de suporte familiar e social pode representar um fator de risco para o suicídio, no sentido em que os conflitos familiares e a dificuldade nos relacionamentos familiares e amorosos são mencionados, por inúmeros autores como fontes potenciadoras do suicídio (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Kuhlberg, Peña e Zayas, 2010, cit. por Santos, Erse, Façanha, Marques, & Simões, 2014).

A baixa autoestima, em relação às outras causas apontadas pelos adolescentes, também foi referenciada por ambos os géneros, embora numa percentagem mais baixa. Este fator é também identificado no estudo de Sampaio e Colaboradores (2000), e está relacionado, segundo o autor, com a própria dinâmica da personalidade e da vida psíquica, uma vez que a baixa autoestima leva as pessoas a avaliarem-se como incapazes de solucionar os problemas colocados pela vida e a antecipar o futuro de forma negativa (Cruz, 2006). Por outro lado, as pessoas com

comportamentos suicidas tendem a apresentar maiores dificuldades na resolução dos problemas pessoais colocados pela vida diária, por apresentarem rigidez cognitiva e disporem de baixo nível de competências sociais (Cruz, 2006).

É importante ainda referir que as evidências científicas revelam a existência de uma relação entre a ideação suicida e tentativas de suicídio com a baixa autoestima (Fergusson, Beautrais, & Horwood, 2003).

No que concerne à 2ª hipótese formulada, “Existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às representações sociais do suicídio e às dimensões explicativas do suicídio em função do género”, os resultados obtidos não estão de acordo com os estudos referidos anteriormente neste projeto, por exemplo, o estudo de Sampaio e colaboradores (2000), no entanto, é importante considerar que, talvez a ausência de tal relação se deva às características específicas da nossa amostra.

## **5.2 Idade**

Salienta-se que a maior parte dos participantes deste estudo são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos e que frequentam o ensino secundário.

Relativamente aos adolescentes com ideação suicida, constata-se que são os mais novos (idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos) que apresentam mais ideias suicidas.

Comparando com a literatura, tal achado vai ao encontro do que é exposto no estudo de Reinherz e colaboradores (1995), ou seja, a idade dos 15 anos é considerada uma idade crítica para a manifestação de comportamento. Quanto aos sujeitos mais velhos (idades compreendidas entre 17 e 18 anos), verifica-se que a maioria (63.6%) afirma que nunca teve ideias suicidas. Estes resultados estão de acordo com alguns estudos, nomeadamente, o desenvolvido por Field, Diego e Sanders (2001, cit. por Borges & Werlang, 2006), que demonstra que 18% dos estudantes por eles investigados, com idade média de 17 anos, relataram ter ideias suicidas. Já no estudo realizado por Stewart, Lam, Betson e Chung (1999, cit. por Borges & Werlang, 2006), foi encontrada uma percentagem de 40% de ideação suicida, em 996 adolescentes da cidade de Hong Kong, com idades compreendidas entre 14 e 19 anos.

No que diz respeito à ideação suicida encontrada neste estudo, uma parte dos adolescentes demonstram ter ideias suicidas (34%). Por comparação com os

resultados de estudos internacionais de ideação suicida em adolescentes, os 34% encontrados na amostra estudada podem ser considerados um alto índice de ideação suicida, na medida em que os referidos estudos apresentaram resultados que variaram entre 7 a 14% de ideação suicida por parte dos adolescentes (Maris, Berman, & Silverman, 2000).

Relativamente às tentativas de suicídio, constatou-se que o número de adolescentes que nunca se tentaram suicidar é superior ao número dos adolescentes que referiram que já tentaram o suicídio. Este resultado é encarado de forma positiva e leva-nos a considerar que pode estar de uma certa forma ligado aos fatores de proteção reconhecidos pela literatura para a tentativa de suicídio, como ambiente familiar e social no qual o adolescente se insere que influencia o seu comportamento (Park, Cho, & Moon, 2010). Entre os diversos fatores de proteção a OMS (2002), considera que a integração social do adolescente, o bom relacionamento com colegas de escola, o bom relacionamento com professores e apoio de pessoas competentes enquadram-se nos fatores de proteção reconhecidos para a tentativa de suicídio. Nestes casos, o jovem terá menos probabilidade de se envolver em comportamentos suicidas, apresentando características como: integração social, bom relacionamento com colegas de escola ou trabalho, bom relacionamento com professores ou superiores e apoio de pessoas competentes, fatores também reconhecidos como de proteção para a tentativa de suicídio e suicídio consumado (WHO, 2002).

Quanto aos adolescentes mais velhos, constatou-se que a maior parte dos sujeitos da nossa amostra referiu que nunca se tentou suicidar (95.5%). Este resultado não vai ao encontro do esperado referenciado na literatura como a WHO (2002), que identifica a faixa etária entre os 15 e os 34 anos como a que apresenta dados preocupantes em relação aos comportamentos suicidas

No que diz respeito à 3ª hipótese formulada, “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida e à tentativa de suicídio em função da idade”, como referimos anteriormente, não podemos considerar esta hipótese uma vez que, neste estudo, os resultados apurados permitem afirmar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne a todas as análises realizadas para a validação da 4ª hipótese: “existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às representações sociais do suicídio e às dimensões explicativas do suicídio em função da idade”, constatou-se que não se registaram valores significativos que nos permitam afirmar que existam diferenças estatisticamente significativas nas representações

sociais do suicídio e nas dimensões explicativas do suicídio face à idade dos participantes no nosso estudo.

Relativamente às representações sociais do suicídio constatou-se que tanto os adolescentes mais novos (idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos de idade) e os mais velhos (com idades compreendidas entre 17 e 19 anos de idade), referem-se ao suicídio, principalmente como *escape dos problemas, acabar com a própria vida e egoísmo*.

Salienta-se então, que os adolescentes consideram o escape dos problemas como o fator primordial, relacionado com o significado do suicídio. Neste sentido, o estudo psicossociológico de Vieira, Saraiva e Coutinho (2010), demonstrou que o suicídio emerge como uma fuga face às adversidades identificadas no meio ambiente em que vivem os jovens.

Comparando ainda as definições utilizadas pelos adolescentes dos diferentes anos de escolaridade relativamente ao suicídio, é possível observar que são os mais novos (adolescentes do 10º ano), os que apresentam uma maior similaridade de vocabulários, ou seja, atribuem ao suicídio (dimensões explicativas do suicídio) as mesmas palavras, o que pode ser explicado pela existência de um conceito partilhado, mas menos elaborado, nesta faixa etária (Noppe & Noppe, 1997).

É nos adolescentes mais velhos (11º e 12º ano de escolaridade), que se observam maiores diferenças quanto ao significado atribuído ao suicídio, talvez pelo maior contacto com o tema (não tanto experiencialmente, mas através do diálogo com os amigos, pais e professores e dos meios de comunicação).

Quanto às causas atribuídas pelos adolescentes ao suicídio (dimensões explicativas), constatou-se que os mais novos atribuem como primeira causa do suicídio o *bullying*, seguido dos *problemas amorosos* e dos *fatores biológicos*. Em contraponto, os mais velhos, atribuem, como causas do suicídio os *fatores biológicos*, os *problemas familiares*, *problemas amorosos* e o *bullying*,

Os fatores biológicos, apontados pelos adolescentes mais velhos, como a primeira causa do suicídio juvenil, vai ao encontro dos resultados encontrados no estudo de Sampaio e colaboradores (2000), este fator aborda a causalidade do suicídio pela vertente da doença, seja ela física ou mental. Embora na esfera do interno, é uma área que escapa ao controlo do indivíduo que se entrega metaforicamente nas suas mãos, metáfora da doença como desencadeadora das ideias de suicídio (Sampaio et al, 2000), ou seja, os fatores biológicos são vistos como uma área com uma perceção de *locus* de controlo externo, na qual o controlo não está

ao alcance do indivíduo e são uma das potenciais causas que o levam a pensar no suicídio.

O *bullying* também foi um fenómeno apontado por ambas as faixas etárias dos adolescentes e está direccionado para uma vertente psicossocial da explicação do suicídio, na qual se reconhece a importância da falta de oportunidades, da rejeição e influência do grupo na passagem ao ato (Sampaio et al, 2000).

Quanto aos problemas amorosos, os mesmos podem-se enquadrar num fator de desilusão e insegurança descrito no estudo de Sampaio e colaboradores (2000), no qual é salientada essencialmente a desilusão, os sentimentos de ambivalência, e, ao mesmo tempo, a dificuldade em vivenciar as transformações inerentes à adolescência, como fatores de risco.

### **5.3 Ideação suicida, contacto com o suicídio e tentativa de suicídio**

No que concerne ao conteúdo deste subcapítulo e relativamente à 5ª hipótese formulada: “existe uma relação entre a ideação suicida e o contacto com o suicídio”, verificou-se uma correlação significativa (positiva) ainda que seja baixa entre as ideias suicidas e o conhecimento de alguém que se tenha suicidado. Estes resultados são congruentes com a literatura, uma vez que o facto de se conhecer alguém que se tenha suicidado tem sido encontrado como um fator de risco para o suicídio (Santos, 2006; Lopes et al., 2001). Segundo Brent e colaboradores (1992), a proximidade a um amigo que tenha tentado o suicídio pode encorajar a imitação.

O tema do suicídio contagioso é outra questão abordada neste sentido, e segundo Gould e colaboradores (1988, cit. por Borges & Werlang 2006), é um tipo de suicídio que tem em conta a vulnerabilidade do adolescente para se identificar com um amigo, conhecido ou familiar que tenha tentado ou cometido suicídio. Um dos fatores de risco para a ideação suicida, frequentemente descrito na literatura, é então conhecer alguém que tenha cometido suicídio (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

Verificou-se também que a média de ideação suicida e tentativa de suicídio é superior em adolescentes que conheceram alguém que se tenha suicidado do que naqueles que, pelo contrario, não conheceram situações deste tipo. Estas diferenças foram estatisticamente significativas para a ideação suicida. Face ao exposto, podemos pensar neste facto como um possível e importante fator de risco para o aparecimento de ideação suicida nos adolescentes (WHO, 2001).

Ainda nesta perspectiva, é importante referir Bandura (1997), e a sua teoria da aprendizagem por modelação, no sentido em que o efeito da modelagem depende do número de modelos, das características do modelo (p. ex.: idade, sexo e estatuto social), da intensidade com que o comportamento do modelo é reforçado e das características do observador. Os comportamentos adquiridos por observação, podem ser enquadrados no resultado apresentado no nosso estudo, no qual verificámos que existe uma relação entre a ideação e tentativa de suicídio, com o conhecimento de alguém que se tenha suicidado. Hazell e Lewin (1993), também enfatizam a ideia de que conhecer alguém que se tenha suicidado seja um fator de risco para a ideação e tentativa de suicídio, quando referem que a relação de amizade com um potencial suicida ou um suicida efetivo acrescentou uma componente significativa ao risco de assumir um comportamento suicida imitativo.

Assim sendo, é imprescindível determinar os meios mais eficazes para identificar adolescentes em risco de assumir um comportamento suicida imitativo, depois de um suicídio ou tentativa de suicídio ocorrer. Além disso, há a necessidade de determinar as formas mais apropriadas de intervenção para com estes adolescentes.

Relativamente ao contacto com o tema do suicídio, a maioria dos adolescentes já falou sobre o mesmo, pelo menos uma vez. As situações de conversa mais referidas pelos adolescentes foram: amigos, pais e professores. Em casa, os adolescentes referem ter falado sobre suicídio com os pais e admitem a abertura dos pais para abordar este tema. No que diz respeito ao contexto extrafamiliar, adolescentes a maioria já falaram sobre suicídio com amigos.

Segundo a OMS (2006), os estudantes necessitam de um local onde possam receber informação, fazer perguntas e aprender como ajudarem os seus amigos e a si mesmos com as suas preocupações suicidas. Infelizmente, apenas 25% dos estudantes contarão a um adulto se um amigo tiver ideações suicidas. No entanto, apresentações cuidadosamente preparadas para a sala de aula, feitas por conselheiros, podem ajudar a aumentar essa taxa.

Conforme os dados obtidos podemos constatar que a maioria dos adolescentes já falou sobre o tema do suicídio seja com os amigos, pais e professores, o que pode ser considerado um fator protetor, uma vez que o adolescente tem a noção da abertura dos seus amigos, pais e professores para a abordagem do tema do suicídio. Curiosamente apesar dos adolescentes referirem a disponibilidade quer dos pais, dos amigos e dos professores para falar do tema, não os consideram

como uma ajuda disponível face à ideação suicida, nesta última apontaram como ajudas os profissionais quer psicólogos e psiquiatras e médico de família.

Parece-nos importante que a escola deva criar um espaço onde os adolescentes possam ir para falar abertamente, conversar e receber informação.

Consideramos que seria, também, necessário os docentes da escola, participarem em formações sobre o tema do suicídio a fim de poder e conseguir sinalizar os casos de ideação suicida.

#### **5.4 Perceção do tipo de ajuda a procurar face à ideação suicida**

No que diz respeito às ajudas a procurar face à ideação suicida, é mencionado o recurso a *psicólogos, psiquiatras e médicos de família*.

É curioso que os adolescentes apesar de afirmarem que sabem e que podem falar do tema com os professores, pais e amigos, não os consideram uma ajuda a procurar.

Ainda numa perspetiva sobre as ajudas a procurar face à ideação suicida, Grinberg (2000), refere que é fundamental o técnico estar alerta para que num adolescente que procure ajuda de forma camuflada, o identifique através de uma escuta ativa e não apressada, se a ideação suicida se encontra presente, o que nos indica a importância do papel dos professores.

O risco de suicídio pode diminuir ou desaparecer aos poucos em função das estratégias utilizadas pelo adolescente para fazer face aos problemas que fomentam o seu sofrimento e/ou em decorrência de ajuda psicológica ou tratamento psiquiátrico (Wasserman, 2001).

Constatou-se, então, que a procura de ajuda é eficiente uma vez que todos os adolescentes recorreriam às ajudas mencionadas anteriormente, facto positivo na medida em que falar do assunto, tal como é descrito na literatura (OMS, 2000), pode ser um fator de proteção face ao suicídio. No entanto, e na perspetiva da abordagem do tema do suicídio, uma parte dos adolescentes afirmaram que nunca falaram do tema, pelo que devem ser sensibilizados para a importância de procurar ajuda face à ideação suicida.

Sánchez (2001), ainda nesta perspetiva refere que apesar da maioria dos fatores de proteção encontrarem-se ao nível da comunidade, não podemos descurar, a existência de fatores de proteção de cariz mais individual, tais como a existência de relações significativas e positivas, vida social satisfatória, prática de atividades de lazer. Alguns estudos demonstram, também, que discutir pensamentos suicidas com alguém (familiar ou profissional) pode ajudar a solucionar os problemas que

contribuem para o pensamento suicida, contudo, não garante a redução do risco de suicídio (Ferreira, s.d.).

Neste sentido, segundo Ferreira (s.d.), discutir intenções suicidas com a pessoa de uma forma sensível e direta pode diminuir o risco de suicídio. A abertura e preocupação dos outros em perguntar sobre o suicídio a uma pessoa vulnerável, vai permitir-lhe experienciar dor ao falar no seu problema, o que pode ajudar a reduzir a sua ansiedade. Isto pode também permitir à pessoa com pensamentos suicidas sentir-se menos só e isolada, e talvez um pouco aliviada.

### **5.5 Contacto com a temática do suicídio em contexto escolar**

Quanto à discussão sobre suicídio na escola, a maior parte dos adolescentes referem que nunca falaram do tema, embora alguns tenham referido já terem explorado este tema neste contexto, pelo menos uma vez e apenas uma minoria dos adolescentes confirmou ter abordado o tema do suicídio em contexto de aula.. Relativamente à elaboração de trabalhos sobre o tema do suicídio, apenas uma parte dos adolescentes afirmam que já fizeram um trabalho sobre o tema em questão.

Confirmou-se ainda que é demonstrado interesse pelos adolescentes em debater o tema do suicídio em contexto escolar e constatou-se que o tema do suicídio é explorado em contexto escolar, embora ainda numa percentagem pequena.

A escola, de facto, pode constituir um espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes, pode integrar programas de prevenção do suicídio, através da identificação dos fatores de risco, estabelecendo linhas que estimulem a autoestima dos adolescentes e criando espaços de conversão para os mesmos, sobre a fase da adolescência (Teixeira, 2004).

A escola é o principal contexto de socialização do adolescente, o que faz deste um meio importante para a sensibilização dos alunos e a restante comunidade escolar, para o tema do suicídio (Berman & Jobes, 1991).

Nesta perspetiva, a OMS (2002), publicou manuais dirigidos a professores e aos pais, com vista a consciencializá-los do problema, de fatores potencialmente desencadeadores dos sinais aos quais devem estar atentos e de formas eficazes de gerir situações de risco.

No que diz respeito à prevenção do suicídio, na escola é possível realizar diversas abordagens eficientes, nomeadamente leituras didáticas e reflexões em algumas disciplinas (por exemplo: educação cívica, educação para a cidadania,

desenvolvimento pessoal e social), debates, serviços de atendimento e apoio ao estudante (por exemplo: psicólogo, médico escolar, assistente social), grupos de entreajuda, programas formativos para funcionários, intervenções dirigidas aos pais, programas de desenvolvimento de competências e campanhas de sensibilização para os alunos (Costa, 2013).

Perante este contexto, seria importante o desenvolvimento de estratégias de intervenção através de programas de promoção de saúde ou educação voltados aos adolescentes neste contexto através da criação de um espaço de escuta como gabinetes de atendimento nos serviços de saúde ou até mesmo na própria escola.

Em suma, na escola, os professores poderão desempenhar um papel muito importante na deteção precoce de estudantes com problemas psicológicos e no diagnóstico de jovens em risco, contribuindo desta forma para que os mesmos possam ser atempadamente encaminhados para serviços especializados (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011).

### **CAPÍTULO III - PROPOSTA DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

Posteriormente à realização da investigação empírica foi notória a importância de se desenvolver um estudo mais abrangente e aprofundado sobre a temática das representações sociais sobre o suicídio.

Para a elaboração de um projeto, a metodologia utilizada deve obedecer aos princípios de uma planificação estratégica, orientada para alcançar mudança e para realizar os objetivos de médio e longo prazo (Carvalho & Baptista, 2004). Qualquer projeto deve ter bem especificado os antecedentes, a motivação, a justificação e a origem do mesmo.

Assim, propomos um projeto de investigação que siga os passos já iniciados no estudo exploratório aqui desenvolvido, usando assim os mesmos instrumentos de recolha de dados, acrescentando uma amostra mais alargada, e propondo hipóteses iniciais do trabalho, isto é, uma previsão de um fenómeno que está expresso no problema a investigar (Coutinho, 2011).

Desta forma, pretendemos alcançar conclusões mais abrangentes sobre esta temática, visando-se a elaboração de um plano de prevenção do suicídio nas escolas do distrito da Guarda.

## **1. Objetivos**

Com o levantamento de necessidades efetuado por via da investigação empírica, foi possível avançar com a definição dos seguintes objetivos:

1. Conhecer as representações do suicídio juvenil;
2. Analisar a abordagem do suicídio no contexto escolar;
3. Verificar se existem diferenças entre as representações do suicídio dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade);
4. Verificar em que medida os conteúdos representacionais estão relacionados pelo contacto com o suicídio (tentativa de suicídio).

## **2. População e amostra**

Para a concretização do estudo, a amostra será mais alargada, uma vez que incluirá os adolescentes que frequentam o ensino secundário das escolas pertencentes ao distrito da Guarda, nomeadamente em 14 municípios: Aguiar da Beira; Almeida; Celorico da Beira; Figueira de Castelo Rodrigo; Fornos de Algodres; Gouveia; Guarda; Manteigas; Mêda; Pinhel; Sabugal; Seia; Trancoso e Vila Nova de Foz Côa.

No que concerne às expectativas em relação à amostra, espera-se alcançar conclusões mais abrangentes sobre esta temática, podendo contribuir este estudo, para a elaboração de um plano de prevenção do suicídio nas escolas pertencentes aos distrito da Guarda.

## **3. Instrumentos**

Após uma análise intensiva da literatura existente foi possível selecionar os instrumentos que melhor se adequavam aos propósitos deste estudo. Por conseguinte, a técnica utilizada para recolha de dados será o inquérito por questionário.

Para a recolha dos dados será utilizado um questionário aferido e validado para adolescentes - Questionário Suicídio Juvenil – Representações Sociais dos Adolescentes (Henriques, et al., 2008). A descrição do mesmo encontra-se no ponto 3.3, do capítulo II.

#### **4. Procedimentos**

Os procedimentos efetuados serão os mesmos referidos na parte empírica deste estudo. Numa primeira fase efetuar-se-á o contacto com os Presidentes dos Conselhos Executivos das Escolas que vão participar neste estudo, com o objetivo de obter autorização para a implementação dos questionários às turmas do ensino secundário.

Previamente à administração dos questionários, serão enviados os ofícios para o pedido de autorização da utilização do instrumento, às respetivas autoras.

Aos Presidentes do Agrupamento das escolas, posteriormente, serão entregues os formulários de consentimento informado, para posterior encaminhamento aos encarregados de educação dos adolescentes.

A aplicação dos questionários decorrerá, em simultâneo, nas escolas que vão participar no estudo. Posteriormente à aplicação dos questionários, os mesmos serão devidamente analisados.

#### **5. Técnicas de análise de dados**

Relativamente às técnicas estatísticas utilizadas, estas, devem ser as mais adequadas para cada variável em análise e para os objetivos que se pretendem atingir (Pestana & Gageiro, 2005).

Posteriormente à recolha de dados, as respostas serão inseridas numa base de dados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - IBM 22) e sujeitas a análise estatística descritiva e inferencial, assumindo-se o grau de confiança de 95%, valor de referência habitualmente utilizado em ciências sociais e humanas, o que implica que seja utilizado o nível de significância  $p \leq 0.05$  (Tuckman, 2000).

Para realizar a inferência estatística, podem ser utilizados testes paramétricos e não paramétricos. Os testes paramétricos poderão ser utilizados se forem satisfeitos os seguintes pressupostos: a amostra deve ser superior a 30 sujeitos ( $n > 30$ ), a distribuição deve ser normal e homocedástica e a variável medida em escala de intervalos/razão (Tuckman, 2000). Não sendo possível verificar estas condições, terão de ser utilizados testes não paramétricos.

#### **6. Resultados esperados**

Espera-se que os resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo empírico e/ou na literatura.

Uma vez que a amostra será mais alargada, desta forma, como já foi referido anteriormente, pretendemos alcançar conclusões mais abrangentes sobre a temática do suicídio. Espera-se, também, identificar mais adolescentes com ideação suicida e/ou com tentativas de suicídio, visando-se a elaboração de um plano de prevenção que tenha como objetivo evitar que os adolescentes desenvolvam comportamentos suicidas ou adotem condutas autodestrutivas nas escolas do distrito da Guarda.

## **CONCLUSÃO**

Findas todas as fases inerentes ao desenvolvimento deste projeto de investigação, é importante fazer uma retrospectiva no sentido de avaliar todos os conhecimentos adquiridos, dados recolhidos e analisados no sentido de poder chegar às conclusões do presente estudo.

A adolescência é, de facto, uma fase intensa e marcada por profundas alterações, conflitos e desafios. A instabilidade emocional poderá ser vivenciada como um período de crise com repercussões na saúde mental dos adolescentes, tornando-os vulneráveis à adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas (Borges & Werlang, 2006.)

O suicídio é algo complexo e amplo, tanto no que equivale à sua intenção, como às suas consequências. Esta ocorrência demonstra a fragilidade na qual o sujeito se encontra, sendo o reflexo do quanto a sua vida está insuportável, ao ponto que este prefere abdicar da sua existência, assim como de tudo que o rodeia, não pensando em todas as possibilidades que o futuro poderá vir a proporcionar, em prol do fim do seu sofrimento (Sebastião, 2012).

Neste sentido, torna-se importante e indispensável, pensar em aspetos preventivos do suicídio, mantendo a crença que se podem oferecer aos indivíduos outras possibilidades de ultrapassar as dificuldades ou patologias que os conduzem a procurar no suicídio uma espécie de solução para seu sofrimento.

O fato de o suicídio ainda ser um tema tabu, como já foi referido anteriormente, e que desperta angústia torna difícil a abordagem do problema. O suicídio ainda está associado a desconforto, vergonha e culpa, mas se o tema for discutido de forma aberta, este tornar-se-á um problema a ser resolvido e não escondido (WHO, 2002).

Perante todo este contexto, seria importante perceber qual é a representação social que os adolescentes atribuem ao suicídio, partindo do pressuposto que as representações sociais, são consideradas num sentido amplo, como pensamento social e que são deveras imprescindíveis nas relações humanas, uma vez que dão

explicação, um sentido à realidade. Acontecem a partir da interação dos indivíduos, independentemente do contexto.

Assumindo que o suicídio é multifactorial e resulta de um triplo fracasso: indivíduo, família e sociedade (Sampaio, 1991), a verdade é que os resultados obtidos sugerem que os adolescentes apontam, numa dimensão casualística, o “escape de problemas”, o “*bullying*”, os “problemas amorosos” e os “fatores biológicos” como a representação social do suicídio mais indicada. Torna-se, então necessário criar ações de sensibilização destinados aos adolescentes na perspectiva de os sensibilizar para esta crença errónea.

Estamos perante uma situação preocupante, no sentido em que os adolescentes consideram o escape dos problemas como uma das primeiras causas do suicídio juvenil. Torna-se importante a intervenção do Educador Social junto destes adolescentes, deve intervir para desmistificar esta crença errónea que os adolescentes têm face ao suicídio. Podem ser feitas ações de sensibilização com os adolescentes incorporando todo o corpo docente escolar (Carvalho & Baptista, 2004), tal como foi referido neste projeto anteriormente.

Podemos afirmar que no que diz respeito às causas que levam os jovens a suicidarem-se, os resultados obtidos vão ao encontro com os do estudo de Sampaio e colaboradores (2000). As causas, podem ser agrupadas em causas naturais, no sentido em que os participantes referem-se a doença e causas não naturais enquanto causas não naturais, são apontados, com maior frequência, o escape de problemas, os problemas amorosos, o *bullying* e o consumo de drogas.

O *bullying*, atualmente, é um problema com grande enfoque e conforme podemos verificar nos nossos resultados grande parte dos adolescentes consideram ser uma das causas justificativas do suicídio juvenil, o que nos leva a considerar que deve existir uma maior intervenção das equipas multidisciplinares neste contexto.

Será importante, diante as evidências, o papel do Educador Social, uma vez que uma das suas funções é de se integrar num projeto educativo de cariz pedagógico sendo um dos elementos de uma equipa multidisciplinar (Carvalho & Baptista, 2004).

O Educador Social deve gerir o equilíbrio da situação, para que os destinatários da intervenção consigam encontrar o seu caminho (Mateus, 2012).

Face a uma situação de iminência de suicídio, todos os adolescentes recorreriam a ajudas profissionais (psicólogos, psiquiatras e médico de família).

Tendo em conta as experiências dos adolescentes e a par da recolha de representações sociais, procurou-se perceber até que ponto os adolescentes têm

contacto com o suicídio onde se verificou que existe uma relação entre conhecer alguém que se suicidou com o facto de já ter pensado em suicídio. Estes resultados demonstram a importância da colocação de Educadores Sociais nas escolas que em pareceria com os Psicólogos devem conseguir identificar casos para prevenirem comportamentos de risco ou seja, criar estratégias a nível individual a fim de promover uma visão sistémica e integradora do indivíduo.

Salienta-se que o diálogo sobre o suicídio é relativamente grande uma vez que a maioria dos adolescentes já falou pelo menos uma vez sobre o tema.

Constatou-se que o tema do suicídio, consoante os resultados, é explorado em contexto escolar, embora cerca de metade dos alunos inquiridos ter afirmado que nunca falou sobre o tema na escola confirmando-se, no entanto que é demonstrado interesse ao debater o tema na escola, tornando-se assim, necessário realizar ações de sensibilização, campanhas ou palestras neste sentido.

É curioso que os adolescentes apesar de afirmarem que sabem e que podem falar do tema com os professores, pais e amigos, não os consideram uma ajuda a procurar.

Apesar do estigma a que está associado o suicídio, os adolescentes são a favor da sua abordagem, nomeadamente em termos curriculares, como já foi referido anteriormente, sendo admitida a sua utilidade, importância, e interesse.

Assim, podemos concluir que a escola pode constituir um espaço de prevenção do suicídio de adolescentes, integrando programas de prevenção, através da identificação dos fatores de risco, estabelecendo linhas que estimulem a autoestima dos adolescentes e criando espaços de conversação para os mesmos, durante a fase da adolescência (Teixeira, s.d.).

Apesar dos adolescentes não considerarem os professores como uma ajuda a recorrer face à ideação suicida, é importante referir que os professores poderão desempenhar um papel muito importante na deteção precoce de estudantes com problemas psicológicos e no diagnóstico de jovens em risco, contribuindo desta forma para que os mesmos possam ser atempadamente encaminhados para serviços especializados (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011).

Reforça-se que a inclusão de toda a escola (professores e auxiliares incluídos) nas estratégias definidas e a implementação de um programa com duração superior a seis meses otimizam os resultados alcançados a curto e médio prazo, nomeadamente aprendizagem ou melhoria de habilidades e competências sociais, atitudes positivas em relação a si e aos outros, redução de comportamento antissocial, prevenção ou

identificação precoce de doença mental, melhoria dos resultados escolares (Diekstra, 2008).

Quanto à ideação suicida, nesta investigação constatou-se que são os adolescentes do género feminino que possuem mais ideias suicidas do que contrariamente acontece no género masculino. Os resultados citados mostram a necessidade de desenvolvimento de estratégias de intervenção na escola através de programas de promoção de saúde ou educação para a saúde voltados aos adolescentes.

No decorrer deste projeto surgiram algumas limitações que se prendem com o facto de que inicialmente a amostra seria composta por 199 adolescentes mas apenas 82 devolveram o respetivo questionário. Este facto leva-nos a refletir que existiram casos que escaparam a esta investigação e que esses poderiam apresentar algum risco.

Quanto à comparação deste estudo com os resultados de outras investigações, alguns resultados apurados contradizem os resultados obtidos noutros estudos, no entanto, é importante considerar que talvez, tal diferença se deva às características da amostra do presente estudo e tal como foi referido anteriormente, não permite a extrapolação dos resultados para a população em geral. Trata-se de uma amostra de conveniência e devemos ter em conta as diferenças que existem entre o meio rural onde foi realizado este estudo e o meio urbano nomeadamente o estilo de vida, as diferentes conceções, os padrões de vida, entre outros.

Pensando numa perspetiva preventiva, torna-se essencial identificar adolescentes com ideação suicida, já que este pode ser o primeiro passo para o suicídio.

Desta forma, destaca-se a importância de programas de prevenção que tenham como objetivo evitar que os adolescentes desenvolvam comportamentos suicidas ou adotem condutas autodestrutivas.

Os programas psicoeducacionais também devem ser implementados nas escolas, consistem em atividades didáticas e pedagógicas destinadas à aquisição de conhecimentos sobre a temática do suicídio e aspetos psicológicos associados.

Em termos de ganhos da presente investigação salienta-se uma maior perceção do fenómeno das representações sociais dos adolescentes e considera-se que este estudo poderá constituir-se como a base para um programa de prevenção do suicídio nesta escola e nestas faixas etárias.

## BIBLIOGRAFIA

- Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S., & Niconoff, S. D. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (Mex)*, 16, 20-25.
- Alte da Veiga, F. (2006). Epidemiologia e metodologias de investigação dos comportamentos suicidários. In S. P. Suicidiologia (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal (pp. 137-150.)* Coimbra: Redhorse – Indústria Gráfica.
- Anadón, M., & Machado, P. B. (2003). *Reflexões teóricas: metodológicas sobre as representações sociais*. Bahia: Editora Uneb.
- Araújo, L., Vieira, K., & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 1, 47-57.
- Barrios, L. C., Everett, S.A., Simon, T. R. & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: Associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.
- Baptista, N. (2004). Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais. In Baptista, N (Eds.), *Suicídio e depressão – atualizações* (pp. 3-22.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico – USF*, 1, 11-19.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall
- Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1991). *Adolescent suicide: Assessment and Intervention*. Washington DC: American Psychology Association.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., Silva, D., Thanh, H., Phillips, M., Schlebusch, L., Varnik, A., Vijayakumar, L., & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the who supre-miss community survey. *Psychological Medicine*, 10, 1457-1465.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., Botega N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 587-595.
- Braz Saraiva, C., Alte da Veiga, F., Primavera, R., Carvalho, C., Travassos, M., Soares, L., Canhão, A., & Torres, O. (1996). Epidemiologia do parassuicídio em Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 17 (4), 291-296.

- 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.
- Brent, D. A., Peiper, J., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., & Harrington, K. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 629-639.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychiatry*, 47, 372-394.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27, 208-214.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 28, 125-137.
- Caldas, J. M. (1992). Suicídio Juvenil - O Enigma. *Forum Sociológico*, 1, 7-16.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 667-675.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A. & Baptista, I. (2004). *Educação social: fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Cassorla, S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 3, 137-144.
- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H. & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48, 83-87.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio - revisão bibliográfica* (Dissertação de Mestrado). Obtido de <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/781/1/capa%20resumo%20e%20indices.pdf>.
- Costa, J. (2013). *Representações do Suicídio no Alentejo* (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/10791/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20do%20Suic%C3%ADdio%20no%20Alentejo%20-%20Joana%20Costa.pdf>.

- Costa, T. (2013). Prevenção da Depressão e Suicídio. Obtido de <https://pt.scribd.com/doc/175301311/MANUAL-tania-Prevencao-da-Depressao-e-Suicidio>.
- Coutinho, L. (2005). *Depressão infantil e representação social*. João Pessoa: Universitária UFPB.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In C. Pires (Eds.), *Stress Pós-Traumático - Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 50-80). Lisboa: Diferença.
- Desviat M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Dias, M. (2010). *Planos de Investigação Avançada – Passo a Passo*. Santa Maria da Feira: Maria Olívia Dias.
- Dias, D. M., & Teresinha, E. (2011). Adolescência e morte: representações e significados. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15, 273-281.
- Diekstra, R. (2008). Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide – part one, a review of meta-analytic literature. In B. Dahlin (Eds.), *Social and emotional education: An international analysis* (pp. 255-284). Santander, España: Fundacion Marcelino Botin.
- Direção Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Obtido de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.
- Erikson, R. (1972). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fergusson, D.; Beautrais, A., & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73. doi: 10.1017/S0033291702006748.
- Ferreira, M., Alvim, N., Texeira, M., & Veloso, R. (2007). Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 16, 217-24.
- Ferreira, C. (s.d.). O desejo de morrer. Obtido de [https://www.fc.ul.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/O\\_desejo\\_de\\_morrer.pdf](https://www.fc.ul.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/O_desejo_de_morrer.pdf).
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). As etapas do processo de investigação. In M.-F. Fortin (Eds.), *O Processo de Investigação: da conceção à realização* (pp. 35 - 43). Loures: Lusociência.

- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M. F. Fortin (Eds.), *O processo de investigação - Da concepção à realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents views on preventing self-harm: A large community study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43(2), 96-104. doi: 10.1007/s00127-007-0273-1.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hazell, P., & Lewin, T. (1993). An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (2), 101-109.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). As causas de morte em Portugal. Obtido de [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Jodelet, D. (1984) Représentation sociale: Phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Eds.), *La psychologie sociale* (pp. 357-378). Paris: PUF.
- Kaminski, J., & Fang, X. (2009). Victimization by peers and adolescent suicide in three US samples. *The Journal of Pediatrics*, 155 (5), 683–688.
- Kaplan, H., Adanek, M., & Martin, J. (2001). Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 728-734.
- Klomek, A., Sourander, A., & Gould, M. (2010). Association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Le Revue Canadienne de Psychiatrie*, 5, 282–288.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 2, 1-5.
- Laufer, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. Lisboa: Climepsi.
- Lopes, P., Barreira, D., & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1, 47-57.
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. American College of Physicians – *American Society of Internal Medicine*, 4, 302-311.

- Maris, R. W., Berman, L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Nova York: Guilford.
- Mateus, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *Eduser Revista de educação*, 4, 60–71.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. Pero Pinheiro Editora Report Number, Lda.
- Moscovici, S. (1981). *A sociedade contranatura*. Amadora: Bertrand.
- Neves, S. (2010). *O rosto social da morte: as representações sociais da morte no doente paliativo* (Dissertação de Mestrado). Obtido de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2693/1/603299\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2693/1/603299_Tese.pdf).
- Noppe, I., & Noppe, L. (1997). Evolving meanings of death during early, middle, and later adolescence. *Death Studies*, 21, 253-275.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções: Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência* (Tese de Doutoramento). Obtido de [http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1651?mode=full&submit\\_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo](http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1651?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo).
- Oliveira, A. (2008). *Representações Sociais de Morte e de Suicídio em Adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Obtido de FPCEUP
- Organização Mundial de Saúde (2000). Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores. Obtido de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (2006). Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros. Obtido de [http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf).
- Park, S. M., Cho, S. I., & Moon, S. S. (2010). Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 389-397.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2, 146-154.

- Quartilho, M. J. (2006). Suicídio: Aspectos sociais e culturais. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp.55-74). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Quintas, J. (1997). *Drogados e consumo de drogas. Análise das representações Sociais* (Dissertação de Mestrado). Obtido de [http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs\\_pesquisa.show\\_publ\\_file?pct\\_gdoc\\_id=13575](http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id=13575).
- Rapeli, C. B., Botega, N. J. (1998). Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 4, 157-162.
- Rapeli, C., & Botega, N. (2005). Severe suicide attempts in young adults: Suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal*, 1, 43. doi:10.1590/S1516-31802005000100011.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Parkis, B., Cohen, E. et al. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, S., Nascimento, S., & Coutinho, L. (2010). Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 3, 448-463.
- Ribeiro, K., Medeiros, C., Coutinho, M., & Carolino, Z. (2012). Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva. *Revista Psicologia: teoria e prática*, 3, 18-33.
- Roen, K., Scourfield, J., & McDermott, E. (2008). Making sense of suicide: a discourse of young people's talk about suicidal subjecthood. *Social Science & Medicine*, 67, 2089-2097.
- Rodrigues, M. (2009). Suicídio e sociedade - um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (4), 698-713.
- Roths, I. (2006). Suicídio Juvenil. *Representações sociais dos médicos e dos psicólogos* (Dissertação de Mestrado). Obtido de [http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs\\_pesquisa.FormView?P\\_ID=89118](http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=89118).
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Caminho.

- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 139-155.
- Sampaio, D. (2006). *Ninguém morre sozinho (14ª Edição.)* Lisboa: Caminho.
- Sánchez, H. G. (2001). Risk Factor Model for Suicide Assessment and Intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (4), 351-358.
- Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 3, 187-194.
- Santos, M., Neto, M., & Souza, Y. (2011). Adolescência em revistas: um estudo sobre representações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13, 103-11.
- Santos, J.; Erse, M., Façanha, J., Marques, L., & Simões, R (2014). Projeto + Contigo. Obtido de [https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&es\\_th=1&ie=UTF8#q=projeto%20mais%20contigo&es\\_th=1](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&es_th=1&ie=UTF8#q=projeto%20mais%20contigo&es_th=1).
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos Sobre o Para-Suicídio - O que Leva os Jovens a Espreitar a Morte*. Coimbra: Redhorse.
- Seabra, D. (2006). Idades avançadas, da solidão ao suicídio. In S. P. Suicidologia (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal (1ª ed.)*, (pp. 247-256). Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Sebastião, M. (2012). *O suicídio na infância e na adolescência: uma revisão bibliográfica* (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1251/Maribel%20Batista%20Sebasti%C3%A3o.pdf?sequence=1>.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2014). Suicídio. Obtido de <http://www.spsuicidologia.pt/>.
- Strecht, P. (2005). *Vontade de ser: textos sobre a adolescência*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Teixeira, C. (2004). Tentativa de suicídio na adolescência. *Revista da UFG*, 6, 1-2.
- Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista da Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (3), 302-308.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In J. Vala, J., & M.B. Monteiro, (Coord.), *Psicologia social* (pp.457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E. & Diaz-Sastre, M. (2002). El suicídio. *Salud Global*, 4, 1-15.
- Vicente, P., Reis, E., & Ferrão, F. (1996). *Sondagens - a amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vieira, K., Saraiva, E., & Coutinho, M. P. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. *Psico*, 41, 176-183.
- Vila, A. (2008). *O suicídio juvenil: As representações sociais de jovens universitários* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. Martin Dunitz: Stockholm.
- Werlang, G., & Botega, J. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39, 259-266.
- World Health Organization (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Obtido de [http://www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/).
- World Health Organization (2001). Young People's Health - a Challenge for Society. Obtido de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf).
- World Health Organization (2002). Suicide. Obtido de <http://www.who.int.mental-health/suicide>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). World Suicide Prevention Day Media Release: Suicide Prevention. Obtido de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV. Obtido de [https://www.google.pt/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&es\\_th=1&ie=UTF8#q=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.%20int%2Fpublications%2F2010%2F9789241598972\\_eng.pdf&es\\_th=1](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&es_th=1&ie=UTF8#q=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.%20int%2Fpublications%2F2010%2F9789241598972_eng.pdf&es_th=1).
- Zugliani, A., Mottl, T., & Castanho, R. (2007). O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1, 95-110.

# **ANEXOS**

**ANEXO A – Questionário Suicídio Juvenil – Representações Sociais dos Adolescentes (Henriques et al.,2008)**

**Suicídio Juvenil - Representações Sociais dos Adolescentes**

**Folha de Instruções**  
(Para saber o que é para fazer)

**I**

De seguida, vamos apresentar-te alguns temas ou expressões. Deverás escrever tudo aquilo de que te lembrares, apontando todas as ideias, pensamentos ou sentimentos que surjam, espontaneamente.

Vejamos um **exemplo** (não precisas de responder aqui nada, é só para leres):

**Razões para se fazer desporto:**

1. <i>Faz bem à saúde</i>
2. <i>É divertido</i>
3. <i>Fazer amigos</i>
4. <i>Aprender coisas novas</i>
5. <i>Ficar em boa forma</i>
6. <i>Toda a gente o faz</i>
7. <i>Gastar energia</i>

**1. Na minha opinião, morte é:**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

**2. Morte faz-me sentir:**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

---

**3. Morte faz-me pensar:**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

**4. Na minha opinião, as causas de morte nos jovens são:**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

5. Na minha opinião, suicídio é:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

6. Na minha opinião, o que leva os jovens a suicidarem-se é:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

**7. Tipos de ajuda que os jovens podem procurar quando pensam em suicidar-se:**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

**8. O que fazer, se um colega ou amigo, te dissesse que se quer suicidar:**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

---

---

## II

Neste grupo de questões deves indicar a resposta que aches mais adequada. Também não há respostas certas nem erradas.

1. No quadro que te apresentamos de seguida, assinala, com uma cruz, a resposta apropriada. Para cada frase, por favor assinala na coluna da “Morte” e na coluna do “Suicídio”.

1.1. Já falaste com alguém sobre morte? E sobre suicídio?

	Morte	Suicídio
Nunca (Passa para a pergunta nº 2)		
Uma vez		
Duas vezes		
Mais que duas vezes		
Muitas vezes		

1.1.1. Se sim, em que situação? (Podes assinalar mais do que uma opção)

	Morte	Suicídio
Com os meus pais		
Com professores		
Com amigos		
Com colegas		
Uma aula sobre o tema		
Um trabalho sobre o tema		
Outra		
Qual?		

1.2. Com que frequência falaste sobre estes temas na escola?

	Morte	Suicídio
Nunca		
Uma vez		
Duas vezes		
Mais que duas vezes		
Muitas vezes		

---

---

2. Como soubeste o que queria dizer "suicídio"?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Que idade tinhas quando soubeste o que queria dizer "suicídio"?

\_\_\_\_\_

4. Já passaste pela morte de alguém próximo?

Sim  1 Quem? \_\_\_\_\_

Não  2

5. Conheces alguém que se tentou suicidar ou que se suicidou?

Sim  1 Quem? \_\_\_\_\_

Não  2

6. Já alguma vez pensaste em suicidar-te?

Nunca  1

Uma vez  2

Duas vezes  3

Mais que duas vezes  4

Muitas vezes  5

7. Já alguma vez tentaste suicidar-te?

Sim  1

Não  2

7.1. Se sim, procuraste ajuda?

Sim  1 Qual? \_\_\_\_\_

Não  2

8. Com que frequência pensaste na tua morte?

Nunca  1

Uma vez  2

Duas vezes  3

Mais que duas vezes  4

Muitas vezes  5

9. Com que frequência pensaste na morte dos outros?

Nunca  1

Uma vez  2

Duas vezes  3

Mais que duas vezes  4

Muitas vezes  5

### III

1. De seguida apresentaremos algumas frases. Para cada frase deverás indicar o quanto concordas com o que está escrito, colocando uma cruz no quadrado que se refere a uma das opções: (1) **Discordo Totalmente**/ (2) **Discordo**/ (3) **Não concordo nem concordo**/ (4) **Concordo** ou (5) **Concordo Totalmente**. Não te esqueças que o que conta é a tua opinião.

	1	2	3	4	5
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. A maioria das pessoas não gosta de falar sobre morte.					
2. O suicídio juvenil é um tema que não deve ser falado.					
3. As pessoas preocupam-se demasiado com a morte.					
4. Falar sobre suicídio juvenil com adolescentes pode ser perigoso.					
5. A morte de pessoas queridas afecta mais os adultos que os adolescentes.					
6. O suicídio juvenil deve ser discutido sem problemas.					
7. A morte é um assunto levado a sério pelos adolescentes.					
8. Falar sobre suicídio pode ser útil.					
9. Falar sobre morte é importante.					
10. Não se deve falar sobre suicídio juvenil com os amigos.					
11. Os adultos não percebem a necessidade que os adolescentes têm em falar sobre morte.					
12. Os pais falam com os filhos sobre morte.					
13. Falar sobre o suicídio pode ajudar quem esteja a pensar suicidar-se.					
14. É possível falar abertamente sobre morte com amigos.					
15. Geralmente, os pais estão dispostos a falar sobre suicídio.					
16. A discussão sobre o suicídio juvenil é importante.					
17. Em casa, devia-se poder falar sobre morte.					
18. Na escola, fala-se o suficiente sobre morte.					

	1	2	3	4	5
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
19. O suicídio pode ser discutido abertamente com os professores.					
20. Os professores sentem-se à vontade para falar sobre morte.					
21. O tema "suicídio juvenil" deve fazer parte do currículo escolar.					
22. Quando alguém próximo morre, é útil falar sobre morte.					
23. Mesmo não passando pela morte de alguém querido, é importante falar sobre morte.					
24. Falar sobre suicídio, na escola, pode ser útil.					

2. Agora apresentamos outro grupo de frases, desta vez relativas à tua experiência pessoal. Tal como no grupo anterior, por favor assinala a tua opinião, para cada frase, colocando uma cruz numa das opções.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
1. Tenho vontade de falar sobre suicídio com alguém.					
2. Eu gostava de falar sobre suicídio com os meus pais.					
3. Os meus pais evitariam falar sobre o suicídio de alguém querido.					
4. Já senti necessidade de conversar sobre suicídio.					
5. Para mim, a discussão sobre suicídio pode ser interessante.					
6. Gostava que os meus pais falassem mais comigo sobre morte.					
7. Para mim, a morte é um tema interessante para se tratar nas aulas.					
8. Se alguém conhecido se suicidasse, os meus pais contariam o que tinha acontecido.					
9. Na escola, tenho vontade de discutir coisas relacionadas com a morte.					
10. Eu preocupo-me com a morte.					
11. Os meus pais estão disponíveis para falar sobre suicídio.					
12. Se houvesse um debate sobre morte na minha escola, eu iria participar.					
13. Eu gostava de receber mais informações sobre suicídio.					
14. Se na minha escola existisse um debate em que se falasse de suicídio, eu participaria.					



## **ANEXO B - Pedido de autorização do estudo na escola**

### **ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE VISEU, 7/11/14**

Exm. Senhor Presidente do Agrupamento de Escolas [REDACTED]

No âmbito do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, mais concretamente na disciplina de Projeto, vai ser feito um estudo cujo tema é “Representações Sociais do Suicídio na Adolescência. Este será orientado pela Doutora Susana Fonseca e Doutora Leandra Cordeiro, docentes do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação, da Escola Superior de Educação de Viseu. Neste sentido, venho solicitar a colaboração da instituição que Vossa Excelência preside na presente investigação.

O estudo que se tenciona desenvolver tem por objetivo perceber quais as perspetivas que os adolescentes têm sobre o suicídio juvenil.

No sentido de tornar possível esta investigação, peço a V. Ex. que se digne a conceder autorização para a realização deste estudo na [REDACTED] com as turmas do ensino secundário, nomeadamente do 10º ao 12º ano de escolaridade.

A importância da autorização de V.Ex. é vital para o êxito deste estudo e certa de que o pedido merecerá a maior atenção da parte de V.Ex, manifesto, desde já, inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional que considere necessário.

Com os melhores cumprimentos,

As orientadoras do Projeto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A aluna dinamizadora do Projeto:

\_\_\_\_\_

Viseu, 07 de novembro de 2014

## **ANEXO C - Ofícios: pedido de autorização às autoras do questionário**

### **Ofício nº1**

Catarina Cabral  
Rua 31 de janeiro nº9  
6360- 330 Celorico da Beira

Exma. Sr<sup>a</sup> Doutora Ana Oliveira

Assunto: Pedido de autorização para utilização do Questionário Suicídio juvenil –Representações sociais dos adolescentes.

Eu, Catarina Cabral, estudante da Escola Superior de Educação de Viseu, aluna do Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, 2º ano, estou a desenvolver o projeto de mestrado cujo tema são as Representações Sociais do Suicídio nos Adolescentes. Face ao exposto, venho solicitar a autorização de Vossa Excelência para utilizar o instrumento “Questionário Suicídio juvenil- Representações sociais dos adolescentes”.

Para qualquer necessidade de contato, disponibilizo o endereço de e-mail: catarina.85@hotmail.com e, ainda, o contacto telemóvel 968277590. Aguardo resposta e deixo desde já os meus respeitosos agradecimentos.

Atenciosamente,

---

Catarina Cabral

**Ofício nº2**

Catarina Cabral  
Rua 31 de janeiro nº9  
6360- 330 Celorico da Beira

Exma. Srª Professora Doutora Margarida Henriques

Assunto: Pedido de autorização para utilização do Questionário Suicídio juvenil –Representações sociais dos adolescentes.

Eu, Catarina Cabral, estudante da Escola Superior de Educação de Viseu, aluna do Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, 2º ano, estou a desenvolver o projeto de mestrado cujo tema é “Representações Sociais do Suicídio nos Adolescentes”.

Face ao exposto, venho solicitar a autorização de Vossa Excelência para utilizar o instrumento “Questionário Suicídio juvenil-Representações sociais dos adolescentes”.

Para qualquer necessidade de contato, disponibilizo o endereço de e-mail: catarina.85@hotmail.com e, ainda, o contacto telemóvel 968277590 .

Aguardo resposta e deixo desde já os meus respeitosos agradecimentos.

Atenciosamente,

---

Catarina Cabral

## **ANEXO D- Consentimento Informado entregue aos Encarregados de Educação dos alunos**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM RECOLHA DE DADOS**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento*

Catarina Cabral, aluna do Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação de Viseu pretende realizar um estudo de investigação que se debruce sobre o tema do suicídio, sob orientação das Doutoradas Susana Fonseca e da Doutora Leandra Cordeiro.

Esta investigação tem como objetivo estudar as representações sociais do suicídio juvenil.

Para concretização deste estudo torna-se necessária a colaboração do seu educando através do preenchimento de um questionário anónimo e os dados obtidos tratados no conjunto de todos os dados recolhidos e nunca individualmente.

O tema em análise, nomeadamente as “Representações Sociais do suicídio nos Adolescentes”, é sensível, mas sublinha-se que estudos já realizados demonstram que a discussão destes temas nestas faixas etárias não é prejudicial podendo até ser benéficos, tal como confirma a Organização Mundial de Saúde (2006).

Importa ainda salientar que a colaboração do seu educando é fundamental, sendo que as suas respostas poderão contribuir para identificar formas de ajudar outros jovens.

Salienta-se novamente que a recolha de dados visa apenas tratamento estatístico, garantindo-se desde já, o anonimato e confidencialidade das respostas.

Realça-se o carácter voluntário da autorização para participação no estudo a desenvolver, referindo que não existirá qualquer prejuízo assistencial ou outro tipo de prejuízo caso não autorize o seu filho a participar no referido estudo.

Relembro ainda que me encontro disponível para qualquer esclarecimento ou informação adicional de que necessite.

Com os melhores cumprimentos,

As orientadoras da investigação:

---

---

A aluna investigadora:

---

80  
Viseu, 2 de janeiro de 2015



## Autorização do Encarregado de Educação

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação do meu filho neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito que o meu filho participe neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária serão fornecidos, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado de \_\_\_\_\_ Educação do \_\_\_\_\_ aluno \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_º Ano, da Escola \_\_\_\_\_, **declaro que autorizo o meu educando a participar no estudo sobre as perspetivas dos adolescentes relativamente ao fenómeno do suicídio juvenil, realizado no âmbito de um projeto de mestrado do Instituto Superior Politécnico de Viseu - Escola Superior de Educação de Viseu, cujas respostas dadas são totalmente anónimas e confidenciais.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014.

**ANEXO E - Anexos relativos à normalidade e à utilização dos testes *U* de Mann-Whitney e rho de Spearman**

Teste de normalidade: Representações Sociais do Suicídio e Dimensões Explicativas do Suicídio (causas) em função do Género

**Testes de Normalidade**

Género	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Representações_sociais_sui cídio Feminino	,278	46	,000	,864	46
Masculino	,211	36	,000	,925	36

**Testes de Normalidade**

Género	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Dimensões_explicativas_ca usas_ Feminino	,186	46	,000	,920	46
Masculino	,168	36	,012	,927	36

Comparação (teste *U* de Mann-Whitney) dos resultados das representações sociais do suicídio em função do género

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Representações_sociais_suicídio a mesma entre as categorias de Género.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	1,000	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Comparação (teste *U* de Mann-Whitney) dos resultados das dimensões explicativas do suicídio em função do género

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Dimensões_explicativas_causas_ a mesma entre as categorias de Género.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,017	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Teste de normalidade: Ideias suicidas em função do gênero

**Testes de Normalidade**

Gênero		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Ideias suicidas1	Feminino	,395	46	,000	,620	46
	Masculino	,367	36	,000	,633	36

**Ideias suicidas\_ Gênero feminino**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	28	60,9	60,9	60,9
	Sim	18	39,1	39,1	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

**Ideias suicidas – Gênero Masculino**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	20	55,6	55,6	55,6
	Sim	16	44,4	44,4	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

Comparação (teste *U* de *Mann-Whitney*) dos resultados das ideias suicidas em função do gênero

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ideias suicidas1 é a mesma entre as categorias de Gênero.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,630	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05

Teste de normalidade: Tentativas de suicídio em função do gênero

Testes de Normalidade						
Gênero		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Tentativas_suicidio	Feminino	,526	46	,000	,361	46
	Masculino	,539	36	,000	,246	36

Comparação (teste *U* de *Mann-Whitney*) dos resultados das tentativas de suicídio em função do gênero

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Tentativas_suicidio é a mesma entre as categorias de Gênero.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,396	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é

Teste de normalidade: ideias suicidas em função da idade

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	IDADE_2	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
ideiassuicidas1	15-16	,352	38	,000	,636	38	,000
	17-18	,409	44	,000	,609	44	,000

Comparação (teste *U* de Mann-Whitney) dos resultados das ideias suicidas em função da idade

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ideiassuicidas1 é a mesma entre as categorias de IDADE_2.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,316	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05

Teste de normalidade: Representações sociais do suicídio em função da idade

**Testes de Normalidade**

	IDADE_2	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Representações_sociais_sui cídio	15-16	,222	38	,000	,907	38
	17-18	,270	44	,000	,878	44

Comparação (teste *U* de *Mann-Whitney*) dos resultados das representações sociais do suicídio em função da idade

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Representações_sociais_suicídio é a mesma entre as categorias de IDADE_2.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,798	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Teste de normalidade: Dimensões explicativas do suicídio em função da idade

**Testes de Normalidade**

	IDADE_2	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Dimensões_explicativas_ca	15-16	,152	38	,027	,933	38
usas_	17-18	,212	44	,000	,879	44

Comparação (teste *U* de Mann-Whitney) dos resultados das dimensões explicativas do suicídio em função da idade

**Resumo de Teste de Hipótese**

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Dimensões_explicativas_causas_ é a mesma entre as categorias de IDADE_2.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,602	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Teste de normalidade: tentativas de suicídio em função da idade

Testes de Normalidade						
IDADE_2		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df
Tentativas_suicidio	15-16	,518	38	,000	,400	38
	17-18	,540	44	,000	,216	44

Comparação (teste *U* de *Mann-Whitney*) dos resultados das tentativas de suicídio em função da idade

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Tentativas_suicidio é a mesma entre as categorias de IDADE_2.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,167	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

**ANEXO F- Frequência das expressões menos referidas pelos adolescentes para a definição de suicídio e das suas causas**

---

<b>Suicídio</b>	<b>Frequência</b>	<b>Causas</b>	<b>Frequência</b>
Não respondeu	1	Não sei	1
Coisa macabra	1	<i>Stress</i>	2
Estupidez	1	Entrar por caminhos apertados e não conseguir sair deles	2
Alívio	1	Redes Sociais	3
Benéfico, fim da dor, mundo novo	1	Falta de apoio	4
Doentio e triste	1	Dificuldades financeiras	3
Morte precoce e voluntária	1	Problemas escolares	5
Ato de vingança	1		
Desgraça causada a si próprio	2		
Algo impensável	2		
Perda do desejo de viver	2		

---

## ANEXO G- Conversa sobre o suicídio

### Conversar alguém suicídio

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	13	15,9	15,9	15,9
	Uma vez	41	50,0	50,0	65,9
	Duas vezes	9	11,0	11,0	76,8
	Mais do que duas vezes	8	9,8	9,8	86,6
	Muitas vezes	11	13,4	13,4	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

## ANEXO H-Situações de conversa sobre o tema do suicídio

		Situação_conversa			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Pais	14	17,1	17,1	17,1
	Professores	9	11,0	11,0	28,0
	Amigos	43	52,4	52,4	80,5
	Colegas	7	8,5	8,5	89,0
	Aulas	5	6,1	6,1	95,1
	Trabalhos	4	4,9	4,9	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

