escola superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS ADOLESCENTES -

Contributos para a validação do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) para a população portuguesa

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse

Coimbra, Outubro de 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO

EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS ADOLESCENTES -

Contributos para a validação do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) para a população portuguesa

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse

Orientador: Sr. Professor Doutor José Carlos Santos, ESEnfC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, Outubro

PENSAMENTO

“O gesto suicida não surge por acaso e constitui sempre uma tentativa de comunicar, quando outras formas de comunicação se revelam ineficazes ou inúteis para quem, mais do que morrer, gostava de conseguir viver consigo mesmo.”

Shneidman

AGRADECIMENTOS

- Ao Professor Doutor José Carlos Santos, pela sábia orientação deste trabalho, pelas preciosas sugestões e pela compreensão quando outros desafios e circunstâncias foram prioritárias;

- À minha família pelo permanente apoio, incentivo e carinho que me fizeram erguer nos momentos de maior desânimo e pela compreensão pelas minhas ausências em ocasiões familiares;

- Aos amigos, que me incentivaram e apoiaram ao longo deste longo percurso;

- A todos as pessoas que voluntariamente responderam ao questionário e tornaram este estudo possível,

A todos, o meu mais sincero OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS

AIR - Association of Internet Researchers

ANOVA - Analysis of Variance

APA - Associação de Psiquiatria Americana

ASBQ - Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros/Transessuais

NSSI - Nonsuicidal Self-Injury

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSPI - Optimizing Suicide Prevention programs and their Implementation

SICO - Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SOS – Signs of Suicide

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STORM - Skills Training On Risk Management

WHO - World Health Organization

RESUMO

O suicídio representa a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos (DGS, 2013; WHO, 2014; Silveira & Fonte, 2014). Anualmente cerca de 164 mil adolescentes perdem a vida por suicídio e estima-se que 4 milhões façam tentativas de suicídio (WHO, 2016).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio identifica os adolescentes como um grupo de risco para o suicídio pelo que recomenda a implementação de campanhas de prevenção do suicídio dirigidas à população em geral e formação de porteiros sociais. Estas ações preventivas devem promover o aumento da literacia em saúde mental e comportamentos suicidários, o aumento de conhecimentos acerca de sinais de alarme, e fatores de risco que permitam o reconhecimento do risco de suicídio e o aumento das competências para ajudar e a importância do encaminhamento para os serviços de saúde especializados. Contempla também a formação de profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar as competências de diagnóstico, de avaliação do risco de suicídio e de intervenção terapêutica. (DGS, 2013).

Devido à inexistência de instrumentos devidamente validados para a população portuguesa que permitam avaliar os conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes, foi objetivo do presente estudo contribuir para a tradução, adaptação e validação do *Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire* (ASBQ) de Scouller e Smith (2002) para a população portuguesa.

O estudo desenvolvido é de natureza quantitativa, descritivo-correlacional. A amostra é não probabilística do tipo acidental, e é constituída por 842 portugueses, sendo que a média de idades é de 35,82 anos e em que 74, 23% são do género feminino. 55,60% dos elementos da amostra responderam corretamente aos itens o que evidencia um nível de conhecimentos pobre. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o ASBQ e as variáveis género, profissão, formação na área da prevenção do suicídio e contacto prévio com situações de suicídio. O ASBQ revelou uma consistência interna elevada (α=0,79). A validade de conteúdo e de construto foi obtida através de um painel de peritos.

Globalmente o ASBQ versão portuguesa tem um comportamento semelhante à sua validade noutros contextos, pelo que se acredita que a sua aplicação seja fiável para a população portuguesa.

ABSTRACT

Suicide is the third cause of death in the age group of 15 to 34 years (DGS, 2013, WHO, 2014, Silveira & Fonte, 2014). Annually, approximately 164,000 adolescents die of suicide, and 4 million are estimated to commit suicide attempts (Venta & Sharp, 2014; Santos et al., 2014a, WHO, 2016).

The National Plan for Suicide Prevention consider adolescents as a suicide risk group recommending the implementation of suicide prevention campaigns targeting the general population and training of social gatekeepers.

These preventive actions should increase the literacy in mental health and suicide behaviours, as well increase the knowledge about alarm signals and risk factors that allow the recognition of suicide risk, increase the help skills and the importance of referral to specialized health services. Also includes training of health professionals, with the goal of improving diagnostic, suicide risk assessment and therapeutic intervention skills (DGS, 2013).

Due to the lack of validated instruments for the portuguese population to assess knowledge about suicidal behaviour in adolescents, the purpose of this study was to contribute to the translation, adaptation and validation of the "Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire" (ASBQ) by Scouller and Smith (2002), for the portuguese population.

The study is quantitative, descriptive-correlational. The non-probability sample is of accidental type, and is made up of 842 portuguese, the average age is 35, 82 years and 74,23% are female.

55.60% of the sample respondents correctly answered the items, which shows a poor level of knowledge. Statistically significant differences were found between the ASBQ and the variables of gender, profession, education in the area of suicide prevention and previous contact with suicide situations. The ASBQ revealed a high internal consistency ($\alpha = 0.79$). The validity of content and construct was obtained through a panel of experts.

From a global perspective, the Portuguese ASBQ version behaves similarly to its validity in other contexts, reason why it is believed that its application is reliable for the portuguese population.

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1- Representação gráfica da nomenclatura defendida no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 38

Figura 2- Sinais de Alarme, Fatores Precipitantes e de Risco Iminente 71

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Distribuição dos elementos da amostra 107

Tabela 2 - Resultados em percentagem de Respostas Corretas, Incorretas e Indecisas 113

Tabela 3 - Resultados da pontuação obtida no ASBQ Global e por Domínios 117

Tabela 4 - Resultados da comparação do ASBQ Global e por Domínios em função da variável Género 118

Tabela 5 - Resultados da comparação do Domínio Fatores de Risco do ASBQ em função da variável Género 119

Tabela 6 - Resultados da comparação do ASBQ Global e por Domínios em função da variável Profissão 120

Tabela 7 - Resultados da comparação do ASBQ Global e por Domínios em função das profissões de Enfermeiro, Médico, Professor e Psicólogo 125

Tabela 8 - Resultados da comparação do ASBQ Global e por Domínios em função da variável Formação na Área da Prevenção do Suicídio 126

Tabela 9 - Resultados da comparação do Domínio Fatores de Risco do ASBQ em função da variável Formação na Área da Prevenção do Suicídio 127

Tabela 10 - Resultados da comparação do ASBQ Global e por Domínios em função da variável Contacto Prévio com Situações de Suicídio 128

Tabela 11 - Resultados da comparação do Domínio Fatores de Risco do ASBQ em função da variável Contacto Prévio com Situações de Suicídio 130

Tabela 12 - Resultados da comparação do conhecimento percebido antes e após o preenchimento do ASBQ 131

Tabela 13 - Índice da Consistência Interna do ASBQ 131

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	18
I PARTE- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 - ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E LIMITES	24
2- SUICÍDIO	31
2.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO CONCEPTUAL	31
2.2- MODELOS EXPLICATIVOS DO SUICÍDIO	39
2.3- MITOS E ESTIGMA EM TORNO DO SUICÍDIO	48
2.4- EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO	51
3- COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA ADOLESCÊNCIA	56
3.1- O QUE OS TORNA VULNERÁVEIS	56
3.2- ALGUNS DADOS EPIDÉMIOLÓGICOS	58
3.3- FATORES DE RISCO E DE PROTEÇAO	59
3.3.1- Fatores de risco	60
3.3.2- Fatores de proteção	71
4- PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA ADOLESCÊNCIA	74
4.1 - FORMAÇÃO DIRIGIDA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE	77
4.2 - FORMAÇÃO DIRIGIDA À COMUNIDADE	81
4.3- FORMAÇÃO DIRIGIDA À COMUNIDADE EDUCATIVA	82
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	
5- METODOLOGIA	93
5.1- PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO	93
5.2- OBJETIVOS E TIPO DO ESTUDO	95

5.3- HIPÓTESES 96

5.4- PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO ADOLESCENTE SUICIDE BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE (ASBQ) 97

5.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA 99

5.6- VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO 100

5.7- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 101

5.8- PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS E PRINCÍPIOS ÉTICOS 104

5.9- ANÁLISE ESTATÍSTICA 105

6- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS 106

6.1- ANÁLISE DESCRITIVA 106

6.2- ANÁLISE INFERENCIAL 117

7- DISCUSSÃO DE RESULTADOS 132

CONCLUSÃO 145

BIBLIOGRAFIA 149

ANEXOS

ANEXO I - Adolescente Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) – Versão original de Scouller e Smith (2002)

ANEXO II- Autorização para utilização do ASBQ

ANEXO III - Questionário sobre os Comportamentos Suicidários nos Adolescentes

ANEXO IV- Consentimento Informado Passivo

APÊNDICES

Apêndice I- Resultado da análise do ASBQ pelo Painel de Peritos

INTRODUÇÃO

A adolescência é conceptualizada como um processo dinâmico de transição entre a infância e a idade adulta que envolve marcadas alterações a nível físico e biológico, intelectual, psicossocial e interpessoal (Hockenberry & Wilson, 2014; Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares, 2010) e que culmina com a concretização de um conjunto de tarefas desenvolvimentais que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade (Ferreira & Nelas, 2006; Monteiro & Confraria, 2014; Papalia & Feldman, 2013; Santos et al., 2014a; Silva, Silva & André, 2016).

A adolescência remete para uma fase de metamorfose individual e de desafios e oportunidades, associada a saúde e bem-estar (Papalia & Feldman, 2013; Santos, 2008), contudo, para alguns adolescentes pode ser vivenciada como um período de crise e de grande sofrimento mental em que predominam a angústia, a depressão e a desesperança (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2009; Monteiro e Confraria, 2014; Santos et al., 2014a; Shaffer e Kipp, 2014) e que podem culminar com a adoção de comportamentos autolesivos e atos suicidas (Abreu, Lima, Kohlrausch, & Soares, 2010; Borges & Werlang, 2006; Monteiro, Bahia, Paiva, Sá, & Minayo, 2015; Saraiva, 2006).

O suicídio representa a segunda causa de morte na faixa etária dos 15-19 anos (Silveira & Fonte, 2014; Venta & Sharp, 2014; World Health Organization [WHO], 2014). Anualmente, cerca de 164 mil adolescentes cometem suicídio e estima-se que 4 milhões façam tentativas de suicídio (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Picazo-Zappino, 2014).

Estes dados preocupantes refletem que os comportamentos suicidários, fatais ou não, em adolescentes representam um grave problema de saúde mental e pública a nível mundial, com importantes repercussões sociais, familiares e económicas (WHO, 2014), sendo por isso entendido como uma área de intervenção prioritária em termos de prevenção (Tureki & Brent, 2015).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, apresentado pela Direção geral de Saúde (DGS, 2013) para o intervalo de 2013 a 2017, com extensão prevista até ao ano 2020, sinaliza os adolescentes como um grupo de risco para o suicídio e, neste sentido propõe um conjunto de estratégias que visam a prevenção deste fenómeno. Para além

de programas de desenvolvimento de competências socio-emocionais destinados aos adolescentes, defende a implementação de campanhas de prevenção do suicídio e a dinamização de ações psicoeducacionais e treino de competências dirigidas à população em geral ou a porteiros sociais, sejam eles profissionais de saúde ou elementos da comunidade educativa. Estas iniciativas preventivas devem promover a redução do estigma acerca da doença mental e dos comportamentos suicidários, o aumento de conhecimentos acerca de sinais de alarme, fatores de risco e de proteção fulcrais para identificação precoce de adolescentes em risco, prestação da primeira ajuda e referenciação para os cuidados de saúde mental (Braga & Dell`Aglio, 2013; DGS, 2013; Erse, Façanha, Simões, Amélia, & Santos, 2010; Erse et al., 2016; Isaac et al., 2009; Jones, Walker, Miles, Silva, & Zimiat, 2015; Miller, 2011; Simões, Erse, Façanha, & Santos, 2014; Waldvogel et al., 2008). Torna-se claro que a valorização dos comportamentos da esfera suicidária por parte de todos aqueles que fazem parte do universo relacional dos adolescentes (amigos, pais, agentes educativos, elementos da comunidade em geral e profissionais de saúde) é um aspeto central na prevenção destes comportamentos (DGS, 2013; Erse et al., 2016; Santos, Simões, Erse, Façanha & Marques, 2014b; Whitlock, 2010).

Atendendo à natureza multifatorial dos atos suicidas e dos comportamentos autolesivos nos adolescentes, a sua prevenção implica uma intervenção multifacetada, com uma abordagem ampla e agregadora dos subsídios dos serviços de saúde, estruturas da comunidade, escola e família, conjugando esforços no sentido de encontrar estratégias diversificadas e eficazes (DGS, 2013).

De acordo com o Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental faz parte das suas funções coordenar, desenvolver e implementar programas psicoeducacionais e treino em saúde mental, que promovam o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental e doença mental (Ordem dos Enfermeiros, [2011]).

Os enfermeiros de saúde mental estão excecionalmente bem posicionados para assumir um papel de crucial importância no contexto da prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes através conceção, coordenação e implementação de programas de formação ou ações psicoeducacionais dirigida a profissionais de saúde, a porteiros sociais ou à comunidade em geral, revestindo-se esta área de especial interesse para a Enfermagem, e em particular para a Enfermagem de Saúde Mental.

A nível nacional não existem instrumentos de medida validados que permitam a avaliação dos conhecimentos existentes acerca do suicídio, e em particular nos adolescentes, essenciais para identificar as necessidades formativas de profissionais de saúde, porteiros sociais e população em geral, e cruciais para a conceção e estruturação dos programas de formação e posterior monitorização dos resultados. Neste sentido, foi identificado o Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scouller e Smith (2002) como um instrumento de medida de fácil aplicação, útil e adequado no contexto desta investigação.

Foram delineados os seguintes objetivos para este estudo: traduzir, adaptar e validar o Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scouller e Smith (2002) para a população portuguesa; determinar o nível de conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes e analisar a relação existente entre os resultados do instrumento (ASBQ versão portuguesa) com algumas variáveis sociodemográficas, a formação na área da prevenção do suicídio e o contacto prévio com o fenómeno. Em termos metodológicos optou-se por uma abordagem de natureza quantitativa, considerando-se pertinente a realização de um estudo de validação e adaptação transcultural de um instrumento de medida e um estudo descritivo-correlacional.

Este estudo descritivo encontra-se estruturado em duas partes distintas, a primeira relativa ao enquadramento teórico e a segunda relativa ao estudo empírico.

Na primeira parte desenvolve-se o Enquadramento Teórico que se subdivide em quatro capítulos. O primeiro delimita-se à temática da adolescência em que se abordam os conceitos e particularidades desta fase do ciclo vital. No segundo, relativo ao suicídio, é realizada uma contextualização conceptual, abordam-se alguns dos modelos explicativos, mitos e estigma e finaliza-se com alguns dados epidemiológicos deste fenómeno. O terceiro capítulo foca-se nos comportamentos suicidários na adolescência, são apresentados aspetos e fatores que justificam a vulnerabilidade dos adolescentes, alguns dados epidemiológicos e é realizada uma revisão dos fatores de risco e de proteção mais importantes nesta matéria. No quarto capítulo são explorados alguns aspetos referentes à prevenção dos comportamentos suicidários na adolescência, focando-se sobretudo nas estratégias de prevenção universal que contemplam a capacitação de profissionais de saúde e a formação à comunidade em geral e à comunidade educativa em particular.

Na segunda parte, relativa ao Estudo Empírico, estruturaram-se três capítulos. No capítulo cinco, referente à Metodologia, constam a problemática de investigação, objetivos e tipo de estudo, hipóteses, processo de tradução e adaptação do ASBQ, população e amostra, instrumentos de colheita de dados, procedimentos na colheita de dados, aspetos éticos e análise estatística. O capítulo seis, designado por apresentação e análise de resultados, e o sétimo e último capítulo, destinado à discussão dos resultados obtidos. Na parte final do trabalho apresenta-se ainda a conclusão, onde constam as limitações do estudo e algumas sugestões consideradas pertinentes para implementar em eventuais estudos futuros.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E LIMITES

O conceito de adolescência é relativamente recente, e enquanto etapa desenvolvimental distinta surgiu com Stanley Hall em 1904. Constitui um período da vida riquíssimo de significados que podem ser olhados sob várias perspetivas de interesse e serem objeto de estudo de várias áreas do conhecimento como a Medicina, a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia ou a Etologia (Coleman, 2011; Guerreiro, 2014).

Até ao final do século XIX, entendia-se que o indivíduo passava diretamente da infância à idade adulta sem transitar por um estádio intermediário, ou por uma fase com características diferenciadoras e significativas do desenvolvimento. É no início do século XX, no contexto de significativas mudanças sociais relacionadas com a industrialização e com a valorização da escolarização, que a adolescência passa a ser reconhecida como uma etapa do ciclo vital (Guerreiro, 2014; Schoen-Ferreira et al., 2010; Silva et al., 2016).

A definição do conceito de adolescência reveste-se de grande complexidade e a determinação rigorosa do início e do fim da adolescência não é consensual, sendo influenciada por fatores como o sexo, a etnia, a geografia, a cultura e a condição socioeconómica (Ferreira e Nelas, 2006; Saraiva, 2006).

Apesar desta dificuldade, a delimitação cronológica do período da adolescência apresenta vantagens sobretudo ao nível da identificação de parâmetros essenciais para a investigação epidemiológica e para a elaboração de políticas de desenvolvimento e programas de saúde pública (Senna & Dessen, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cronologicamente a adolescência abrange os indivíduos que se encontram entre os dez e os 19 anos de idade, e corresponde a um período biopsicossocial, em que ocorrem acentuadas modificações físicas, psicológicas e sociais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta (WHO, 2011).

A adolescência é então conceptualizada como um processo dinâmico de transição entre a infância e a vida adulta, que tem início com os primeiros indícios físicos associados à puberdade e termina inserção social, profissional e económica na sociedade adulta (Ferreira & Nelas, 2006; Schoen-Ferreira et al., 2010). As mudanças

orgânicas da puberdade são universais e visíveis que tendem à maturação biológica com o dimorfismo sexual e capacidade reprodutiva. Aliadas a estas alterações físicas, observam-se as alterações cognitivas, sociais e de perspetiva sobre a vida que norteiam o indivíduo à maturidade e idade adulta (Santos, 2005).

Como já referido anteriormente, o início da adolescência está associado ao início da puberdade, o processo através do qual o indivíduo adquire a capacidade de reprodução pela maturação sexual (Ferreira & Nelas, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto, o seu términus não reúne consenso por ser fortemente influenciado por fatores culturais e sociais, como a conclusão dos estudos, a saída de casa dos pais, a entrada no mercado laboral, a autonomia económica, a maioridade civil ou a constituição de família, acontecimentos cuja ordem e duração se têm modificado ao longo dos tempos (Saraiva, 2006; Sifuentes, Dessen, & Oliveira, 2007). Também Shaffer e Kipp (2014) salientam a importância da interação do adolescente com os seus contextos na vivência desta fase, reforçando, assim, a individualidade de cada adolescente e a heterogeneidade deste processo, que impossibilita a determinação de um padrão comum e universal. Esta ideia é também partilhada por outros autores como Serra (1997, p.29) que menciona que "há diversos mundos e diversas formas de ser adolescente" concretizando existirem várias adolescências, que se configuram de formas singulares de acordo com as características de cada pessoa e do seu contexto social e histórico (Schoen-Ferreira et al., 2010; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002).

É aceite que a adolescência se inicia com as transformações fisiológicas da puberdade e termina quando o jovem atinge a maturidade social e emocional e adquire a experiência, a habilidade e a vontade, características necessárias para assumir o papel do adulto, de acordo com os padrões culturais do meio onde vive (Ferreira & Nelas, 2006). É um período, cada vez mais longo, durante o qual o adolescente conquista a sua independência, autonomia e maturidade, adquire valores e estrutura a sua personalidade, em que o apoio dos pais e de pares é essencial (Coleman, 2011).

Para os autores Sampaio (1995) e Peixoto, Saraiva e Sampaio (2006) a adolescência é uma etapa de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta, caracterizada por marcadas mudanças hormonais e físicas, bem como mudanças drásticas na identidade, na autoconsciência e flexibilidade cognitiva (Coleman, 2011).

Segundo Hockenberry e Wilson (2014) a adolescência corresponde a uma fase de transição entre a infância e a idade adulta associada a um período crítico de

maturação física e neurobiológica que ancora o desenvolvimento e otimização das capacidade e competências cognitivas, sociais e emocionais e a uma gradual consciencialização relativa a si próprio e ao contexto em que está inserido (Hawton et al., 2012) e que culmina com a concretização de um conjunto de tarefas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade (Ferreira & Nelas, 2006; Sifuentes, et al., 2007; Silva et al., 2016).

Havighurst em 1957, citado por Schoen-Ferreira et al. (2010), foi o primeiro a referir o conceito de tarefa de desenvolvimento, procurando defini-lo como aprendizagens que o individuo deve fazer dentro de um período relativamente restrito, para que se desenvolva de modo satisfatório e possa ingressar vitorioso na próxima etapa do ciclo evolutivo. O autor apresentou as seguintes tarefas evolutivas para o período da adolescência: aceitar o próprio corpo; estabelecer relações sociais mais maduras com os pares de ambos os sexos; desenvolver o papel social de género; alcançar a independência emocional, pessoal e económica dos pais e de outros adultos; definir-se em termos vocacionais; prepara-se para o matrimónio e a vida em família; desenvolver a cidadania e comportamentos sociais responsáveis e conquistar e consolidar a sua identidade (Schoen-Ferreira et al., 2010).

O final da adolescência exige, desta forma, a realização de uma série de tarefas que são entendidas como ações reorganizativas internas e externas que o adolescente deve levar a cabo se quiser atingir a idade adulta (Sampaio, 1995), e que correspondem à resolução de uma série de problemas e desafios a nível pessoal, familiar e social caraterísticos desta fase (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Papalia e Feldman (2013) apontam, em termos psicológicos, é esperado que o adolescente tenha resolvido um conjunto de tarefas cruciais como descobrir a própria identidade, tornar-se independente dos pais, desenvolver seu próprio sistema de valores e tornar-se capaz de desenvolver relacionamentos maduros e interdependentes de amizade e amor.

As tarefas que os adolescentes deverão concretizar neste percurso são sistematizadas por Sampaio (2002), Oliveira (2008, 2014) e Saraiva (2006) em que se salientam a alteração da relação com os pais, a alteração da relação com os pares e construção da identidade.

Biazus e Ramires (2012) fazem referência a estas tarefas concretizando que o adolescente é confrontado com um novo corpo, que apela a uma nova identidade e

que se associa à passagem da vivência do seio familiar para o âmbito social. Decorrentes de uma maior maturidade social e psicológica, as regras, as conceções das figuras parentais assimiladas e inquestionáveis até ao momento, começam a ter outro sentido, sendo contestadas, conduzindo o adolescente à descoberta dos seus próprios valores, crenças e ideais bem como à conquista da sua autonomia (Papalia & Feldman, 2013).

A maturidade psicológica atrás mencionada deriva do desenvolvimento cognitivo e afetivo. Neste período o adolescente desenvolve formas de pensamento e de raciocínio mais sofisticadas, levando-o a explorar outras possibilidades, no que diz respeito às relações afetivas mas também às preferências profissionais, educacionais ou ocupacionais (Coleman, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014).

O desenvolvimento do pensamento abstrato ou formal é crucial para o ajustamento do adolescente ao mundo real e ao seu quotidiano. A capacidade do adolescente para pensar sobre diferentes possibilidades torna-o capaz de formular teorias e ideias. O adolescente torna-se capaz de pensar e refletir hipoteticamente, adquirindo desta forma a capacidade de ultrapassar, pelo pensamento, situações vividas e a projetar ideias para o futuro (Hockenberry & Wilson, 2014; Sprinthall & Collins, 2011).

Também nesta fase o adolescente desenvolve a metacognição, que diz respeito à capacidade para pensar sobre o seu próprio pensamento e sobre o pensamento dos outros (Sprinthall & Collins, 2011). A metacognição permite a consciência sobre o fato das pessoas serem diferentes e terem pensamentos e opiniões diferentes sobre a mesma situação ou ideia, havendo uma variedade de pontos de vistas. O adolescente para além de pensar sobre as coisas, pensa sobre os outros, sobre o que acontece à sua volta e sobre si próprio. O adolescente questiona-se sobre si mesmo, sobre as ideias que tem, sobre as relações que constrói com os outros. O adolescente desenvolve a capacidade de falar consigo próprio, processo este que facilita o desenvolvimento de novas formas de compreensão sem estarem presos a experiências concretas (Hockenberry & Wilson, 2014).

A nível afetivo o adolescente reflete e questiona-se sobre as suas sensações, emoções e sentimentos, desenvolve a capacidade de autocontrole e a competência para os expressar (Sprinthall & Collins, 2011).

Outro aspeto central na fase da adolescência é o desenvolvimento social, através do processo de socialização e de interação interpessoal, tanto com a família como com o grupo de pares (Menezes, 2005; Rodríguez & Damásio, 2014). A família e os pares

constituem os principais contextos de aquisição de competências fundamentais para o desenvolvimento e adaptação à vida adulta. Concomitantemente, o processo de conquista de autonomia e individuação, nuclear à construção da identidade pessoal, afeta de modo particular as relações do adolescente. Erickson, citado por Sampaio (1995, p. 42), salienta a relação com os outros na construção da identidade considerando "…um processo de assimilação e rejeição das identificações sofridas, bem como da interação entre o desenvolvimento pessoal e influências sociais."

A família para além de ser um suporte essencial, ela representa o *setting* privilegiado para o processo de construção de identidade e de conquista de autonomia, inegavelmente marcado pelo contexto familiar e as relações que aí se estabelecem (Zappe & Dell'Aglio, 2016). Os adolescentes que estabelecem relações familiares saudáveis e de proximidade, tendem a ter um desenvolvimento psicossocial consistente, uma boa competência comportamental, menor suscetibilidade à pressão negativa do grupo e uma menor probabilidade de adotarem comportamentos de risco. Pelo contrário, os adolescentes pertencentes as famílias disfuncionais podem apresentar o seu desenvolvimento comprometido e apresentar maior risco para adoção de comportamentos de risco e nefastos para a sua saúde (Hockenberry & Wilson, 2014; Rodríguez & Damásio, 2014).

O adolescente, tentando descobrir novas direções e formas de vida, e de certa forma estabelecendo a diferenciação dos pais, desafia e questiona a ordem familiar até então estabelecida (Cruz, 2007). A autonomia não se prende só com a busca da independência, mas com a capacidade de tomarem decisões de forma coerente. Os pais deixam de ser vistos como detentores de todo o saber, o adolescente adquire capacidade de decisão e resolução de problemas (Sprinthall & Collins, 2011).

A transição da dependência absoluta da infância à autonomia adulta propícia tensão e instabilidade nas relações familiares pelas exigentes mudanças estruturais e renegociação de papéis. As famílias assumem-se como unidades de aprendizagem e de preparação para a entrada do adolescente no universo das responsabilidades e dos compromissos do mundo adulto (Cruz, 2007; Menezes, 2005; Papalia & Feldman, 2013; Zappe & Dell'Aglio, 2016). As famílias devem ser permeáveis à ambivalência dependência/independência vivenciada pelos adolescentes, flexibilizando os movimentos de aproximação e dependência quando os adolescentes não conseguem gerir as suas vidas e ultrapassarem os problemas sozinhos e permitindo os movimentos de afastamento e de experimentação de desafios, com graus crescentes

de autonomia. É um período altamente desafiador para as famílias, por vezes de intensos conflitos e discórdias, contudo é consensual que flexibilizar as fronteiras familiares e modular a autoridade parental é essencial na conquista da autonomia e independência como no desenvolvimento social, emocional e intelectual (Cruz, 2007; Rodríguez & Damásio, 2014).

A par desta necessidade de diferenciação e independência face aos pais, verifica-se que o adolescente procura a segurança emocional e suporte afetivo fora do seio familiar, atribuindo um crescente valor às amizades e às relações com os pares. Os adolescentes aprofundam e envolvem-se em diferentes tipos e níveis de relações com os pares (de amizade, sociais de grupo e amorosas), bem como intensificam a procura de sentimento de pertença social (Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007; Sampaio, 2002; Zappe & Dell'Aglio, 2016). Verifica-se, pois, um movimento centrífugo em relação à estrutura familiar, estabelecendo fortes relações com os pares (Lima, 2000).

O adolescente amplia e diversifica o seu mundo relacional, no sentido de estabelecer relações afetivas de afinidade e proximidade, onde as suas necessidades de vinculação possam continuar a ser satisfeitas (Bueno, Strelhow, & Câmara, 2010; Jongenelen et al, 2007; Menezes, 2005). Os amigos ou grupos de amigos passam a constituir um ponto fulcral no desenvolvimento do adolescente na medida em que são fontes de informação credíveis, são fontes de reforço social e pontos de interação com estilos de vida diferentes, assumindo-se por isso modelos de comportamento social (Hockenberry & Wilson, 2014).

Erickson citado por Sprinthall e Collins (2011), defende que as relações estabelecidas dentro de um grupo são um ponto fulcral na determinação da identidade. O expressivo sentimento ou desejo de pertença a um grupo e a qualidade das relações estabelecidas são fatores importantes para o desenvolvimento do adolescente, determinando o bom ajustamento na vida adulta. Para além destes aspetos, a comparação social que tem palco num grupo permite ao adolescente tomar consciência de si próprio, dos outros e do meio social.

A pressão social exercida pelo grupo influi de forma determinante não só na construção da identidade, mas também nas escolhas para a vida futura. A influência dos pares pode contribuir de forma positiva, negativa ou até como fator de indecisão (Bueno et al, 2010). Assim, as relações de proximidade e de suporte podem contribuir de forma muito benéfica, contudo se os modelos adotarem ou apoiarem

comportamentos problemáticos, verifica-se uma maior suscetibilidade para os adolescentes adotarem esses mesmos comportamentos e comprometerem o seu desenvolvimento e colocarem a sua saúde e vida em risco (Hockenberry & Wilson, 2014; Sprinthall & Collins, 2011).

Na fase final da adolescência ocorre a consolidação da identidade e o estabelecimento da identidade sexual. Para Sampaio (1995) a construção da identidade é um processo dinâmico, "verdadeira interface da dimensão interna e externa do adolescente" (p.241).

O adolescente vivencia as intensas transformações no seu corpo, marcadas pelo aparecimento de caracteres sexuais secundários e profundas alterações na identidade sexual, cruciais para o seu desenvolvimento emocional e social. A rapidez das transformações durante esta fase, bastante exigente para o adolescente em termo de aceitação e adaptação a um novo esquema corporal e de ajustamento à emergente sexualidade (Jongenelen et al, 2007; Papalia & Feldman, 2013), podem gerar sentimentos de insegurança colmatado muitas vezes com o sentimento de pertença a um grupo e aceitação dos pares (Bueno et al., 2010). Nesta fase os adolescentes tendem a revelar-se mais desobedientes e argumentativos, procurando desenvolver a sua autonomia face à família privilegiando a sua privacidade e intimidade (Monteiro & Confraria, 2014; Papalia & Feldman, 2013).

A identidade sexual é um dos elementos que participa na construção da identidade do adolescente, bem como as relações que estabelece com os outros e o meio em que está inserido. Segundo Sampaio (2002), a identidade sexual é estruturada a partir das interações externas com a família e os grupos, bem como com as dúvidas internas. A sexualidade está relacionada principalmente com emoções, atitudes e comportamento durante a vida do indivíduo.

Em resumo, a adolescência representa um período de grandes desafios e de metamorfose individual, onde o adolescente, cumprindo as tarefas desenvolvimentais, se desenvolve emocional, psicológica e socialmente com o intuito de atingir a sua autonomia e consolidar a sua própria identidade (Papalia & Feldman, 2013; Santos et al, 2014; Sprinthall & Collins, 2011). Neste percurso, as relações com o grupo de pares e as relações familiares revestem-se de extrema importância para o adolescente, nutrindo este período de forma distinta, mas complementar, de apoio social e emocional (Ferreira, 2008; Jongenelen et al., 2007; Papalia & Feldman, 2013).

2- SUICÍDIO

2.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO CONCEPTUAL

A nomenclatura em suicidologia não é universal, sendo que se encontram vários conceitos e definições relativas ao espetro das cognições e comportamentos suicidários. Esta multiplicidade terminológica deriva sobretudo dos vários modelos teóricos que suportam a sua explicação, mas também aspetos culturais dos respetivos autores (Brás, 2013; Silverman, 2011). As definições incidem e problematizam diferentes aspetos relacionados com as condutas suicidárias, como sejam a causalidade, a finalidade, a intencionalidade, o estado psicológico individual ou as condições do meio social.

A inexistência de uniformização conceptual, sistemas de classificação e taxonomias consensuais originam discrepâncias com implicações na compreensão e na comparação dos resultados de diferentes investigações, dos estudos epidemiológicos, na comparação das taxas em termos nacionais e internacionais, na divulgação da eficácia das intervenções clínicas e de forma inequívoca nas estratégias de prevenção (Brás, 2013; DGS, 2013; Guerreiro, 2014; Saraiva & Gil, 2014; Silverman, 2011).

Consoante os critérios subjacentes, apesar da especificidade dos comportamentos suicidários, existe um conjunto de termos que surgem comummente associados ao mesmo, designadamente suicídio, tentativa de suicídio, comportamentos autolesivos e ideação suicida. Outros termos com ampla utilização em suicidologia são método, resultado, letalidade e intencionalidade (DGS, 2013; Saraiva & Gil, 2014).

Assim serão abordadas várias definições que contribuem para a sua compreensão. De realçar que a nomenclatura assumida no desenvolvimento deste trabalho é a proposta pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio que contempla a ideação suicida, atos suicidas (suicídio consumado e tentativa de suicídio) e os comportamentos autolesivos (DGS, 2013).

O comportamento suicidário ou suicida não se limita à morte por suicídio, abrange um largo espetro de comportamentos, num gradiente de potencialidade da morte iminente, que podem variar da ideação suicida, passando pelo plano e tentativa de suicídio, até

ao suicídio consumado (Gassman-Mayer et al., 2011; Hill, Castellanos, & Pettit, 2011; Saraiva & Gil, 2014).

O comportamento suicida constitui a tendência autodestrutiva mais extrema (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) e pode ser definido como o comportamento que coloca em causa a vida da pessoa ou a sua integridade física, independentemente do nível ou da razão verdadeira da ação (Abreu et al., 2010; Marcelli & Braconnier, 2005).

Os comportamentos suicidários são entendidos como comportamentos não adaptativos, multideterminados (Hill et al., 2011; Saraiva & Gil, 2014) e circunscrevem-se num continuum de desenvolvimento e intensificação de pensamentos e comportamentos, em que num extremo se encontra a ideação suicida e no extremo posto o suicídio consumado (Marcelli & Braconnier, 2005; Krüger & Werlang, 2010).

Esta noção de processo de evolução gradual de gravidade de pensamentos e comportamentos é partilhada também pela WHO (2011) e Bridge, Goldstein e Brent (2006), afirmando que o desenvolvimento de pensamentos suicidas poderá levar à tentativa de suicídio, e esta, por sua vez, ao suicídio consumado. Oliveira, Amâncio e Saraiva (2006) referem que os comportamentos suicidários podem desenvolver-se então numa escala sequencial e progressiva, com repetição de atos ou ocorrências cada vez mais graves que se sucedem no tempo.

Contudo, e apesar dos pensamentos passivos de morte e o suicídio representarem extremos opostos do espetro de risco, de acordo com Brás (2013) não tem que necessariamente verificar-se uma progressão linear entre eles, alertando que poderão ocorrer ou não tentativas de suicídio.

Apesar de algumas divergências no processo suicida, um aspeto consensual na literatura científica é que a decisão de cometer suicídio não ocorre de forma imediata, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, as tentativas e a concretização da morte oferece um tempo propício e de crucial importância para a intervenção terapêutica (Krüger & Werlang, 2010; Santos et al., 2014a).

Neste contexto, a nomenclatura atualmente defendida para os comportamentos suicidários compreende quatro conceitos: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio, a ideação suicida e os comportamentos autolesivo (DGS, 2013).

Suicídio consumado

O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais perturbador e enigmático. A morte é um acontecimento temido pela maioria dos indivíduos, contudo

para outros, a morte é desejada, surge como um objetivo ou uma forma de resolução de problemas (Ventosa, 2008) ou um fim à dor psicológica tida como intolerável e interminável (Saraiva & Gil, 2014)

Tendo como ponto de partida Durkheim, em 1897, autor com um contributo relevante na área da suicidologia, o suicídio é definido como todo a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido pelo individuo, conhecendo este o seu efeito letal (Durkeim, 2001; Saraiva & Gil, 2014).

Stengel (1980) descreve suicídio como "o ato de pôr termo à própria vida", sendo o suicida aquele que "morre por suas próprias mãos" ou que "tenta ou tem tendência para tentar o suicídio", em que a morte é a única finalidade do ato (p.18).

Em Portugal, Vaz Serra (1971) citado por Sampaio (2002) define de forma pragmática o fenómeno como sendo a autodestruição por um ato deliberadamente realizado para concretizar este fim.

Segundo Shneidman (1993), o suicídio é definido com um ato consciente de autoaniquilação, que exprime um mal-estar multidimensional num indivíduo carente que perceciona este ato como a melhor solução para o seu problema (Brás, 2013; Oliveira, 2006; Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2004). Na sua perspetiva, todo o suicida vivencia uma dor psicológica, manifesta perda de autoestima e constrição da mente, isolamento, desesperança e procura uma fuga para colocar um fim à dor psicológica tida como intolerável e interminável (Saraiva & Gil, 2014).

A WHO (2016) define o suicídio como resultado de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Neste contexto, existem três características particulares que tendem a figurar num potencial suicida: ambivalência (há um misto de sentimentos, desejo de viver e desejo de morrer), impulsividade (o suicídio é um ato impulsivo, geralmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia) e rigidez cognitiva (a pessoa pensa constantemente na sua morte e é incapaz de ver outra alternativa para acabar com os seus problemas, pensado assim de forma drástica).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) numa perspetiva mais atual, define o suicídio consumado como a "morte provocada por ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr fim à vida" (DGS, 2013, p.110).

Tentativa de Suicídio

Na perspetiva sociológica de Durkheim este ato suicida é descrito como "ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado" (Durkheim, 2001, p.23).

Para Stengel (1980) a tentativa de suicídio é descrita como o "ato não fatal, cometido com intenção mais ou menos consciente de destruir a própria vida, embora uma intenção vaga e ambígua" (p.18).

A OMS define a tentativa de suicídio como o comportamento suicida não fatal para os atos que não resultem em morte (WHO, 2014). No mesmo sentido, Matias e Santos (2018) referenciam este comportamento como gestos auto-destrutivos com intenção suicida que não conduzem à morte.

A presença da intencionalidade suicida, com carácter discriminativo, reveste-se de crucial importância enquanto componente essencial da definição de suicídio e tentativa de suicídio, permitindo a distinção entre a morte acidental e a morte por suicídio (Abreu, et al., 2010; Andriessen, 2011; Bridge et al., 2006; Oliveira et al, 2001; Ougrin, Tranah, Leigh,Taylor, & Asarnow, 2012).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio define a tentativa de suicídio como um "ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado" (DGS, 2013, p. 110).

A evidência científica indica a tentativa de suicídio como um importante fator de risco para o suicídio (Cheng et al*.,* 2010; Christiansen & Jensen, 2007; DGS, 2013; Sampaio et al., 2000; Wilcox et al., 2010) e salienta o carácter reincidente deste fenómeno (Glenn & Nock, 2014; Walsh e Eggert, 2007).

Ideação Suicida

A ideação suicida é caracterizada por pensamentos ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte e destaca-se como um dos preditores principais do suicídio (DGS, 2013; Hawton et al., 2012; Prieto & Tavares, 2005; Wilcox et al*.*, 2010).

Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente têm desejos e/ou planos para cometer o suicídio, sem que se verifique necessariamente uma passagem ao ato (Borges & Werlang, 2006; Ougrin et al., 2012; Saraiva & Gil, 2014).

Entendida como indicativo primário na identificação do risco de futuros comportamentos suicidas, a ideação suicida pode ser classificada de forma

hierárquica, desde os pensamentos não recorrentes, a pensamentos recorrentes acerca de pôr fim à própria até aos planos mais concretos sobre como terminar com a vida (Brás, 2013; Bridge et al., 2006; Hawton et al., 2012; Ventosa, 2008). Assim, quanto mais grave a ideação suicida, isto é, quanto maior a frequência, duração, intenção e planeamento, maior é a probabilidade de uma tentativa de suicídio (Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Wasserman, 2004; Bridge, et al., 2006; Glenn & Nock, 2014; Jacobs et al., 2010; Mann, 2005; Werlang et al., 2005).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana, a ideação suicida varia num continuum desde a ideação passiva até à ideação ativa. A ideação passiva refere-se à presença de leves pensamentos que ocorrem esporadicamente e sem risco aparente, sem que haja qualquer outro indício para a adoção de um comportamento suicida potencialmente letal. A ideação suicida ativa envolve pensamentos persistentes e recorrentes sobre suicídio e a pessoa deseja efetivamente morrer, podendo ocorrer uma preparação para o ato suicida, com a elaboração de um plano suicida (APA, 2002; Jacobs et al., 2010). De forma inequívoca, o plano suicida indicia risco elevado e imediato de suicídio e envolve e acessibilidade do método escolhido, especificação da ocasião, local e preparação individual para a morte – por exemplo, distribuição de bens, reconciliação com as pessoas, testamento, bilhetes ou cartas e delegação de cuidados de filhos ou animais de estimação (Glenn & Nock, 2014; Mendoza & Rosenberg, 2010; Santos et al., 2014a). Quanto mais detalhado for o plano, mais elevado o risco de suicídio. Neste contexto pode indiciar potencial suicida, situações em que não há procura de ajuda após a tentativa de suicídio, o recurso a métodos potencialmente mais letais, crenças de que o ato seria irreversível e letal havendo a precaução de tomar providências finais como: conta bancária, escrituras de imóveis, seguro de vida antes do ato até uma afirmação clara expressando a vontade de morrer e arrependimento por ter sobrevivido (Fleischmann et al., 2008).

Por sua vez, segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013), a ideação suicida consiste num conjunto de pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas.

Comportamentos autolesivos

Na literatura científica são variadas as denominações para o conceito de comportamentos autolesivos, em que as divergências se centram sobretudo na existência ou não de intencionalidade suicida. Esta multiplicidade terminológica

encontrada em relação a este fenómeno tem condicionado o seu estudo e a sua compreensão, gerando dificuldades acrescidas na identificação de estratégias de prevenção (Guerreiro, 2014; Silverman, 2011).

Apesar de serem fenómenos distintos, há uma relação evidente entre os atos suicidas e os comportamentos autolesivos, o que representa uma dificuldade acrescida na sua abordagem. Os comportamentos autolesivos estabelecem um continuum temporal que envolve pensamentos sobre a morte, ideação suicida e tentativas de suicídio que podem resultar no suicídio (Santos e Neves, 2014) e são entendidos como percursores da conduta suicida (DGS, 2013; Wilcox et al., 2010).

A mescla conceptual é colocada em evidência pela pluralidade de nomenclaturas encontrada na literatura, como automutilação ("self-mutilation"), autoagressão deliberada ("deliberate self-harm"), comportamentos parassuicidários ("parasuicide behavior"), autoagressão ("self-harm"), comportamento autodestrutivo ("autodestructive behavior") ou violência autodirigida ("self-directed violence"), utilizada em relação aos comportamentos autolesivos e atos suicidas (Guerreiro, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013; Nock et al., 2010).

Saraiva (2006) refere que ao excluir a dimensão da intencionalidade de morrer presente nos atos suicidas, e considerando apenas o comportamento de autoagressão deliberado em si, faz com que o termo tentativa de suicídio seja dúbio porque encerra dois fenómenos distintos: o suicídio frustrado e o parassuicídio. Segundo o mesmo autor, o parassuicídio é um ato autodestrutivo deliberado, que mimetiza um gesto suicidário, mas sem intenção suicida.

O conceito de parassuicídio, enquanto comportamento de autoagressão sem intenção suicida, foi substituído pelo conceito de comportamento autolesivo, tal como está plasmado no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013).

Na literatura anglo-saxónica distinguem-se dois grandes grupos em relação aos comportamentos autolesivos: deliberate self-harm e non suicidal self injury. O primeiro inclui qualquer método de autolesão não diferenciando a intencionalidade de morte, enquanto o segundo se refere apenas à destruição do tecido corporal do próprio na ausência de intencionalidade de morrer, incluindo comportamentos relacionados com cortes e queimaduras (Glenn & Nock, 2014; Guerreiro, 2014; Nock et al., 2010).

Procurando estabelecer esta diferenciação a Escola Americana de Psiquiatria, estabeleceu uma nova entidade nosológica e nosográfica - *Non Suicidal Self-Injury*

(NSSI), com a tradução portuguesa para comportamentos autolesivos sem intenção suicida, contemplada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-V) (Saraiva & Gil, 2014).

Os NSSI reportam-se às lesões autoinfligidas intencionalmente, ocorridas em cinco ou mais dias do último ano, em resposta a um precipitante psicológico, na ausência de intenção suicida, com o objetivo de mitigar mal-estar psicológico ou resolver uma dificuldade interpessoal (Groschwitz et al., 2015). São exemplos de comportamentos autolesivos sem intenção suicida: automutilação por corte, arranhões ou queimaduras, morder-se, asfixiar-se, arrancar os cabelos, evitar a cicatrização de feridas e agredir-se a si próprio ou contra superfícies duras.

Silverman (2011) definem os comportamentos autolesivos como comportamentos potencialmente autolesivos para os quais existe evidência implícita ou explícita de que a pessoa não tinha intenção de morrer. Estes comportamentos, que simulam longinquamente a morte, exprimem um pedido de ajuda oculto, uma necessidade de mudança ou a necessidade de regular o humor negativo (Hawton et al., 2012; Saraiva, 2010). Segundo Saraiva (2006) assumem-se como uma forma de comunicação, de expressar e lidar com a angústia e dor psicológica profundas, em que a dor física atenua a dor psicológica e confere ao adolescente uma sensação de controlo sobre si próprio (Groschwitz et al., 2015).

Os comportamentos autolesivo correspondem a comportamentos não fatais, em que, apesar de não existir uma intenção clara de morte, há dano para o próprio através de um comportamento invulgar de automutilação ou toma excessiva de uma dose terapêutica que o indivíduo acredita ser farmacologicamente ativa (Glenn & Nock, 2014; Mendoza & Rosenberg, 2010; Saraiva, 2006).

Tal como a presença de ideação suicida também os comportamentos autolesivos representam importantes preditores para a tentativa de suicídio nos adolescentes e está por isso associada ao risco de suicídio (Nock et al., 2013; Wilcox et al., 2010).

Em Portugal, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio acolheu igualmente o termo comportamento autolesivo para se referir a qualquer ato autolesivo sem intencionalidade suicida, como por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis (DGS, 2013).

A compreensão dos comportamentos autolesivos é especialmente importante porque são frequentemente protagonizados por adolescentes, com sérias implicações na saúde mental e física e estão fortemente associados à adoção de comportamento suicidários, potencialmente letais no futuro (Christiansen & Jensen, 2007; Guerreiro, 2014).

Em suma, e como já foi anteriormente referido, no decurso deste trabalho, foi adotada a nomenclatura defendida pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013) e apresenta-se a representação gráfica na Figura 1:

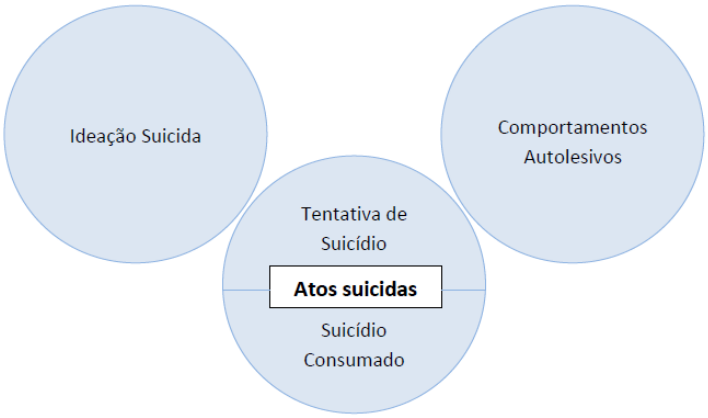


Figura 1 - Representação gráfica da nomenclatura defendida no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013)

Para além dos conceitos já explorados no que concerne à ideação suicida, atos suicidas e comportamento autolesivo, existem quatros conceitos básicos que são utilizados de forma consensual em todas as nomenclaturas - método, resultado, letalidade e intencionalidade (DGS, 2013; Ougrin et al., 2012; Saraiva & Gil, 2014):

- **Método -** refere-se ao meio ou processo que o indivíduo utiliza na produção da autolesão/comportamento suicidário/tentativa de suicídio. São exemplos: o enforcamento, a sobredosagem de substâncias tóxicas, feridas ou queimaduras corporais, precipitação no vazio.
- **Resultado** - refere-se à finalidade ou desfecho do comportamento, que poderá ser a morte (acidental ou suicídio), bem como a sobrevivência com ou sem lesões.
- **Letalidade** - está interligada com o elevado risco de morte relacionado ao método utilizado. São considerados métodos de alta letalidade o uso de armas de fogo, precipitação de alturas ou enforcamentos e de baixa letalidade, são exemplos

determinadas automutilações ou alguns tipos de sobredosagens. O conceito de letalidade pode ser visto em duas dimensões: a **letalidade objetiva** (avaliada, por exemplo, por um médico) ou **subjetiva** (avaliada pelo próprio sujeito). À luz dos dados da investigação, a percentagem das pessoas com comportamentos autolesivos que avaliam mal a letalidade do método pode atingir os 50%, de onde ressalta a importância da dimensão subjetiva deste conceito.

- **Intencionalidade** – refere-se à determinação para agir de forma a atingir um objetivo, neste contexto o suicídio. É provavelmente o termo mais controverso entre os investigadores. A sua avaliação é feita primariamente com base no autorelato, um meio insatisfatório pelo potencial de viés que envolve ao nível da sua precisão, da memória do ato ou mesmo da ambivalência associada ao desejo de morrer. Por outro lado, a intencionalidade pode referir-se não ao objetivo de suicídio, mas apenas ao propósito de provocar lesões ou dor autoinfligidas.

2.2 - MODELOS EXPLICATIVOS DO SUICÍDIO

A compreensão e conceptualização deste fenómeno enigmático é fortemente influenciada pelos padrões socioculturais, religiosos, políticos, filosóficos e as escolas de pensamento vigentes.

Prats (1987) salienta que:

> Não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o significado do após morte. (p. 182)

O estudo contemporâneo do suicídio teve início na viragem do século XX, em que autores de diferentes áreas do conhecimento apresentaram propostas de vários modelos explicativos do comportamento suicidário, que de acordo com as diferentes áreas do saber podem ser diferenciados como modelos sociológicos, psicológicos, neurobiológicos e genéticos (Berman, Jobes & Silverman, 2006).

A diversidade de modelos explicativos advém da natureza multidimensional do comportamento suicida, resultado da interação e confluência de fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais, entre outros.

No contexto deste trabalho apenas serão abordados os modelos sociológico e psicológico. A abordagem sociológica pela importância do contexto social na população adolescente e abordagem psicológica porque, tal como defende Shneidman (1993), a compreensão do fenómeno suicida deve privilegiar a componente psicológica.

Os modelos explicativos centram-se em aspetos particulares do comportamento suicida. Todavia, não existe, um modelo global que integre a multiplicidade de fatores de risco e de proteção que seja conceptualmente adequado e empiricamente comprovado (Brás, 2013), pelo que uma compreensão mais aprofundada e ampla deste fenómeno deve incorporar contributos e subsídios dos diversos modelos teóricos.

O **modelo sociológico** do suicídio desenvolve-se a partir do sociólogo francês Émile Durkheim (1858-1917). Em 1897, Durkheim, na obra *Le Suicide*, distanciando-se das perspetivas filosóficas e religiosas vigentes até à época e compreende o suicídio como o resultado da miséria moral da sociedade. Considera-o como "todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado" (Durkheim, 2001, p.23). Exemplifica como ato positivo, as situações de envenenamento e atos negativos, situações de greve de fome, comportamentos iniciados de forma intencional para provocar a morte.

O autor conceptualiza o suicídio como um fenómeno de natureza iminentemente social, valorizando duas grandes dimensões: a integração e a regulação. A integração diz respeito às relações que ligam o indivíduo ao grupo, e a regulação, os requisitos normativos ou morais exigidos para a pertença ao grupo (Guerreiro, 2014; Neves, 2014; Saraiva, 2010).

Em função do grau de desintegração e desregulação do indivíduo na sociedade, Durkeim apresenta uma tipologia em que distingue quatro tipos de suicídio (Durkheim, 2001; Guerreiro, 2014; Peixoto et al. 2006; Saraiva, 2010):

Suicídio egoísta – caraterizado pelo aumento exponencial do individualismo e pela baixa integração social, de que são exemplo os protestantes e os indivíduos deprimidos;

Suicídio altruísta - caraterizado por alta integração social, que implica por sua vez uma excessiva dependência da sociedade e uma individualização insuficiente. São

exemplos, as viúvas hindus que se suicidavam quando os esposos faleciam, os pilotos *kamikaze* ou os bombistas suicidas, justificando-se o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior;

Suicídio anómico - caraterizado por baixa regulação social, o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais elementares do indivíduo, de que os desempregados podem ser exemplo e

Suicídio fatalista - caraterizado por alta regulação social, que pode ilustrar o suicídio dos reclusos ou o homem oprimido).

Como alguns autores reconhecem, as causas sociais são incontestavelmente importantes, mas insuficientes para compreender de forma cabal o processo suicida, excluídas da moldura teórica de Durkeim ficam a relevância das motivações individuais, e aspetos indissociáveis à compreensão deste fenómeno como sejam a intencionalidade, a ambiguidade e o apego (Peixoto & Azenha, 2006; Neves, 2014; Sampaio, 2002; Shneidman, 1993).

Realçando o importante contributo de Durkeim e a sua atualidade, Saraiva (2010) refere que o conceito de anomia encontra-se plasmado nos dias de hoje. Refere que em situação de grave crise económica, as relações entre a baixa regulação social, a desesperança, a depressão e o suicídio parecem por demais evidentes. Acrescenta que na sociedade atual persiste um desencanto e insatisfação entre as expetativas e a dura realidade política, económica e social. A constatação da não concretização das expectativas de uma melhor qualidade de vida e quebra de valores tradicionais, de que podem exemplo as elevadas taxas de divórcios, o desemprego, a baixa nupcialidade e natalidade, o aumento da criminalidade violenta e o agnosticismo, podem gerar sentimentos de não-pertença, de abandono, de exclusão e de desespero e o consequente aumento do risco de suicídio (Saraiva, 2010).

A passagem da perspetiva sociológica de Durkheim para a visão psicanalítica deste fenómeno dá-se com Sigmund Freud.

Dentro dos **modelos psicológicos** encontram-se três perspetivas a psicodinâmica, a sistémica e a cognitiva.

Sigmund Freud, o pai da psicanálise, a partir do trabalho Luto e Melancolia (1917), teorizou sobre a suicidalidade, onde concebe o suicídio como o resultado de uma hostilidade voltada contra si próprio (Saraiva, 2010).

Essencialmente, Freud sugere o luto como o processo pelo qual o indivíduo vai progredindo para ultrapassar de forma adaptativa as situações de perda. Quando esta perda se refere a qualquer coisa da esfera do "eu" surge então a melancolia (Rothes, 2006). Neste contexto, o melancólico faz o luto do seu próprio eu, em que uma parte da energia libidinal serve para estabelecer uma identificação do eu com o objeto perdido, enquanto a líbido restante é reduzida em sadismo face ao próprio eu. É este sadismo que constitui a chave da conduta suicida, em que a intenção de cometer suicídio seria deste modo "o resultado de virar contra si próprio de um impulso contra outro" (Freud, 1917 citado por Núñez, Núñez, Matos, Mendes & Rosa, 2008, p. 3).

A partir da teoria de Freud, Karl Menninger oferece uma explicação psicológica global da conduta suicidária. Este autor realçou três aspetos psicodinâmicos centrais da tendência suicidária e hostilidade, expressando-os como 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 é uma resposta do superego à necessidade de punição por sentimentos de culpa ou submissão masoquista; e o desejo de morrer corresponde ao desejo de regressar ao útero materno, num impulso suicida transitório (Saraiva, 2010).

Por sua vez, as teorias de inspiração sistémica entendem o comportamento suicidário como uma manifestação de um problema familiar, e não apenas o resultado de uma dificuldade exclusivamente individual (Werlang & Botega, 2004; Neves, 2014).

A perspetiva sistémica destaca o papel da comunicação familiar nas condutas suicidárias, em que os sintomas são um meio de comunicação no sistema familiar e não necessariamente a expressão de conflitos internos (Guerreiro, 2014; Santos, 2007). Saraiva (2006) refere que os comportamentos suicidários devem ser entendidos como uma forma de comunicação.

A abordagem de Richman advoga que os comportamentos suicidários em crianças e adolescentes estão frequentemente relacionados com um conjunto de indicadores de dificuldades familiares, tais como conflito de papéis, relações disfuncionais, rigidez, forma de comunicação intrafamiliar disfuncional, dificuldade em lidar com problemas e situações de crise. Acrescenta a estes aspetos, a existência de um excesso de secretismo e de proibição de intimidade que conduzia a um isolamento o potencial suicida no seio da família (Crepet 2002; Neves 2014, Rothes, 2006). Este autor refere ainda que o padrão comunicacional das famílias suicidas é marcado por existência de

relações simbióticas, de um medo intenso da mudança e de separação entre os seus elementos (Neves 2014; Frazão, Santos, & Sampaio, 2014).

Outro autor influente nesta área foi David Aldridge, que explora diversos conceitos de relevo para a caraterização dos padrões comunicacionais em famílias onde ocorreram suicídios ou tentativas de suicídio. Coloca em evidência alguns padrões ou fatores na comunicação com associação ao suicídio (Frazão et al., 2014): hostilidade marcada; perturbação ou falha nos papéis familiares; Escalada de conflito quando surgem mudanças na evolução da família; relação simbiótica entre parceiros, sem tolerância à autonomia; intolerância à crise; comportamento suicidário como estratégia comunicacional e existência de uma tradição familiar de gestão de crises através da manifestação de comportamentos sintomáticos.

Outro autor que partilha da perspetiva sistémica é Sampaio (1995, 2002), realçando a natureza interativa e comunicacional dos comportamentos auto-destrutivos na adolescência. As condutas suicidas são interpretadas como uma metacomunicação, ou seja, como uma comunicação acerca da comunicação familiar e uma tentativa paradoxal de mudança no sistema familiar (Sampaio, 2002; Frazão et al., 2014). Defende que a maioria dos adolescentes que adoptam comportamentos suicidários vivenciam um sistema familiar disfuncional onde imperam a rigidez ou autoridade excessiva, expectativas rígidas, conflitos relacionais e frágeis redes sociais (Guerreiro, 2014; Sampaio, 2002).

Sampaio (2002) valorizando a função apelativa e relacional destas condutas, identifica quatro significados ou funções no comportamento suicidário: apelo, desafio, fuga e renascimento. Segundo este autor, quando o ato suicida surge sob a forma de apelo, o significado subjacente é um pedido de ajuda direto por parte do individuo àqueles que o rodeiam. Ao surgir como desafio, o comportamento pode ser entendido como uma contestação perante a autoridade parental, em que se constata uma posição de simetria e igualdade em relação aos progenitores. Sob a forma de renascimento, o jovem procura a reorganização do sistema relacional através da sua metamorfose (morrer para nascer de novo). Quando o significado implícito é a fuga, o jovem retira-se do confronto, numa atitude global de desistência perante a vida.

Os comportamentos suicidas nos adolescentes, independentemente do seu significado, revestem-se de intensa ambivalência entre a vida e a morte, remetendo-nos para Shneidman em que “o indivíduo suicida é aquele que corta a garganta e grita por socorro ao mesmo tempo” (Sampaio, 2002; p. 41). Esta ambivalência e

contemplação da morte pode representar uma janela de oportunidade para a intervenção individual e familiar.

Sampaio (2002) acrescenta que os comportamentos suicidários denunciam não só o fracasso ao nível familiar, como também ao nível individual e social. Enquanto tentativas desesperadas de mudança, de reorganização de uma situação insustentável, os comportamentos suicidários devem ser analisados segundo duas dimensões que se encontram em constante interação: dimensão individual, focando-se algumas dificuldades tais como o fracasso das tarefas desenvolvimentais, e a dimensão familiar, onde o conflito e a disfunção familiar são centrais.

Emergindo da esfera familiar, e realçando a importância das relações parentais nos comportamentos suicidários surge um outro construto, a emoção expressa.

Frazão et al. (2014) e Santos, Saraiva e Sousa (2009) mencionam um estudo desenvolvido por Pollard em 1996 que envolveu 20 famílias com adolescentes, tendo encontrado que a hostilidade e o criticismo parental estavam associados à tentativa de suicídio, mas não eram o único preditor, sendo mais importante quando combinado com outros fatores de risco como a depressão e tentativa de suicídio anterior.

Tarrier, Barrowclough, Andrews, e Gregg (2004) estudaram a ideação suicida e os comportamentos autolesivos em utentes com esquizofrenia. A emoção expressa foi encontrada em cerca de 68% dos familiares deste utente, sendo que o criticismo estava associado significativamente com a depressão e desesperança, ao contrário do calor afetivo e sobreenvolvimento emocional.

A nível nacional, salienta-se o estudo de Santos (2007) com famílias de jovens parassuicidas, entenda-se com comportamentos autolesivo, em que a elevada emoção expressa surge como elemento facilitador do comportamento autolesivo. O criticismo e sobreenvolvimento emocional da parte dos familiares surgem como fatores de risco de recorrência de comportamentos autolesivos.

Os modelos cognitivos defendem que os processos cognitivos como a depressão, desesperança, memória e aprendizagem são fulcrais na representação do pensamento e comportamentos suicidários, estando por isso associados a distorções cognitivas como a inflexibilidade, rigidez cognitiva, pensamento dicotómico, catastrofização, sobregeneralização, entre outras (Neves, 2014, Reinecke & Clark, 2004).

O Modelo Cognitivo de Beck (1967) ancorado na teoria cognitiva da depressão destaca como principais causas do suicídio as crenças disfuncionais do indivíduo sobre si próprio, sobre os outros e sobre o mundo - a tríade cognitiva (Beck, Steer, & Brown, 1996).

A tríade cognitiva consiste num padrão idiossincrático negativo de pensamento em relação a si próprio, ao futuro e às experiências com o meio, alicerçado na possibilidade da existência de predisposição individual para o suicídio, ativada por experiências precoces traumáticas. O indivíduo tende a interpretar as experiências de forma negativa e a ter uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro formulada a partir da interiorização de esquemas cognitivos idiossincráticos e mal adaptativos (Saraiva, 2010).

Os esquemas dizem respeito a padrões de conhecimento relativamente estáveis em relação a si próprio, aos outros e ao meio mundo, baseada nas suas vivências e que orientam o processamento da informação. Beck et al. (1996) sugerem ainda que cada esquema desenvolve-se prematuramente através de experiências negativas, como por exemplo, a perda de um familiar significativo e será incorporado na organização cognitiva do indivíduo. À medida que os esquemas idiossincráticos se tornam mais ativos, são evocados por uma variedade de estímulos, fazendo com que a pessoa perca o controlo da sua forma de pensar e não seja capaz de recorrer a esquemas mais adaptados (Moreira, 2008; O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan, & Williams, 2013). No caso particular dos esquemas suicidas surgiriam crenças relacionadas com a desesperança e a súbita intenção de morrer por suicídio.

As distorções cognitivas decorrem dos esquemas idiossincráticos mal adaptativos, gerando erros de interpretação e avaliação. Estes erros cognitivos representam as distorções no processamento das informações, adaptando a realidade aos esquemas cognitivos negativistas, de que são exemplo a inferência arbitrária, abstração seletiva, pensamento dicotómico, catastrofização, etc. (Moreira, 2008; Neves, 2014; Saraiva, 2010).

De acordo com esta teoria, os indivíduos com cognições e comportamentos suicidários, ativam de forma disfuncional o modo suicida, composto pelos sistemas cognitivo, afetivo, motivacional e comportamental, considerando-se que o elevado grau de desesperança é o principal responsável pela ativação do modo suicida (Reinecke & Clark, 2004; O'Connor et al., 2013).

O conceito de desesperança foi desenvolvido por Beck e pode ser definida como um conjunto de expetativas negativas sobre si mesmo e o futuro (Reinecke & Clark, 2004). Neste sentido, a conjugação entre a desesperança e ausência de perspectivas futuras é encarada como um dos principais fatores na perda de sentido para viver (Saraiva & Gil, 2014). Nesta situação a pessoa tende a sentir-se impotente, sem conseguir encontrar uma solução para os seus problemas, levando-a a encarar o suicídio como a derradeira alternativa ou saída.

O Modelo Cognitivo da Conduta Suicida proposto por Cruz (2003, 2006) conceptualiza três conjuntos de fatores determinantes na conduta suicida, nomeadamente os fatores de vulnerabilidade, predisponentes e precipitantes, identificando igualmente a importância os acontecimentos de vida traumáticos e a frustração de necessidades tidas como vitais.

Os fatores de vulnerabilidade constituem a base sobre a qual se funda, desenvolve e instala a crise suicida (Brás, 2013). Cruz (2003) refere que desempenham um papel de moderadores da conduta suicida, e apresenta como exemplos os acontecimentos de vida traumáticos, características da personalidade como o perfeccionismo, desesperança, a impulsividade e a fraca capacidade de resolução de problemas.

Os fatores de predisposição ou predisponentes acentuam o risco de suicídio e funcionam como mediadores entre os acontecimentos de vida e a comportamento suicidário (Cruz, 2003). São exemplos de fatores predisponentes: a baixa auto-estima, o estilo atributivo, o pensamento dicotómico, a rigidez cognitiva e a dificuldade do indivíduo na adequação ao tempo social.

Os fatores precipitantes encerram os motivos que determinam os contornos (momento e a forma) da conduta suicidária. Cruz (2003) identificou a dor psicológica insuportável, o desespero, a constrição cognitiva e afetiva, a frustração de necessidades psicológicas tidas como vitais e a decisão de morrer como a única solução para os problemas atuais.

A Teoria Interpessoal do Suicídio apresentada por Joiner (2005) reflete a relação entre a coesão social e o suicídio. Neste contexto os acontecimentos de vida negativos são impulsionadores de vulnerabilidade, e a coesão social funciona como fator protetor em relação ao suicídio.

Esta teoria apresenta dois conceitos basilares: pertença e efetividade, cuja satisfação se associa ao bem-estar psicológico e pode compensar a frustração de outras

necessidades (Cornette, et al., 2009; Joiner et al., 2009). O conceito de pertença é construído a partir dos contributos da abordagem sociológica de Durkheim, que defendia que os suicidas são indivíduos que revelam uma integração deficitária na sociedade. Relativamente à efetividade ou sensação de competência, quando não satisfeita, contribui também para o risco de suicídio (Cornette et al., 2009).

Joiner et al. (2009) descrevem três fatores, cuja presença simultânea é condição necessária para que o suicídio se concretize, nomeadamente o sentimento de não pertença, a perceção de ser um fardo e a capacidade adquirida para o suicídio.

O sentimento de não pertença refere-se a baixos níveis e apoio social dos outros, reduzido sentimento de conexão social e isolamento ou solidão (Guidry & Cukrowicz, 2016).

A perceção de ser um fardo é variável ao longo da vida de um indivíduo. Joiner et al. (2009) destacam as diferenças individuais na perceção de ser fardo, e considera que um amplo conjunto de eventos de vida (doença, desemprego e conflitos familiares) pode levar os indivíduos a perceções de fracasso e de ser um fardo.

A capacidade adquirida para o suicídio envolve a diminuição do medo do suicídio e o aumento da tolerância ou habituação à dor física que, na presença de ideação suicida, possibilita a passagem da intenção para a adoção de um ato suicida (Joiner, 2005; Van Orden et al. 2010).

Joiner (2005) concebe a reduzida integração social e a contrição das ligações sociais, quando expressa por sentimentos de não pertença, pela perceção de ser um fardo e pela capacidade adquirida para o suicídio, associadas a um maior risco de suicídio, reforçando que os comportamentos suicidas resultam de uma frustração de necessidades de conexão social (Joiner et al., 2009; Van Orden et al., 2010).

A perspetiva de Shneidman é entendida como um contributo incontornável para a compreensão deste fenómeno. Shneidman é considerado o pai da suicidologia, tendo sido o primeiro autor a descrever o processo mental de um indivíduo suicida (Peixoto et al., 2006; Saraiva, 2010).

Shneidman (1993) identifica o suicídio como um ato consciente de autodestruição, que exprime um mal-estar multidimensionado, num indivíduo fragilizado por diversos fatores, e que vê na morte a única solução ou saída possível.

Na sua conceção sobre o suicídio, reconhece o suicídio como o limite do sofrimento e da dor psicológica, identificando esta dor psicológica como causa e condição

necessária para que o suicídio possa ocorrer. Define-a como um estado agudo de dor interna intolerável, associada a uma experiência introspetiva ligada a emoções negativas, caracterizadas por tristeza, culpa, angústia, medo, raiva, desespero, solidão, vergonha e perda. Atribuiu a causa desta dor à frustração de necessidades psicológicas básicas, como a necessidade de conforto, segurança, autonomia, afiliação, de evitar a vergonha, à rutura de relações interpessoais importantes e ainda a dificuldades em lidar com o sofrimento, com a raiva e com a hostilidade. Neste sentido, considera que a associação da dor psicológica à vivência de emoções negativas, ao ultrapassar os limites de tolerância individual poderia levar o indivíduo a considerar o suicídio como a única solução para fugir a essa dor (Shneidman, 2001).

Shneidman, em 1987, desenvolveu o modelo cúbico do suicídio, em que compreende os comportamentos suicidas como o resultado da confluência de um conjunto de variáveis, que num determinado momento propiciam o suicídio: 1ª) níveis máximos de dor psicológica resultantes da frustração de necessidades básicas; 2ª) pressão resultante de acontecimentos de vida negativos e 3ª) perturbação resultante de uma maior restrição cognitiva (perturbação interior). Mais tarde, em 1993, Shneidman expande o seu modelo, afirmando que o suicídio depende de seis componentes: 1ª) Ocorrência de acontecimentos de vida stressores ou frustrações psicológicas; 2ª) Influência negativa de fatores sociais e variáveis genéticas; 3ª) Perceção de acontecimentos de vida como negativos e muito dolorosos; 4ª) Uma dor psicológica experienciada como intolerável; 5ª) O nível da dor ultrapassar os limites do indivíduo para a suportar e 6ª) Encontrar na morte a única opção para terminar com a dor.

Este autor também valoriza a intencionalidade do suicida segundo três aspetos: morte intencional, onde o indivíduo teve o protagonismo consciente; morte não intencional, onde o indivíduo não foi protagonista para tal desfecho; e morte subintencional, onde o indivíduo teve um protagonismo indireto ou inconsciente, como é exemplo, um acidente de viação a alta velocidade (Shneidman, 2001).

2.3 – MITOS E ESTIGMA EM TORNO DO SUICÍDIO

A morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política (DGS, 2013).

O estigma existe para os sobreviventes ou enlutados e para os indivíduos que protagonizam atos suicidas, comprometendo a acesso aos cuidados de saúde,

aconselhamento e intervenções de pósvenção (Andriessen & Krysinska, 2012; Lingeswaran, 2010). Provém do medo e da ignorância, causada pela perpetuação social de determinados mitos ou falsas crenças sobre o suicídio (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016; Sheehan, Dubke, & Corrigan, 2017). São juízos de valor erróneos em relação ao suicídio, aos suicidas e aqueles que adotam tentativas de suicídio, culturalmente e socialmente aceites e enraizados (Brás & Cruz, 2014).

O estigma em torno do suicídio, mas também da doença mental desempenha um grande papel na necessidade não atendida de cuidados de saúde mental. A dificuldade de comunicar os problemas aos profissionais de saúde, dificultado pela falta de conhecimento sobre as doenças e agravado pelo estigma que estas acarretam parecem justificar em grande medida esta realidade (Loureiro et al., 2012).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio apresenta o conjunto de mitos mais comuns acerca do suicídio (DGS, 2013):

- **A pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção.**

Falso – Todas as ameaças devem de ser valorizados e encarados com seriedade. Muitos suicidas comunicam previamente a sua intenção;

- **O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso**.

Falso – Apesar de muitas vezes parecer impulsivo pode obedecer a um plano e ter sido comunicado anteriormente;

- **Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se.**

Falso – A maioria das pessoas que se suicida conversa previamente com outras pessoas ou liga para uma linha de emergência, o que mostra a ambivalência que subjaz ao ato suicida;

- **Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa está fora de perigo.**

Falso – Na verdade, um dos períodos de maior risco é o que surge durante o internamento ou após a alta. A pessoa contínua em risco;

- **A tendência para o suicídio é sempre hereditária.**

Falso – Há ainda dúvidas acerca desta possibilidade. Contudo, uma história familiar de suicídio é um fator de risco importante, particularmente em famílias onde a depressão é comum;

- **Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental.**

Falso – Os comportamentos suicidas têm sido associados à depressão, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, esquizofrenia e outras perturbações mentais. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar, havendo, todavia, casos em que nenhuma perturbação foi detetada;

- **Se alguém falar sobre suicídio com outra pessoa está a transmitir a ideia de suicídio a essa pessoa.**

Falso – Não se causam comportamentos suicidas por se falar com alguém sobre isso. Na realidade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real e tentar normalizar a situação induzida pelo stresse são componentes importantes para a redução da ideação suicida;

- **O suicídio só acontece aos outros**.

Falso: o suicídio pode ocorrer em todas as pessoas, independentemente do nível social ou familiar;

- **Após uma tentativa de suicídio a pessoa vez nunca mais volta a tentar matar-se.**

Falso: uma pessoa que tem uma tentativa prévia apresenta um risco aumentado para o suicídio;

- **As crianças não cometem suicídio**.

Falso: embora seja raro, as crianças podem cometer suicídio e qualquer gesto, em qualquer idade, deve ser levado a sério.

O estigma em relação aos comportamentos suicidários e em relação à doença mental não existe apenas na população em geral, persiste também entre os profissionais de saúde (Lingeswaran, 2010; Magliano et al., 2014; Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009). Os profissionais de saúde incorrem na desvalorização ou em interpretações desajustadas dos comportamentos suicidários, o que condiciona a identificação,

atendimento e referenciação de indivíduos em risco. Inúmeras investigações sugerem que predominam as atitudes negativas, críticas e a desvalorização do sofrimento e da narrativa, sentimentos como o medo, raiva, irritação e insegurança (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012; Santos et al., 2014b; Saunders, Hawton, Fortune, & Farrell, 2012).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio prevê um conjunto de iniciativas promotoras da redução do estigma transversal a toda a população, com a implementação de campanhas de combate ao estigma e aumento da literacia em saúde, dinamização de serviços de apoio e com foco nos profissionais de cuidados de saúde primários (Unidades Locais de Saúde, Unidades de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados na Comunidade), dos media (Conselho Deontológico do Sindicato dos Jornalistas, Editores, Observatório da Comunicação, Jornalistas); Emergência pré-hospitalar (Instituto Nacional de Emergência Médica, Bombeiros, Forças de Segurança); Linhas de apoio telefónico (Linha SNS 24 e Telefones SOS); Escolas Básicas 2-3 e Secundárias (professores, assistentes operacionais, encarregados de educação, alunos).

2.4 - EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

A expressão do suicídio constitui um importante problema de saúde pública a nível mundial, com especial relevância na Europa, onde se tem assistido nas últimas décadas a um aumento das taxas de suicídio nos adolescentes e jovens adultos (Santos et al., 2014a; WHO, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a taxa mundial de suicídio é de 16 por 100 mil habitantes, com variações conforme sexo, idade e país, representando a 13ª causa de morte (DGS, 2013; WHO, 2016). Anualmente ocorrem cerca de 1 milhão de suicídios, o que corresponde a cerca de metade de todas as mortes violentas registadas no mundo, estimando-se que, em 2020, esse número atinja 1,5 milhões (DGS, 2013; WHO, 2014; 2016). Suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas, o que significa que ocorre um suicídio a cada 40 segundos (WHO, 2014).

Mundialmente as taxas de suicídio são mais elevadas no grupo de pessoas com mais de 70 anos, contudo a OMS alerta que no grupo dos 15 aos 19 anos corresponde à 2ª causa de morte e no grupo dos 15 aos 34 anos corresponde a 3º causa de morte (DGS, 2013; Silveira & Fonte, 2014; WHO, 2014). Dados da Organização para a

Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2017) referentes a 2015, indicam que os jovens com idades inferior a 25 aos e os idosos estão em maior risco de cometer suicídio. Os homens cometem três vezes mais suicídio e utilizam métodos letais do que as mulheres, em contraste, a tentativa de suicídio é realizada mais por mulheres do que por homens (Abreu et al., 2010; DGS, 2013, 2014; WHO, 2014). Os métodos mais utilizados são a ingestão de pesticidas, enforcamento e uso de armas de fogo (WHO, 2017).

Estima-se que as tentativas de suicídio sejam cerca de 20 a 30 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado e também que, para cada tentativa de suicídio registada oficialmente, existem pelo menos quatro tentativas não registadas (Rapeli & Botega, 2005; Stefanello et al., 2008), ocupando a 6ª causa de défice funcional permanente (DGS, 2013; WHO, 2014). Botega et al. (2009) apontam que 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito por esta causa no intervalo de 10 anos.

Na Europa, em 2014, morreram cerca de 60 mil pessoas por suicídio, com uma taxa de 11,25 suicídios por 100 mil habitantes, em que em 77% eram homens. Com 32 suicídios por 100 mil habitantes, a Lituânia regista de longe a maior taxa de suicídio na Europa. No extremo oposto da escala estão a Grécia e Chipre, ambos com 5 suicídios por 100 mil habitantes, e Itália com 6 suicídio por 100 mil habitantes (Eurostat, 2017).

Em Portugal, na última década, segundo dados do Eurostat, a taxa de suicídios tem oscilado entre 4,5 por 100 mil habitantes em 1999 e 10,3 em 2010, com picos em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6). À luz dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de suicidas variou entre 519 em 2000 e 1098 em 2010, quase duplicando o número de suicídios numa década (DGS, 2013; Nabais, 2014).

De acordo com o Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) a taxa de suicídio em 2015 foi de 10,9 por 100 mil habitantes, destacando-se os homens com taxa mais elevada em relação às mulheres (17,5 e 5 por 100 mil habitantes respetivamente).

Contudo é necessário ter em consideração a mudança de série em 2014 na análise destes dados. Resultante da introdução do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), não é possível ainda ter uma perspetiva da tendência evolutiva atual, sendo necessário um período de observação mais longo (DGS, 2016, 2017).

A distribuição do suicídio em Portugal é tradicionalmente marcada por uma significativa assimetria entre a região Norte e Sul, fenómeno intrigante para um país com uma dimensão pequena, à escala europeia (Nabais, 2014; Peixoto et al., 2006), verificando-se que o padrão de maior mortalidade por suicídio continua a ser na região do Alentejo (DGS, 2017). Peixoto et al. (2006) e Saraiva (2010) e apontam alguns fatores explicativos desta disparidade: o isolamento, a desertificação, população envelhecida, baixos níveis de instrução, baixa nupcialidade, divórcios, desemprego, pobreza, baixa religiosidade, alcoolismo, depressão, personalidade melancólica, falta de estruturas sociais e de saúde.

No estudo recente de Santana, Costa, Cardoso, Loureiro, e Ferrão (2015) salienta que o padrão assimétrico da distribuição dos números de suicídios na região Norte e Sul está a esbater-se e a divisão urbano/rural está a tornar-se mais importante e pronunciada, com os concelhos mais a sul e rurais a apresentarem maiores taxas de suicídio. Outro dado interessante é o de que os elevados níveis de ruralidade e de privação material estão associados estatisticamente com o aumento da mortalidade por suicídio para os homens, mas não necessariamente para as mulheres.

Porém, o suicídio em Portugal, e de alguma maneira na generalidade dos países, é um fenómeno reconhecidamente subdeclarado, pelo que as taxas de suicídio reportadas devem ser interpretadas com precaução (DGS, 2013). A investigação realizada em Portugal neste domínio é escassa, as lacunas encontradas e a subestimação implicam que a verdadeira dimensão do fenómeno seja desconhecida. Entre as várias causas apontadas para explicar a subnotificação do suicídio, deve ser salientado o estigma por razões de ordem religiosa, sociocultural e política associado à morte por suicídio que persiste na sociedade. Por outro lado, o elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada e as incorreções na certificação de óbitos explicam a subnotificação. O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio admite que uma percentagem considerável de mortes violentas registadas como mortes de etiologia indeterminada corresponda a suicídios, e de forma menos expressiva, a mortes atribuídas a acidentes (sobredosagens de substâncias tóxicas ilícitas ou consumo de novas substâncias psicoativas) e mesmo a causas naturais (Carvalho, 2014; DGS, 2013, 2017; Guerreiro, 2014).

No contexto da União Europeia, Portugal tem sido considerado um país com uma taxa de suicídio baixa, no entanto, tem figurado, quase constantemente, entre os 3 países com mais mortes de etiologia indeterminada. Em relação ao ano 2014, tal como

sugerem os especialistas, se ao número de mortes por suicídio se adicionassem 20% das mortes de etiologia indeterminada, o retrato epidemiológico do suicídio seria mais real e dramático, disparando a taxa de 11,7 para 15 suicídios por 100 mil habitantes (Carriço, 2016).

Gusmão e Quintão (2013) indicam que nos últimos 30 anos se tem verificado um excesso de mortes resultantes de eventos com intenção indeterminada com potencial de configurarem em situações de suicídio, reforçando que a relação inversa encontrada entre as mortes resultantes de eventos de intenção indeterminada e suicídio poderá ter enviesado o perfil do fenómeno em Portugal, justificando desta forma a sua subestimação.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013) constata que este é um problema com que, embora em graus diversos, se debate a generalidade dos países. Defende que é necessária a mobilização de todos os dispositivos e recursos disponíveis, visando não apenas um conhecimento tão preciso quanto possível do número de suicídios, mas também do perfil dos suicidas. Salienta que a realização de autópsias psicológicas nos casos de mortes de etiologia equívoca de morte seria útil para esclarecer o tipo de morte.

Não obstante, a dimensão do problema é bem mais alarmante e gravosa se forem consideradas as repercussões negativas para os elementos do universo relacional do suicida. Para além da perda de vidas humanas, os custos associados ao suicídio tangem as perturbações psicológicas e problemas físicos e emocionais nos familiares e amigos, que sofrem não só o trauma da perda, mas ficam eles próprios em risco de suicídio (Andriessen & Krysinska, 2012; Gvion & Arper, 2012). Por cada suicídio há cinco a seis pessoas próximas que sofrem pela perda, enlutadas (Silveira e Fonte, 2014), podendo atingir centenas quando o evento ocorre em uma escola ou local de trabalho.

Shneidman, citado por Santos e Tavares (2014), afirma:

> A morte de uma pessoa não é apenas um fim, mas é também um começo – para os sobreviventes. Com efeito, no caso de suicídio, o maior problema de saúde pública não é nem a prevenção de suicídio [...], nem a gestão de tentativas [...], mas a redução dos efeitos do stress nas vítimas sobreviventes de mortes suicidas, cuja vidas são mudadas para sempre e que, ao longo de um período de anos, os números ascendem aos milhões. (p.446)

Pitman, Stevenson, Osborn, e King (2018) referem que a experiência de luto por suicídio pode atingir anualmente entre 48 a 500 milhões de pessoas.

Para além do sofrimento e do luto que cada um vivencia, não se pode excluir o impacto social e económico, expresso pelo absentismo no trabalho e baixa produtividade (Andriessen & Krysinska, 2012; Tavares, 2013), que são da ordem dos biliões de euros (DGS, 2013). Em 2002, o impacto do suicídio nos sistemas de saúde representava 1,8% do total de custos com doenças no mundo, sendo que para 2020 estima-se um aumento para 2,4% (Freitas & Borges, 2014). Segundo os dados referentes a 2009 do Projeto Optimizing Suicide Prevention in Europe (OSPI – Europe), estima-se que em Portugal os custos diretos e indirectos com cada suicídio rondem os 300 mil euros (Park et al., 2013).

3- COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA ADOLESCÊNCIA

3.1- O QUE OS TORNA VULNERÁVEIS

Tal como foi abordado anteriormente, a adolescência enquanto período de transição entre a infância e a idade adulta, é uma fase de profundas alterações a nível físico, intelectual, psicossocial e interpessoal marcada pela procura de independência e identidade pessoal (Ferreira & Nelas, Silva et al., 2016).

Este complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial decorre habitualmente de forma segura e saudável. A maioria dos adolescentes segue um percurso sem dificuldades emocionais ou relacionais relevantes (Loh e Wragg, 2004; Shaffer e Kipp, 2014) e com elevados níveis de saúde psicológica conceptualizada não apenas como ausência de doença, mas também como presença de bem-estar subjetivo, reconhecimento das próprias capacidades e capacidade de produzir e contribuir activamente para a sociedade (WHO, 2009).

Todavia, ainda que a adolescência seja entendida como um período de oportunidades, de saúde e bem-estar, pode ser vivenciada como um período de crise marcado por turbulência negativa, estados de tensão e dificuldades emocionais (Monteiro e Confraria, 2014; Santos et al., 2014a; Shaffer e Kipp, 2014) e de risco associado à adoção de comportamentos comprometedores da saúde física e mental, como o consumo de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexuais de risco e de comportamentos suicidários (Borges & Werlang, 2006; Carter, McGee, Taylor & Williams, 2007; Currie et al. 2012).

Neste trajeto de metamorfose e de aquisição de competências fundamentais para o desenvolvimento e adaptação à vida adulta, os contextos em que os adolescentes estão inseridos tem impacto nas suas trajetórias de vida e definem as suas vulnerabilidades e potencialidades (Rodríguez & Damásio, 2014; Schoen-Ferreira et al., 2010). Neste sentido a multiplicidade de contextos sociais (família, escola e comunidade em geral) e interpessoais pode constituir um conjunto de desafios e de fatores de risco para os adolescentes, com implicações na sua saúde e no seu ajustamento social e emocional (Carter et al., 2007).

Reflexo desta exposição e influência do meio ambiente onde se encontram inseridos, nas últimas duas décadas tem-se assistido a um aumento da morbilidade e

mortalidade por causas violentas entre os adolescentes, constituindo por isso um grupo de elevada vulnerabilidade a problemas como a fome, miséria, desnutrição, abandono escolar, desintegração familiar, violência, homicídio, acidentes de viação e suicídio (Barros, Coutinho, Araújo, & Castanha, 2006; Davim, Germano, Menezes, & Carlos, 2009).

Numa fase pautada por conflitos internos, por baixa auto-estima, ansiedade, impulsividade e sintomatologia depressiva (Baggio, Palazzo & Aerts, 2009), os comportamentos suicidários, com níveis de gravidade díspares, podem ser precipitados por um evento doloroso ou stressante, e muitas vezes encerram uma forma de comunicação, devendo ser encarados como pedidos de ajuda (Marcelli & Braconnier, 2005; Saraiva, 2010).

Vários autores defendem que os comportamentos suicidários nos adolescentes traduzem o culminar de um sofrimento psíquico grave, em que a morte surge como a única alternativa possível, significando a solução dos seus problemas e o fim do seu sofrimento emocional intolerável (Abreu et al. 2010; Monteiro et al., 2015; Saraiva, 2006).

No adolescente vulnerável e emocionalmente perturbado, que experimenta níveis crescentes de angústia, depressão e desesperança, os comportamentos suicidários, podem surgir como um ato desesperado de transformar a sua vida, de provocar mudanças que a tornem suportável, sem que pretenda efetivamente morrer (Groschwitz et al., 2015; Monteiro et al., 2015; Saraiva, 2006).

Pelas implicações na saúde física e mental, reconhece-se que os comportamentos suicidários, independentemente do significado que veiculam, não podem ser menosprezados pelos profissionais de saúde e nem por todos aqueles que, nos mais diversos contextos, interagem com os adolescentes. A valorização destes comportamentos assume, por estas razões, particular relevância e envolve não só a compreensão destes fenómenos relacionados com as vulnerabilidades inerentes à adolescência, mas também a identificação dos fatores de risco e de protecção associados, fulcrais para a identificação precoce de adolescentes em risco, referenciação para os cuidados de saúde mental e a implementação de estratégias preventivas adequadas e eficazes (Braga & Dell`Aglio, 2013; Erse et al., 2016; Santos et al., 2014b; Whitlock, 2010).

3.2- ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os comportamentos suicidários nos adolescentes representam um grave problema de saúde mental e pública a nível mundial, com importantes repercussões sociais, familiares e económicas (WHO, 2014), sendo entendido como uma área de intervenção prioritária.

O suicídio representa a 2ª causa de morte na faixa etária dos 15-19 anos, a seguir aos acidentes de viação, e no grupo dos 15 aos 34 anos corresponde a 3º causa de morte (Callahan, Liu, Purcell, Parker, & Hetrick, 2012; DGS, 2013; Venta & Sharp, 2014; WHO, 2014).

A nível mundial, a taxa de suicídio neste grupo em 2010 foi de 19,94 por 100 mil habitantes. Anualmente cerca de 164 mil adolescentes perdem a vida por suicídio e estima-se que 4 milhões façam tentativas de suicídio (Hawton et al., 2012; Picazo-Zappino, 2014; Venta & Sharp, 2014).

Em termos globais, por suicídio morrem anualmente cerca de 1 milhão de pessoas, cerca de um quarto das mortes afetam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos (Santos et al., 2014a; WHO, 2014, 2016).

Por cada suicídio consumado, estima-se que ocorram cerca de 20 a 30 tentativas de suicídio, contudo nos adolescentes esta proporção ascende para 100 a 200 tentativas por cada suicídio (Callahan et al., 2012; Fisher et al., 2000; WHO, 2014).

Os adolescentes representam um grupo de elevada vulnerabilidade em diversos países, nomeadamente em Portugal (DGS, 2013). Países como Rússia, Lituânia, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Finlândia, Japão e Hungria destacam-se com taxas de suicídio mais elevadas (Hawton et al., 2012; Oexle, et al., 2017). Como já anteriormente foi abordado, este fenómeno encontra-se claramente subestimado, pelo que as estatísticas oficiais do suicídio oferecem apenas uma visão parcelar do problema. Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, as taxas reais de suicídio em adolescentes não existem, e as que estão disponíveis apresentam grandes fragilidades. Para além da subnotificação, há indícios de que o suicídio atinja pessoas cada vez mais jovens, uma vez que atualmente se assiste a um aumento dos anos de vida potencialmente perdidos. (DGS, 2013; 2016).

No ano de 2012, em Portugal a taxa global de suicídio foi de 10,2/100 mil habitantes e concretamente nos adolescentes dos 15 aos 24 anos foi de 3/100 mil habitantes,

sendo 4,5 nos rapazes e 1,4 nas raparigas (DGS, 2013). Segundo o Eurostat (2017) a taxa de suicídio nos adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 19 têm vindo a registar um aumento desde 2011.

Pese embora o suicídio entre os adolescentes portugueses não tenha uma expressão significativa, é importante enfatizar que neste contexto os comportamentos autolesivos, entendidos como percursores de atos suicidas, são frequentes, sendo desconhecida a sua real magnitude.

Wilcox et al. (2010) referem que entre 13% a 25% dos adolescentes e jovens adultos tiveram pelo menos um episódio de violência autodirigida ao longo da sua vida e ocorre com maior incidência em jovens do género feminino.

Os dados nacionais do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) da OMS referente a 2014, no que diz respeito aos comportamentos autolesivos, com o envolvimento de 3262 alunos portugueses dos 8º e 10º anos, evidenciaram que 20,3% dos adolescentes referiram ter adotado um comportamento autolesivo nos últimos 12 meses, e destes 7,1% admite tê-lo feito 3 ou mais vezes (Matos, Simões, Camacho, Reis & Aventura Social, 2015). De realçar que em comparação com os dados obtidos em 2010, constata-se um agravamento, uma vez que neste ano 15,6% dos adolescentes mencionaram ter tido pelo menos um comportamento autolesivo nos últimos 12 meses (Matos et al., 2012). São as raparigas que referem mais frequentemente ter protagonizado um comportamento autolesivo, mais frequente nos adolescentes do 8º ano de escolaridade. O método mais comum foram as automutilações, nos braço e pernas (Matos et al., 2015).

3.3- FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Os comportamentos suicidários são fenómenos multideterminados, que resultam da interação dos fatores de risco que os potenciam e de fatores de proteção que os podem minimizar (WHO, 2014).

Importa realçar a causalidade multifatorial que subjaz neste fenómeno, pelo que um único fator de risco não determina ou justifica o comportamento, bem como um único fator de proteção não o evita (DGS, 2013; Whitlock, 2010). A compreensão destes comportamentos implica a consideração de um vasto conjunto de variáveis e a sua complexa interação ao longo do tempo, devendo ser analisados em conjunto e enquadrados no contexto de cada individuo e na sua história biográfica (DGS, 2013).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio defende que os programas de prevenção devem ser delineados de forma a reverter ou reduzir os fatores de risco e a potenciar os fatores de proteção conhecidos (DGS, 2013).

De forma a permitir uma melhor sistematização da informação, os fatores preditores e de risco serão agrupados em Fatores individuais, Fatores familiares, Fatores socioculturais e Fatores situacionais e os Fatores de proteção em recursos pessoais, recursos familiares e recursos sociais e comunitários.

3.3.1- Fatores preditores e de risco

Os fatores de risco podem ser definidos como as circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, patologias ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém tentar o suicídio, bem como de o cometer (DGS, 2013).

Segundo Saraiva (2006) os atos suicidas resultam de um processo complexo e único para cada indivíduo em que fatores biológicos, genéticos, psicossociais, culturais e ambientais se combinam e interagem como preditores.

Torna-se, portanto, essencial definir e identificar fatores de risco e avaliar a sua influência no desenvolvimento do adolescente, na determinação do risco e na definição das estratégias preventivas (Abreu et al., 2010; Borges, Orozco, Rafful, Miller & Breslau, 2012).

Os comportamentos suicidas revestem-se de particularidades únicas, não sendo por isso possível determinar que fatores, contextos ou combinações de circunstâncias conduzem à sua adoção, pelo que se apresentam seguidamente alguns fatores de risco e fatores precipitantes mais importantes.

FATORES INDIVIDUAIS

- **Idade, género e orientação sexual**

As taxas de suicídio e de tentativas de suicídio aumentam com a idade, sendo maior a incidência na fase final da adolescência e no adulto jovem (Bridge et al., 2006; DGS, 2013; Hawton et al., 2012; McLoughlin, Gould, & Malone, 2015, Santos e Neves, 2014).

Em 2011, as taxas de suicídio na faixa etária dos 5 aos 14 anos foi de 2 por 100 mil habitantes, contudo, mais alarmante, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, tendo sido 24 por 100 mil habitantes (WHO, 2014).

Na maioria dos países, tal como em Portugal, nos adolescentes, os rapazes consumam mais o suicídio, recorrendo a métodos mais letais como a precipitação e o uso de armas de fogo. Contrariamente, a ideação suicida e as tentativas de suicídio, apresentam taxas mais elevadas nas raparigas por intoxicações medicamentosas, sobretudo com psicofármacos (DGS, 2013; WHO, 2014; Wilcox et al., 2010). Em relação aos comportamentos autolesivos, são 5 vezes mais frequentes nas raparigas entre os 12 e 15 anos (Hawton et al., 2012).

A influência da orientação sexual no suicídio na adolescência é bastante expressiva (Lucassen, Clark & Denny, 2015). Haas et al. (2011) referem que a população Lésbica, Gay, Bissexual e Transsexual/Transgénero (LGBT) apresentam maior probabilidade de planear e consumar o suicídio quando comparados com os adolescentes heterossexuais. Nos jovens com orientação homossexual e bissexual o risco de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos é 6 vezes superior em relação aos jovens heterossexuais (DGS, 2013). Nos LGBT os comportamentos suicidários estão associados à rejeição parental e social, abuso verbal e físico, não aceitação do corpo, comportamentos aditivos, depressão, entre outros (Frazão et al., 2014; Tomicic et al., 2016).

Um estudo desenvolvido na Nova Zelândia com 25 mil jovens adultos identificou que, quando comparados com os seus pares heterossexuais, os indivíduos LGBT têm uma maior probabilidade de enfrentarem contextos familiares e escolares problemáticos, estando mais vulneráveis à depressão e por conseguinte à adoção de atos suicidas (Lucassen et al., 2015).

Correia, Frazão, e Santos (2018) no estudo que realizaram evidenciam a existência de relação entre a ausência de suporte social e familiar e a ideação suicida.

- **Perturbação mental**

Inúmeros autores reforçam que os comportamentos suicidários na adolescência ocorrem na maioria das vezes associados a quadros psiquiátricos de elevado risco. O diagnóstico de perturbação mental está presente em cerca de 90% dos jovens que se suicidaram (DGS, 2013). Entre as perturbações mais frequentes associadas aos atos suicidas e comportamentos autolesivos salientam-se a depressão, a perturbação

bipolar, ansiedade, o abuso ou dependência de substâncias e os comportamentos disruptivos, sendo comum a comorbilidade (Bridge et al., 2006; Hawton & Van Heeringen, 2009; Overholser, Braden & Dieter, 2012; Pompili, Innamorati, Girardi, Tatarelli, Lester, 2011; WHO, 2014).

A depressão ocupa o primeiro lugar nas perturbações associadas aos atos suicidas, estima-se que 60% dos suicídios em adolescentes aconteçam no contexto de uma depressão (Baggio et al., 2009; Bahls, 2002; Borges et al., 2012; DGS, 2013; Marcelli & Braconnier, 2005; Werlang et al., 2005). Em relação à ideação suicida, maior prevalência em adolescentes com diagnóstico de depressão (Garlow et al., 2008).

Borges e Werlang (2006) investigaram a presença de ideação suicida em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, procurando identificar o nível de associação entre ideação suicida e depressão e desesperança. Dos 526 adolescentes da amostra, 36% apresentaram ideação suicida, sendo que, desses, 36% demostraram sintomatologia depressiva e 28,6% manifestaram desesperança.

Callahan et al. (2012) partilham alguns dados epidemiológicos que salientam a prevalência da depressão em adolescentes com entre 3% a 9% e uma prevalência cumulativa de 20% até o final da adolescência, com uma taxa de recorrência de 60-70%. Verifica-se uma acentuada predominância no género feminino, com episódios mais duradouros e com maior risco de cronicidade (Nock et al., 2013).

Num estudo que pretendeu avaliar a depressão e ideação suicida numa amostra constituída por 729 alunos, constatou-se que cerca de 75% apresentava sintomatologia depressiva e encontraram forte relação entre a severidade dos sintomas depressivos e a ideação suicida. Verificaram também que a sintomatologia depressiva era significativamente mais alta nos alunos que reportaram história de tentativa de suicídio ou de comportamento autolesivos (Garlow et al., 2008).

O Programa de Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar + Contigo (Santos et al., 2018), em implementação desde 2009, durante o ano 2016/2017, envolveu 6151 alunos de estabelecimentos de ensino portugueses, com uma média de idades de 13,93 anos, pertencentes na sua maioria aos 7º e 8º anos. Constatou-se que 25,8% dos adolescentes apresentava sintomatologia depressiva e destes 14,4% apresenta sintomatologia depressiva moderada a grave. Deste último grupo, 438 alunos (7,4%) encontrava-se em maior risco de adotar um comportamento suicidário. A média global do BDI II foi de 9,76, confirmando-se diferenças estatisticamente significativas nas raparigas, a pontuarem média de 11,56.

As perturbações da ansiedade e sobretudo associadas à depressão, estão associadas ao aumento do risco de comportamentos suicidários (DGS, 2013; Santos & Neves, 2014).

Assim, considera-se necessária a avaliação e a identificação precoce dos adolescentes com sintomatologia depressiva e respetiva referenciação, uma vez que a deteção e tratamento da depressão constituem uma importante estratégia de prevenção para o desenvolvimento da ideação suicida e a adoção de comportamentos suicidas (Braga & Dell`Aglio, 2013; Erse et al, 2016; Overholser et al., 2012; Santos et al., 2014a).

No estudo realizado por Garlow et al. (2008), foi encontrada uma significativa relação entre o sofrimento psíquico e a ansiedade com a ideação suicida.

O uso de substâncias tanto lícitas quanto ilícitas está intimamente associado com a ideação suicida, atos suicidas e comportamentos autolesivos em adolescentes e essa relação está associada com a frequência e a intensidade do consumo (Esposito-Smythers e Spirito, 2004; Kokkevi, Rotsika, Arapaki, e Richardson, 2010), sendo o risco mais elevado nos rapazes, sobretudo em associação com perturbações disruptivas do comportamento ou do humor (Hawton et al., 2012).

O consumo de álcool representa um fator de risco para o comportamento suicida devido ao aumento de problemas psicológicos, agressão, distorções cognitivas e pela diminuição da capacidade de resolução de problemas que o uso desta substância gera (Esposito-Smythers & Spirito, 2004; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth, 2008).

O *binge drinking,* comportamento que se carateriza por consumos episódicos de quantidades elevadas de bebidas alcoólicas, está fortemente associado às tentativas de suicídio, em que os adolescentes com 13 ou menos anos apresentaram um risco 2,6 vezes superior em relação aos que não consumiram álcool. Nos adolescentes com 18 ou mais anos o risco estava aumentado em 1,2 vezes (Stolle, Sack, & Thomasius, 2009).

A presença de depressão e comorbilidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias, representa um risco de comportamento suicida em adolescentes três vezes mais elevado em comparação com os adolescentes que não tem associado nenhuma psicopatologia (Gunnell, Middleton, & Frankel, 2000; Ward, Eyler, & Makris, 2000).

A elevada incidência de transtornos de personalidade associados aos comportamentos autolesivo é elevada, sendo os mais frequentes o transtorno da personalidade borderline e o transtorno da personalidade antissocial (DGS, 2013).

- **Caraterísticas psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades da personalidade**

A desesperança, algumas distorções cognitivas como o pensamento dicotómico e a catastrofização, a impulsividade, irritabilidade, baixa autoestima e a baixa capacidade de resolução de problemas são algumas características associadas aos comportamentos suicidários (DGS, 2013; Overholser et al., 2012; Saraiva, 2006; Wasserman etal., 2012).

Particularmente, a desesperança é definida como uma crença de que não há solução para os problemas de vida que enfrentam (Beck et al*.,* 1996) e é apontada como uma caraterística central da depressão e está fortemente associada ao depressão e suicídio.

Inúmeros estudos encontraram relação entre a desesperança e o comportamento suicida (Abreu et al*.,* 2010; Hawton et al., 2012; Tsai, Lin, Chang, Chang & Chou, 2010; Wyeth, 2008).

Vieira et al. (2009) mencionam que sofrimento psíquico, a irritabilidade, o desespero e falta de controlo foram mais comuns nos jovens com ideação suicida.

Walsh e Eggert (2007) referem que a externalização de comportamentos, traduzida pela agressividade e impulsividade é frequente em jovens ou adolescentes com comportamento suicidários. Os traços de personalidade mais frequentemente associados ao comportamento suicidário são a impulsividade, a agressividade e o perfecionismo (Mendoza & Rosenberg, 2010; Saraiva, 2006; Tsai et al*.,* 2010).

No entanto, se uma forte impulsividade coexistir com a raiva, ambas características da fase da adolescência, potenciam o risco de suicídio (Park, Cho, & Moon, 2010). A raiva é considerada fundamental para o desenvolvimento da ideação suicida e comportamentos suicidas. Jovens que têm o desejo de por fim à sua vida apresentam-se mais deprimidos, sem esperança e com mais raiva do que os jovens que não o têm (Park, et al., 2010).

As evidências científicas revelam existência de relação entre a ideação suicida e tentativas de suicídio com a baixa autoestima (Fergusson, Beautrais & Horwood*,* 2003; Saraiva, 2006).

A autoestima diminuída leva as pessoas a percecionarem-se como incapazes de resolver os seus problemas e a antecipar o futuro de forma negativa (Cruz, 2006). Por outro lado, as pessoas com comportamentos suicidários, tendem a apresentar maiores dificuldades na resolução dos problemas pessoais devido à rigidez cognitiva e disporem de baixo nível de competências sociais (Cruz, 2006; Walsh & Eggert, 2007).

- **História de tentativas de suicídio, ideação suicida e comportamentos autolesivos**

A presença de ideação suicida, de história prévia de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos são, para inúmeros autores, preditores de relevo para o suicídio (Botega, 2014; Cheng et al*.,* 2010; DGS, 2013; Minayo, Cavalcante, 2010; Monteiro, et al., 2015; Santos, et al., 2014a; Saraiva, 2006; WHO, 2014).

Monteiro et al. (2015) alertam para a seriedade do problema, cerca de 25 a 40% dos jovens que se suicidam tiveram, pelo menos uma tentativa de suicídio prévia. Estima-se que até 11% dos adolescentes que fazem tentativa de suicídio através de intoxicação irão suicidar-se nos próximos anos (Hurry, 2000; Ward et al*.,*2000).

Estima-se que o risco de suicídio em pessoas com tentativas de suicídio prévias seja 100 vezes maior do que o da população em geral (McLoughlin et al., 2015; Owens, Horrocks & House*,* 2002), sobretudo nos últimos 3 a 6 meses, podendo verificar-se a recorrência com métodos com potencial letal cada vez maior (Bridge et al., 2006; DGS, 2014).

A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o estágio inicial para sua efetivação (Bridge et al., 2006; Saraiva, 2006; Silva et al., 2016; Werlang et al., 2005;). A ideação suicida tem, na adolescência, uma prevalência de 15 a 25% (Bridge et al., 2006).

Sampaio et al*.* (2000) desenvolveram um estudo com 822 estudantes de escolas secundárias do Norte, Centro e Sul de Portugal, com idades entre os 15 e os 18 anos, constataram que 34% apresentava ideação suicida, e destes cerca de 7% tinha feito uma ou mais tentativas de suicídio.

Walsh e Eggert (2007) constataram que cerca de 40% dos alunos reportaram ideação suicida e que 17% tentou uma ou mais vezes o suicídio. Ordaz et al*.* (2004) encontraram uma prevalência de ideação suicida de 50% numa amostra de 625 estudantes entre os 15 e os 18 anos.

Para além ser preditiva em relação ao suicídio, a ideação suicida parece estar associada à adoção de comportamentos de risco, tal como conduzir sob o efeito de álcool ou apanhar boleia com alguém alcoolizado, não usar o cinto de segurança, conduzir com excesso de velocidade, praticar desportos radicais como o hang gliding e bungee jumping ou participar em conflitos e agressões (McLoughlin et al., 2015; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth, 2008).

Os comportamentos autolesivos são igualmente entendidos como percursores dos atos suicidas. Entre 13% a 25% dos adolescentes e jovens adultos referem ter tido pelo menos um episódio de violência autodirigida sem intenção suicida ao longo da sua vida e ocorre com maior incidência em jovens do género feminino (Wilcox et al., 2010).

O estudo nacional HBSC da OMS referente a 2014 identificou, numa amostra de 3262 alunos pertencentes ao 8º e 10º anos, que 20,3% dos adolescentes adotaram um comportamento autolesivo nos últimos 12 meses, sendo mais frequente entre as raparigas e os cortes o método mais comum. Identificou sinais de mal-estar psicológico, sinais de desesperança e de dificuldade em lidar com os conflitos, acresce ainda que os adolescentes referiram sentirem-se tristes (59,0%) e fartos (52,3%) durante o respetivo comportamento (Matos et al., 2014).

Christiansen e Jensen (2007) referem que os indivíduos com história de comportamentos autolesivos e de tentativa de suicídio, representam um grupo bem definido com maior risco de repetição do comportamento, de suicídio e de morte prematura. Verificaram também que existe uma associação positiva entre a repetição e o subsequente suicídio.

FATORES FAMILIARES

Encontram-se dados consistentes na literatura científica que associam o contexto, estrutura e as relações familiares aos comportamentos suicidários.

A evidência científica salienta que os comportamentos suicidários em adolescentes estão frequentemente relacionados com um conjunto de indicadores de dificuldades familiares, tais como conflito de papéis, estruturas disfuncionais com alta rigidez e/ou coesão, autoridade excessiva ou inadequada, dificuldade em lidar com problemas e situações de crise e fracas redes sociais (Brent et al., 2013; Bridge et al., 2006; Sampaio, 2002; Santos, 2007; Santos & Neves, 2014; Saraiva, 2006). O padrão

comunicacional das famílias suicidas é marcado por existência de relações simbióticas, de um medo intenso da mudança e de separação entre os seus elementos (Frazão et al., 2014).

Sampaio (19991) defende que a maioria dos adolescentes com condutas suicidárias vivenciam um sistema familiar disfuncional onde imperam a rigidez ou austeridade excessiva, expectativas rígidas e conflitos relacionais.

A ausência de suporte familiar é identificada como um fator de risco de suicídio, em que os conflitos intrafamiliares e a dificuldades comunicacionais e nos relacionamentos familiares se destacam (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Randell et al*.,* 2006; Santos & Neves, 2014; Wasserman et al., 2012).

Encontra-se consenso em relação a fatores como padrões de vinculação inseguros, cuidados parentais deficitários, violência familiar, sobreenvolvimento emocional, hostilidade, autoridade e o criticismo parental, famílias adotivas ou monoparentais podem conduzir à adoção de comportamento suicidários (Bertolote et al., 2004; Donald, Dower, Correa-Velez & Jones, 2006; Gould et al., 2005; Guerreiro, 2014; Santos, 2007; Santos et al., 2009; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth, 2008).

São também fatores associados a disputa parental, o divórcio, a separação, morte de uma das figuras parentais (DGS, 2013; Saraiva 2006).

A existência de história de atos suicidas na família é um fator inequívoco de risco (DGS, 2013; Saraiva, 2006; Walsh & Eggert, 2007; WHO, 2014; Wyeth, 2008). A psicopatologia parental, sobretudo a depressão (Brent et al., 2013; Mendoza & Rosenberg, 2010; Monteiro, et al., 2015; Santos, et al. 2014a; Saraiva, 2006; WHO, 2014; Wilcox et al*.*, 2010) e o consumo de álcool e droga na família estão associados também a um maior risco de suicídio nos adolescentes (Braga & Dell'Aglio, 2013; Mittendorfer-Rutz, Rasmussen, & Wasserman, 2008).

FATORES SOCIOCULTURAIS

O ambiente social em que o adolescente se insere tem-se revelado um aspeto importante no que diz respeito às condutas suicidas ou comportamentos autolesivos. Existem, assim, fatores sociais de risco para o suicídio, tal como a falta de apoio emocional e instrumental e as frágeis redes sociais (Guerreiro, 2014; Park, et al., 2010; Santos e Neves, 2014; Santos et al., 2014a). Também as relações conflituosas com amigos, o isolamento social e escolar e as condições sociais e educacionais

desfavoráveis estão associadas à adoção de comportamento suicidários (Donald et al.,2006; Gould et al., 2005; Santos, 2007; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth,2008).

Os jovens que vivenciam dificuldades escolares, traduzidas pelo insucesso e/ou abandono escolar e que apresentam problemas de comportamento, parecem estar em maior risco de suicídio (DGS, 2013; Guerreiro, 2014; King, Kramer & Preuss, 2006; Marcelli & Braconnier, 2005; Park et al., 2010; Sampaio, 2002; Saraiva, 2006; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth, 2008; Tsai et al., 2010).

Arun e Chavan (2009) encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o declínio do rendimento escolar, experiência da vida com um fardo e ideação suicida.

O bullying, seja como vitíma ou agressor, está associado a aumento de risco de adoção de comportamentos suicidas (DGS, 2013), sendo o risco maior para a raparigas (Gould et al., 2005; Santos & Neves, 2014).

FATORES SITUACIONAIS

- **Acontecimentos de vida /fatores precipitantes**

Existe evidência consistente da influência negativa entre acontecimentos negativos na infância e adolescência e dificuldades subsequentes nas relações interpessoais (Ventosa, 2008) e o desenvolvimento de perturbação mental, sobretudo a ansiedade social (Binelli et al., 2012), a depressão (Hovens, et al., 2010; Negele et al., 2015), a perturbação de stress pós-traumático (Burns, Jackson, & Harding, 2010) e a adoção de comportamentos suicidários (Harford, Yi, & Grant, 2014).

Segundo Brás (2013) a vivência de acontecimentos de vida negativos parecem aumentar a vulnerabilidade para a adoção de futuros comportamentos suicidas. Brás e Cruz (2014) reforçam que cerca de 92% dos indivíduos que fizeram tentativas de suicídio reportaram, através da análise das narrativas, acontecimentos de vida negativos.

Entre os acontecimentos de natureza negativa que têm sido mais comummente associados à manifestação de ideação suicida e à adoção de comportamentos suicidas, podem ser salientados os maus tratos, nos quais se incluem a negligência, os abusos físicos, os abusos psicológicos e os abusos sexuais (Angst, Gamma, Rössler, Ajdacic, & Klein, 2011; DGS, 2013; Horesh & Iancu, 2010; Saraiva, 2006). Os abusos sexuais e físicos estão fortemente associados ao suicídio, tentativas de

suicídio e comportamentos autolesivos: 15 a 20% das raparigas que fazem tentativas de suicídio têm uma história de abuso sexual (DGS, 2013; O'Brien & Sher, 2013; Saraiva, 2006).

São outros exemplos, que pela sua gravidade, são compreendidos como fatores precipitantes em relação ao suicídio: os conflitos familiares, a rutura amorosa, rejeição afetiva e/ou social; a perda de amigos ou de uma pessoa significativa, os problemas disciplinares e académicos, o envolvimento no sistema judicial, os problemas de saúde física ou psicológica do próprio ou de membros da família nuclear, alta recente de hospitalização psiquiátrica; atos suicidas na família, colegas ou amigos (Bertolote, Mello-Santos, e Botega, 2010; Donald et al*.,* 2006; Gould et al*.*, 2005; Hawton et al., 2012; King et al., 2006; Mittendorfer-Rutz et al., 2008; Saraiva, 2006; Ventosa, 2008; Waldvogel et al., 2008).

A exposição à violência é um fator importante na adoção de comportamentos suicidários, acrescentando que o risco de repetição de tentativas de suicídio é oito vezes maior nos jovens com história de abusos sexuais (Ruchkin, Grafman, Cameron & Berndt, 2003).

- **Exposição ao suicídio**

Experienciar a perda de um amigo ou ter um amigo que se tenha tentado suicídio é assumido como um fator de risco acrescido para os atos suicidas, aumentando o risco de tentativa tanto nos rapazes como nas raparigas, 2 a 4 vezes maiores nos jovens com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos (Andriessen, 2011; Braga & Dell'Aglio, 2013; Santos & Neves, 2014). Num estudo de Borges e Werlang (2006), em adolescentes de uma população não-clinica, a ideação suicida estava presente em 36% dos adolescentes, em que todos conheciam alguém com tentativas de suicídio e 64,4% deles conheciam alguém que tinha cometido suicídio.

Neste contexto, o risco de imitação ou contágio, também designados por Efeito Werther, é particularmente relevante entre adolescentes, sobretudo naqueles previamente emocionalmente perturbados, estando associado ao aumento de comportamentos da esfera suicidária, com repercussões nas taxas de suicídio, particularmente quando envolve pessoas famosas ou próximas (OE, 2012; Santos et al., 20014; Santos & Neves, 2014).

Outro aspeto importante refere-se à forte associação entre as variáveis depressão e conhecer uma pessoa que já tentou ou cometeu o suicídio e a ideação suicida.

Werlang et al. (2005) referem que adolescentes que manifestam sintomatologia depressiva e que estiveram expostos a atos suicidas, sobretudo num amigo, podem desenvolver ideação suicida mais facilmente do que outros adolescentes.

Outro aspeto de relevo neste contexto é o papel significativo que os media desempenham na sociedade atual, ao facultar uma ampla gama de informações, através dos mais variados recursos. Influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas, económicas e sociais. Devido a esta grande influência, os meios de comunicação, através dos jornais, filmes, televisão, internet podem também ter um papel ativo na prevenção do suicídio, tendo em conta a forma como veiculam a informação sobre os casos de suicídio (OE, 2012; Santos et al., 2014b).

A OMS lançou um Manual para Prevenção do Suicídio destinado aos profissionais dos media, em que alerta para o impacto negativo da cobertura mediática e sensacionalista dos casos de suicídio e apresenta um conjunto de diretrizes que devem ser tidas em conta quando são noticiados casos públicos de suicídio (WHO, 2000). Também o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013) salienta a necessidade de sensibilizar os media para a aplicação dos princípios definidos para a informação/descrição de comportamentos autolesivos e atos suicidas.

- **Acessibilidade aos métodos letais**

A acessibilidade do método suicida representa um fator acrescido de risco de suicídio, atendendo a que os atos suicidas são caracterizados por grande impulsividade, sobretudo nos adolescentes (DGS, 2013; Hawton et al, 2012; Saraiva, 2006). A disponibilidade de meios altamente letais, nomeadamente de armas de fogo ou de medicação potencialmente perigosa e a supervisão parental inadequada aumentam o risco de suicídio (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010; DGS, 2013; Miller, 2011; Prieto & Tavares, 2005; Saraiva, 2006; Wasserman et al., 2012).

- **Barreira no acesso aos cuidados de saúde**

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio esclarece que as barreiras no acesso aos cuidados de saúde podem ser de ordem financeira, física, geográfica ou pessoal (DGS, 2013).

A OMS denuncia que o estigma em relação à doença mental e em particular, ao suicídio, assume-se como um dos maiores entraves para as pessoas com doença mental e suas famílias, gerando obstáculos ao pedido de ajuda e no acesso aos

cuidados de saúde, com implicações na adesão ao tratamento e recuperação (WHO, 2014).

O estigma está, por isso, fortemente associado à diminuição no acesso aos cuidados de saúde mental. No que diz respeito aos adolescentes, tem importantes repercussões negativas tais como a inibição de procura de ajuda, redução da autoestima, aumento dos sentimentos de desvalorização e isolamento (Erse et al., 2010; Oexle et al., 2017; Oexle et al., 2018; Pitman et al., 2018; Schomerus et al., 2015;), representando por isso um fator de risco acrescido para a adoção de comportamentos suicidários.

A Figura 2 apresenta uma síntese dos sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente aceites para a conduta suicida.

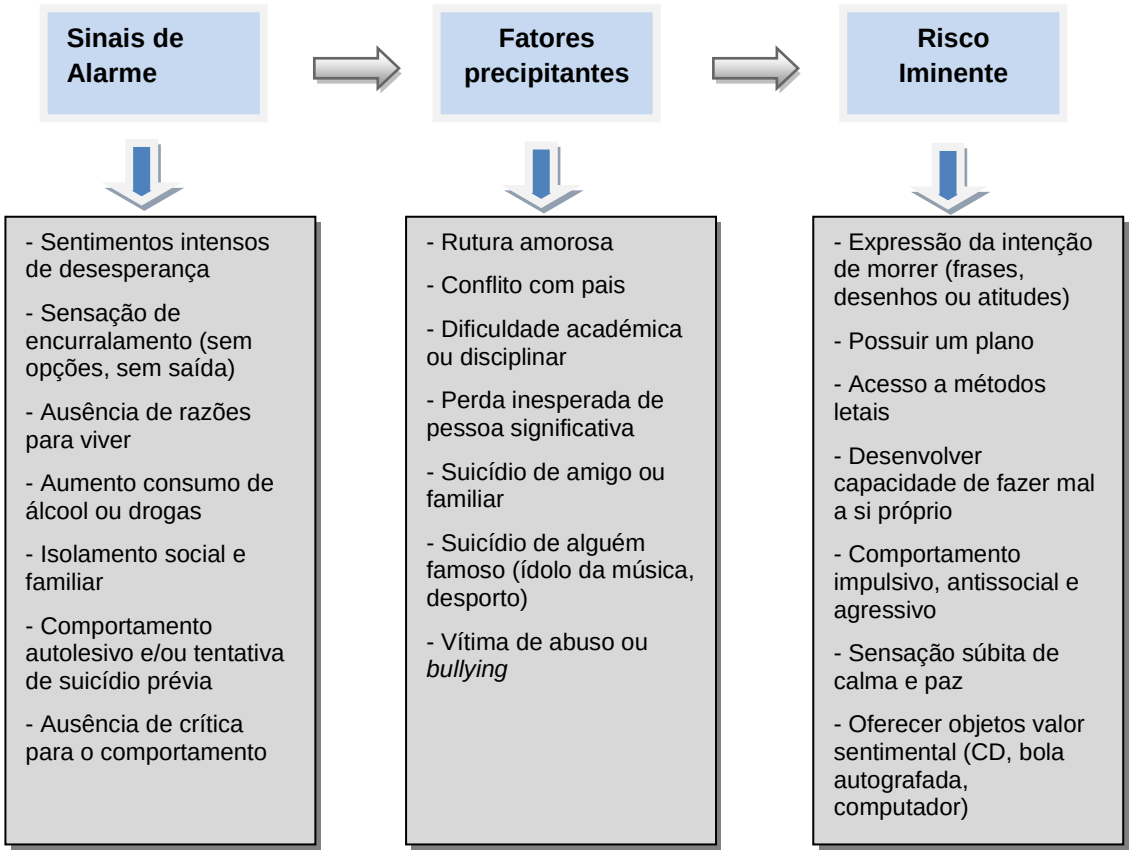


Figura 2 - Sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente (Santos et al., 2014a)

3.3.2 – Fatores de proteção

Os fatores de proteção correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes ou potenciados atenuam ou

neutralizam o impacto do risco de suicídio, estando por isso associados à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidas (Araújo et al., 2010; DGS, 2013; Erse et al., 2016; Santos et al. 2014a; Santos, 2018;).

A identificação de fatores protetores capazes de evitar ou prevenir a adoção de um ato suicida são tão importantes quanto o atenuar dos fatores de risco (Mendoza & Rosenberg, 2010).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio defende que os programas de prevenção devem ser delineados de forma a reduzir os fatores de risco e a potenciar os fatores de proteção conhecidos (DGS, 2013), sendo por isso crucial a identificação e valorização dos fatores de proteção.

A literatura científica refere que os fatores protetores em relação aos comportamentos suicidários em adolescentes são semelhantes aos da população em geral, verificando-se, no entanto, algumas particularidades (DGS, 2013), sendo que se destacam os recursos familiares, individuais e sociais.

- **Recursos familiares**

Vários são os autores que apontam a coesão e a harmonia familiar, os cuidados parentais conservados e os vínculos afetivos como fatores de proteção (Bastos, 2009; Caycedo et al, 2010; Saraiva, 2006; Werlang et al., 2005).

Assim, ainda que o conceito de se família tenha pluralizado nas últimas décadas e que as configurações familiares atualmente sejam bastante diversas (famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas, etc.), a importância desta instituição para o normal desenvolvimento cognitivo, emocional, social e físico dos seus membros tem persistido (Krüger & Werlang, 2010). A capacidade de envolvimento mútuo, o suporte emocional e o vínculo emocional entre os membros de uma família é aceite como tendo a função de proteção para o comportamento suicida (Abreu et al., 2010; DGS, 2013; Mendoza & Rosenberg, 2010; Santos et al., 2014a; Suominen et al., 2004; WHO, 2014).

- **Recursos individuais**

Os sentimentos de bem-estar, autoconfiança, resiliência, autoestima conservada e a capacidade de resolução de problemas surgem como fatores de proteção. A autoestima conservada está associada a respostas resilientes em relação ao suicídio (DGS, 2013; Fergusson et al., 2003; Santos, 2007; Santos et al., 2014a; Simões, et al. 2018; Walsh & Eggert, 2007). Possuir esperança, ter razões para viver e ter atitudes positivas face aos problemas parecem ser fatores de proteção importantes em relação

ao suicídio (Roswarski & Dunn, 2009). Adoptar comportamentos de procura de ajuda, abertura a novas experiencias e projetos de vida, flexibilidade mental e auto-confiança e sentido de valor pessoal são importantes aspetos que atuam como proteção no que tange ao risco de comportamento suicida (Bastos, 2009; Braga & Dell`Aglio, 2013; Brent et al., 2013; Bridge et al., 2006; Caycedo et al, 2010; DGS, 2013; Saraiva, 2006; Werlang et al., 2005). Para Botega, Werlang, Cais, e Macedo (2006) uma perceção otimista da vida, com razões para continuar a viver, opondo-se ao sentimento de desesperança, protege contra o suicídio.

- **Recursos sociais e comunitários**

É reconhecido que a existência de apoio social e a perceção de integração e sentimento de pertença são referidos como fatores de proteção (Mendoza & Rosenberg, 2010; Santos, 2007; Santos et al., 2014a; Taliaferro, Rienzo, Miller, Pigg, & Dodd, 2008; Walsh & Eggert, 2007).

O sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição, uma comunidade ou religião pode proteger um jovem do suicídio (Botega, et al., 2006; DGS, 2013; Santos e Neves, 2014; Saraiva, 2006).

Nos jovens salientam-se ainda fatores como envolvimento em atividades desportivas ou em atividades de grupo estruturada, pertença a um clima escolar positivo, boa relação com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, suporte dos pares e importância elevada atribuída à escola (Bastos, 2009; Caycedo et al, 2010; DGS, 2013; Fortune et al., 2008; Mendoza & Rosenberg, 2010; Santos et al., 2014a; Saraiva, 2006; Suominen et al., 2004).

Inúmeros autores defendem que o fácil acesso aos cuidados de saúde com informação acerca dos serviços disponíveis, bem como comunidades informadas e sensibilizadas para as questões envoltas na saúde mental e suicídio, são fatores protetores do suicídio (DGS, 2013; Diekstra, 2008; Garlow et al., 2008; Kutcher & Chehil, 2007; Mann et al., 2005; Taliaferro et al., 2008).

Em resumo, são evidentes as diversas conjugações multifatoriais que podem levar à adoção de comportamentos suicidários. A prevenção do suicídio deve ser realizada pelo reforço dos fatores protetores e diminuição dos fatores de risco, a nível individual e de grupo. O conhecimento desses fatores é de grande relevância para a identificação de grupos de maior risco e para o desenvolvimento de estratégias preventivas eficazes.

4- PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA ADOLESCÊNCIA

Para além dos números alarmantes em termos de vidas perdidas por suicídio, desconhece-se a verdadeira magnitude deste complexo problema no diz respeito às tentativas de suicídio e comportamentos autolesivo protagonizado por adolescentes. Desta forma a prevenção dos comportamentos suicidários é assumida como tarefa global e prioritária a nível mundial (WHO, 2014).

A nível europeu a prevenção do suicídio foi assumida como a primeira de cinco prioridades em saúde mental com a assinatura do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (WHO, 2008), bem como a nível nacional, sendo destacada entre 4 áreas prioritárias de intervenção no Programa Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 (DGS, 2008). Posteriormente, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013) apresenta de forma estruturada e concertada inúmeras diretrizes para a prevenção do suicídio que se focam na população geral como também se direciona a grupos de risco, dedicando particular atenção aos adolescentes, idosos, forças de segurança e os LGBT, com vulnerabilidades particulares associadas ao suicídio e com problemas de acesso aos serviços de saúde (DGS, 2013).

As estratégias delineadas têm como objetivo a prevenção das mortes prematuras por suicídio, a redução da recorrência de outros fenómenos autolesivos, a redução das sequelas destes comportamentos nos elementos mais próximos e a promoção de oportunidades e contextos promotores de resiliência e de recursos individuais e comunitários (Santos & Neves, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) defende uma abordagem ampla e multissetorial na prevenção da conduta suicida, onde a vertente da saúde poderá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, em estreita articulação com setores vitais como o da educação, segurança social, justiça, forças de segurança, entre outros.

Torna-se assim crucial o investimento na prevenção do suicídio, que apesar da sua complexidade é uma tarefa operacionável, uma vez que existem um conjunto de fatores de risco e sinais de alarme identificáveis (Brás, Cruz & Saraiva, 2014).

Neste sentido, Botega et al., (2006) enfatizam que os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados no conhecimento os fatores de risco,

sendo fundamental que as ações se concentrem no que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção.

A compreensão do fenómeno e a identificação das medidas preventivas a implementar inscrevem-se em modelos de prevenção, que definem os objetivos, a população alvo a que se destinam e as estratégias de intervenção mais adequadas.

A tipologia de modelo preventivo relacionado com os comportamentos saudáveis e de risco em determinadas populações envolve estratégias de prevenção Universal, Seletiva e Indicada (Brás et al., 2014). Este modelo está amplamente disseminado e aceite na conceptualização da prevenção do suicídio. O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio é um dos exemplos, contemplando medidas universais, destinadas à população em geral; medidas seletivas, para grupos de risco específicos; medidas indicadas para indivíduos em elevado risco (DGS, 2013).

A prevenção universal é dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual. Este tipo de intervenção preventiva pode ser dirigida a um serviço de saúde, escola ou comunidade e os seus componentes contemplam a informação através da educação sobre sinais de risco, restrição da acessibilidade aos métodos letais, promoção de bem-estar individual e coletivo, melhoria do acesso aos serviços de saúde, aumento do apoio social, redução do estigma, entre outros (Bertolote, Fleischmann, Butchart, & Besbelli, 2006; Brás et al., 2014; Santos, Floriano, Skupien, & Ravelli, 2015; WHO, 2014).

As intervenções com enfoque no contexto escolar, dirigido a toda a comunidade educativa (agentes educativos e pares), visam aumentar o conhecimento sobre fatores de risco e sinais de alarme associados ao suicídio, permitindo a identificação precoce de adolescentes em risco e a referenciação para a ajuda especializada (Brás, 2013; Santos et al., 2015). Pode envolver programas, ações formativas ou de sensibilização dirigidas aos adolescentes, pais e encarregados de educação e a parceiros da comunidade escolar (Bertolote et al., 2006; Brás, 2013).

A prevenção seletiva é destinada a segmentos da população geral com caraterísticas específicas identificadas como de risco elevado para o suicídio, tais como as caraterísticas sociodemográficas como o sexo e a idade, a distribuição geográfica, a atividade profissional, a perturbação mental, o consumo de substâncias ou a história familiar (Brás, 2013; Wasserman et al., 2012; WHO, 2014).

Inscritas na prevenção seletiva, podem ser salientadas algumas estratégias que incidem sobre alguns fatores de risco e precipitantes que potenciam de forma significativa a vulnerabilidade e risco para a adoção de comportamentos suicidários: o tratamento de pessoas com perturbação mental ou com perturbações relacionadas com o consumo de substâncias e as intervenções dirigidas a vítimas de violência, de abuso físico ou sexual (Bertolote et al., 2006; Brás, 2013; O'Brien & Sher, 2013; Santos et al., 2015).

As estratégias de prevenção indicadas cingem-se aos indivíduos com comportamentos de risco, inclusive da esfera suicidária, que exibem sinais significativos de risco suicídio e perturbação psicológica. Envolvem estratégias direcionadas a indivíduos que manifestam um risco muito elevado para o suicídio, como são exemplo a intervenção clínica e seguimento de indivíduos com perturbação do humor, perturbações psicóticas, perturbações do comportamento ou com história prévia de atos suicidas (Bertolote et al., 2006; Brás, 2013; Santos et al., 2015; Wasserman et al., 2012; WHO, 2014).

Com base na vasta literatura consultada, e enquadradas no âmbito da prevenção universal, foram elencadas orientações específicas ao nível da prevenção do suicídio (Bridge et al., 2006; Calear et al., 2015; Carvalho, 2014; DGS, 2013; Hawton et al., 2012; WHO, 2014), nomeadamente:

- Identificação e redução da disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Aperfeiçoar a ligação entre serviços de saúde comunitária e serviços de saúde mental;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente deteção precoce e tratamento das perturbações mentais;
- Prevenção do consumo de bebidas alcoólicas;
- Capacitar os profissionais de saúde de conhecimentos e habilidades necessárias para identificar e gerir situações de risco de suicídio;
- Aumentar a literacia da comunidade em geral acerca da doença mental e comportamentos suicidários e combater o estigma;
- Melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde;
- Formação dos media;
- Criação de linhas telefónicas de apoio;

- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio;
- Formação de porteiros sociais para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e que entram primeiro em contato com indivíduos em risco de suicídio.

É consensual entre a comunidade científica que os métodos mais efetivos na prevenção do suicídio resultam da sinergia de estratégias que permitam a identificação precoce e o correto tratamento das perturbações mentais pelos profissionais de saúde e a restrição no acesso a meios altamente letais, entre outras.

Com populações-alvo diversificadas, existem inúmeras experiências de programas de prevenção da depressão e suicídio que têm como estratégias fulcrais de atuação o combate ao estigma da doença mental e do suicídio, a deteção precoce de sinais e sintomas da depressão e dos fatores de risco do suicídio

Seguidamente, e porque o objetivo maior desta investigação se inscreve no âmbito da prevenção universal e diz respeito à prevenção do suicídio em adolescentes através da formação de profissionais de saúde e da conscientização e educação da comunidade em geral e da comunidade educativa, serão abordadas algumas estratégias de prevenção do suicídio que nesta área são identificadas como mais promissoras e eficazes.

4.1- FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os serviços de saúde, e sobretudo os cuidados de saúde primários e os profissionais de saúde, revestem-se de uma importância vital na prevenção do suicídio, porque são de alguma forma a primeira resposta e mais próxima do sistema de saúde.

Alguns estudos colocam em evidência que o potencial suicida procura os serviços de saúde antes de cometer o suicídio e expressam muitas vezes pensamentos suicidas e manifestam sinais de alerta junto dos profissionais de saúde (Taylor et al., 2009).

Mann et al. (2005) referem que maioria dos suicidas têm contacto com os serviços de saúde primários um mês antes da morte. Outros autores referem que cerca de 75% dos indivíduos que se suicidaram teve contacto com um médico dos cuidados de saúde primários no ano anterior à sua morte; 45% teve contacto com os serviços de saúde e um em cada cinco teve contacto com os serviços de saúde mental, no mês anterior ao suicídio (Luoma, Martin & Pearson, 2002).

Estes dados mostram o papel de relevo que os profissionais de saúde, e em particular os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria (Lutz e

Warren, 2009), tem na prevenção do suicídio, seja pela identificação precoce da doença mental e sua respetiva referenciação e acompanhamento, quer pela valorização dos fatores de risco e sinais de alarme que conduzem à identificação de indivíduos em risco de suicídio (Cornette et al., 2009; Peixoto, Saraiva, Sampaio, Santos & Santos, 2014; Taylor et al, 2009).

Por outro lado, a evidência científica reforça que os comportamentos suicidários estão fortemente associados à perturbação mental, pelo que se poderá inferir que, existindo um tratamento eficaz da doença mental, aumenta a probabilidade de reduzir o risco de suicídio (Peixoto et al., 214; Schlösser et al., 2014). O diagnóstico de perturbação mental está presente em cerca de 90% dos jovens que se suicidaram (DGS, 2013). Entre as perturbações mais frequentes associadas aos atos suicidas e comportamentos autolesivos salientam-se a depressão, a perturbação bipolar, ansiedade, o abuso ou dependência de substâncias (Bridge et al., 2006; Hawton & Van Heeringen, 2009; WHO, 2014).

Vários estudos alertam para a gravidade do contexto psicopatológico depressivo associado ao comportamento suicidário (Callahan et al., 2012; Schlösser et al., 2014), estima-se que 60% dos suicídios em adolescentes aconteçam no contexto de uma depressão (Baggio et al., 2009; Bahls, 2002; DGS, 2013; Marcelli & Braconnier, 2005; Werlang et al., 2005).

Estes dados evidenciam que de facto o diagnóstico precoce e o tratamento correto da depressão são uma das estratégias mais eficazes de prevenção do suicídio (Botega et al., 2006; Chachamovich et al., 2009; Mann et al., 2005; WHO, 2014).

Um estudo realizado em Gotland, uma ilha da Suécia, com o objetivo de reduzir o número de suicídios, investiu na melhoraria da deteção e no tratamento adequado da depressão, através de da capacitação de profissionais saúde. Dois anos, após o início do projeto, houve redução de 60% no coeficiente de mortalidade por suicídio (Chachamovich et al., 2009).

Contudo e apesar destas evidências, o subdiagnóstico das perturbações mentais, e em particular da depressão, no contexto dos cuidados de saúde primários persiste (Baggio et al., 2009; Brás, 2013). Alguns estudos salientam que os médicos dos cuidados primários de saúde identificam menos vezes os sintomas depressivos, sobretudo em jovens, e evidenciam dificuldade em lidar com essas situações clínicas nos três meses prévios a uma tentativa de suicídio (Peixoto et al., 2014; Yournes et al., 2013). Neste contexto o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio salienta que o

investimento em saúde mental é custo-efetivo e que a oportunidade deve ser aproveitada para melhorar a eficácia no setor. Acrescentando ainda que, ao contrário de outros problemas de saúde pública, a maioria dos quadros depressivos é passível de ser tratada, de forma eficaz e menos dispendiosa, nos cuidados primários (DGS, 2013).

O atraso no diagnóstico e no acesso a tratamento adequado, e em particular na população jovem, para além do risco de suicídio, tem repercussões negativas e significativas ao nível individual, familiar e social (Baggio et al., 2009; Brás, 2013; Erse et al., 2016; Santos et al., 2014b). Assim assume-se como fundamental a identificação correta e imediata dos indivíduos em risco por parte dos profissionais de saúde e a eliminação de barreiras de acesso aos cuidados especializados. Essas barreiras incluem, entre outras, o estigma da doença mental e suicídio que continua a persistir, mesmo entre os profissionais da área da saúde e o escasso investimento na formação de profissionais de saúde (Botega, Reginato & Silva, 2005; Santos et al. 2014b; Wilcox et al., 2010).

Fruto do estigma e falsas crenças que existem em relação ao suicídio e doença mental, os profissionais de saúde podem desvalorizar ou fazerem interpretações desajustadas dos comportamentos suicidas, o que condiciona o adequado atendimento e encaminhamento de indivíduos em risco. A literatura revela que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentem-se emocionalmente afetados pelo comportamento suicida, tem dificuldades em compreender e interpretar o comportamento, e dificuldades em estabelecer interação e de manifestar empatia com o individuo suicida (Vedana & Santos, 2018). As investigações sugerem que predominam as atitudes negativas, críticas e a desvalorização do sofrimento e da narrativa, sentimentos como o medo, raiva, irritação e insegurança (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012; Santos et al., 2014b; Saunders et al, 2012).

Neste sentido, é crucial o desenvolvimento de programas de formação e de sensibilização dirigidos aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, e de uma forma geral a todos os profissionais de saúde que contactam com indivíduos em risco, em particular os adolescentes, que incidam sobre o estigma em relação aos comportamentos suicidários, fatores de risco e sinais de alarme associados, bem como estratégias de intervenção e a importância da referenciação atempada para os cuidados de saúde mental (Cais, Silveira, Stefanello & Botega, 2011; Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012; Mann et al., 2005; Santos et al., 2014b; Simões et

al., 2014). Mittendorfer-Rutz et al. (2008) reforçam esta informação, salientando a deteção precoce e tratamento da depressão como um importante fator de proteção.

A necessidade de formação contínua e de treino de competências técnico-sociais em suicidologia tem sido amplamente defendida constituindo-se como orientações fundamentais para a prevenção do suicídio, a serem disseminadas, de forma sistematizada, em ambiente comunitário e de urgência (Gibb, Beautrais & Surgenor, 2010; Osafo, Knizek, Akotia, & Hjelmeland, 2012). Através da aquisição de conhecimentos e do treino na prática clínica ou de cursos de formação estruturados que integrem igualmente uma componente prática efetiva ou através de técnicas de *role play*, capacitar os profissionais de saúde de conhecimentos e estratégias de intervenção que permitam um desempenho eficaz (Peixoto et al., 2014).

Os resultados obtidos em intervenções formativas revelam efetividade das intervenções educacionais na melhoria do conhecimento, na modificação de atitudes e na melhoria dos níveis de competência dos profissionais de saúde para prevenir o suicídio (Cais et al., 2011; Chachamovich et al., 2009; Gibb et al., 2010; Osafo et al., 2012; Saunders et al., 2012).

Gask, Dixon, Morriss, Appleby, e Green (2006) descrevem um projeto de prevenção de suicídio pelo treino de habilidades baseado na gestão de risco - Projeto STORM *(Skills Training On Risk Management)* que tem como objetivo a capacitação de profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, da saúde mental e dos serviços de urgência que lidassem frequentemente com indivíduos em risco de suicídio. O plano de formação decorreu durante 6 meses, com avaliações antes e após formação e envolveu 458 profissionais de saúde. Foram encontradas mudanças favoráveis nas atitudes dos profissionais e na confiança para intervir com utentes suicidas, traduzidas por alterações de atitudes, pelo aumento de conhecimentos e melhoria das habilidades clínicas.

Por estas razões, os profissionais de saúde assumem um papel de relevo na prevenção do suicídio, concretizada pela identificação precoce de fatores de risco e de sinais de alarme, pela referenciação e pela intervenção terapêutica nos contextos comunitários e hospitalares. Em suicidologia defende-se que a diminuição da morbilidade, manifestada pela presença de ideação suicida e tentativa de suicídio, conduz à diminuição da mortalidade (Fleischmann et al., 2008; Bertolote et al., 2010). Os autores defendem que a melhor estratégia para populações de alto risco, como no caso das tentativas prévias de suicídio, é melhorar os serviços de saúde e desenvolver

intervenções efetivas para o grupo de utentes que tentaram suicídio, recebendo um acompanhamento adequado.

Neste sentido, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio salienta, como áreas prioritárias a desenvolver junto dos profissionais de saúde, a realização de campanhas de informação/sensibilização sobre ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, a uniformização da terminologia diagnóstica e o reforço de redes de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental comunitária (DGS, 2013).

4.2- FORMAÇÃO DIRIGIDA À COMUNIDADE

Tal como já foi previamente abordado, o processo suicida abrange um largo espetro de comportamentos, num gradiente de potencialidade da morte iminente, que podem variar da ideação suicida, passando pelo plano e tentativa de suicídio, até ao suicídio consumado (Fountoulakis, Gonda & Rihmer, 2011; Hill, et al., 2011; Gassman-Mayer et al., 2011; Saraiva & Gil, 2014).

Unanime é também o pressuposto de que a decisão de cometer suicídio não ocorre de forma imediata, na trajetória estabelecida entre a ideação suicida, as tentativas e a concretização da morte (Krüger e Werlang, 2010; Saraiva e Gil, 2014; Werlang, et al., 2005), os indivíduos suicidas comunicam, das mais variadas formas, a sua dor, o seu sofrimento e a sua vontade de terminar com a vida (Guerreiro, 2014; Santos et al., 2015; Saraiva, 2006). A comunicação da intenção de cometer suicídio pode ser feita de forma direta com expressões como “vou-me matar”, “qualquer dia mato-me”, ou indiretas com expressões do tipo “não aguento mais isto” ou “é impossível aguentar isto”, ou “qualquer dia vou-me embora”. As expressões indiretas podem ainda ser do tipo comportamental e não-verbal, tais como oferecer bens valiosos ou com grande valor sentimental, isolamento severo da família e amigos, agressividade intensa (OE, 2012).

A maioria dos indivíduos, durante o processo suicida, exibe sinais ou pistas sobre a sua intenção de morrer, contudo estes sinais e pistas não são reconhecidos ou são desvalorizados pelas pessoas com que se relacionam, familiares, amigos ou pessoas da comunidade em geral, devido ao estigma e à falta de conhecimento (Brás, 2013; Santos et al., 2014b).

A falta de conhecimento sobre causas, fatores de risco e sinais de alarme para o comportamento suicidário, opções de intervenção e tratamento, particularmente no âmbito da doença mental, podem conduzir à desvalorização do risco por parte de das pessoas próximas (Brás, 2013; Fountoulakis et al., 2011; Isaac et al., 2009; Jones et al., 2015; Miller, 2011; OE, 2012; Santos et al., 2014b). Neste sentido, a sensibilização e conscientização da comunidade para esta problemática constituem, numa perspetiva de saúde pública, um objetivo central para a prevenção do suicídio (DGS, 2013; Miller, 2011; Peixoto et al., 2014).

A implementação de campanhas de prevenção do suicídio ou a dinamização de ações psicoeducacionais e treino de competências dirigidas à população em geral ou a formação de porteiros sociais que estão em contacto com potenciais grupos de risco, devem privilegiar o combate ao estigma em relação à doença mental e aos comportamentos suicidários, o aumento de conhecimentos acerca de sinais de alarme, fatores de risco e de proteção, doença mental que permita o reconhecimento do risco de suicídio e o desenvolvimento de competências de ajuda (Brás, 2013; DGS, 2013; Isaac et al., 2009; Jones et al., 2015; Miller, 2011; Santos et al., 2014b; Waldvogel et al., 2008).

O *Suicide Awareness Program* é um exemplo de formação de porteiros sociais, com a duração de 90 minutos, direcionado a 76 voluntários da comunidade, com objetivo aumentar o conhecimento acerca do suicídio e depressão, fatores risco e sinais de alarme. Os resultados obtidos foram bastante positivos, uma vez que após a formação e treino os voluntários foram capazes de identificar com maior facilidade os sinais de alarme e cerca de 80% dos formandos adquiriram estratégias para encaminhar e aconselhar a procura de ajuda médica. (Tsai et al., 2010).

Pese embora se reconheça que a educação pública em torno do reconhecimento de risco de suicídio e comportamentos de procura de ajuda se configure como uma das principais formas de prevenir o suicídio, a avaliação da eficácia dos programas de educação na comunidade não tem sido conclusiva, pelo que são necessárias mais investigações nesse sentido (DGS, 2013; Mann et al., 2005).

4.3- FORMAÇÃO DIRIGIDA À COMUNIDADE EDUCATIVA

De uma forma geral entende-se que os programas de promoção de saúde mental através do desenvolvimento de competências pessoais e sociais, e da promoção de

fatores de proteção como o fortalecimento das redes familiares e sociais, podem contribuir para a prevenção do suicídio. Por outro lado, é certo que os programas que aumentam a literacia em saúde mental, promovendo maior conhecimento e maior celeridade na procura de ajuda, também têm um papel de relevo na prevenção dos comportamentos suicidários. No entanto, para uma maior efetividade destes programas na prevenção dos comportamentos suicidários, estes devem ser complementados com instruções sobre as especificidades em torno dos desta temática (Brás & Santos, 2014; Santos et al., 2014b; Weare & Nind, 2011).

É reconhecido que a ideação suicida e os comportamentos suicidários são comuns em idade escolar e associam-se com frequência a perturbações psicológicas passíveis de serem identificadas nas escolas (Miller, 2011; Shaffer & Kipp, 2014). Neste sentido, todas as medidas de prevenção dos atos suicidas e dos comportamentos autolesivos nos adolescentes têm que ter em conta não só as suas características particulares, mas também, que muitos jovens com comportamentos autolesivos não acedem aos cuidados de saúde mental, sendo detetados nas escolas ou no sistema judicial (DGS, 2013).

O contexto escolar assume-se como o local de eleição para serem implementadas estratégias preventivas que contribuam para a identificação de adolescentes em risco de suicidío (Brás, 2013; Granello & Granello, 2007; Katz et. al, 2013). Para além de ser o local onde os adolescentes passam grande parte do seu dia, também é neste contexto que as dificuldades vivenciadas a nível académico, com os colegas e outras situações tem palco, que podendo causar alguma instabilidade e sofrimento nos adolescentes, podem ser mais facilmente identificadas por qualquer elemento da comunidade educativa, sejam professores, assistentes operacionais, psicólogos, entre outro (Granello & Granello, 2007).

Os programas delineados com o propósito da prevenção do suicídio têm o enfoque na eliminação ou redução das condições que colocam os estudantes em risco de suicídio e no fortalecimento os fatores protetores do comportamento suicida (Berman, 2009). Preconizam-se abordagens com modelo ecológico, com uma intervenção global e transversal a toda a comunidade educativa, envolvendo os estudantes, os agentes educativos, dos quais se destacam os professores, assistentes operacionais, psicólogos escolares, técnicos de ação social, enfermeiros e outros profissionais das escolas, os encarregados de educação e podendo contar também com elementos da comunidade local (Diekstra, 2008; Miller, 2011). O sucesso destes programas aumenta

com a cooperação das escolas, dos professores, dos líderes locais e demais parceiros (Wasserman et al., 2012).

Podem ser identificados vários tipos de programas de prevenção do suicídio em contexto escolar:

- **Ações de rastreio**

Este tipo de estratégia tem como objetivo identificar, através da aplicação de instrumentos de medida ou realização de entrevistas, situações de indivíduos em risco que necessitam de avaliação mais específica e intervenção clínica (Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000). De realçar que este tipo de intervenção não pressupõe componentes educativas ou interventivas (Shaffer & Gould, 2000).

- **Programas psicoeducacionais**

Estas ações podem centrar-se na temática mais generalista da saúde mental ou focar-se, exclusivamente, na problemática do suicídio e podem ser implementados a toda a comunidade educativa (adolescentes, pais e agentes educativos). Salientam-se os que investem na promoção da saúde mental, promovem o aumento da literacia em a saúde mental entre os jovens e potenciam a sua capacidade de autoajuda e de procurar os recursos adequados para os pares (Burns & Rapee, 2006).

Neste contexto Loureiro et al., (2012) salientam que os programas de saúde escolar devem assumir a promoção da literacia em saúde mental como um objectivo central, dado que fomentam a adoção de comportamentos saudáveis e o aumento de conhecimentos e conceções sobre perturbações mentais e do comportamento, facilitando assim o seu reconhecimento, prevenção e gestão de modo eficaz, bem como implicam a aquisição de competências para obter ajuda adequada.

As ações psicoeducacionais específicas promovem a aquisição de conhecimentos sobre a problemática do suicídio e visam a educação e consciencialização, em particular os adolescentes e jovens, sobre os atos suicidas (Berman, 2009; Shaffer & Gould, 2000; Waldvogel et al., 2008).

Pese embora persista alguma controvérsia, pode afirmar-se com segurança que os programas que abordam a temática do suicídio, aumentam o conhecimento dos estudantes, influenciam de forma positiva as suas atitudes, potenciam a capacidade de autoajuda e de procura de recursos adequados para os seus pares, sem que se constate evidência em efeitos indesejáveis, como por exemplo aumentar níveis de desesperança ou motivar para o suicídio (Brás & Santos, 2014; Burns & Rapee, 2006;

Ciffone, 2007; Diekstra, 2008; McLoughlin, et al., 2015; Santos et al., 2014b; Whitney, Renner, Pate & Jacobs, 2011).

A nível nacional, salienta-se uma ação de sensibilização para a prevenção dos atos suicidas, dirigida a jovens do ensino secundário (Brás, 2013), com os objetivos de promover atitudes pró-ativas em relação à prevenção do suicídio, reduzir estigma e mitos sobre os atos suicidas, aumentar o reconhecimento de sinais de alarme, desenvolver competências de procurar ajuda perante casos de risco e prestar informação sobre os serviços de apoio disponíveis na escola e na comunidade. Apresentou resultados favoráveis ao nível da aquisição de conhecimentos e atitudes adequadas (Brás & Santos, 2014).

Outros programas existem que elencam um conjunto de estratégias que visam a promoção de saúde mental nas escolas, nomeadamente o FelizMente (http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/) e o Projeto ES´COOL (Tomé et al., 20017), através do aumento da literacia em saúde mental.

- **Desenvolvimento de competências**

Estas intervenções contemplam fortalecimento dos fatores protetores em relação à conduta suicidária e podem ser conjugadas com programas psicoeducacionais. É consensual que estas ações devem dar primazia a intervenções com metodologia interativa que promovam o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas, da auto-estima, do autocontrolo e da impulsividade, das competências de tomada de decisão, das competências comunicacionais, da gestão emocional, entre outros aspetos protetores em relação à conduta suicidária (Brás & Santos, 2014; Frasquilho, 2009; Walsh & Eggert 2007).

A nível nacional o Aventura Social (http://aventurasocial.com/) tem desenvolvido trabalho intenso, com inúmeras atividades que se debruçam sobre promoção da saúde e comportamento social.

- **Formação de porteiros sociais**

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio elege a formação de porteiros sociais, e em particular em contexto escolar, como uma estratégia importante para a prevenção de atos suicidas, reportando eficácia na identificação de adolescentes em risco e na promoção da primeira ajuda, na avaliação e referenciação para acompanhamento especializado (DGS, 2013).

Esta estratégia contempla a educação e treino de pessoas que mantêm contacto de proximidade com os jovens no contexto comunitário (médico de família, bombeiro, padre, polícia) ou escolar (agentes educativos) (Berman, 2009; Brás & Santos, 2014; DGS, 2013; Isaac et al., 2009; Moskos, Olson, Halbern & Gray, 2007; Pompili et al., 2011).

Podem ser incluídos como porteiros sociais vários tipos de profissionais ou agentes sociais, sendo considerados em dois grupos: designados e emergentes (Ramsay, Cooke & Lang, 1990). Os porteiros sociais designados incluem-se os profissionais da área da saúde (médicos de família, médicos do INEM, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social e outros profissionais dos serviços de saúde) com treino e formação para intervir em situações de risco de suicídio. Os porteiros sociais emergentes referem-se a elementos da comunidade sem formação prévia formal, mas com condições e após treino específico, reunir capacidade para intervir de forma eficaz, identificando e encaminhando precocemente pessoas em risco. Podem incluir-se neste grupo os bombeiros, taxistas, professores, sacerdotes, farmacêuticos, agentes de autoridade, cuidadores e pessoas disponíveis e com maior sensibilidade, trabalhadores em escolas, estabelecimentos prisionais, estabelecimentos militares, locais de diversão, líderes da comunidade, entre outros (Brás, 2013; DGS, 2013; Isaac et al., 2009; Ramsay et al., 1990).

Alguns autores sugerem que a família e amigos podem desempenhar o papel de porteiros sociais atendo à sua relação de proximidade (Moskos et al., 2007; Tompkins, Witt & Abraibesh, 2009). A formação de porteiros sociais pode, neste sentido, ser dirigida a jovens, que sendo treinados podem reconhecer pares em risco de suicídio e procurarem ajuda. Esta formação dirigida aos pares reveste-se de particular importância uma vez que pelas relações próximas que estabelecem, tendem a partilhar o seu sofrimento. A título de exemplo, King et al. (2006), num programa de prevenção que envolveu 1.019 alunos, incluíram a formação de porteiros sociais dirigidos a alunos. O programa deu enfoque à identificação precoce de sinais e à capacidade de ajudar e encaminhar os colegas em risco de suicídio. Os resultados obtidos realçam que os jovens que tiveram acesso à formação específica estavam mais aptos a identificar colegas em risco, mais confiantes e competentes para prestar ajuda. Os autores realçam que o contacto com familiares ou colegas com comportamentos suicidas confere maior confiança na ajuda aos colegas.

No que diz respeito à identificação de potenciais porteiros sociais que podem integrar equipas de prevenção do suicídio, tem sido enfatizado a importância de algumas características da personalidade, tais como a empatia, a tolerância, a capacidade de envolvimento em experiências que impliquem sentimentos e valor (Peixoto et al., 2014).

A formação de porteiros sociais deve incluir conteúdos acerca dos fatores de risco, sinais de alerta, falsas crenças e mitos sobre o suicídio, diretrizes para intervenção em crise suicida, encaminhamento para os cuidados especializados, os recursos escolares e comunitários, entre outros (Brás & Santos, 2014; Isaac et al., 2009; Pompili et al., 2011).

A experiência prévia e conhecimento das características da comunidade em determinadas áreas de intervenção, nomeadamente no meio escolar, estão claramente associadas a um aumento de conhecimentos dos fatores de risco e ao reconhecimento de jovens e risco e à sua correta referenciação. Contudo, constata-se que pessoas sem conhecimentos prévios ou aparentemente sem características específicas para assumir o papel de porteiros sociais, demonstraram mudanças consideráveis após programas de formação breves, sobretudo ao nível do conhecimento adquirido, da capacidade de persuasão acerca da necessidade de aceitar ajuda, na habilidade em questionar diretamente as ideias de suicídio, na eficácia da intervenção e no reconhecimento de situações de risco (Cross et al., 2011; Peixoto et al., 2014)

Os programas de formação de porteiros sociais em contexto escolar têm sido os mais comuns, e justificam-se pela evidência de que os conhecimentos sobre o suicídio e estratégias preventivas entre os agentes educativos são bastante deficitários, pelo que, e pelo seu privilegiado acesso aos adolescentes são alvos importantes deste tipo de intervenção preventiva (Brás & Santos, 2014; DGS, 2013; Schouller & Smith, 2002; Tompkins et al., 2009).

Com uma posição estratégica para identificarem sinais de alerta nos adolescentes, os professores denunciam não ter um conhecimento muito alargado sobre o suicídio (Franklin, Kim, Ryan, Kelly, & Montgomery, 2012; MacDonald, 2004), sentem-se incapazes para lidar com alunos com doença mental (Rothi, Leavey, & Best, 2008) e raramente reconhecem jovens em risco e prestam a assistência necessária (Schouller & Smith, 2002; Tompkins et al., 2009).

Os psicólogos escolares admitem a necessidade de formação adicional para intervir com jovens suicidas. Estes elementos da comunidade educativa e os profissionais da área da saúde mental que colaboram com a escola assumem, portanto, um papel de relevo na prevenção do suicídio em jovens (Berman, 2009; Franklin et al., 2012). Miller (2011) refere que devem acolher a liderança e a responsabilidade pelo desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas de prevenção do suicídio, bem como pela formação de novos porteiros sociais.

Em Portugal, apesar de escassos, tem havido alguns programas implementados nas escolas que incluem os porteiros sociais como elementos importantes no desenvolvimento dos mesmos, como é o exemplo do Programa + Contigo (Santos et al., 2014a; Santos et al., 2018), em que se destacam os profissionais de saúde, os professores, os psicólogos e os assistentes operacionais.

- **Atividades de pósvenção**

Estas ações são desenvolvidas quando ocorre o suicídio de um jovem membro de uma escola. Este acontecimento não afeta apenas os jovens, mas também todos os profissionais da comunidade educativa (Brás & Santos, 2014).

Santos e Tavares (2014) referem ser necessário intervir de forma a restabelecer o equilíbrio escolar, em que os alunos após a perda de um colega por suicídio recuperem motivados e emocionalmente estabilizados.

Estas intervenções especificamente dirigidas aos sobreviventes ou enlutados por suicídio tem objetivos muito concretos tais como facilitar a resolução do processo de luto, identificar e referenciar alunos em situação de risco, restabelecer o clima escolar saudável, diminuir o estigma associado ao suicídio e fornecer informações adequadas sobre os recursos escolares e comunitários disponíveis (Andriessen & Krysinska, 2012; Jordan & McIntosh, 2011; Schneider et al., 2011). Este evento traumático para além da procura de explicações para o suicídio, gera reações emocionais intensas como sentimentos de culpabilização e raiva, choque, descrença e negação, abandono ou rejeição, entre outros. Revestindo-se de extrema pertinência na população adolescente pelo risco de suicídio por imitação, é necessário intervir de forma a mitigar o stress, o medo, a revolta, a culpa, e sobretudo prevenir a identificação com o comportamento suicida e prevenir a imitação ou contágio (Erse, Santos, Simões, Façanha, Marques, 2012; Sampaio, 2002; Schneider et al., 2011; Sveen e Walby, 2008).

Apesar de o Plano Nacional de Prevenção identificar como uma prioridade, em Portugal são parcas as experiências em pósvenção e carecem na maioria de avaliação da sua eficácia sendo, contudo, de salientar contributo incontornável de Sampaio (2002) e do Núcleo de Estudos do Suicídio, pioneiros na prevenção e nas intervenções de pósvenção de comportamentos suicidários nas escolas, sobretudo na região da grande Lisboa.

Destaca-se ainda que no âmbito do Programa + Contigo, em 2009, foi desenvolvida uma intervenção de pósvenção dirigida a alunos do 7º ano e formação de porteiros sociais dirigida a agentes educativos e ação de sensibilização a pais e encarregados de educação, numa escola da região centro. Com a dinamização da intervenção de pósvenção dirigida aos alunos, com 3 sessões distintas e 2 momentos de avaliação (antes e depois a intervenção) foram alcançados ganhos significativos como o aumento do autoconceito e do coping ativo e a diminuição da sintomatologia depressiva. Outros proveitos positivos foram diminuição dos sentimentos de culpa e revolta vivenciado pelos adolescentes enlutados, o reassumir de papéis anteriormente ocupados pela suicida, o aumento de horas disponíveis para atendimento no gabinete de apoio ao aluno, dinamização de outras atividades de promoção de saúde mental, referenciação de situações de risco, melhor articulação com os profissionais de saúde da área de referência, elevada adesão da comunidade educativa (docentes, psicólogos, assistentes operacionais, pais/encarregados de educação) na sensibilização realizada, a formação de 16 porteiros sociais na escola e a ausência de registo de casos de repetição (comportamentos autolesivos ou atos suicidas) após um ano da data do suicídio (Erse et al., 2012; Santos et al., 2018).

- **Programas multinível**

Os programas multinível associam duas ou mais estratégias referidas anteriormente.

Neste tipo de abordagem, quando devidamente coordenadas e planeadas permitem criar sinergias entre todas as intervenções potencializando os efeitos desejados, sendo alcançada uma maior efetividade em termos da prevenção do suiciídio (Brás & Santos, 2014)

Um exemplo deste tipo de abordagem é o Programa Aliança de Nuremberg contra a Depressão, que envolve quatro níveis de intervenção: treino de médicos de família e suporte através de diferentes métodos; uma campanha pública informativa sobre depressão; parceria com facilitadores da comunidade (professores, padres, media local, etc.) e suporte para atividades de autoajuda, assim como para grupos de alto

risco de suicídio. Verificou-se uma redução na frequência de atos suicidas, em Nuremberg, de 19% e 24% durante o primeiro e o segundo ano do programa, respetivamente, em relação ao grupo de controlo. Este projeto foi expandido para outras regiões da Alemanha e esteve na origem da Aliança Europeia contra a Depressão em 2004, que conta com o envolvimento de 16 países Europeus (Chachamovich et al.,2009).

No contexto nacional, o Programa + Contigo, com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Administração Regional de Saúde do Centro como entidades promotoras, desenvolve a sua estratégia preventiva ao nível dos adolescentes, realizando uma intervenção com 2 momentos de avaliação e 5 de intervenção ao longo dos anos. Tem revelado bons resultados em termos do desenvolvimento de competências sociais e pessoais, redução do estigma, redução da sintomatologia depressiva, aumento da coesão grupal e melhoria do bem-estar grupal. Contempla simultaneamente sensibilizações sobre a temática da adolescência, estigma e comportamentos suicidários dirigida a pais e encarregados de educação agentes educativas e comunidade no geral. Inclui ainda a formação dirigida a profissionais de saúde e formação de porteiros sociais. Acresce ainda uma maior articulação com os cuidados de saúde primários e uma rede de entidades de saúde com serviços de saúde mental para onde são referenciados os adolescentes em risco (Erse et al., 2016; Santos et al., 2014a; Santos et al., 2018; Simões et al., 2018).

Pelo que foi abordado previamente pode concluir-se que a prevenção do suicídio nos adolescentes revela-se extremamente pertinente e necessária. Com populações-alvo diversificadas, foram salientadas inúmeras experiências de programas de prevenção da depressão e suicídio em adolescentes que têm como estratégias fulcrais de atuação o combate ao estigma da doença mental e do suicídio, a deteção precoce de sinais e sintomas da depressão e dos fatores de risco e sinais de alarme do suicídio, a referenciação atempada para a ajuda especializada, a promoção de comportamentos de procura de ajuda e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5- METODOLOGIA

A realização de um estudo de pesquisa exige a utilização de uma metodologia científica, tendo em conta os objetivos delineados, envolve um conjunto de etapas e procedimentos que é necessário considerar.

Este capítulo contempla a delimitação da problemática da investigação, a apresentação dos objetivos do estudo, a descrição da metodologia adotada no processo de tradução e adaptação para a população portuguesa do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scouller e Smith (2002), definição da amostra selecionada, especificando os critérios de seleção e as suas características gerais, a apresentação do instrumento de recolha de dados utilizado, dos procedimentos de recolha de dados, os aspetos éticos tidos em conta, do estudo de fidelidade do instrumento e por fim do tratamento estatístico.

5.1- PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

A adolescência está geralmente associada a período de oportunidades, de saúde e bem-estar (Papalia & Feldman, 2013; Santos, 2008), contudo para alguns adolescentes pode ser vivenciada como um período de crise e de grande sofrimento mental em que são prevalentes a angústia, a depressão e a desesperança (Gleitman et al., 2009; Monteiro e Confraria, 2014; Santos et al., 2014a; Shaffer e Kipp, 2014) e que podem culminar com a adoção de comportamentos da esfera suicidária (Abreu et al., 2010; Borges & Werlang, 2006; Monteiro et al., 2015; Saraiva, 2006).

O suicídio representa a segunda causa de morte na faixa etária dos 15-19 anos, e no grupo dos 15 aos 34 anos corresponde a terceira causa de morte (Callahan et al., 2012; DGS, 2013; WHO, 2014; Venta & Sharp, 2014; Silveira & Fonte, 2014). Anualmente cerca de 164 mil adolescentes perdem a vida por suicídio e estima-se que 4 milhões façam tentativas de suicídio (Hawton et al., 2012; Picazo-Zappino, 2014; Venta & Sharp, 2014).

Estes dados alarmantes refletem que os comportamentos suicidários nos adolescentes representam um grave problema de saúde mental e pública a nível mundial, com importantes repercussões sociais, familiares e económicas (WHO,

2014), sendo por isso entendido como uma área de intervenção prioritária em termos de prevenção. O princípio básico para uma resposta efetiva na prevenção do suicídio baseia-se na identificação dos diversos fatores de risco relevantes para o contexto e consequente atenuação através da implementação de intervenções adequadas (WHO, 2014).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio elege os adolescentes como um grupo de risco para o suicídio (DGS, 2013) em que a valorização dos comportamentos da esfera suicidária por parte de todos aqueles que fazem parte do seu universo relacional (amigos, pais, agentes educativos, elementos da comunidade em geral e profissionais de saúde) é crucial, implicando não só a compreensão destes fenómenos relacionados com as vulnerabilidades inerentes à adolescência, mas também a identificação dos fatores de risco e sinais de alarme e de proteção associados, fulcrais para a identificação precoce de adolescentes em risco, prestação da primeira ajuda e referenciação para os cuidados de saúde mental (Braga & Dell`Aglio, 2013; Erse et al., 2016; Santos et al., 2014b; Whitlock, 2010). Por outro lado, é assumido que a decisão de cometer suicídio não ocorre de forma imediata (Krüger e Werlang, 2010; Saraiva e Gil, 2014; Werlang, et al., 2005) e que os indivíduos suicidas exibem sinais de risco e comunicam a intenção de morrer (Isaac et al., 2009; Jones et al. 2015; Miller, 2011; OE, 2012; Santos et al., 2016; Saraiva, 2006). Sobressai destes aspectos a importância do papel que pessoas que mantêm um contacto privilegiado com os adolescentes, independentemente do contexto, podem ter na prevenção dos comportamentos suicidários nesta população.

A falta de conhecimento sobre causas, fatores de risco e sinais de alarme para o comportamento suicidário, opções de intervenção e tratamento, particularmente no âmbito da doença mental, e a influência do estigma que persiste acerca da doença mental e suicídio podem conduzir ao menosprezo do risco por parte dos profissionais de saúde e das pessoas mais próximas (Brás, 2013; Isaac et al., 2009; Jones et al., 2015; Miller, 2011; OE, 2012; Santos et al., 2014b), pelo que o investimento na formação dos profissionais de saúde e de outros elementos da comunidade é uma prioridade.

O conteúdo funcional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, explanado no Regulamento de Competências Específicas (OE, 2011), contempla a definição do diagnóstico de saúde mental, de avaliação de risco e da prescrição de intervenções autónomas de enfermagem dirigidas à pessoa, família ou grupo com comportamentos

suicidários, mobilizando, para tal, competências psicoterapêuticas, psicossocias e psicoeducacionais para desenvolver intervenções adequadas, sigificativas e eficazes em termos da prevenção de comportamentos suicidários.

Para além deste aspecto, o conteúdo funcional do enfermeiro especialista identifica que faz parte das suas funções coordenar, desenvolver e implementar programas psicoeducacionais e treino em saúde mental, através de intervenções psicoeducativas que promovam o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, que neste contexto envolvem os comportamentos suicidários. É precisamente neste ponto que reside a pertinência deste estudo. Os enfermeiros especialistas em saúde mental, pela sua formação académica e experiência profissional, reúnem condições e competências para conceber, implementar e avaliar programas de formação ou ações psicoeducaionais, dirigidas a diferentes grupos, como enfermeiros e outros profissionais de saúde, porteiros sociais e comunidade em geral, de forma aumentar a literacia em saúde mental e comportamentos suicidários, o aumento de conhecimentos acerca de sinais de alarme, fatores de risco e de proteção que permitam o reconhecimento do risco de suicídio e aumentar as competências sobre como ajudar alguém em risco de suicídio e a importância do encaminhamento para os serviços de saúde especializados.

O enfermeiro de saúde mental deve acolher este importante desafio e contribuir para a implementação das orientações do Plano Nacional de Prevenção do suicídio (DGS, 2013), integrando os subsídios de outras áreas da saúde e da educação. A nível nacional não existem instrumentos de medida validados que permitam avaliar os conhecimentos existentes acerca do suicídio, e em particular nos adolescentes, imprescindíveis para identificar as necessidades formativas nos diferentes contextos, que em certa medida permitirão a conceção dos conteúdos programáticos mais ajustados, mas também para garantir a avaliação/monitorizaçãodos resultados e ganhos em saúde e habilidades clínicas. Neste sentido, e após extensa pesquisa, foi identificado o Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scouller e Smith (2002) (Anexo 1) como um instrumento de medida de fácil aplicação, útil e adequado no contexto desta investigação.

5.2 - OBJETIVOS E TIPO DE ESTUDO

Foram delineados os seguintes objetivos para este estudo:

- Traduzir, adaptar e validar o Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scouller e Smith (2002) para a população portuguesa;
- Determinar o nível de conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes;
- Analisar a relação existente entre os resultados do instrumento (ASBQ versão portuguesa) com algumas variáveis sociodemográficas, a formação na área da prevenção do suicídio e o contacto prévio com o fenómeno.

Atendendo aos objetivos do estudo e ao processo de construção da investigação, a opção metodológica recaiu numa abordagem de natureza quantitativa, considerando-se pertinente a realização de um estudo de validação e adaptação transcultural de um instrumento de medida e um estudo descritivo-correlacional. Considera-se um estudo descritivo porque se procura avaliar a situação de algumas variáveis na amostra em estudo, com a presença ou não de um fenómeno, a frequência com que ocorre, onde e quando está presente esse fenómeno, e correlacional porque pretende analisar um determinado fenómeno e os fatores a ele associados. No estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações (Fortin, 2003).

5.3 - HIPÓTESES

Tendo em consideração os objetivos supramencionados foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é diferente em função da variável género;

Hipótese 2: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é diferente entre os Enfermeiros, Médicos, Professores e Psicólogos;

Hipótese 3: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é maior em função da realização de formação na área da Prevenção do suicídio;

Hipótese 4: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é maior em função do contacto prévio com situações de suicídio.

5.4- PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO ADOLESCENT SUICIDE BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE (ASBQ)

O processo de tradução, adaptação cultural e validação do ASBQ foi desenvolvido através de um conjunto de procedimentos de modo a garantir a equivalência linguística, cultural e métrica dos conceitos em estudo.

A tradução dos enunciados constitutivos das escalas de natureza psicossocial tem por objetivo permitir aos participantes exprimir na sua própria língua as *nuances* de certas características tais como o humor, os sentimentos, etc., de maneira que sejam equivalentes aos estudos relatados na língua original (Fortin, 2003).

Após receber a autorização formal dos autores do instrumento para a sua tradução e adaptação cultural e linguística para a língua Portuguesa, iniciou-se o estudo (Anexo II).

O grande desafio da tradução de instrumentos de colheita de dados encontra-se no facto do tradutor, não só necessitar de traduzir para uma língua, mas também para uma cultura. Viana e Madruga (2008) refere que para além do processo de tradução, é exigida a adaptação cultural para que a validade de conteúdo na nova língua e população seja mantida.

A adaptação transcultural do ASBQ foi realizada utilizando uma metodologia que visa testar as suas propriedades psicométricas e equivalência para a população portuguesa. A técnica utilizada para assegurar uma boa tradução foi o sistema de *back translation* (Fortin, 2003).

Num primeiro momento a questionário ASBQ foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa, por duas tradutoras bilingues, cuja língua materna é o português. A literatura preconiza que este processo deve ser realizado por tradutores bilingues, cuja língua-mãe e cultura sejam aquelas para as quais se está a aferir a tradução (Reichenheim & Moraes, 2007).

Para avaliar a versão obtida relativamente à equivalência conceptual foi realizado um primeiro painel de peritos na área em estudo, com a participação de três enfermeiros da área de saúde mental e psiquiatria, foram aceites como equivalentes os itens que obtiveram concordância entre os especialistas (Apêndice I).

A versão assim obtida foi novamente traduzida para língua inglesa, o idioma de origem, por outros tradutores bilingues independentes, que não tinham conhecimento prévio do questionário, num processo de *back-translation.*

As propriedades psicométricas do ASBQ - versão portuguesa foram analisadas em termos fiabilidade e validade. Segundo Fortin (2003) a fidelidade refere-se à avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio. Pode ser avaliada de 4 formas distintas: estabilidade, consistência interna, equivalência e harmonização das medidas dos diferentes observadores. A validade refere-se ao grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio instrumento, e pode ser avaliada de diferentes formas: validade de conteúdo, critério e construto.

No presente estudo procedeu-se à avaliação da consistência interna, da validade de conteúdo e da validade de construto.

Para estimar a consistência interna recorremos ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach que, segundo Fortin (2003) é a técnica mais frequentemente utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento quando existem várias opções de resposta com diferentes pontuações. Segundo a autora, o valor do alfa de Cronbach varia de 0,00 a 1,00, sendo que o valor mais elevado denota maior consistência interna. Como referem Bryman e Cramer (1992) este coeficiente deve ser idealmente igual ou superior a 0,7 para revelar uma elevada fidelidade. Segundo os mesmos autores, citando Cohen e Holliday, valores entre 0,20 e 0,30 revelam reduzida consistência interna, entre 0,40 e 0,69 moderada, entre 0,70 e 0,89 elevada e de 0,90 a 1,00 muito elevada.

A validade de conteúdo está relacionada com a representabilidade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir e está diretamente ligada à concetualização. Esta abordagem apoia-se no quadro teórico existente, realizando-se com frequência o julgamento por peritos que ocorre através de um painel de peritos que examina em que medida o instrumento traduz o fenómeno que se quer estudar, avaliando assim o seu conteúdo (Fortin, 2003). A validade de constructo consiste em validar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida e verificar hipóteses de associação (Fortin, 2003), referindo-se ao grau em que um instrumento de medida se relaciona consistentemente com outras medições semelhantes da mesma teoria e conceito que estão a ser medidos

Atendendo à inexistência de outros instrumentos de medida validados para a população portuguesa para avaliar os conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes, para validade de constructo recorreu-se à avaliação por um painel de peritos.

As duas versões do ASBQ foram analisadas por um segundo painel de peritos, com o objetivo de produzir a versão final do instrumento, garantindo a adequação da tradução, a validade de conteúdo e preservando a reprodutibilidade do mesmo (Fortin, 2003). Este painel de peritos foi constituído por seis elementos da equipa multidisciplinar da Consulta de Prevenção Suicídio (psiquiatras e enfermeiro especialista em saúde mental) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

O contributo destes especialistas foi organizado segundo a técnica de Delphi, que tem como objetivo encontrar um consenso de opiniões de vários peritos. Esta técnica tem por base a utilização estruturada de conhecimentos e experiências de um painel de especialistas, partindo do pressuposto que o julgamento em conjunto é melhor que a opinião de um só indivíduo (Almeida, Spínola, & Lancman, 2009). A análise deste painel de peritos centrou-se na pertinência das afirmações que integram o ASBQ, compararam as várias versões quanto à equivalência idiomática e conceptual do conteúdo dos itens e no que diz respeito à semântica. Nesta comparação encontraram-se algumas divergências residuais, a nível linguístico e conceptual. Foram analisados e corrigidos os itens divergentes de forma a terem uma maior correção gramatical, e obter uma equivalência semântica, linguística e conceptual (Apêndice 1). Desta análise resulta a versão final do ASBQ versão portuguesa.

Foi realizado um pré-teste com uma amostra de 15 indivíduos, com o objetivo de identificar possíveis dificuldades na aplicação do instrumento. Uma vez que não foram observadas dificuldades na compreensão dos enunciados apresentados, nem surgiram dúvidas relativas ao formato e conteúdo dos mesmos, a versão não necessitou de ser reformulada passando, deste modo, a ser considerada como versão final.

5.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

No planeamento de um trabalho de investigação o investigador carateriza a população a ser estudada. Segundo Fortin (2003) esta compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que a constituem, e que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo diz respeito aos elementos que o investigador quer estudar. A mesma autora refere ainda que a descrição da população fornece uma boa ideia sobre a generalização dos resultados. De forma a concretizar os objetivos propostos, torna-se imprescindível definir a população-alvo a

ser estudada, constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

A inclusão neste estudo requeria os seguintes critérios:

- O inquirido ter 18 ou mais anos;
- O inquirido ter nacionalidade portuguesa.

Identificada a população alvo, impõe-se a determinação dos elementos que constituirão a amostra, representando um subgrupo da população (Sampieri, Collado, e Lucio, 2006). Fortin (2003, p. 41) refere que a amostra "é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo", sobre a qual o investigador deseja fazer generalizações.

O método de amostragem neste estudo é designado por não probabilístico, uma vez que cada elemento da população, não tem igual probabilidade de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 2003) e, é do tipo acidental, pois a amostra "é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (…) e os sujeitos são incluídos no estudo (…) até a amostra atingir o tamanho desejado" (Fortin, 2003, p. 208; Sampieri et al., 2006).

5.6 - VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para Fortin (2003, p. 376), as variáveis são "qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação" que assumem diferentes valores e que podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo os objetivos e as questões inicialmente formuladas.

Tendo em conta os objetivos delineados que orientam o presente estudo foram tidas em linha de conta as seguintes variáveis:

- Nível de conhecimentos sobre o comportamento suicida nos adolescentes avaliado pela percentagem de respostas corretas ou incorretas ou incertas do ASBQ - versão portuguesa.
- Género – questão de resposta fechada, dicotómica, com opção de resposta Feminino/Masculino;
- Idade – medida em anos, através de uma questão de resposta aberta;

- Estado civil – correspondente às qualidades que definem o estado pessoal e que podem constar no registo civil. Questão de resposta fechada com cinco alternativas: Solteiro(a); Casado(a)/ União de facto; Divorciado(a) ou Viúvo(a);
- Filhos – questão de resposta fechada para averiguar se o inquirido tem filhos, com opção de resposta Sim /Não
- Nacionalidade – questão de resposta aberta que remete para o país de origem do inquirido.
- Distrito de Residência - questão de resposta aberta para identificar o distrito;
- Habilitações literárias: respeitante ao grau de instrução que os indivíduos têm. Questão fechada com seis alternativas: Ensino Básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe); Ensino Básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano); Ensino básico – 3º ciclo (Curso geral dos liceus – 9º ano); Ensino Secundário (Curso complementar dos Liceus); Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento
- Formação Superior: questão de resposta aberta para identificar especificamente a área de formação;
- Profissão: questão de resposta aberta para identificar especificamente a área profissional exercida;
- Situação profissional: respeitante à situação profissional atualmente. Questão fechada com seis alternativas: Empregado(a); Desempregado(a); Reformado(a); Estudante (a) ou Outra;
- Formação na área da prevenção do suicídio: questão de resposta fechada para averiguar se o inquirido tem formação específica na área, com opção de resposta Sim /Não
- Entidade organizadora da formação: questão aberta para descriminar a entidade formadora;
- Carga horária da formação: questão de pergunta aberta para determinar o número de horas da formação realizada;
- Contacto prévio com suicídio: referente à experiência do inquirido em relação à exposição ao suicídio. Questão fechada, com opção de resposta sim/não;
- Nível de contacto: respeitante ao contexto da perda por suicídio. Questão de resposta fechada com 3 opções: Familiar, Amigos e/ou Comunidade.

5.7 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para concretizar os objetivos do estudo foi construído um instrumento de colheita de

dados e apresentado sob a forma de questionário. Este é composto por uma ficha de dados sociodemográficos dos elementos da amostra e pelo ASBQ versão portuguesa (ANEXO III).

A **Parte I** do instrumento é composta por 16 questões abertas e fechadas relativas a variáveis sociodemográficas: género, idade, estado civil, filhos, nacionalidade, distrito de residência, habilitações literárias, formação superior, profissão, tempo de exercício profissional, situação profissional, formação na área da prevenção do suicídio, entidade promotora da formação, carga horária da formação, contacto prévio com suicídio e o nível de contacto.

A **Parte II** é constituída pelo Questionário Sobre os Comportamentos Suicidários nos Adolescentes – ASBQ versão portuguesa.

O Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) é um questionário desenvolvido por David Smith e Kylie Scouller para avaliar os conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes. A sua construção foi baseada numa extensa e compreensiva análise da literatura científica sobre a temática dos comportamentos suicidas em adolescentes, para além de contar com o contributo de um vasto painel de peritos na área da saúde mental e suicidologia. Foi considerado um instrumento de fácil compreensão, claro e útil (Smith & Scoullar, 2001; Scouller & Smith, 2002).

É um questionário multidimensional, composto por 41 afirmações ou itens sobre a temática dos comportamentos suicidários nos adolescentes, distribuídas por 5 domínios distintos, sendo solicitado ao respondente que indique o seu grau de concordância relativamente a cada afirmação (Smith & Scoullar, 2001; Scouller & Smith, 2002; Heitkamp, 2011). Os 41 itens são distribuídos da seguinte forma pelos diferentes domínios:

Dados demográficos e estatísticos: itens 14, 17, 19, 29, 34, 35 e 37;

Fatores de risco: encontram-se subdivididos em Tentativa anterior (itens 20 e 39), Doença mental (itens 5, 10, 27 e 30), Fatores cognitivos (itens 13, 15 e 32) e Fatores pessoais familiares e sociais (itens 3, 4, 8, 26, 33, 36, 40 e 41);

Fatores precipitantes: itens 11, 22, 28 e 38;

Sinais de alarme: itens 1, 6, 7, 16, 18, 23 e 24;

Prevenção e tratamento: itens 2, 9, 12, 21, 25 e 31.

Para cada afirmação ou item existem 5 opções de resposta: “Concordo totalmente; “Concordo”; “Não Sei”; “Discordo” e “Discordo totalmente”.

Existem 19 itens invertidos, sendo eles os seguintes: itens 1, 2, 6, 9, 13, 14, 15, 16, 18, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 37, 38, 39 e 41, distribuídos pelos 5 domínios do questionário, em que a resposta correta corresponde às opções Discordo totalmente e Discordo.

A análise dos resultados sugerida pelos autores é obtida pela percentagem de resposta corretas, incorretas e indecisas, que traduz o nível de conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes na amostra em estudo. O nível de conhecimentos é pobre quando a percentagem de respostas corretas é inferior a 60%, é moderado quando a percentagem de respostas corretas varia entre 60% e 79%, bom quando a percentagem de respostas corretas varia entre 80% e 89% e muito bom quando superior ou igual a 90% de respostas corretas. Sugerem igualmente uma análise em temos de Forças (repostas corretas) e Fraquezas (respostas incorretas e indecisas) pelos diferentes domínios que compõe o questionário.

Da opção da investigadora, para facilitar o estudo estatístico de validação, é incluído um estudo estatístico de natureza descritiva e inferencial. Para esse efeito, a cada afirmação ou item existem 5 opções de resposta que se encontram formuladas numa escala de Likert de 5 pontos: 1 -“Concordo totalmente; 2-“Concordo”; 3 – “Não Sei”; 4 – “Discordo” e 5 - “Discordo totalmente”.

As respostas corretas pontuam 2 pontos (Concordo totalmente e concordo), as respostas incorretas pontuam 0 pontos (Discordo e Discordo totalmente). As respostas indecisas têm a pontuação de 1 ponto.

Os itens invertidos, já atrás mencionados, a resposta correta corresponde às opções Discordo totalmente e Discordo, pontuando nestes casos 2 pontos.

Depois das devidas inversões, a média dos itens fornece a cotação do questionário cuja pontuação total oscila entre 0 e 82, atendendo a que esta está cotado no sentido positivo, a obtenção de uma pontuação mais alta reflete um maior conhecimento sobre a temática dos comportamentos suicidas na adolescência.

Para além do questionário é solicitado ao respondente que avalie o quanto se considera informado acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes através de uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre o “Nada Informado” e o “Muitíssimo informado” pontuados entre 1 e 5 pontos respetivamente. Esta escala é

preenchida em dois momentos diferentes – imediatamente antes do preenchimento do questionário ASBQ versão portuguesa e após o mesmo.

5.8 - PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS E PRINCÍPIOS ÉTICOS

A presente investigação inscreve-se no campo das ciências humanas e, por essa razão, torna-se imperativo ter em conta desde o início da investigação as considerações éticas, de forma a garantir a salvaguarda dos direitos e liberdades da pessoa (Fortin et al., 2009).

De acordo com as *guidelines* de pela *American Psychological Association* (2010), a recolha de assinatura no consentimento informado em questionários disseminados *online* é dispensável. O acesso ao questionário propriamente dito só é possível após leitura da informação prévia com a justificação, conteúdo e o objetivo do estudo, bem como da garantia do anonimato, da confidencialidade dos dados e da participação voluntária, em que o inquirido seleciona a opção “Seguinte” ou “Próximo”. Alessi e Martin (2010) e a *Association of Internet Researchers* (AIR, 2013) acrescentam que em questionários *online* é utilizado um consentimento passivo, na medida em que os inquiridos ao preencherem integralmente o questionário e submeterem os seus dados, presume-se que concordaram participar.

No presente estudo foram respeitados todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica. Tendo em conta o princípio da autodeterminação, a participação dos inquiridos foi totalmente voluntária, após consentimento informado passivo (Anexo IV), assegurando-se o sigilo e confidencialidade dos dados.

O questionário de investigação foi elaborado na plataforma *Surveymonkey*® e foi disponibilizado via internet através de link https://pt.surveymonkey.com/r/9V2M7ZB e os participantes foram convidados a participar por correio eletrónico, em redes sociais, e através de contactos profissionais.

O software, denominado Surveymonkey (http://surveymonkey.com), foi desenvolvido com a finalidade de facilitar diversas ações *online*, inclusive a de recolher e analisar dados de forma segura, sem identificar os inquiridos. A participação *online* em estudos tão considerados inócuos porque permitem o anonimato e é completamente voluntária, os participantes podem desistir do preenchimento do questionário a qualquer momento (AIR, 2013); Faleiros et al. 2016; Fleming & Bowden, 2009).

A recolha de dados foi efetuada nas semanas de 28/9/2013 a 28/12/2013.

5.9 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, foram tratados informaticamente, utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.00 para Windows 7.

Da análise dos dados faz parte o estudo descritivo e análise inferencial.

Em relação à estatística descritiva, determinamos:

- Frequências absolutas e percentuais;
- Medidas de tendência central (média);
- Medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão)

Em relação à análise estatística inferencial foram aplicados os seguintes testes:

- Análise de variância ANOVA;
- T-student para amostras independentes;
- Alfa de Cronbach

Todos os testes foram aplicados ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

6- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Pretende-se neste capítulo dar a conhecer de uma forma reflexiva e sintética os resultados obtidos, evidenciando os que apresentam maior pertinência.

6.1- ANÁLISE DESCRITIVA

Relativamente à caraterização da amostra (Tabela 1), esta é constituída por um total de 842 indivíduos, todos de nacionalidade portuguesa, sendo que 74,23% são do género feminino. No que respeita à idade, a média de idades dos elementos da amostra é de 35,82 anos e desvio padrão de 11,09, sendo a idade mínima de 18 anos e a idade máxima de 72 anos.

Relativamente ao estado civil dos inquiridos, 45,25% são solteiros, 45,72% são casados ou em união de facto, 8,20% divorciados e 0,83% viúvos.

Constata-se igualmente que 44,77% dos elementos da amostra referem ter filhos.

No que respeita ao distrito de residência, verifica-se que a grande maioria (67,58%) são oriundos de distritos da zona do Centro, 16,51% pertencem à zona Norte; 10,48% são da região de Lisboa e Vale do Tejo, e os restantes 5,46% dos inquiridos são oriundos das zonas do Alentejo, Algarve, Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores e residentes atualmente no estrangeiro.

Quanto à escolaridade, 83,61% dos elementos da amostra possuem formação superior; seguido de 14,37% que possuem o ensino secundário, e 2,02% possuem o ensino básico 3º ciclo (equivalente ao 9º ano). Em relação à formação superior, e tendo como critério as designações da Direção-Geral do Ensino Superior, destaca-se que a maioria pertence à Área da Saúde (57,10%) e às Áreas de Direito, Ciências Sociais e Serviços (17,90%).

Atendendo à Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011), 71,56% dos inquiridos pertencem ao grupo designado por Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas e 12,38% pertencem ao grupo dos Técnicos e Profissões de Nível Intermédio. Do grupo dos Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, 81 são professores, 29 são psicólogos e 268 são profissionais da saúde, sendo que destes 87,31% são enfermeiros e 12, 69% são médicos.

Com experiência profissional, destacam-se 17,93% com [5 a 10[anos; seguidos de 17,23% com [10 a 15[anos e 16,39% com menos de 5 anos de experiência profissional. A média de tempo de exercício profissional foi de 12,31 anos, variando entre um mínimo de 0 anos e um máximo de 52 anos. 10, 81% dos elementos da amostra admitem não ter qualquer experiência profissional.

Quanto à situação profissional, 653 (77,55%) inquiridos referem estar empregados, 9,99% são estudantes, 8,19% estão desempregados, 1,54% estão na situação de reforma e 2,73% não se incluíram em nenhuma das anteriores situações.

Apenas 16,63% refere ter formação na área da Prevenção do Suicídio. Salientam-se como Entidades promotoras da formação: os Estabelecimentos de Ensino (31,43%), as Entidades/Instituições de Saúde (29,29%), as Sociedades Científicas (17,14%) e Projetos Específicos (7,85%). As formações tiveram diferentes cargas horárias, 21,43% refere ter tido até 7 horas de formação; 20,71% refere ter tido entre 8 horas a 14 horas de formação; 15% refere ter realizado formações de 15h a 21h e 14,29% refere ter feito mais de 22 h de formação.

Dos inquiridos, 471 referem ter estado expostos a situações de suicídio, destes 68,79% no contexto da comunidade, 27,60% referem o contexto de amigos e 27,39% no contexto familiar, tendo alguns inquiridos experienciado esta perda em mais do que um contexto.

Tabela 1 – Distribuição dos elementos da amostra segundo as variáveis em estudo (n=842)

		n=842	**%**	**M (DP)**
GÉNERO	Feminino	625	74,23	
	Masculino	217	25,77	
IDADE				35,82 (11,09)
ESTADO CIVIL	Solteiro (a)	381	45,25	
	Casado(a)/ União de facto;	385	45,72	
	Divorciado(a)	69	8,20	
	Viúvo(a);	7	0,83	

FILHOS	Sim	377	44,77	
	Não	465	55,23	
NACIONALIDADE	Portuguesa	842	100,00	
DISTRITO DE RESIDÊNCIA	Aveiro	68	8, 08	
	Beja	7	0,83	
	Braga	44	5,22	
	Bragança	2	0,24	
	Castelo Branco	7	0,83	
	Coimbra	402	47,74	
	Évora	3	0,36	
	Faro	9	1,07	
	Guarda	6	0,71	
	Leiria	35	4,16	
	Lisboa	60	7,13	
	Portalegre	1	0,12	
	Porto	79	9,38	
	Santarém	8	0,95	
	Setúbal	20	2,38	
	Viana do Castelo	7	0,83	
	Vila Real	7	0,83	
	Viseu	51	6,06	
	Região Autónoma da Madeira	7	0,83	
	Região Autónoma dos Açores	11	1,30	
	Outras (Residentes no estrangeiro)	8	0,95	
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Ensino Básico – 1º Ciclo (4ªc)	0	0,0	
	Ensino Básico – 2º Ciclo (6º ano)	0	0,0	
	Ensino básico – 3º ciclo (9º ano);	17	2,02	
	Ensino Secundário	121	14,37	
	Bacharelato/Licenciatura	513	60,93	
	Mestrado/Doutoramento	191	22,68	

FORMAÇÃO SUPERIOR	Área de Ciências	28	3,98	
	Área de Saúde	402	57,10	
	Área de Tecnologias	31	4,40	
	Áreas de Agricultura e Recursos Naturais	3	0,43	
	Áreas de Arquitetura, Artes Plásticas e Design	8	1,14	
	Áreas de Ciências da Educação e Formação de Professores	27	3,83	
	Áreas de Direito, Ciências Sociais e Serviços	126	17,90	
	Áreas de Economia, Gestão e Contabilidade	39	5,54	
	Áreas de Humanidades, Secretariado e Tradução	29	4,12	
	Educação Física, Desporto e Artes do Espetáculo	7	0,99	
	Ciências Militares/Policiais	4	0,57	
PROFISSÃO	Profissões das forças armadas	4	0,54	
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos	20	2,72	
	Especialistas das atividades intelectuais e Científicas	526	71,56	
	Técnicos e profissões de nível Intermédio	91	12,38	
	Pessoal administrativo	12	1,64	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	57	7,76	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da Floresta	1	0,14	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5	0,68	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	0,27	
	Trabalhadores não qualificados	2	0,27	
	Sem resposta	15	2,04	

TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (ANOS)	Sem experiência	91	10,81	12,31 (10, 37)
	< 5	138	16,39	
	[5 – 10[	151	17,93	
	[10 – 15[	145	17,23	
	[15 – 20[	102	12,11	
	[20 – 25[	78	9,26	
	[25 – 30[	56	6,65	
	[30 – 35[	41	4,87	
	≥ 35	27	3,21	
	Sem resposta	13	1,54	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Empregado(a)	653	77,55	
	Desempregado(a)	69	8,19	
	Reformado(a)	13	1,54	
	Estudante (a)	84	9,99	
	Outra	23	2,73	
FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	Sim	140	16,63	
	Não	702	83,37	
ENTIDADE ORGANIZADORA DA FORMAÇÃO	Estabelecimentos de ensino	44	31,43	
	Entidades/Instituições de Saúde	41	29,29	
	Organismos públicos	2	1,43	
	Sociedades Científicas	24	17,14	
	Projetos específicos	11	7,86	
	Ordens profissionais	2	1,43	
	Associações de Apoio	7	5,00	
	Outras	9	6,43	
CARGA HORÁRIA	Até 7h	30	21,43	
	8h a 14h	29	20,71	
	15h a 21h	21	15,00	
	+ 22h	20	14,29	

	Não soube especificar	18	12,86	
	Não respondeu	22	15,71	
CONTACTO PRÉVIO COM SUICÍDIO	Sim	471	55,2	
	Não	383	44,8	
CONTEXTO DE EXPOSIÇÃO	Família	129	27,39	
	Amigos	130	27,60	
	Comunidade	324	68,79	

Seguidamente apresentam-se os resultados da aplicação do ASBQ versão portuguesa (Tabela 2).

No global, constata-se que o nível de conhecimentos da amostra é considerado pobre, em que apenas 55,60% dos elementos da amostra responderam corretamente aos itens do ASBQ, 20,40% deram respostas incorretas e 26,00% deram respostas indecisas.

No que respeita aos domínios que compõem o ASBQ versão portuguesa constata-se que os domínios Fatores Precipitantes, Sinais de Alarme e Prevenção e Tratamento reuniram maior percentagem de respostas corretas, 60,40%, 60,80% e 68,60% respetivamente, evidenciando nível moderado de conhecimentos. De forma inversa, reuniram menor percentagem de respostas corretas os domínios Dados demográficos e estatísticos com 32,10%, e Fatores de Risco com 56,00%, denunciando um nível pobre de conhecimentos.

Seguindo a análise sugerida por Scouller e Smith (2002), em termos de forças (repostas corretas) e fraquezas (respostas incorretas e indecisas) pelos diferentes domínios salientam-se os seguintes achados:

Domínio dos dados demográficos e estatísticos

Neste domínio foram óbvios os défices de conhecimentos evidenciado por apenas 32,01% da amostra ter respondido de forma correta. Uma pequena minoria reconhece o género masculino (18,8%) e pertencer a uma zona rural (12,50%) como fatores risco associados ao suicídio. Apenas 31,70% reconhece que o risco de tentativa é superior nas raparigas. Denunciam também grande desconhecimento da realidade portuguesa e europeia em termos de número de mortes causadas por suicídio.

Domínio dos Fatores de Risco

No total da amostra, 71,10% não reconhece a elevada prevalência de doença mental entre os adolescentes suicidas, todavia 77,60%, 85,60% e 56,90% reconhece que a depressão grave, os sentimentos de desesperança e o consumo de álcool e drogas respetivamente, como fatores que aumentam o risco de suicídio. 56,70% reconhece que a história prévia de comportamentos suicidários é um fator de risco importante, contudo apenas 50,20% reconhece que o potencial letal do método utilizado no comportamento indicia um risco mais elevado.

Souberam reconhecer que não são apenas os adolescentes com ideação suicida que pensam em cometer suicídio (68,20%) e que os adolescentes suicidas apresentam défices ao nível da capacidade de resolução de problemas (67,50%).

Foram encontrados défices de conhecimento significativos no que diz respeito aos fatores pessoais, familiares e sociais. Os fatores de risco como o consumo de drogas e álcool na família (67,40%), ser homossexual (64,5%), a perda ou a separação de um familiar (58,4%) e a doença mental nos pais (53,2%) não foram reconhecidos como fatores que aumento o risco de suicídio nos adolescentes. Contudo a maioria reconheceu que a falta de apoio social (82,80%) e a degradação familiar e os conflitos (72,70%) como fatores que expõem os adolescentes ao suicídio. Com menor expressão o reconhecimento de fatores como história de comportamentos suicidas na família (58,60%) e os antecedentes de abuso físico e ou sexual (53,80%).

Domínio Fatores Precipitantes

Neste domínio, os participantes mostraram estar melhor informados acerca dos fatores que podem precipitar o suicídio nos adolescentes: conflito com os pais (76,40), perda de alguém significativo (71,40%) e o fim de um relacionamento (67,00%). Contudo 73,3% acredita que ouvir falar sobre alguém que tenha cometido suicídio pode incitar os jovens a suicidarem-se.

Domínio Sinais de Alarme

Grande parte dos participantes reconhece que a melhoria do estado de espírito de um adolescente não significa que o risco de suicídio diminui (85,00%) e que a maioria dos adolescentes não partilham com os pais a sua vontade de terminar com a vida (76,70%). Contudo revelam menor conhecimento, respondendo corretamente, em relação aos sinais de alerta que podem evidenciar um potencial suicídio: falar sobre suicídio ou ameaçar suicidar-se (55,70% e 56,10%), oferecer objetos pessoais

significativos (42,90%) e apresentarem alterações significativas nos hábitos alimentares, peso e sono (54,50%). Outro dado importante é que apenas 56,10% identifica que os adolescentes exibem sinais e alertam sobre a sua intenção de morrer antes de cometerem o suicídio.

Domínio Prevenção e Tratamento

Neste domínio constata-se que 63,20% reconhece o importante papel que os agentes educativos (professores e assistentes operacionais) tem na prevenção do suicídio pela identificação de fatores de risco, contudo apenas 50,80% reconhece que os profissionais de saúde estão em boa posição para identificar jovens suicidas. 79,90% identifica que ainda que prometa guardar segredo sobre os planos de suicídio, não pode manter a confidencialidade. 67,60% discordam que conversar sobre suicídio com um adolescente com ideação suicida pode aumentar o risco de ele se suicidar e 68,90% reconhece que a presença de ideação suicida não significa que o jovem queira de facto morrer. Um dado particularmente importante é que 78,9% desconhece que os jovens suicidas têm contacto com um profissional de saúde nos 3 meses anteriores ao suicídio.

Tabela 2- Resultados em percentagem de Respostas Corretas, Incorretas e Indecisas por cada item do ASBQ versão portuguesa

	Respostas corretas	**Respostas incorretas**	**Respostas indecisas**
DOMÍNIO DADOS DEMOGRÁFICOS E ESTATÍSTICOS			
14. O suicídio é mais comum entre os adolescentes com baixo nível socioeconómico do que entre os adolescentes com nível socioeconómico elevado (F)	68,10 (573)	11,90 (100)	20,00 (169)
17. Os rapazes têm maior probabilidade de se suicidarem do que as raparigas	18,80 (158)	32,30 (272)	48,90 (412)
19. Em Portugal, na globalidade, são mais as mortes provocadas por suicídio do que por acidentes de viação	12,10 (102)	35,00 (295)	52,90 (445)
29. Os rapazes das zonas rurais constituem um dos grupos de maior risco de suicídio	12,50 (105)	41,40 (349)	46,10 (388)
34. Os rapazes têm maior probabilidade de tentar o suicídio do	31,70	17,20	51,10

que as raparigas (F)	(267)	(145)	(430)
35. O suicídio é uma das principais causas de morte entre os jovens na Europa	39,70 (334)	9,50 (80)	50,80 (428)
37. Em Portugal, o suicídio na adolescência não aumentou substancialmente nos últimos 20 anos (F)	41,80 (352)	4,90 (41)	53,30 (449)
Total domínio	**32,10**	**21,70**	**46,20**
DOMÍNIO FATORES DE RISCO			
Tentativa anterior			
20. Quanto mais letal tiver sido a tentativa de suicídio, maior o risco de o adolescente vir posteriormente a concretizá-lo	50,20 (423)	14,30 (120)	35,50 (299)
1. Os jovens que cometem suicídio não têm habitualmente história de tentativas anteriores (F)	56,70 (477)	15,20 (128)	28,10 (237)
Doença mental			
5. A maioria dos adolescentes que cometem suicídio tem uma doença psiquiátrica	28,90 (243)	54,00 (455)	17,10 (144)
10. O abuso de álcool ou de drogas é um dos principais fatores de risco de suicídio na adolescência	56,90 (479)	24,60 (207)	18,50 (156)
27. Muitos dos suicidas estão fora da realidade (F)	36,70 (309)	36,10 (304)	27,20 (229)
30. Um jovem muito deprimido não tem maior probabilidade de cometer suicídio do que qualquer outro jovem (F)	77,60 (653)	12,20 (103)	10,20 (86)
Fatores cognitivos			
13. Os adolescentes suicidas e não-suicidas não têm diferenças quanto à sua capacidade de resolver problemas (F)	67,50 (568)	17,90 (151)	14,60 (123)
15. Só os adolescentes com ideação suicida pensam em cometer suicídio (F)	68,20 (574)	10,20 (86)	21,60 (182)
32. Quanto mais um adolescente se sentir sem esperança, maior a probabilidade de cometer suicídio	85,60 (721)	6,90 (58)	7,50 (63)
Fatores pessoais, familiares e sociais			
3. Os adolescentes que tentam o suicídio têm maior probabilidade de pertencer a famílias com antecedentes de abuso de drogas ou	32,50	51,40	16,00

álcool do que os adolescentes não-suicidas	(274)	(433)	(135)
4. A falta de apoio social aumenta significativamente o risco de um adolescente cometer suicídio	82,80 (697)	10,50 (88)	6,80 (57)
8. A depressão é mais comum nos antecedentes dos pais cujos filhos cometem suicídio do que nos outros	46,80 (394)	16,00 (135)	37,20 (313)
26. É comum os adolescentes que tentam o suicídio terem perdido ou terem-se separado de um familiar	41,60 (350)	17,80 (150)	40,60 (342)
33. Os adolescentes com antecedentes familiares de comportamento suicida correm maior risco de suicidar-se do que os outros adolescentes	58,60 (493)	15,60 (131)	25,90 (218)
36. A degradação familiar e os conflitos são comuns entre os adolescentes que têm comportamentos suicidários	72,70 (612)	8,40 (71)	18,90 (159)
2. Os adolescentes homossexuais correm maior risco de tentar o suicídio do que os adolescentes heterossexuais	35,50 (299)	25,40 (214)	39,10 (329)
3. Os adolescentes que tentam o suicídio não têm maior probabilidade do que os outros de terem sido abusados fisicamente e/ou sexualmente (F)	53,80 (453)	12,60 (106)	33,60 (283)
Total domínio	**56,00**	**20,60**	**23,40**
DOMÍNIO FATORES PRECIPITANTES			
11. Ouvir falar acerca de alguém que se tenha suicidado pode incitar os jovens a cometer suicídio	26,70 (225)	58,00 (488)	15,30 (129)
22. O conflito com os pais é um fator precipitante para os comportamentos suicidários.	76,40 (643)	10,90 (92)	12,70 (107)
28. Uma perda pessoal importante (por exemplo, a morte de um amigo próximo) pode desencadear uma tentativa de suicídio nos jovens	71,40 (601)	11,20 (94)	17,5 (147)
38. O fim de relacionamentos na adolescência é comum e, por isso, não desencadeia o suicídio (F)	67,00 (564)	15,30 (129)	17,70 (149)
Total domínio	**60,40**	**23,70**	**15,90**
DOMÍNIO SINAIS DE ALARME			
1. Um adolescente oferecer objetos pessoais significativos não é um sinal de alerta importante para o suicídio (F)	42,90 (361)	28,50 (240)	28,60 (241)

6. Os adolescentes que falam sobre suicídio não o chegam a cometer (F)	55,70 (469)	18,50 (156)	25,80 (217)
7. As alterações súbitas e extremas dos hábitos alimentares ou de sono, ou a perda ou o aumento de peso, podem alertar para um suicídio iminente	54,50 (459)	21,10 (178)	24,30 (205)
16. É mais comum os adolescentes que estão a pensar em cometer suicídio contarem aos pais do que aos amigos (F)	76,70 (646)	5,00 (42)	18,30 (154)
18. A melhoria do estado de espírito de um jovem que tenha ameaçado suicidar-se significa que o perigo de suicídio já passou (F)	85,00 (716)	5,20 (44)	9,70 (82)
23. A maioria dos jovens que cometeram suicídio alertou para a sua intenção	54,60 (460)	18,90 (159)	26,50 (223)
24. Nem todas as ameaças de suicídio ou afirmações nesse sentido devem ser consideradas sinais de alerta para um risco elevado de suicídio (F)	56,10 (472)	30,30 (255)	13,70 (115)
Total domínio	**60,80**	**18,20**	**21,00**
DOMÍNIO PREVENÇÃO E TRATAMENTO			
2. Os adolescentes com ideação suicida querem claramente morrer (F)	68,90 (580)	16,50 (139)	14,60 (123)
9. Os profissionais de saúde não estão em boa posição de detetar adolescentes suicidas (F)	50,80 (428)	30,40 (256)	18,80 (158)
12. Muitos dos jovens que cometem suicídio têm contacto com um profissional de saúde nos três meses anteriores ao suicídio	21,10 (178)	18,10 (152)	60,80 (512)
21. Os professores e os assistentes operacionais estão em boa posição para detetar fatores de risco de suicídio nos seus alunos	63,20 (532)	23,4 (197)	13,40 (113)
25. Se prometer manter em segredo os planos de suicídio de um adolescente deve habitualmente manter a promessa (F)	79,90 (673)	8,60 (72)	11,50 (97)
31. Conversar sobre suicídio com um adolescente com ideação suicida pode fazer com que o adolescente ponha fim à vida (F)	67,60 (569)	10,60 (89)	21,90 (184)
Total domínio	**68,60**	**17,90**	**23,40**
ASBQ GLOBAL (%)	**55,60**	**20,40**	**26,00**

Nota: O número que se encontra entre parênteses corresponde ao número de elementos da amostra, que em cada item respondeu de forma correta, incorreta ou indecisa.

Incidindo agora sobre a análise da pontuação obtida no ASBQ Global (Tabela 3), a média foi de 54,64, com um desvio padrão de 8,65, variando entre 22 e 76.

Por domínios do ASBQ constata-se que no Domínio dos Dados Demográficos e Estatísticos a pontuação variou entre 0 e 14 com uma média de 7,72 e um desvio padrão de 1,65; no domínio Fatores de Risco a pontuação variou 6 e 34, com uma média de 23,03 e um desvio padrão de 4,67; no domínio Fatores de Precipitantes a pontuação variou 0 e 8, com uma média de 5,46 e um desvio padrão de 1,75; no domínio Sinais de Alarme a pontuação variou 1 e 14, com uma média de 9,84 e um desvio padrão de 2,50 e por fim no domínio Prevenção e Tratamento a pontuação variou 0 e 12, com um a média de 8,44 e um desvio padrão de 2,23.

Tabela 3 – Resultados da pontuação obtida no ASBQ Global e por domínios

n=842	**M**	**dp**	**Mn**	**Mx**
ASBQ Global	54,64	8,65	22,00	76,00
Domínios				
Dados Demográficos e Estatísticos	7,72	1,65	0,00	14,00
Fatores de risco	23,03	4,67	6,00	34,00
Fatores Precipitantes	5,46	1,75	0,00	8,00
Sinais de Alarme	9,84	2,50	1,00	14,00
Prevenção e Tratamento	8,44	2,13	0,00	12,00

6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Terminada a análise descritiva dos dados, apresentam-se agora os resultados obtidos da aplicação dos testes estatísticos às hipóteses formuladas. Com base nos resultados obtidos pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, que confirmou a distribuição normal da amostra, e seguindo a proposta de Bryman e Cramer (1992), procedemos à aplicação de testes paramétricos.

Para análise da **Hipótese 1:** O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é diferente em função da variável género recorreu-se à aplicação do Teste t de Student para grupos independentes que, segundo Pestana e Gageiro (2005, p. 159) permite "comparar a média de uma variável num grupo com a média da mesma variável noutro grupo".

Os resultados podem ser observados na Tabela 4. Pelas médias obtidas no ASBQ Global observamos que o género feminino apresenta média mais elevada (55,25) relativamente ao género masculino (52,88), verificando-se o mesmo ao nível dos diferentes domínios do ASBQ.

Verifica-se que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (p=0,00), por isso reforça-se a **Hipótese 1**: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é diferente em função da variável género, constatando que existe diferença a nível dos conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes consoante o género.

Ao analisar os resultados pelos diferentes domínios constatamos ainda que existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos domínios Sinais de Alarme e Prevenção e Tratamento.

Tabela 4 - Resultados da comparação do ASBQ Global e por domínios em função da variável género

ASBQ / **Género**	**n**	**M**	**dp**	**t**	**p**
ASBQ Global					
Feminino	625	55,25	8,20	3,49	0,00
Masculino	217	52,88	9,62		
Domínios					
Dados Demográficos e Estatísticos					
Feminino	625	7,78	1,57	1,76	0,07
Masculino	217	7,55	1,86		

ASBQ	Género	n	M	dp	t	p
Fatores de risco						
	Feminino	625	23,17	4,56	1,47	0,14
	Masculino	217	22,63	4,94		
Fatores Precipitantes						
	Feminino	625	5,53	1,66	1,89	0,05
	Masculino	217	5,27	1,96		
Sinais de Alarme						
	Feminino	625	10,06	2,42	4,35	0,00
	Masculino	217	9,21	2,62		
Prevenção e Tratamento						
	Feminino	625	8,58	2,07	3,18	0,00
	Masculino	217	8,05	2,24		

Ainda em relação à variável género, no domínio Fatores de Risco, encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) nos subdomínios Tentativa Anterior e Fatores Cognitivos, como se demonstra na Tabela 5.

Tabela 5 - Resultados da comparação do Domínio Fatores de Risco do ASBQ em função da variável género

Domínio Fatores de Risco ASBQ	Género	n	M	Dp	t	p
Subdomínio						
Tentativa Anterior						
	Feminino	625	2,82	1,04	2,16	0,03
	Masculino	217	2,64	1,10		
Doença mental						
	Feminino	625	4,75	1,58	0,65	0,51
	Masculino	217	4,66	1,70		

Domínio Fatores de Risco ASBQ Género	n	M	Dp	t	p
Fatores cognitivos					
Feminino	625	4,94	1,18	2,93	0,00
Masculino	217	4,65	1,39		
Fatores pessoais, familiares e sociais					
Feminino	625	10,66	3,03	-0,04	0,96
Masculino	217	10,67	3,05		

No que diz respeito à variável profissão, constata-se que as profissões que apresentam maior conhecimento sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes são os Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (n=526) com média mais elevada (56,70), seguidos dos Trabalhadores Não Qualificados (n=2) com média de 56,00 e o Pessoal administrativo (n=12) com média de 52,08. Encontradas médias mais baixas, reveladoras de menor conhecimento sobre a temática, nas Profissões das Forças Armadas (n=4) com média de 44,75 e nos Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta (n=1) com média de 43,00 (Tabela 6). Estes resultados deverão ser interpretados com alguma cautela uma vez que o número de elementos em cada grupo profissional é significativamente diferente.

Tabela 6- Resultados da comparação do ASBQ Global e por domínios em função da variável profissão

ASBQ Profissão		n	M	Dp
Profissões das forças armadas				
ASBQ Global			44,75	6,40
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	4	6,50	1,29
	Fatores de risco		20,25	2,36
	Fatores Precipitantes		4,75	2,50
	Sinais de Alarme		6,00	2,16
	Prevenção e Tratamento		7,00	2,16

ASBQ	Profissão	n	M	Dp
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos				
ASBQ Global			51,45	8,02
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	20	7,85	2,01
	Fatores de risco		21,55	4,84
	Fatores Precipitantes		4,90	1,25
	Sinais de Alarme		9,10	2,69
	Prevenção e Tratamento		7,95	1,43
Especialistas das atividades intelectuais e Científicas				
ASBQ Global			56,70	8,29
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	526	7,94	1,68
	Fatores de risco		23,74	4,60
	Fatores Precipitantes		5,64	1,72
	Sinais de Alarme		10,37	2,35
	Prevenção e Tratamento		8,87	2,08
Técnicos e profissões de nível Intermédio				
ASBQ Global			50,52	7,91
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	91	7,29	1,38
	Fatores de risco		21,84	4,78
	Fatores Precipitantes		5,11	1,90
	Sinais de Alarme		8,59	2,54
	Prevenção e Tratamento		7,54	2,07

ASBQ	Profissão	n	M	Dp
	Pessoal administrativo		52,08	10,99
ASBQ Global				
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	12	7,50	1,24
	Fatores de risco		21,08	5,12
	Fatores Precipitantes		4,58	2,19
	Sinais de Alarme		10,00	2,76
	Prevenção e Tratamento		8,83	1,45
	Trabalhadores serviços pessoais, proteção, segurança e vendedores			
ASBQ Global			50,25	8,30
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	57	7,19	1,63
	Fatores de risco		21,28	4,40
	Fatores Precipitantes		5,10	1,69
	Sinais de Alarme		8,98	2,63
	Prevenção e Tratamento		7,47	2,20
	Agricultores e trab. qualificados da agricultura, da pesca e da Floresta			
ASBQ Global			43,00	
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	1	7,00	
	Fatores de risco		17,00	
	Fatores Precipitantes		3,00	
	Sinais de Alarme		7,00	
	Prevenção e Tratamento		8,00	

ASBQ Profissão		n	M	Dp
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices				
ASBQ Global			50,00	4,36
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	5	7,80	1,30
	Fatores de risco		22,00	2,24
	Fatores Precipitantes		6,40	0,54
	Sinais de Alarme		7,80	2,05
	Prevenção e Tratamento		6,20	2,28
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem				
ASBQ Global			45,50	7,78
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	2	7,00	0,00
	Fatores de risco		16,00	0,00
	Fatores Precipitantes		4,00	2,83
	Sinais de Alarme		10,50	4,95
	Prevenção e Tratamento		8,00	0,00
Trabalhadores não qualificados				
ASBQ Global			56,00	5,66
Domínios	Dados Demográficos e Estat.	2	9,50	2,12
	Fatores de risco		21,50	2,12
	Fatores Precipitantes		5,00	1,41
	Sinais de Alarme		10,50	0,71
	Prevenção e Tratamento		10,00	0,00

Para testar a **Hipótese 2:** O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é diferente entre os Enfermeiros, Médicos, Professores e Psicólogos, foi aplicado o teste paramétrico ANOVA de forma a avaliar a significância da diferença das médias encontradas entre os diferentes grupos profissionais.

Ao incidir a análise no grupo dos Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (n=526), procurou-se obviar o nível de conhecimento entre os Enfermeiros, Médicos, Professores e Psicólogos (Tabela 7).

Pelo resultado das médias obtidas do ASBQ Global nos diferentes grupos profissionais, constata-se que são os Psicólogos que têm maior conhecimento sobre comportamentos suicidários nos adolescentes (M=60,03), seguidos dos Médicos (M=59,97), dos Enfermeiros (M=58,40) e por último os Professores, com menor conhecimento (M=53,43).

Os enfermeiros obtiveram melhores resultados em relação aos médicos, no domínio dos Dados Demográficos e Estatísticos com média de 8,14 e 7,91, respetivamente. Também no domínio Fatores de risco, e especificamente no subdomínio Fatores cognitivos, os enfermeiros destacaram-se (M=5,14) em relação aos médicos (M=4,76). No domínio Sinais de Alarme foi o grupo dos Enfermeiros que apresentou média mais elevada (M=10,89) em comparação com os restantes grupos profissionais.

De realçar também que os médicos obtiveram média mais elevada nos domínios Prevenção e Tratamento e Fatores de risco, e neste ultimo destacaram-se nos subdomínios Tentativa Anterior, Doença Mental e Fatores Pessoais, Familiares e Sociais.

Os Psicólogos obtiveram médias superiores nos domínios Dados Demográficos e estatísticos e nos Fatores Precipitantes.

Por fim, verifica-se que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p<0,05$) no ASBQ Global e em todos os domínios, por isso reforça-se a **Hipótese 2:** O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é diferente entre os Enfermeiros, Médicos, Professores e Psicólogos.

Tabela 7- Resultados da comparação ASBQ Global e por domínios em função das profissões de Enfermeiro, Médico, Professor e Psicólogo

	Enfermeiros (n=234)		Médicos (n=34)		Professores (n=81)		Psicólogos (n=29)			
	M	**dp**	**M**	**dp**	**M**	**dp**	**M**	**dp**	**F**	**p**
ASBQ Global	58,40	8,04	59,97	10,45	53,43	7,85	60,03	6,62	9,63	**0,00**
Domínios										
Dados Demográficos e Estatísticos	8,14	1,80	7,91	1,93	7,59	1,33	8,55	1,76	3,03	**0,02**
Fatores de risco	24,28	4,59	26,06	5,22	22,21	4,52	25,31	4,52	7,29	**0,00**
Tentativa Anterior	2,98	1,14	3,06	1,13	2,57	0,99	3,00	1,19	3,20	**0,02**
Doença mental	4,85	1,57	5,47	1,73	4,76	1,63	5,34	2,05	2,30	**0,07**
Fatores cognitivos	5,14	1,16	4,76	1,16	4,95	1,01	5,45	0,83	2,55	**0,05**
Fatores pessoais, familiares e sociais	11,30	3,11	12,76	3,04	9,92	2,74	11,52	2,97	8,01	**0,00**
Fatores Precipitantes	5,77	1,74	6,11	1,68	5,02	1,79	6,38	1,47	6,49	**0,00**
Sinais de Alarme	10,89	2,30	10,15	2,92	10,04	2,04	10,52	2,13	3,33	**0,02**
Prevenção e Tratamento	9,20	1,94	9,47	2,33	8,47	2,12	9,07	2,15	3,07	**0,02**

Para análise da **Hipótese 3:** O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é maior em função da realização de formação na área da Prevenção do suicídio recorreu-se à aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes.

Na Tabela 8, constata-se pelo resultado das médias obtidas do ASBQ Global, que os elementos da amostra (n=140) que realizaram formação na área da prevenção do suicídio obtiveram médias mais elevadas, revelando maior conhecimento sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes (M=60,71); contrariamente a não realização de formação evidencia menor conhecimento nesta área (M=53,42). As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios e suddomínios (Tabela 9).

Verifica-se que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (p<0,05) no ASBQ Global, em todos os domínios e subdomínios, por isso reforça-se a Hipótese 3: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é maior em função da realização de formação na área da Prevenção do suicídio.

Tabela 8- Resultados da comparação ASBQ Global e por domínios em função da variável Formação na área da prevenção do suicídio

ASBQ	**Formação**	**n**	**M**	**dp**	**t**	**p**
ASBQ Global						
	Sim	140	60,71	8,90	9,59	0,00
	Não	702	53,42	8,07		
Domínios						
Dados Demográficos						
e Estatísticos	**Sim**	140	8,46	2,01	5,94	0,00
	Não	702	7,57	1,52		

ASBQ / Formação		n	M	dp	t	p
Fatores de risco						
	Sim	140	25,38	5,10	6,68	0,00
	Não	702	22,56	4,43		
Fatores Precipitantes						
	Sim	140	6,11	1,75	4,85	0,00
	Não	702	5,33	1,71		
Sinais de Alarme						
	Sim	140	11,28	2,25	7,70	0,00
	Não	702	9,55	2,45		
Prevenção e Tratamento						
	Sim	140	9,36	2,17	5,73	0,00
	Não	702	8,26	2,07		

Tabela 9- Resultados da comparação do Domínio Fatores de Risco do ASBQ em função em função da variável Formação na área da prevenção do suicídio

Domínio Fatores de Risco / Formação		n	M	Dp	t	p
Subdomínio						
Tentativa Anterior						
	Sim	140	3,21	1,12	5,46	0,00
	Não	702	2,70	1,02		
Doença mental						
	Sim	140	5,10	1,76	3,04	0,00
	Não	702	4,65	1,57		
Fatores cognitivos						
	Sim	140	5,24	1,04	3,99	0,00
	Não	702	4,79	1,27		

ASBQ	Formação	n	M	dp	t	p
Fatores pessoais, familiares e sociais	**Sim**	140	11,81	3,39	4,97	0,00
	Não	702	10,43	2,91		

Para análise da ***Hipótese 4:*** O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é maior em função do contacto prévio com situações de suicídio, recorreu-se à aplicação do Teste t de Student para grupos independentes.

Na Tabela 10, constata-se pelo resultado das médias obtidas do ASBQ Global, que os elementos da amostra (n=465) que estiveram previamente expostos a situações de suicídio obtiveram médias mais elevadas, revelando maior conhecimento sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes (M=56,19); contrariamente a não exposição ao suicídio está associada a menor conhecimento nesta área (M=52,72). As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios, sendo que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (p<0,05). Assim reforça-se a **Hipótese 4**: O conhecimento dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidas nos adolescentes é maior em função do contacto prévio com situações de suicídio.

Tabela 10- Resultados da comparação ASBQ Global e por domínios em função da variável Contacto prévio com situações de suicídio

ASBQ	Formação	n	M	dp	t	P
ASBQ Global						
	Sim	465	56,19	8,85	5,92	0,00
	Não	377	52,72	7,99		

ASBQ	Formação	n	M	dp	t	P
Domínios						
Dados Demográficos e Estatísticos	**Sim**	465	7,90	1, 76	3,54	0,00
	Não	377	7,50	1,47		
Fatores de risco						
	Sim	465	23,59	4,82	3,88	0,00
	Não	377	22,34	4,38		
Fatores Precipitantes						
	Sim	465	5,57	1,77	2,01	0,04
	Não	377	5,33	1,71		
Sinais de Alarme						
	Sim	465	10,24	2,40	5,22	0,00
	Não	377	9,35	2,54		
Prevenção e Tratamento						
	Sim	465	8,76	2,02	4,95	0,00
	Não	377	8,04	2,19		

Ainda em relação à variável Contacto prévio com situações de suicídio, no domínio Fatores de Risco, encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) nos subdomínios Doença mental e Fatores Cognitivos, como se demonstra na Tabela 11.

Tabela 11- Resultados da comparação do Domínio Fatores de Risco do ASBQ em função em função da variável Contacto prévio com situações de suicídio

Domínio Fatores de Risco / **Formação**		**n**	**M**	**Dp**	**t**	**p**
Subdomínio						
Tentativa Anterior						
	Sim	465	2,83	1,12	1,56	0,11
	Não	377	2,71	1,02		
Doença mental						
	Sim	465	4,93	1,76	4,00	0,00
	Não	377	4,49	1,57		
Fatores cognitivos						
	Sim	465	4,99	1,04	3,36	0,00
	Não	377	4,70	1,27		
Fatores pessoais, familiares						
e sociais	**Sim**	465	10,84	3,39	1,89	0,05
	Não	377	10,44	2,91		

Por fim, em relação ao conhecimento percebido, antes do preenchimento do questionário, salienta-se que 45,60% da amostra considera-se Pouco informada acerca dos comportamentos suicidários e 36,80% considera-se Informado, sendo que a média obtida foi de 2,52 com um desvio padrão de 0,78. Após o preenchimento do questionário 55,00% da amostra considera-se Pouco informada acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes e 30,20% considera-se Informado, sendo que a média obtida foi de 2,38 com um desvio padrão de 0,74. Acrescenta-se as diferenças encontradas antes e após o preenchimento ao nível do conhecimento percebido são estatisticamente significativas (p=0,00).

Tabela 12 - Resultados da comparação do conhecimento percebido antes e após o preenchimento do ASBQ

	Antes do ASBQ			**Depois do ASBQ**				
	N	**%**	**M (dp)**	**N**	**%**	**M (dp)**	**t**	**p**
Nada informado	55	6,50		62	7,40			
Pouco informado	384	45,60		463	55,00			
Informado	310	36,80	**2,52**	254	30,20	**2,38**	**8,52**	**0,00**
Muito informado	82	9,70	**(0,74)**	59	7,00	**(0,74)**		
Muitíssimo informado	5	0,60		4	0,50			
	836	**99,30**		**842**	**100,00**			
Missings	6	0,7						

Terminada a análise dos dados obtidos no estudo, apresenta-se os resultados da aplicação dos testes estatísticos para avaliar as propriedades psicométricas do ASBQ versão portuguesa.

A consistência interna do ASBQ foi avaliada pelo cálculo do alfa de Cronbach, tendo apresentado elevada consistência (alfa de Cronbach=0,79), tal como evidencia a Tabela 13.

Tabela 13- Índice de consistência interna do ASBQ

	Alpha Cronbach
ASBQ Global	0,79

7 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Finda a análise dos dados é fundamental abordar os pontos principais de discussão suscitados pela análise.

Tendo sido já introduzidos, no capítulo anterior, alguns comentários aos resultados obtidos, reserva-se a sua discussão detalhada e a sua comparação com dados encontrados em estudos similares, para este momento. Esta discussão está organizada sequencialmente, e tendo em conta os princípios anteriormente enunciados. Serão inicialmente apresentados os resultados considerados relevantes e sempre que possível, discutidos à luz de outros estudos realizados neste âmbito.

Posteriormente julgou-se pertinente apresentar e justificar as limitações metodológicas encontradas, descrevendo os esforços desenvolvidos de forma a maximizar a validade dos resultados apresentados.

Da aplicação do ASBQ versão portuguesa em termos da percentagem de respostas dadas, 55,60% dos elementos da amostra responderam corretamente aos itens, 20,40% deram respostas incorretas e 26,00% deram respostas indecisas, constatando-se que o nível de conhecimentos da amostra é considerado pobre (percentagem de respostas corretas inferior a 60%). Estes resultados foram mais baixos do que os encontrados em outros estudos, em que o facto de a amostra em estudo ser constituída por elementos da comunidade e nos estudos encontrados as amostras serem constituídas por grupos profissionais específicos, profissionais de saúde e professores poderá justificar o achado (Kaniwa, Kawanishi, Suda, & Hirayasu, 2012). Ainda assim, no estudo de efetuado por Scouller e Smith (2002), com uma amostra constituída por 404 médicos e 481 professores, pontuaram respetivamente 71% e 59% de respostas corretas no ASBQ, evidenciando níveis moderados de conhecimento acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes.

No estudo realizado por Crawford e Caltabiano (2009) que envolveu 201 professores do ensino secundário, com uma média de idades de 40,5 anos, 69% respondeu de forma correta aos itens do ASBQ, indicando também nível moderado de conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários na adolescência.

Heitkamp (2011) num estudo que envolveu 54 professores com média de idades de 26,48 anos, 61% da amostra respondeu corretamente aos itens do ASBQ, indicando igualmente nível moderado acerca da temática do suicídio em adolescentes.

Ainda que no ASBQ global a percentagem de respostas corretas corresponda a um nível pobre de conhecimentos foram encontradas algumas diferenças que evidenciam haver um maior conhecimento em determinados domínios. No que respeita aos domínios que compõem o ASBQ constata-se que os domínios Fatores Precipitantes, Sinais de Alarme e Prevenção e Tratamento reuniram maior percentagem de respostas corretas, 60,40%, 60,80% e 68,60% respetivamente, evidenciando nível moderado de conhecimentos. De forma inversa, reuniram menor percentagem de respostas corretas os domínios Dados demográficos e estatísticos com 32,10%, e Fatores de Risco com 56,00%, denunciando um nível pobre de conhecimentos. Heitkamp (2011) no ASBQ global obteve melhores resultados no seu estudo, bem como nos diversos domínios. No Domínio Dados demográficos e estatísticos reuniu 54% das respostas corretas, o Domínio Fatores de Risco reuniu 58% das respostas corretas, os Fatores precipitantes reuniram 65% e os Sinais de alarme 75% das respostas corretas. Apesar de ao nível do domínio dos Dados demográficos e estatístico evidenciar menor percentagem de respostas corretas (54%), a população portuguesa revela de forma expressiva maiores défices de conhecimentos (32%). Dados semelhantes foram encontrados por MacDonald (2004) e Scouller e Smith (2002). Estes autores apresentam uma possível explicação para as diferenças de conhecimento em relação ao domínio Dados sociodemográficos e estatísticos e as outras áreas de conhecimentos, sugerindo que há uma maior divulgação dos fatores de risco e factores precipitantes na literatura científica e nos media, refletindo-se no nível de conhecimentos que as pessoas têm sobre esses fatores. Não havendo grande divulgação acerca dos Dados demográficos e estatístico conduz a que se verifique um menor conhecimento sobre os mesmos.

Nos estudos atrás referidos (Crawford e Caltabiano, 2009; Heitkamp, 2011; MacDonald, 2004) e na presente investigação os resultados encontrados revelam melhores conhecimentos ao nível dos Sinais de Alarme do que em relação aos Fatores de risco. Uma explicação avançada para esta diferença prende-se com o facto de que na maioria das vezes não há informação sobre fatores de risco relacionados como a história pessoal, contexto familiar e social, contudo os Sinais de alarme por serem sobretudo de natureza comportamental e observável, são facilmente identificáveis. Verifica-se que há uma maior probabilidade de serem identificadas as

alterações comportamentais nos adolescentes, sobretudo entre os professores em contexto de sala de aula (Cigularov, Chen, Thurber, & Stallones, 2008; Heitkamp, 2011). Por exemplo, é consensual que a história prévia de tentativas de suicídio é um dos mais importantes fatores de risco de suicídio, contudo as pessoas que se relacionam com os adolescentes podem desconhecer esta situação (Bridge et al., 2006), contudo facilmente identificam alterações comportamentais que podem indiciar risco de suicídio, como o desinteresse pelas actividades escolares, sentimentos de desesperança, consumo de drogas, álcool ou adoção de comportamentos de risco, isolamento severo de amigos e família, entre outros (Mendoza & Rosenberg, 2010; OE, 2012).

De seguida serão salientadas as Forças e as Fraquezas encontradas em termos de conhecimentos sobre a temática do suicídio em adolescentes, devendo o défice de conhecimentos salientado em áreas cruciais da prevenção do suicídio contribuir para definição de ações preventivas como campanhas, ações de sensibilização ou formação de porteiros sociais dirigidas a elementos que tem contacto privilegiado com a população adolescente.

Inúmeros autores reforçam que os comportamentos suicidários na adolescência ocorrem na maioria das vezes associados a quadros psiquiátricos de elevado risco, em cerca de 90% dos jovens que se suicidaram tinham um diagnóstico de perturbação mental em que se destaca o diagnóstico de depressão (DGS, 2013). Estima-se que 60% dos suicídios em adolescentes aconteçam no contexto de uma depressão (Baggio et al., 2009; Bahls, 2002; DGS, 2013; Marcelli & Braconnier, 2005; Werlang et al., 2005).

No total da amostra, 71,10% não reconhece a elevada prevalência de doença mental entre os adolescentes suicidas, todavia 77,60% e 85,60% reconhece que a depressão grave e os sentimentos de desesperança aumentam o risco de suicídio, respetivamente.

No estudo de Crawford e Caltabiano (2009) dados menos favoráveis foram encontrados a respeito do desconhecimento da elevada prevalência da perturbação psiquiátrica entre os jovens suicidas, 89% da amostra não reconheceu o diagnóstico de perturbação mental como um fator de risco de suicídio. Também no estudo de Scouller e Smith (2002) resultados semelhantes foram encontrados, apenas 21% dos médicos e 11% dos professores respondeu corretamente, identificando a perturbação mental como fator de risco de suicídio nos jovens. A mesma tendência, embora com

resultados mais positivos, foi encontrada no estudo de Heitkamp (2011) em que menos de 40% da amostra respondeu corretamente.

Scouller e Smith (2002) e Martin et al., (2005) sugerem que a falta de conhecimento em relação ao comportamento suicidário nos adolescentes e a perturbação mental pode estar relacionada com a compreensão destes comportamentos como uma resposta a situações de stress ou pressão mais do que a evidência de problemas de saúde mental sérios e crónicos. Contudo a identificação da depressão grave e os sentimentos de desesperança como fatores de risco de suicídio foram corretamente reconhecidos nos três estudos atrás mencionados, tal como no presente estudo.

Um outro resultado importante encontrado foi que 85% dos participantes reconhece que a melhoria do estado de espírito de um adolescente não significa que o risco de suicídio diminui. Resultados semelhantes foram também encontrados no estudo de Crawford e Caltabiano (2009), Heitkamp (2011) e Scouller e Smith (2002), indo ao encontro às evidências científicas de que após a melhoria de um quadro depressivo, o risco de suicídio permanece elevado (DGS, 2013; WHO, 2014).

A evidência científica salienta que consumo de substâncias, como o álcool ou drogas, está intimamente associado com a ideação suicida e os atos suicidas em adolescentes (Esposito-Smythers & Spirito, 2004; Hawton et al., 2012; Kokkevi et al., 2010; Walsh & Eggert, 2007; Wyeth, 2008). Na presente amostra, 56,90% dos participantes responderam corretamente, identificando estes comportamentos de risco associados ao suicídio. No estudo de Scouller e Smith (2002) 64% dos médicos e apenas 43% dos professores identificou o consumo de álcool e drogas pelos adolescentes como fatores de risco para o suicídio.

Um dado particularmente importante é o de que apenas 56,10% identifica que os adolescentes alertam sobre a sua intenção de morrer antes de cometerem o suicídio. No estudo de Crawford e Caltabiano (2009) apenas 49% da amostra reconheceu a existência prévia de sinais e a comunicação da intenção suicida. No presente estudo, os sinais de alerta que podem evidenciar um potencial suicídio não foram adequadamente reconhecidos e valorizados. Apenas cerca de metade da amostra identificou de forma correta sinais de alarme como falar sobre suicídio ou ameaçar suicidar-se (55,70% e 56, 10%), as alterações significativas nos hábitos alimentares, peso e sono (54,50%) e oferecer objetos pessoais significativos (42,90%). Resultados mais positivos foram encontrados nos estudos de Scouller e Smith (2002) entre os médicos em que 70% identificou que todas as ameaças de suicídio realizadas por

adolescentes devem ser valorizadas, contudo entre os professores encontram que apenas 55% considera que as ameaças de suicídio devem ser levadas a sério. Heitkamp (2011) encontrou melhores resultados entre os professores, em que 63% respondeu corretamente, evidenciando que as ameaças de suicídio não podem ser desvalorizadas. Estes dados alertam para a necessidade de investir na formação da população em geral e de grupos específicos como profissionais de saúde e agentes educativos, reforçando a importância do reconhecimento dos sinais de alarme e valorização das expressões de morte, independentemente da mensagem que veiculam ou da gravidade dos comportamentos adotados (Braga & Dell`Aglio, 2013; Erse et al., 2016; Santos et al., 2014a; Whitlock, 2010).

Apesar de a história prévia de tentativas de suicídio ser reconhecida como um dos mais importantes preditores para o suicídio (Botega, 2014; Cheng et al*.,* 2010; DGS, 2013; Minayo & Cavalcante, 2010; Monteiro, et al., 2015; Santos, et al., 2014a; Saraiva, 2006; Wilcox et al*.*, 2010; WHO, 2014), na amostra apenas 56,70% reconhece este facto e apenas 50,20% reconhece que o potencial letal do método utilizado no comportamento indicia um risco mais elevado. No estudo de Heitkamp (2011) foram encontrados resultados mais animadores, 70,4% da amostra reconheceu o antecedente de tentativas de suicídio como um forte fator de risco de suicídio, contudo no estudo Scouller e Smith (2002), entre os professores apenas 49% reconheceu a letalidade do método utilizado na tentativa de suicídio como indicador de maior risco.

Foram encontrados défices de conhecimento significativos no que diz respeito aos Fatores pessoais, familiares e sociais. Os fatores de risco como o consumo de drogas e álcool na família (67,40%), ser homossexual (64,5%), história de comportamentos suicidas na família (58,60%), a perda ou a separação de um familiar (58,4%), o diagnóstico de doença mental nos pais (53,2%) e os antecedentes de abuso físico e ou sexual (53,80%) não são valorizados devidamente como fatores que aumentam o risco de suicídio nos adolescentes, em que pouco mais de metade da amostra respondeu corretamente. Nos estudos de Heitkamp (2011), Scoullar e Smith (2002) e Crawford e Caltabiano (2009) foram encontrados resultados igualmente pouco satisfatórios, denotando uma falta de conhecimento significativa em relação à influência do contexto familiar e social na adoção de atos suicidas nos adolescentes. Por exemplo Heitkamp (2011) encontrou no seu estudo que apenas 27,8% da amostra identificou a perda ou a separação de um familiar como um fator de risco para o suicídio nos jovens; no estudo de Scouller e Smith (2002) apenas 45% dos médicos

valorizou estas perdas como fatores que aumentam o risco de suicídio. No estudo de Crawford e Caltabiano (2009) o consumo de drogas e álcool na família (82%) e o diagnóstico de doença mental nos pais (73%) não foram reconhecidos pela maioria dos professores como fatores que potenciam risco de suicídio nos adolescentes. Dados muito semelhantes foram encontrados por Scouller e Smith (2002), em que apenas cerca de 20% dos professores respondeu corretamente.

Contudo, no presente estudo, a grande maioria dos participantes reconheceu que a falta de apoio social (82,80%) e a degradação familiar e os conflitos (72,70%) como fatores que expõem os adolescentes ao suicídio. Resultados muito próximos foram encontrados nos estudos de Crawford e Caltabiano (2009).

Por outro lado, há evidência de os participantes mostrarem estar melhor informados acerca dos fatores que podem precipitar o suicídio nos adolescentes: conflito com os pais (76,40), perda de alguém significativo (71,40%) e o fim de um relacionamento (67,00%). Contudo, 73,3% acredita que ouvir falar sobre alguém que tenha cometido suicídio pode incitar os jovens a suicidarem-se.

No domínio da Prevenção e tratamento constata-se que 63,20% reconhece o importante papel que os agentes educativos (professores e assistentes operacionais) tem na prevenção do suicídio pela identificação de fatores de risco, contudo apenas 50,80% reconhecem que os profissionais de saúde estão em boa posição para identificar jovens suicidas. Acresce ainda, um dado bastante positivo, que cerca de 80% da amostra reconhece que não pode manter a confidencialidade quando uma adolescente partilha da intenção de morrer. No estudo de Scouller e Smith (2002) apenas 63% dos médicos e apenas 55% dos professores reconheceu o papel importante que podem desempenhar na prevenção do suicídio. No estudo de Heitkamp (2011) menos de 60% dos professores identificou este papel decisivo na identificação de jovens em risco de suicídio, contudo quase a totalidade reconheceu que não pode manter confidencial um plano de suicídio. No estudo de Crawford e Caltabiano (2009) cerca de 70% dos professores reconheceu o importante papel que pode tem na prevenção do suicídio nos adolescentes e 71% estão convictos de que não podem guardar segredo de um plano suicida.

Alguns estudos colocam em evidência que o potencial suicida procura os serviços de saúde antes de cometer o suicídio e expressam muitas vezes pensamentos suicidas e manifestam sinais de alerta junto dos profissionais de saúde (Luoma et al., 2002; DGS, 2013; Mann et al., 2005; WHO, 2014).

No presente estudo, e apesar de 36,46% da amostra ser constituída por profissionais de saúde, no global apenas 21,10% tem conhecimento que muitos jovens que se suicidam tem contacto prévio com profissionais de saúde nos 3 meses anteriores ao suicídio. Mais preocupante foram os resultados encontrados no estudo de Heitkamp (2011) em que apenas 7,4% dos professores tem esta noção.

Estes dados mostram o papel de relevo que os profissionais de saúde, e de uma forma mais abrangente de todos aqueles que interagem com os adolescentes pela possibilidade de prestarem a primeira ajuda e encaminharem para os serviços de saúde, tem na prevenção do suicídio, seja pela identificação precoce da doença mental e sua respetiva referenciação e acompanhamento quer pela valorização dos fatores de risco e sinais de alarme que conduzem à identificação de indivíduos em risco de suicídio.

Apesar de na leitura científica aos profissionais de saúde e aos agentes educativos, em particular os professores, lhes ser reconhecido com um papel crucial na prevenção do suicídio, estes por falta de conhecimentos ou pelo estigma não assumem esse papel, não conseguindo identificar e sinalizar os jovens em risco, o que sinaliza mais uma vez para a necessidade investir na formação destes grupos profissionais pelo contacto de grande proximidade que estabelecem com os adolescentes (Franklin et al., 2012; Pompili et al., 2011; Rothi et al., 2008; Tompkins et al., 2009).

Depois da análise dos resultados em termos de Força e Fraquezas identificadas ao nível do conhecimento, segue-se a análise das pontuações médias obtidas no ASBQ.

Assim, em relação à variável género constatou-se que o género feminino apresentam médias mais elevadas no ASBQ global e nos diferentes domínios, comparativamente com o género masculino, sendo que essas diferenças são estatisticamente significativas. Vários estudos evidenciam a influência do género ao nível dos conhecimentos acerca do suicídio. O género feminino está melhor informado, apresenta crenças e atitudes mais adequadas em relação aos suicidas e estão mais disponíveis para intervir do que o género masculino (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Burnette, Ramchand & Ayer, 2015)

No que diz respeito à variável profissão, foi constatado que os diferentes grupos profissionais evidenciam diferentes níveis de conhecimento, destacando-se os psicólogos com maior conhecimento sobre comportamentos suicidários nos adolescentes (M=60,03), seguidos dos Médicos (M=59,97), dos Enfermeiros

(M=58,40) e por último os Professores, com menor conhecimento (53,43), sendo que estas diferenças foram estatisticamente significativas.

Scouller e Smith (2002) constataram, em termos de percentagens corretas, que os médicos estavam significativamente melhor informados que os professores, no ASBQ global e nos diferentes domínios, sendo que as diferenças foram estatisticamente significativas. Os resultados encontrados por Crawford e Caltabiano (2009) e Heitkamp (2011) também denunciam piores resultados nos professores quando comparados com os médicos.

Num outro estudo, utilizando um diferente instrumento de medida, os profissionais de saúde demostraram ter melhores conhecimentos e atitudes em relação à temática do suicídio quando comparados com outros profissionais da comunidade (Kaniwa et al., 2012).

Com uma posição estratégica para identificarem sinais de alerta nos adolescentes, os professores denunciam não ter um conhecimento muito alargado sobre o suicídio (MacDonald, 2004), não sendo capazes de detetar os jovens em risco e prestar a ajuda necessária (Franklin et al., 2012; Schouller & Smith, 2002; Tompkins et al., 2009).

Os psicólogos escolares admitem a necessidade de formação adicional para intervir com jovens suicidas. Os psicólogos escolares e os profissionais da área da saúde que colaboram com a escola assumem, portanto, um papel de relevo na prevenção do suicídio em jovens (Berman, 2009).

Neste sentido, e atentos às diferenças ao nível de conhecimentos demonstradas, devem ser delineados programas de formação e de treino adequados para cada grupo profissional que está em contacto com os adolescentes e que pode assumir uma posição de revelo na identificação de jovens em risco, incidindo nas áreas de maior carência de conhecimentos.

Em relação à variável relativa à formação prévia em suicídio constatou-se que os elementos da amostra que realizaram formação na área da prevenção do suicídio obtiveram médias mais elevadas, revelando maior conhecimento sobre os comportamentos suicidas nos adolescentes (M=60,71); contrariamente a não realização de formação evidencia menor conhecimento nesta área (M=53,42). As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

Existe um vasto conjunto de estudos que evidenciam que a formação prévia aumenta o conhecimento acerca do suicídio, sendo as pessoas capazes de mais facilmente identificar os fatores de risco e sinais de alarme e de intervir de forma adequada (Aseltine & DeMartino, 2004; Bean & Baber, 2011; Cross et al., 2011; Gordana & Milivoje, 2007; Shim & Compton, 2010; Tompkins, et al., 2009; Tsai et al., 2010). Dirigidos a populações distintas, como comunidade em geral, profissionais de saúde ou elementos da comunidade educativa (pais, alunos ou agentes educativos), os resultados obtidos através da formação de porteiros sociais ou intervenções psicoeducativas, entre outras, revelam efetividade ao nível da melhoria do conhecimento, da modificação de atitudes e na melhoria das estratégias de intervenção e de referenciação para os serviços de saúde (Aseltine & DeMartino, 2004; Bean & Baber, 2011; Chachamovich et al., 2009; Cross et al., 2011; Gibb et al., 2010; Osafo et al., 2012; Saunders et al., 2012).

No estudo de Scouller e Smith (2002) os médicos e professores que referiram ter realizado formação prévia na área do suicídio, apresentaram maior percentagem de respostas corretas no ASBQ global e também por domínios, evidenciando estar melhor informados acerca da temática do suicídio do que aqueles que não tinham qualquer formação.

Neste sentido, alguns estudos que incidiram na formação na área da prevenção do suicídio colocam em evidência o impacto positivo que este tipo de formação tem ao nível dos conhecimentos e da capacidade para identificar e intervir de forma adequada com jovens em risco de suicídio.

No estudo de Cross et al. (2011), com a aplicação do Programa QPR (Question, Persuade and Refer) que consiste na capacitação através de formação e treino de competências técnicas e sociais, melhorou a capacidade de perguntar diretamente sobre o suicídio, convencer o indivíduo em risco a aceitar ajuda e a referenciar adequadamente as situações de risco. Os participantes que participaram do exercício de role-play sentiram que era uma experiência valiosa e que reforçava a aquisição de conhecimento e habilidades para identificar e referenciar jovens em risco de suicídio.

O Projeto STORM *(Skills Training On Risk Management)* que tem como objetivo de capacitar os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, da Saúde Mental e dos serviços de urgência encontrou mudanças favoráveis nas atitudes dos profissionais e na confiança para intervir com utentes suicidas, traduzidas por alterações de atitudes, pelo aumento de conhecimentos e melhoria das habilidades clínicas (Gask et al., 2006).

O *Suicide Awareness Program* é um exemplo de formação de porteiros sociais dirigido à comunidade, com objetivo aumentar o conhecimento acerca do suicídio e depressão, fatores risco e sinais de alarme. Os resultados obtidos foram bastante positivos, uma vez que após a formação e treino os voluntários foram capazes de identificar com maior facilidade os sinais de alarme e cerca de 80% dos formandos adquiriram estratégias para encaminhar e aconselhar a procura de ajuda médica (Tsai et al., 2010).

King et al. (2006), num programa de prevenção que envolveu 1.019 alunos, incluíram a formação de porteiros sociais dirigido a alunos. O programa investiu na identificação precoce de sinais e na capacidade de ajudar e encaminhar os colegas em risco de suicídio. Os resultados obtidos realçam que os jovens que tiveram acesso à formação específica estavam mais aptos a identificar colegas em risco, mais confiantes e competentes para prestar ajuda.

Aseltine e DeMartino (2004) desenvolveram o *Signs of Suicide* (SOS), uma experiencia de formação de porteiros sociais dirigido a alunos que envolve sensibilização acerca da depressão e outros fatores de risco associados aos comportamentos suicidários. Os resultados foram bastante positivos, sendo que 3 meses após a formação apresentavam níveis de conhecimento acerca da depressão e suicídio superior em relação ao grupo de controlo.

A nível nacional, no âmbito do Programa + Contigo, foi realizado um estudo que pretendeu avaliar o impacto da formação de porteiros sociais com 21h em termos de conhecimento e de atitudes em relação ao comportamento suicidário (Santos et al., 2014b). A amostra foi constituída por 66 profissionais das equipas de saúde escolar de Agrupamentos de Centros de Saúde da ARS do Centro. Cerca de 85% da amostra pertencia à classe profissional de Enfermagem. Os resultados encontrados sugerem que a formação foi eficaz, traduzida por atitudes mais positivas em relação ao comportamento suicidário e na melhoria de conhecimentos acerca da temática, o que seguramente irá contribuir para a deteção precoce de pessoas em risco de suicídio e melhorar o atendimento e sua referenciação.

O contacto prévio com situações de suicídio foi outra variável estudada em que os elementos da amostra que estiveram previamente expostos ao suicídio obtiveram médias mais elevadas no ASBQ, revelando maior conhecimento sobre os comportamentos suicidas nos adolescentes (M=56,19); contrariamente a não

exposição ao suicídio está associada a menor conhecimento nesta área, sendo que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p<0,05$).

Também Scouller e Smith (2002) encontraram esta associação, ainda que modesta, entre o contacto com pessoas suicidas e melhores conhecimentos sobre o suicídio nos professores e nos médicos. Tompkins et al. (2009) encontraram resultados que evidenciam que a experiencia prévia com jovens suicidas, aumenta os conhecimentos sobre sinais de alarme e fatores de risco. Contudo quando sujeitos a formação e treino, os indivíduos sem contacto prévio demonstraram ganhos mais acentuados no conhecimento geral.

Relativamente ao conhecimento percebido, antes do preenchimento do questionário, salienta-se que 45,60% da amostra considerava-se pouco informada acerca dos comportamentos suicidários e 36,80% considerava-se informado, sendo que a média obtida foi de 2,52 com um desvio padrão de 0,78, no global os elementos da amostra revelaram moderado conhecimento percebido. Após o preenchimento do questionário verificou-se uma aparente tomada de consciência acerca do desconhecimento sobre esta temática constatando-se que 55,00% da amostra passou a considerar-se pouco informada acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes e 30,20% considerar-se Informada, sendo que a média obtida foi de 2,38 com um desvio padrão de 0,74, denunciando a perceção de um nível pobre de conhecimentos. Acrescentam-se as diferenças encontradas antes e após o preenchimento ao nível do conhecimento percebido são estatisticamente significativas ($p=0,00$).

Scouller e Smith (2002) apresentam apenas um resultado a nível do conhecimento percebido, em que os médicos ($M=2,80$) e os professores ($M=2,64$) se avaliaram com detendo um conhecimento moderado sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes, contudo salientar que o nível de conhecimento percebido nos médicos foi significativamente superior ao dos professores.

As propriedades psicométricas do ASBQ versão portuguesa foram analisadas em termos de fiabilidade e validade, através da avaliação da consistência interna, da validade de conteúdo e da validade de construto.

Para estimar a consistência interna recorremos ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Foi obtido um alfa de Cronbach=0,79 que evidencia uma elevada consistência interna, segundo Bryman e Cramer (1992). De referir que os autores não apresentaram o resultado desta análise.

A validade de conteúdo e de constructo foi obtida através da realização de um painel de peritos constituído por seis elementos da equipa multidisciplinar da Consulta de Prevenção Suicídio (psiquiatras e enfermeiro especialista em saúde mental) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. O contributo destes especialistas foi organizado segundo a técnica de Delphi, que tem como objetivo encontrar um consenso de opiniões de vários peritos. Esta técnica tem por base a utilização estruturada de conhecimentos e experiências de um painel de especialistas, partindo do pressuposto que o julgamento em conjunto é melhor que a opinião de um só indivíduo (Almeida et al., 2009). A análise deste painel de peritos centrou-se na pertinência das afirmações que integram o ASBQ, compararam as várias versões quanto à equivalência idiomática e conceptual do conteúdo dos itens e no que diz respeito à semântica. Nesta comparação encontraram-se algumas divergências residuais, a nível linguístico e conceptual. Foram analisados e corrigidos os itens divergentes de forma a terem uma maior correção gramatical, e obter uma equivalência semântica, linguística e conceptual, pelo que se assume que o teor da análise de conteúdo e construto foi garantida.

Globalmente o ASBQ versão portuguesa tem um comportamento semelhante à sua validade noutros contextos, pelo que se acredita que a sua aplicação seja fiável para a população portuguesa. Desta forma, acredita-se ter contribuído para a adaptação e validação do ASBQ versão portuguesa. Contudo, e por se tratar de um primeiro estudo realizado para obviar os conhecimentos da população portuguesa acerca dos comportamentos suicidários em adolescentes, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos para reforçar a confiabilidade deste instrumento de medida.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas, das quais se destaca o método de amostragem adotado. O método não probabilístico de seleção da amostra é entendido pela maioria dos autores consultados como menos desejável que o método probabilístico, já que este tende a produzir amostras mais precisas e representativas, porém “nem sempre é fácil construir amostras probabilísticas em certas disciplinas profissionais, porque o investigador raramente tem acesso a toda a populacão” (Fortin, 2003, p. 208). A amostragem acidental é entendida como o tipo de amostragem menos confiável pois o pesquisador seleciona a amostra conforme sua conveniência, havendo pouco rigor na seleção. Segundo Churchill e Iacobucci (2005) o problema das amostras por conveniência ou acidentais é que não há como saber se todas as pessoas incluídas na amostra são representativas da população, pelo que os resultados devem extrapolados com prudência.

Por outro lado, o processo de colheita de dados foi realizado por via eletrónica, o que pode representar uma desvantagem ou limitação à participação no estudo por parte de alguns sujeitos.

A inexistência de outros instrumentos de medida validados para a população portuguesa que permitam a avaliação dos conhecimentos, atitudes ou competências de intervenção impediu que neste trabalho fossem apuradas relações com outras variáveis ou enriquecida a discussão com resultados obtidos noutros estudos e com outras populações. Neste sentido sugere-se que outros estudos sejam realizados para reforçar a confiabilidade deste instrumento em amostras mais representativas da população portuguesa e paralelamente em grupos específicos como profissionais de saúde e agentes educativos, conjugando a inclusão de instrumentos que avaliem as atitudes em relação aos comportamentos suicidários e as competências em termos de identificação, referenciação e comunicação.

CONCLUSÃO

Ao concluir um trabalho são tecidas algumas considerações finais, efetuando uma avaliação global do trabalho realizado.

Com o presente estudo pretendeu-se contribuir para tradução, adaptação e validação do ASBQ população portuguesa e paralelamente determinar o nível de conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes da população portuguesa e ainda analisar a relação existente entre os resultados deste instrumento com algumas variáveis sociodemográficas, a formação na área da prevenção do suicídio e o contacto prévio com o fenómeno.

O questionário composto por uma ficha de dados sociodemográficos e pelo ASBQ, foi aplicada a amostra em estudo composta por 842 indivíduos.

Dos resultados encontrados ressaltam, como mais evidentes e significativos, os seguintes:

- No global, constata-se que o nível de conhecimentos dos inquiridos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes é considerado pobre, em que apenas 55,60% dos inquiridos responderam corretamente aos itens do ASBQ.

- Foi evidenciado nível moderado de conhecimentos nos domínios Fatores Precipitantes, Sinais de Alarme e Prevenção e Tratamento, com maior percentagem de respostas corretas, 60,40%, 60,80% e 68,60% respetivamente. De forma inversa, reuniram menor percentagem de respostas corretas os domínios Dados demográficos e estatísticos com 32,10%, e Fatores de Risco com 56,00%, denunciando um nível pobre de conhecimentos;

- A pontuação média obtida no ASBQ Global foi de 54,64, com um desvio padrão de 8,65, variando entre 22 e 76. Por domínios do ASBQ constata-se que no Domínio dos Dados Demográficos e Estatísticos a pontuação variou entre 0 e 14 com uma média de 7,72 e um desvio padrão de 1,65; no domínio Fatores de Risco a pontuação variou 6 e 34, com uma média de 23,03 e um desvio padrão de 4,67; no domínio Fatores de Precipitantes a pontuação variou 0 e 8, com uma média de 5,46 e um desvio padrão de 1,75; no domínio Sinais de Alarme a pontuação variou 1 e 14, com uma média de

9,84 e um desvio padrão de 2,50 e por fim no domínio Prevenção e Tratamento a pontuação variou 0 e 12, com um a média de 8,44 e um desvio padrão de 2,23;

- No que respeita ao nível de conhecimentos da amostra, o género feminino apresenta média mais elevada (M=55,25) relativamente ao género masculino, verificando-se o mesmo ao nível dos domínios do ASBQ, com diferenças estatisticamente significativas no ASBQ Global e nos Domínios Sinais de Alerta e Prevenção e Tratamento ($p<0,05$);

- Constataram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível de conhecimento entre os Enfermeiros, Médicos, Professores e Psicólogos no ASBQ Global e em todos os domínios. Pelo resultado das médias obtidas do ASBQ Global nos diferentes grupos profissionais, constata-se que são os Psicólogos que têm maior conhecimento sobre comportamentos suicidas nos adolescentes (M=60,03), seguidos dos Médicos (M=59,97), dos Enfermeiros (M=58,40) e por último os Professores, com menor conhecimento (M=53,43).

- Em relação à variável formação na área da prevenção do suicídio, contataram-se médias do ASBQ Global mais elevadas entre os elementos da amostra com formação prévia revelando maior conhecimento sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes (M=60,71). As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios e subdomínios, com diferenças estatisticamente significativas.

- Os elementos da amostra que estiveram previamente expostos ao suicídio obtiveram médias mais elevadas, revelando maior conhecimento sobre os comportamentos suicidas nos adolescentes. As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios, sendo que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p<0,05$);

- Em relação ao conhecimento percebido, antes do preenchimento do questionário, a média obtida foi de 2,52, revelando um nível moderado, contudo após o preenchimento do questionário média obtida foi de 2,38, revelando um nível pobre de conhecimento percebido. Acrescenta-se as diferenças encontradas antes e após o preenchimento do questionário ao nível do conhecimento percebido são estatisticamente significativas ($p=0,00$);

- O processo de tradução e adaptação cultural do ASBQ não revelou nenhuma interpretação incorreta e nenhuma ambiguidade nas versões finais do ASBQ versão portuguesa;

- A consistência interna do ASBQ foi avaliada pelo cálculo de alfa de Cronbach, tendo apresentado elevada consistência (alfa de Cronbach = 0,79);

- A validade de conteúdo e construto foram obtidas através de um painel de peritos, foi consensual que o questionário avalia o nível de conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários em adolescentes;

- Globalmente o ASBQ versão portuguesa tem um comportamento semelhante à sua validade noutros contextos, pelo que se acredita que a sua aplicação seja fiável para a população portuguesa.

Findo este trabalho, acredita-se ter contribuído para a adaptação e validação do ASBQ versão portuguesa e avaliar o nível de conhecimentos que a população portuguesa tem acerca dos comportamentos suicidários em adolescentes. Os resultados obtidos podem indiciar, e indo ao encontro do que se encontra plasmado no Plano Nacional da Prevenção do Suicídio (DGS, 2013), em termos da implementação de ações preventivas como campanhas de sensibilização para a comunidade e na formação de porteiros sociais e de profissionais de saúde, os conteúdos programáticos específicos sobre os quais deverão recair maior atenção, colmatando a carência de conhecimento identificada, e desta forma promovendo o aumento da literacia em saúde mental, promovendo a maior acessibilidade aos cuidados de saúde mental e intervenção mais célere e adequada para com os indivíduos em risco de adotar um comportamento suicidário.

Acresce ainda que num programa de formação na área da prevenção do suicídio, atendendo à especificidade do grupo alvo (comunidade, porteiros sociais, profissionais de saúde) a complexidade dos conteúdos programáticos deve ser ajustada, contudo a conjugação de estratégias ativas de aprendizagem como o *role play* pode traduzir ganhos consideráveis por se aproximar e refletir a aplicação do conhecimento e das estratégias na vida real. Assume-se também como determinante que os resultados sejam monitorizados através da avaliação que mensure/afira a melhoria do conhecimento, de atitudes e do desenvolvimento de capacidades de identificação de adolescentes em risco e de encaminhamento para os cuidados de saúde mental nas ações formativas destinadas à comunidade e a porteiros sociais, e de diagnóstico, tratamento, intervenção e referenciação nas formações previstas para profissionais de saúde. Outra sugestão é que sejam contemplados nestes programas follow-ups formativos, que permitam uma atualização de conhecimentos e a melhoria contínua de capacidade e competências nesta área.

Além da formação formal dos profissionais de saúde, de porteiros sociais e elementos da comunidade, julga-se pertinente que se adotem, nos vários contextos de prevenção do suicídio, orientações nacionais e internacionais como as que constam do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), no Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária (OE, 2012) e Relatório da OMS para a Prevenção do Suicídio (WHO, 2014).

BIBLIOGRAFIA

Abreu, K., Lima, M., Kohlrausch, E. & Soares, J. (2010). Comportamento suicida: Factores de risco e intervenções preventivas. *Revista Electrônica de Enfermagem*, 12(1), 195-200.

Alessi, E., & Martin, J. (2010). Conducting an Internet-based Survey: Benefits, Pitfalls, and Lessons Learned. *Social Work Research*, 34(2), 122-128.

Almeida, M., Spnínola, A., Lancman, S. (2009). Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. Revista de *Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20, (1): 49-58.

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

American Psychological Association. (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*., 65, 493.

Andriessen, K. (2011). Survivors after Suicide. A Comprehensive Suicide Survivor Program in Flanders, Belgium. In J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Eds), *Grief after Suicide* (pp. 495-504). New York, USA: Routledge.

Andriessen, K., & Krysinska, K. (2012). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32.

Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., Klein, D. (2011). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21-7. doi: 10.1007/s00406-010-0120-3. Epub 2010 Jun 30.

Araújo, L., Vieira, K. & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1), 47-57.

Arun, P., & Chavan, B. (2009). Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh. *Indian Journal of Medical Science*, 63(7), 281-287. doi: 10.4103/0019-5359.55112

Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.

Aseltine, R., & DeMartino, R. (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446–451.

Association of Internet Researchers. (2003). *EthicalDecision-Making and Internet*

Baggio, L., Palazzo, L., & Aerts, D. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 25(1), 142-150.

Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

Barros, A., Castanha, A., Araújo, L., Coutinho, M. (2006). As Representações Sociais da Depressão em Adolescentes no Contexto do Ensino Médio. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 19-28.

Bastos, R. L. (2009). Suicídios, Psicologia e vínculos: Uma leitura psicossocial. *Psicologia USP*, 20(1), 67-92.

Bean, G., & Baber, K. (2011). Connect: An Effective Community-Based Youth Suicide Prevention Program. *Suicide and Life-Threatening Behavior,*41(1), 87-97.

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio: TX Psychological corporation.

Berman, A. (2009). School-based suicide prevention: Research advances and practice implications. *School Psychology Review*, 38, 233-238.

Berman, A., Jobes, D., & Silverman, M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bertolote, J., Fleischmann, A., Butchart, A., & Besbelli, N. (2006). Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(4), 260-261.

Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25 (4), 147-155. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.147.

Bertolote, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 87-95.

Biazus, C., & Ramires, V. (2012). Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. *Psicologia em Estudo*,17(1), 83-91.

Binelli, C., Ortiz, A., Muñiz, A., Gelabert, E., Ferraz, L., Filho, A., …Martín-Santos, R. (2012). Social anxiety and negative early life events in university students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 70-74

Borges, G., Orozco, R., Rafful, C., Miller, E., & Breslau, J. (2012). Suicidality, ethnicity and immigration in the United States. *Psychological Medicine*, 42(6), 1175–1184. doi: 10.1017/S0033291711002340.

Borges, V., & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.

Botega, N. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, 25(3), 231-236. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300231&script=sci_abstract.

Botega, N., Marín-León, L., Oliveira, H., Barros, M., Silva, V., & Dalgalarrondo, P. (2009). Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.

Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.

Braga, L., Dell`Aglio, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01.

Brás, M. (2013). *Condutas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes* (Tese de doutoramento). Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal.

Brás, M., & Cruz, J. (2014). Mitos e falsas crenças sobre os atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 493-504). Lisboa, Portugal: Lidel.

Brás, M., & Santos, J (2014). Prevenção do suicídio em meio escolar. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 485-492). Lisboa, Portugal: Lidel.

Brás, M., Cruz, J., & Saraiva, C. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivo,* (pp. 473-483). Lisboa, Portugal: Lidel.

Brent, D., McMakin, D., Kennard, B., Goldstein, T., Mayes, T., & Douaihy, A. (2013). Protecting Adolescents From Self-Harm: A Critical Review of Intervention Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873716/

Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.

Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS* (2ª ed.). Oeiras, Portugal: Celta Editora

Bueno, C., Strelhow, M., & Câmara, S. (2010). Inserção em grupos formais e qualidade de vida entre adolescentes. *Psico-USF*, 15(3), 311-320.

Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. *Rand Health Quarterly*, 5(1), 16.

Burns, E., Jackson, J., & Harding, H. (2010). Child Maltreatment, Emotion Regulation, and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1(8), 801-819. Doi: 10.1080/10926771.2010.522947

Burns, J., & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225-239

Cais, C., Silveira, I., Stefanello, S., & Botega, N. (2011). Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 384-389. doi:10.1080/13811118.2011.616152.

Calear, A., Christensen, H. Freeman, A., Fenton, K., Grant, J., Spijker, B., & Donker, T. (2015). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482.

Callahan, P., Liu, P., Purcell, R., Parker, A., & Hetrick. S. (2012). Evidence Map of Prevention and Treatment Interventions for Depression in Young People. *Depression Research and Treatment*, 2012 (20735), 1-12.

Carmona-Navarro, M., & Pichardo-Martínez, M. (2012). Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_19.pdf.

Carriço, Marlene (2016). Período de crise económica registou taxa de suicídio mais alta. Observador. Recuperado de https://observador.pt/2016/03/24/periodo-crise-economica-registou-taxa-suicidio-alta/.

Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30(1), 51-62

Carvalho, A. (2014). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 541- 552). Lisboa, Portugal: Lidel

Caycedo, A., Arenas, M., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en bogotá - 2009. *Persona e Bioética*, 14 (2), 205-213.

Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 18-25. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462009000500004&script=sci_abstract&tlng=pt

Cheng, J., Fancher, T., Ratanasen, M., Conner, K., Duberstein, P., Sue, S., & Takeuchi, D. (2010). Lifetime Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Asian Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 1(1), 18–30. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953852/.

Christiansen, E., & Jensen, B. (2007). Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257 – 265.

Churchill, G., & Iacobucci, D. (2005). *Marketing Research: Methodological Foundations* (9ª e. d.). USA: Thomson South-Western Publishers.

Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: an analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work*, 52(1), 41-49.

Cigularov, K., Chen, P., Thurber, B., & Stallones, L. (2008). What prevents adolescents from seeking help after a suicide education program? Suicide and Life-Threatening Behavior, 38(1), 74-86.

Coleman, J. (2011). *The Nature of Adolescence* (4ª ed.). Recuperado de https://books.google.pt/books?id=Sb_qF0zbA4AC&pg=PA57&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

Cornette, M., deRoon-Cassini, T., Fosco, G., Holloway, R., Clark, D., & Joiner, T., (2009). Application of an interpersonal-psychological model of suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Archives of Suicide Research*, 13, 1–14.

Correia, M., Frazão, P., & Santos, J. (2018). Risco suicidário em adultos LGBT. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*, (pp. 105-115). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Corrigan, P., Markowitz, M., & Watson, A. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.

Crawford, S., & Caltabiano, N. (2009). The School Professionals' Role in Identification of Youth at Risk of Suicide. Australian Journal of Teacher Education, 34(2). doi: 10.14221/ajte.2009v34n2.3

Crepet, P. (2002). *A dimensão do vazio: os jovens e o suicídio*. Porto, Portugal: Ambar

Cross, W., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A., & Caine, E. (2011). Does Practice Make Perfect? A Randomized Control Trial of Behavioral Rehearsal on Suicide Prevention Gatekeeper Skills. *The Journal of Primary Prevention*, 32(3-4), 195–211. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249637/

Cruz, J. (2003). Modelo Cognitivo da Conduta Suicida. *Studia*, 5, 193-230

Cruz, J. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires & J. Veloso (Eds.), *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas* (pp. 47-71). Leiria, Portugal: Editorial Presença.

Cruz, T. (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde. *Adolescência e Saúde,* 4(3), 45-50. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=100#.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (Eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Denmark: WHO Regional Office for Europe

Davim, R., Germano, R., Menezes, R., & Carlos, D. (2009). Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista Rene*, 10(2), 131-140.

Diekstra, R. (2008). Efectiveness of School-Based Social and Emotional Education Programmes Wordlwide – part One, a review of meta-analytic literature. In Fundacion Marcelino Botin, *Social and emotional education: an international analysis* (pp. 255-284). Santander, Espanha: Fundacion Marcelino Botin.

Direção Geral da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-201. Resumo Executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional para a Saúde Mental - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Recuperado de

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal Saúde Mental em Números - 2014*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: A comparison of hospital based with population based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 87-96. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01747x.

Durkheim, E. (2001). *O Suicídio, Estudo Sociológico* (7ª ed.). Lisboa, Portugal: Editorial Presença.

Erse, M., Façanha, J., Simões, R., Amélia, L., & Santos, J. (2010). Combater o Estigma em Saúde Mental: Uma estratégia preventiva da conduta suicida. In SPESM, *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental* (pp. 211-219). Porto, Portugal: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Erse, M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Loureiro, C., Matos, M., & Santos, J., (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, Número: 9, Série: IV, 37 – 44.

Erse, M.; Santos, J., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2012, Outubro). *Prevenção de comportamentos Suicidários em Contexto Escolar: Pósvenção*. Comunicação apresentada no I Encontro + Contigo, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 28(5), 77-88.

Eurostat (2017). *Death due to suicide, by sex*. Recuperado de http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00122.

Faleiros, F., Käppler, C., Pontes, F., Silva, S., Goes, F., & Cucick, C. (2016). Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto & Contexto*, 25(4).

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. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidade em saúde à intervenção de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências…Adolescentes… *Educação, ciência e tecnologia*, 32, 141-162. Recuperado de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf

Fisher, A., Kramer, R., King, R., Bird, H., Davies, M., Gould, M., …Lahey, B. (2000). Risk Behavior in a community sample of children and adolescentes. *Journal Amercan Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 39(7), 881-887

Fleischmann, A., Bertolote, J., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., … Thanh, H. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709.

Fleming C., & Bowden M. (2009). Web-based surveys as an alternative to traditional mail methods. *Journal of Environmental Management*, 90(1), 284-292.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo deinvestigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta

Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents views on preventing self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 96-104

Fountoulakis, K., Gonda, X., & Rihmer, Z. (2011). Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1-2), 10-16. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710004222.

Franklin, C., Kim, J., Ryan, T., Kelly, M., & Montgomery, K. (2012) Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 973-982. doi:10.1016/j.childyouth.2012.01.027.

Frasquilho, M. (2009). Estratégias para prevenir. In M. Frasquilho, D. Guerreiro, *Stress, Depressão e Suicídio: Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa, Portugal: Coisas de Ler Edições.

Frazão, P., Santos, J., & Sampaio, D. (2014). Família e Suicídio. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 135-143). Lisboa, Portugal: Lidel.

Freitas, A., & Borges, L. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560-577

Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, D., Haas, A., Koestner, B., & Nemeroff, B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the

American Foundation for suicide prevention college screening project at Memory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482–488. doi: 10.1002/da.20321.

Gask, L., Dixon, C., Morris, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 739-50.

Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., Dubrava, S., Suryawanshi, S., …Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical, Pharmacology & Therapeutics*, 90(4), 554–560.

Gibb, S., Beautrais, A., & Surgenor, L. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (8), 713-720.

Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2009). Psicologia (8ª ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Glenn, C., & Nock, M. K. (2014). Improving the Prediction of Suicidal Behavior in Youth. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 9(3), 7–10. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557617/#R35.

Gordana, D., & Milivoje, P. (2007). Suicide prevention program in the army of Serbia and Montenegro. *Military Medicine*, 172(5), 551-555.

Gould, M., Marrocco, F., Kleinman, M., Thomas, J, Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening ProgramsA Randomized Controlled Trial. JAMA, 293(13), 1635-1643.

Granello D., and Granello P. (2007). Suicide assessment: Strategies for determining risk. *Counselling, Psychotherapy and Health*, 3(1), 42-51.

Greydanus, D. & Shek, D. (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. Keio Journal of Medicine, 58(3), 144-151. Recuperado de https://www.jstage.jst.go.jp/article/kjm/58/3/58_3_144/_pdf/-char/en.

Groschwitz, R., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U., Brunner, …Plener, P. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 228(3), 454-461.

Guerreiro D. (2014). Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento efetivo e estratégias de coping (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal. Recuperado de http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11457.

Guerreiro, D., & Sampaio D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, 31(2), 204-213.

Guidry, E., & Cukrowicz, K. (2016). Death ideation in older adults: Psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*, 20, 823–830.

Gunnell, D., Middleton, N., & Frankel, S. (2000). Method substitution and the prevention of suicide - a reanalysis of secular trends in Britain 1950-1975. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 35, 437-444.

Gusmão, R., & Quintão, S. (2013). Registo de suicídio e de mortes resultantes de eventos com intenção indeterminada: uma revisitação de "A verdade sobre o suicídio em Portugal" 20 anos depois. *Portugal Saúde Em Números 2013, (1)*, 19-34.

Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34,1-20.

Haas, A., Eliason, M., Mays, V., Mathy, R., Cochran, S., D'augelli, A., … Clayton, P. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51.

Harford, T., Yi, H., & Grant, B. F. (2014). Associations between Childhood Abuse and Interpersonal Aggression and Suicide Attempt among U.S. Adults in a National Study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1389–1398.

Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382.

Hawton, K., Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Seminar*, 373 (9672), 1372-1381.

Heitkamp, S. (2011). Preservice Teacher Awareness of Risk Factors for Student Suicide. Recuperado de https://engagedscholarship. csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1514&context=etdarchive

Hill, R., Castellanos, D., & Pettit, J. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1133-1144 11

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures, Portugal: Lusociência.

Horesh, N., & Iancu, I. (2010). A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls. *Comprehensive Psychiatry,* 51(2), 157-164.

Hovens, J., Wiersma, J., Giltay, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B., & Zitman, F. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. Controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66–74

Hurry, J. (2000). Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 31-36. doi: 10.1080/09540260074094

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes& PUBLICACOESpub _boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2

Isaac, M., Elias, B., Katz, L., Belik, S., Deane, F., Enns, M.,…Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.

Jacobs, D., Baldessarini, C., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, … Simon, R. (2010). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. USA: American Psychiatric Association.

Joiner, T. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Joiner, T., Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R., & Rudd, M. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634-646.

Jones, S., Walker, C., Miles, A., Silva, E., & Zimitat, C. (2015). A rural, community-based suicide awareness and intervention program. Rural Remote Health, 5(1), 2972. Recuperado de htpps//www.rrh.org.au/journal/article/2972

Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T. & Soares, I. (2007). Vinculação na Adolescência. In I. Soares (coord.), *Relações de vinculação ao longo do*

desenvolvimento: Teoria e avaliação (pp. 99-120). Braga, Portugal: Psiquilibrios Edições.

Jordan, J., & McIntosh, J. (2011). A Research Agenda for Suicide Survivors. In J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Eds), *Grief after Suicide* (pp. 507-522). New York, USA: Routledge

Kalafat, J. (2003). School approaches to youth suicide prevention. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1211-1223. doi: 10.1177/0002764202250665

Kaniwa, I., Kawanishi, C., Suda, A., & Hirayasu, Y. (2012). Effects of Educating Local Government Officers and Healthcare and Welfare Professionals in Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 712–721. doi: 10.3390/ijerph9030712.

Katz, C., Bolton, S., Katz, L., Isaak, C., Tilston-Jones, T., & Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. Depress and Anxiety, 30(10), 1030-1045.

King, C., Kramer, A., & Preuss, L. (2006). Youth-nominated support team for suicidal adolescentes (version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 199-206. doi:10.1037/0022-006X.74.1.199

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2), 1-5.

Krüger, L., & Werlang, B. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15 (1), 59-70.

Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio. Um manual para profissionais de saúde*. Massachusetts, USA: Blackwell Publishing Ltd.

Lamb, S., & Mullally, B. (2006). Accident and emergency nursing assessment of deliberate self-harm. Ireland: Health Service Executive, National Suicide Research Foundation. Recuperado de https://www.nsrf.ie/wp-content/uploads/reports/ReviewPLN%20I2010.pdf.

Lima, L. (2000). Adolescência e as crenças familiares: um estudo exploratório (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Faculdade e Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.

Lingeswaran, A. (2010). Psychiatric Curriculum and its Impact on the Attitude of Indian Undergraduate Medical Students and Interns. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(2), 119–127. Loh, E., & Wragg, J. (2004). Developmental perspective. In K. N. Dwivedi & P. B. Harper (Eds.), *Promoting the emotional well-being of*

children and adolescents and preventing their mental-health: A handbook (pp. 29-48). London, England: Jessica Kingsley Publisher

Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII (6), 157-166.

Lucassen, M., Clark, T., & Denny, S. (2015). What has changed from 2001 to 2012 for sexual minority youth in New Zealand? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51, 410–418.

Luoma, J., Martin, C., & Pearson, J. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909

MacDonald, M. (2004). Teachers' Knowledge of Facts and Myths about Suicide. *Psychological Reports*, 95(2), 651 - 656

Magliano, L., Read, J., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., Campitiello, F., … Patalano, M. (2014). "Social dangerousness and incurability in schizophrenia": Results of an educational intervention for medical and psychology students. *Psychiatry Research*, 219(3), 457-463.

Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. … Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064.

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

Martin, G., Richardson, A., Bergen, H., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. Journal of Adolescence 28 (1), 75–87.

Matias, J., & Santos, J. (2018). Inventário de razões para viver: contributos para a validação para a amostra não clínica portuguesa. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*, (pp. 173-182). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa do Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão – Dados Nacionais do Estudo HBSC de 2014*. Recuperado de http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Gaspar, T., …& Equipa do Aventura Social (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. HBSC 2010.* Recuperado de http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf.

McLoughlin, M., Gould, M., & Malone, K. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(10), 765–780. Recuperado de https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv026.

Mendoza, J., & Rosenberg, S. (2010). *Suicide and suicide prevention in Australia: Breaking the silence*. Sydney, Australia: Lifeline Australia & Suicide Prevention Australia.

Menezes, I. (2005). O Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência: Mudanças na Definição de si Próprio, nas Relações com os Outros e na Participação Social e Cívica . In G. L. Miranda e S. Bahia (Orgs), *Psicologia da educação: temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino* (pp. 708-830). Lisboa, Portugal: Relógio d'Água Editores.

Miller, D. (2011). *Child and adolescent suicidal behavior: School-basedprevention, assessment, and intervention*. New York, USA: Guilford Press.

Minayo, M. C. de S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757.

Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 28–36. doi:10.1007/s00127-007-0266-0.

Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 339-358). Lisboa, Portugal: Lidel.

Monteiro, R., Bahia, C., Paiva, E., Sá, N., & Minayo, M. (2015). Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 689-699.

Moreira, N. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão* (1ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto

Moses, T. (2010). Adolescent mental health consumers' self-stigma: Associations with parents' and adolescents' illness perceptions and parental stigma. *Journal of Community Psychology*, 38 (6), 781–798.

Moskos, M., Olson, L., Halbern, S., & Gray, D. (2007). Utah youth suicide study: Barriers to mental health treatment for adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 179-186.

Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:10

Nabais, L. (2014). *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa. Perspectiva de Intervenção*. (Tese de Doutoramento). Universidade Aberta, Psicologia Clínica e da Saúde, Portugal

Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L. & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 1-11

Neves, E. (2014). Modelos psicológicos. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 69-611). Lisboa, Portugal: Lidel

New Zealand Guidelines Group. (2003). *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide: Best Practice Evidence-based Guideline*. New Zealand, Australia: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health.

Nock, M., Green, J., Hwang, I., McLaughlin, K., Sampson, B., & Zaslavsky, A. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70(3), 300–310.

Nock, M., Park, J., Finn, C., Deliberto, T., Dour, H., & Banaji, M. (2010). Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*, 21(4), 511–517.

Núcleo de Estudos do Suicídio (2017). *Pais e amigos*. Recuperado de http://www.nes.pt/index.php?ID=9598

Núñez, A., Núñez, F., Matos, A., Mendes, V., & Rosa, J. (2008). Comportamientos suicidarios y su estudio práctico. 9º Congresso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*, pp. 1-16.

O'Connor, R., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. (2013). Psychological Processes and Repeat Suicidal Behavior: A Four-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137–1143. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3933214/#c14

O'Brien, B., & Sher, L. (2013). Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(3), 201-205. doi: 10.1515/ijamh-2013-0053.

Oexle, N., Rüsch, N., Viering, S., Wyss, C., Seifritz, E., Xu, Z. & Kawohl, W. (2017). Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(4), 359-361

Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & Rüsch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 169-175.

Oliveira, A. (2006). Desafiar a própria morte para sentir a vida - O contexto (psico)social do suicídio adolescente. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Oliveira, A. (2008). *O Desafio da Morte*. Lisboa: Âncora Editora.

Oliveira, A. (2014). Música e suicídio - o som e a fúria de viver. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 603-611). Lisboa, Portugal: Lidel

Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2004). Da desesperança ao desafio da morte... e à conquista da vida: Olhar sobre o adolescente suicida. *Psychologica*, 35, 69-83.

Oliveira, A., Amâncio, L., Sampaio, D. (2001). Arriscar Morrer para Sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, XIX:4, 509-521. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf

Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241.

Ordaz, O., Vinagre, G., Santos, N., Gouveia-Pereira, M., Oliveira, A., & Sampaio, D. (2004). Representações sociais do suicídio em jovens com comportamentos auto-destrutivos. *Psiquiatria Clínica*, 24(2), 147-153.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. D.R. 2.ª série, n.º 35. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas Para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária* (1ª ed.) Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Organisation for Economic Co-operation and Development. (OECD, 2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris, France: OECD Publishing. Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3

Osafo, J., Knizek, B., Akotia, C., & Hjelmeland, H. (2012). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (6), 691-700.

Ougrin., D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. (2012). Practitioner review: Self-harm in adolescentes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 337-350

Overholser, J., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 334–348.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199. doi: 10.1192/bjp.181.3.193

Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). Porto Alegre, Brasil: McGrawHill.

Park, A., McDaid, D., Weiser, P., Von Gottberg, C., Becker, T., & Kilian, R. (2013). Examining the cost effectiveness of interventions to promote the physical health of people with mental health problems: a systematic review. *BMC Public Health*, 13, 787. Recuperado de http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-787

Park, S., Cho, S., & Moon, S. (2010). Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4) , 389 - 397

Peixoto, B. Saraiva, C. & Sampaio, D. (Coords.). (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia

Peixoto, B., & Azenha, S. (2006). Aspetos Históricos, Filosóficos e Conceptuais do Suicídio. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio (Coord.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp19-53). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Santos, J., & Santos, J. (2014). Estudo e formação em Suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 531-539). Lisboa, Portugal: Lidel

Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Picazo-Zappino J. (2014). Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(3), 125-132

Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P. & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131.

Pitman, A., Osborn, D., Rantell, K., & King, M. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22-29.

Pitman, A., Stevenson, F., Osborn, D., & King, M. (2018). The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine*, 98, 121–129

Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2011). Evidence-Based Interventions for Preventing Suicide in Youths. In: M. Pompili, & R. Tatarelli, (Eds), *Evidence-Based Practice in Suicidology: A Source Book* (pp. 171-209). Cambridge, England: Hogrefe Publishing

Prats, L. (1987). *Aspetos culturais do suicídio*. *Psicologia*, 2, 181-187

Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.

Ramsay, R., Cooke, M., & Lang, W. (1990). Alberta's suicide prevention training programs: A retrospective comparison with Rothman's developmental research model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20 (4), 7-22

Rapeli, C., & Botega, N. (2005). Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 285 – 289

Reichenheim, M., & Moraes, C. (2007). Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Revista de Saúde Pública,* 41 (4), 665-673. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17589768&site=ehost-live.

Reinecke, M., & Clark, D. (2004). *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Research Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee. Recuperado de http://aoir.org/reports/ethics2.pdf

Rodríguez, S. & Damásio, B. (2014). Desenvolvimento da identidade e do sentido de vida na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Eds.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp. 32-39). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Roswarski, T., & Dunn, J. (2009). The Role of Help and Hope in Prevention and Early Intervention with Suicidal Adolescents: Implications for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 34-46.

Rothes, I. (2006). *Suicídio Juvenil*. Representações sociais dos médicos e dos psicólogos (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.

Rothì, D., Leavey, G., & Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1217-1231

Ruchkin, D., Grafman, J., Cameron, K., & Berndt, R. (2003). Working memory retention systems: a state of activated long-term memory. *Behavioral and Brain Sciences*, 26, 709–777.

Rüsch, N., Angermeyer, M. & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.

Sampaio, D. (1995). *Inventem-se Novos Pais* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio* (14ª ed.). Lisboa, Portugal: Editorial Caminho.

Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em Estudantes do Ensino Secundário: as Explicações dos Jovens. *Análise Psicológica*, 2(XVIII), 139-155.

Samperi, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo, Brasil: McGraw-Hill.

Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001

Santos, J. (2007). *Para-suicídio. O que dizem as famílias. A Emoção Expressa* (1ª ed.). Coimbra, Portugal; Formasau

Santos, J. (2018). *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra

Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L., & Simões, R. (2014a). + *Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*, Número: 9, Série Monográfica, 1ª Edição. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Santos, J., Erse, M., Marques, L., Loureiro, C., Quaresma, M., & Matos, M. (2016). Saúde mental em adolescentes portugueses: contributos do + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, Número: suplemento ao nº 9, Série: IV, 132 - 132

Santos, J., Saraiva, C., & Sousa, L. (2009). The Role of Expressed Emotion, Self-Concept, Coping, and Depression in Parasuicidal Behavior: A Follow-up Study. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 358-367

Santos, J., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Marques, L. (2014b). Impacto da formação + Contigo nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 679 - 684

Santos, J., Simões, R., Façanha, J., Erse, M., Marques, L., Loureiro, C., …Quaresma, M. (2018). Mais Contigo: 8 anos na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (17-29). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Santos, J., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Matos, M., & Quaresma, M., (2016). Autoconceito em adolescentes portugueses: contributos do + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, Número: Suplemento ao nº 9, Série: IV, 68 - 68

Santos, L. (2005). O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 57-66.

Santos, O. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Portugal

Santos, S., & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 445-452). Lisboa, Portugal: Lidel

Santos, T.; Floriano, L.; Skupien, S. & Ravelli, A. (2015). *O papel da educação em saúde na prevenção ao suicídio*. Educere – XII Congresso Nacional de Educação. Recuperado de http:// http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17639_7898.pdf

Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte.* Coimbra, Portugal: Redhorse

Saraiva, C. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.

Saraiva, C., & Gil, N., (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*, (pp.41-54). Lisboa, Portugal: Lidel.

Saunders K., Hawton K., Fortune S., & Farrell S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216.

Schlösser, A. Gabriel, R. & Moré, Carmen. (2014). Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*. 22 (1), 133-145.

Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi K., & Seidler A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190, (2-3)

Schoen-Ferreira, T., Aznar-Farias, M., & Silvares, E. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004

Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rüsch, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M. & Thornicroft, G. (2015). Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(2), 166-171.

Scouller, K. & Smith, D. (2002). Prevention of youth suicide: How well informed are the potential gatekeepers of adolescents in distress? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 67-69.

Senna, S., & Dessen, M. (2015). Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 217-229.

Serra, E. (1997). Adolescência: perspectiva evolutiva. *Anais do VII Congresso INFAD*, 24-28

Shaffer, D., & Gould, M. (2000). Suicide Prevention in Schools. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *Suicide and Attempted Suicide* (pp.645-660). West Sussex, UK: John Wiley & Sons

Shaffer, D., & Kipp, K. (2014). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (9ª ed.). Recuperado de http://elibrary.bsu.az/books_163/N_44.pdf

Sheehan, L., Dubke, R., & Corrigan, P. (2017). The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression related stigma. *Psychiatry Research*, 256 (10), 40-45

Shim, R., & Compton, M. (2010). Pilot testing and preliminary evaluation of a suicide prevention education program for emergency department personnel. Community Mental Health Journal, 46(6), 585-590. doi: 10.1007/s10597-009-9241-4.

Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northfield, NJ: Jason Aronson.

Shneidman, E. (2001). *Comprehending suicide*. Washington, USA: American Psychological Association.

Sifuentes, T., Dessen, M., & Oliveira, M. (2007). Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23, 379-385. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000400003

Silva, E., Silva, D., & André, S. (2016). A pequena sereia: arquétipo da adolescência. Educação, ciência e tecnologia, 93-99. Recuperado de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/7.pdf

Silveira, E. & Fonte, A. (2014). Adulto e Comportamentos suicidários. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 241-261). Lisboa, Portugal: Lidel

Silverman, M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, police and practice* (pp. 9-26). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Santos, J. (2014). Enfermagem em suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 193-202). Lisboa, Portugal: Lidel

Simões, R., Santos, J., Façanha, J., Erse, M., Loureiro, C., Marques, L., …Matos, M. (2018). Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health*. Recuperado de https://www.karger.com/Article/FullText/486468

Smith, D., & Scoullar, K. (2001). How well informed are australian general practitioners about adolescent suicide? Implications for primary prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 169-82.

Souza, V., Alves, M., Silva, L., Lino, D., Nery, A., & Casotti, C. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4),294-300.

Sprinthall, N. & Collins, A. (2011). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stefanello, S., Cais, C., Mauro, M., Freitas, G., & Botega, N. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 139-143

Stengel, E. (1980). *Suicídio e Tentativa de Suicídio*. Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.

Stolle, M., Sack, P., & Thomasius, R.: Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(19), 323–328. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689602/?tool=pmcentrez&report=abstract

Stone, D., Barber, C., & Potter, L. (2005). Public Health Training online: The National Centre for Suicide Prevention Training. *American Journal of Preventive Medicine*, 29 (2) 247-251

Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563.

Sveen, C., & Walby, F. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13

Taliaferro, L., Rienzo, B., Miller, M., Pigg, R., & Dodd, V. (2008). High school youth and suicide risk: exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *Journal of School Health*, 78(10),545-553.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B., & Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia - the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (11), 927-937

Tavares, M. (2013). Suicídio: o luto dos sobreviventes. In Conselho Federal de Psicologia, *O suicídio e os desafios para a psicologia* (45-58). Recuperado https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio

Taylor, T., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104-110.

Tomé, G., Matos, M., Gomes, P., Camacho, I. & Gaspar, T. (2017) Promoção da Saúde Mental nas Escolas – Projeto ES´COOL. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8, 173-184

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., …Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600006

Tompkins, T., Witt, J. & Abraibesh, N. (2009). "Does a Gatekeeper Suicide Prevention Program Work in a School Setting? Evaluating Training Outcome and Moderators of Effectiveness". Faculty Publications. Submitted Version. Submission 1. Recuperado de http://digitalcommons.linfield.edu/psycfac_pubs/1

Traverso-Yepez, M., & Pinheiro, V. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas*. Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147.

Tsai, W., Lin, L., Chang, W.., Chang, H., & Chou, M. (2010). The effects of the suicide awareness program in enhancing community volunteers' awareness of suicide warning signs. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 63-68. doi:10.1016/j.apnu.2009.01.004.

Turecki, G., & Brent, D. (2015). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 387, 1227-1239

Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130348/

Varnik, P., Sisask, M., Varnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., Van der Feltz-Cornelis, C., & Hegerl, U. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2–20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 321–5.

Vedana, K., & Santos, J. (2018). Representações socias do suicídio na Perspetiva de estudantes de Enfermagem. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*, (33-42). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Venta, A., & Sharp, C. (2014). Attachment organization in suicide prevention research: preliminary findings and future directions in a sample of inpatient adolescents. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(1), 60-66.

Ventosa, M. (2008). *Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal.

Viana, H., & Madruga, V. (2008). Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. *Revista Digital*, 12(116). Recuperado de http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacaoculturaleescalaspsicometricas.htm

Waldvogel, J., Rutter, M., Oberg, C. (2008). Adolescent suicide: Risk factor and Prevention strategies. *Current Problem Pediatric Adolescent Health Care*, 38(4), 110-125

Walsh, E. & Eggert, L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(5), 349–359. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00483.

Ward, R., Eyler, A., & Makris, G. (2000). Evaluation and management of depressive illness in adolescence. *Clinics in Family Practice*, 2 (3), 723-742

Wasserman, C., Hoven, C., Wasserman, D., Carlim V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., Poštuvan, V. (2012). Suicide preventiuon for youth – a mental health awareness program: Lessonslearned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(776), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-12-776.

Weare, K., & Nind, M., (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(1), 29-69.

Werlang, B., & Botega, N. (2004). Introdução. In N. Botega & B. Werlang (Orgs.), *Comportamento Suicida* (pp. 17-18). 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 Psicologia*, 39(2), 259-266.

Whitlock, J. (2010). Self-Injurious Behavior in Adolescents. *PLoS Med*, 7(5). Recuperado de https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id= 10.1371/journal.pmed.1000240

Whitney, S., Renner, L., Pate, C., & Jacobs, K. (2011). Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide prevention programs. *Children and Youth Services Review*, 33, 869–877

Wilcox, H., Arriab, A., Caldeira, K., Vincent, K., Pinchevskyc, G., & O'Grady, K. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294. doi:10.1016/j.jad.2010.04.017

World Health Organization. (2000). *Preventing suicide: a resource for media professionals.* Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

World Health Organization. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being.* Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

World Health Organization. (2009). *Child and adolescent health and development*. Recuperado de http://www.who.int/child-adolescent-health/

World Health Organization. (2011). *Youth and Health Risks*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020.* Geneva, Switzerland: World Health Organization

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

World Health Organization. (2016). *Suicide mortality rate, 2016*. Recuperado de http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/

World Health Organization. (2017). *Suicide mortality rate 2015.* Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/

Wyeth, C. (2008). An exploration of suicide in the adult population. *Northland Polytechnic Nursing Journal,* 12: 44-47.

Younes, N., Chee, C., Turbelin, C., Hanslik, T., Passerieux, C., & Melchior, M. (2013). Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 14:68.

Younes, N., Chee, C., Turbelin, C., Hanslik, T., Passerieux, C., & Melchior, M. (2013). Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 14(68). Recuperado de https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-14-68

Zappe, J., & Dell'Aglio, D. (2016). Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. *Psico*, 47(2), 99-110. Recuperado de https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.2149

ANEXOS

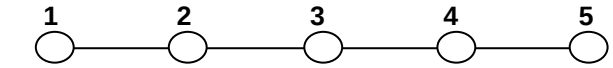
ANEXO I

Adolescente Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) – Versão original de Scouller e Smith (2002)

ADOLESCENT SUICIDE BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE

(ASBQ) BY SCOULLAR AND SMITH (2002)

On the following scale, please rate how well-informed you consider yourself to be on adolescent suicide.



Very poorly Informed — Very well informed

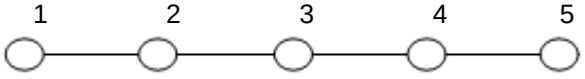
Listed below are a series of statements about adolescent suicide. Please circle the response that best indicates the extent to which you agree or disagree with each of these statements. Please answer all questions.

	Strongly Agrre				Strongly Disagree
	1	2	3	4	5
1) Although giving away prized possessions is a warning sign for suicide, it is not a significant one.					
2) Suicidal adolescents clearly want to die.					
3) Adolescents who attempt suicide are more likely to come from families with a history of drug or alcohol abuse than are non-suicidal adolescents.					
4) Lack of social support significantly increases the risk of an adolescent committing suicide.					
5) The majority of adolescents who commit suicide have a psychiatric disorder.					
6) Adolescents who talk about suicide won't commit suicide.					
7) Sudden and extreme changes in eating or sleeping habits, losing or gaining weight, can warn of imminent suicide.					

	Strongly Agrre				Strongly Disagree
	1	2	3	4	5
8) Depression is more common in the history of parents whose children commit suicide than in the histories of parents of non-suicidal children.					
9) Doctors are not in a good position to detect suicidal adolescents.					
10) Alcohol or drug abuse is a principal risk factor for adolescent suicide.					
11) A young person can be prompted to commit suicide by hearing about somebody else who has suicided.					
12) Many young people who commit suicide have seen a doctor in the three months prior to their suicide.					
13) Suicidal and non-suicidal adolescents do not differ in their problem-solving abilities.					
14) Suicide is more common among adolescents of low socioeconomic status than among adolescents of high socioeconomic status.					
15) Only suicidal adolescents think about committing suicide.					
16) Adolescents who are contemplating suicide usually tell their parents rather than their friends.					
17) Young males are more likely to kill themselves than young females.					
18) An improvement in the mood of a young person who has threatened suicide means that the danger of suicide is over.					
19) Across all age groups, there are more deaths caused by suicide in Australia than by traffic accidents.					
20) The more life threatening (lethal) a suicide attempt has been, the higher the risk that an individual will subsequently complete suicide.					
21) Secondary school teachers are in a good position to detect the risk factors for suicide in their students.					
22) Parental conflict is a common precipitant for a suicide attempt.					
23) Most young people who commit suicide have given warning of their intent.					
24) Not all suicide threats or statements should be considered warning signs of high suicide risk.					
25) If you promise to keep a young person's suicide plans confidential, you should usually keep that promise.					
26) Adolescents who attempt suicide have commonly lost or been separated from a family member.					
27) Most suicidal people are out of contact with reality.					

	Strongly Agrre				Strongly Disagree
	1	2	3	4	5
28) A significant personal loss (e.g., the death of a close friend) can trigger a young person to attempt suicide.					
29) Young males in rural areas are one of the highest risk groups for suicide.					
30) A young person who is very depressed is no more likely to commit suicide than any other young person.					
31) Discussing suicide with a suicidal adolescent may cause that person to end their life.					
32) The more hopeless adolescents feel, the more likely they are to suicide.					
33) Adolescents with a family history of suicidal behaviour are more at risk for suicide than other adolescents.					
34) Young males are more likely to attempt suicide than young females.					
35) Suicide is one of the principal causes of death of young people in Australia.					
36) Family breakdown and conflict is common among adolescents who attempt or complete suicide.					
37) Adolescent suicide in Australia has not substantially increased in the last 20 years.					
38) Relationship break-ups are common in adolescence and therefore will not prompt a suicide.					
39) Young people who complete suicide have not commonly made a previous attempt.					
40) Gay and lesbian adolescents are at higher risk of attempting suicide than are heterosexual adolescents.					
41) Adolescents who attempt suicide are no more likely than others to have been physically and/or sexually abused.					

Please rate again, on the following scale, how well-informed you consider yourself to be on adolescent suicide**.**



Very poorly Informed **Very well informed**

ANEXO II

Autorização para utilização do ASBQ

Gmail **Maria Pedro Erse <mariaerse80@gmail.com>**

ABSQ - share the instrument for a study in Portugal

4 mensagens

Pedro Erse <mariaerse80@gmail.com> 22 de maio de 2013 às 13:17
Para: david.smith@rmit.edu.au

Dear Professor David Smith,

My name is Maria Pedro Erse,and I am a nurse specialized in mental health and psychiatry in Coimbra Psychiatric Hospital (Portugal).
Since last year, I have been attending a master's degree in mental health nursing and psychiatry and the subject of my research is the youth suicide prevention awareness. Briefly, there will be a meeting with members of the community awareness concerning suicidal behavior in adolescents, depression, warning signs and how to refer at-risk teenagers . The evaluation will be divided in three phases: (i) before, (ii) after and (iii) 4 months after awareness.
To evaluate the effectiveness of awareness I`m looking for tools that allow the assessment of knowledge and attitudes about suicide.After reading the article - Prevention of Youth Suicide: How Well Informed Are the Potential Gatekeepers of Adolescents in Distress? by Scoullar and Smith (2002) I consider the Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) a good instrument. However I could not access to the original version of the questionnaire. In this context, I will be very grateful if you can provide me the ASBQ, the psycometric properties and studies and other material/studies/information useful for my research.
I thank you in advance for your time and availability and I´m looking forward to hear from you soon.
Best regards,
Maria Pedro Erse

David Smith <david.smith@rmit.edu.au> 23 de maio de 2013 às 01:42
Para: Pedro Erse <mariaerse80@gmail.com>

Hi Maria,
I have attached the original questionnaire and some related docs. We have not conducted formal psychometrics, but it has been used in several international studies (uncertain whether they have been published - but certainly in many theses). Good luck with your research. I would be intereted in reading a copy when you are complete.
Regards,
David

[Citação ocultada]

--
David I Smith, PhD
Clinical & Forensic Psychologist
Associate Professor in Psychology, Director of Professional Training Programs
Discipline of Psychology
School of Health Sciences
RMIT University
Plenty Road
Bundoora
Victoria 3083
Australia
Tel. (613) 9925 7523
Fax. (613) 9925 7303
CRICOS provider code: 00122A

2 anexos

ANEXO III

Questionário sobre os Comportamentos Suicidários nos Adolescentes

QUESTIONÁRIO SOBRE OS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS ADOLESCENTES

A prevenção do suicídio é considerada uma tarefa global e prioritária para a Organização Mundial de Saúde.

O Suicídio encontra-se a nível mundial entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos, e no grupo etário dos 15-24 anos corresponde à 3ª causa de morte. O suicídio em adolescentes assume-se, por esta razão, como uma preocupação em termos de saúde pública e saúde mental.

A OMS apresenta importantes estratégias de prevenção, entre as quais a sensibilização da comunidade, promovendo-se desta forma a diminuição do estigma em torno da doença mental e suicídio, e o aumento de conhecimentos e da capacidade para detetar pessoas em risco de suicídio.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um trabalho de investigação que culminará no processo de validação para a população portuguesa do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scouller e Smith (2002).

A sua participação será essencial para a concretização desta investigação e contribuirá para a investigação nacional e internacional sobre os conhecimentos que a população portuguesa tem acerca dos comportamentos suicidas na adolescência.

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Grata pela sua colaboração

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Género

◯ Feminino

◯ Masculino

2- Idade (expressa em números) _____

3- Estado Civil

◯ Solteiro (a)

◯ Casado (a) / União de facto

◯ Divorciado (a)

◯ Viúvo (a)

4- Tem filhos?

◯ Sim

◯ Não

5- Nacionalidade _____

6- Distrito de Residência _____

7- Habilitações Literárias

◯ Ensino Básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)

◯ Ensino Básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)

◯ Ensino básico – 3º ciclo (Curso geral dos liceus – 9º ano)

◯ Ensino Secundário (Curso complementar dos Liceus)

◯ Bacharelato/Licenciatura

◯ Mestrado/Doutoramento

8- Profissão _____

9- Especialidade _____

10- Tempo de exercício profissional

- < 5
- [5 – 10[
- [10 – 15[
- [15 – 20[
- [20 – 25[
- [25 – 30[
- [30 – 35[
- ≥ 35

11- Formação na área da prevenção do suicídio

Nesta questão pretende-se saber se já realizou alguma formação/curso/workshop sobre esta temática

◯ Sim

◯ Não

12- Se respondeu SIM, indique que entidade promoveu/organizou essa formação

_____

13- Indique a carga horária da formação _____

14- Contacto prévio com suicídio

◯ Sim

◯ Não

15- Se respondeu SIM, a que nível?

◯ Familiar

◯ Amigos

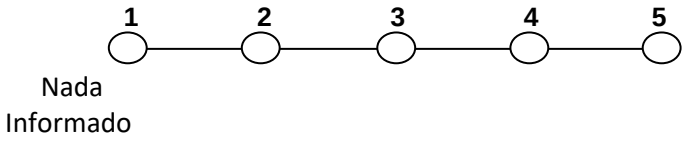
◯ Comunidade

Na página seguinte irá responder ao **QUESTIONÁRIO SOBRE OS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS ADOLESCENTES**.

Não existem respostas certas ou erradas! A sua opinião é o mais importante!

QUESTIONÁRIO SOBRE OS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS ADOLESCENTES

16- Por favor, utilize a seguinte escala para avaliar em que medida se considera bem informado sobre o suicídio na adolescência.



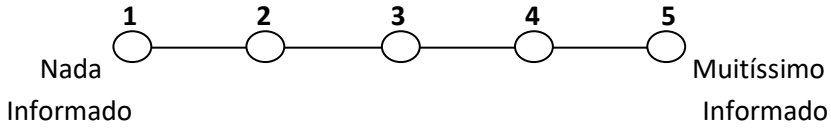
17- Assinale a resposta que melhor indica o grau em que concorda ou discorda de cada uma destas afirmações (concordo totalmente/discordo totalmente).

	Concordo Totalmente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo Totalmente
	1	2	3	4	5
18. Um adolescente oferecer objetos pessoais significativos não é um sinal de alerta importante para o suicídio					
19. Os adolescentes com ideação suicida querem claramente morrer					
1. Os adolescentes que tentam o suicídio têm maior probabilidade de pertencer a famílias com antecedentes de abuso de drogas ou álcool do que os adolescentes não-suicidas					
2. A falta de apoio social aumenta significativamente o risco de um adolescente cometer suicídio					
3. A maioria dos adolescentes que cometem suicídio tem uma doença psiquiátrica					
4. Os adolescentes que falam sobre suicídio não o chegam a cometer					
5. As alterações súbitas e extremas dos hábitos alimentares ou de sono, ou a perda ou o aumento de peso, podem alertar para um suicídio iminente					
6. A depressão é mais comum nos antecedentes dos pais cujos filhos cometem suicídio do que nos outros					
7. Os profissionais de saúde não estão em boa posição de detetar adolescentes suicidas					
8. O abuso de álcool ou de drogas é um dos principais fatores de risco de suicídio na adolescência					
9. Ouvir falar acerca de alguém que se tenha suicidado pode incitar os jovens a cometer suicídio					
10. Muitos dos jovens que cometem suicídio têm contacto com um profissional de saúde nos três meses anteriores ao suicídio					

		Concordo Totalmente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo Totalmente
		1	2	3	4	5
11.	**Os adolescentes suicidas e não-suicidas não têm diferenças quanto à sua capacidade de resolver problemas**					
12.	**O suicídio é mais comum entre os adolescentes com baixo nível socioeconómico do que entre os adolescentes com nível socioeconómico elevado**					
13.	**Só os adolescentes com ideação suicida pensam em cometer suicídio**					
14.	**É mais comum os adolescentes que estão a pensar em cometer suicídio contarem aos pais do que aos amigos**					
15.	**Os rapazes têm maior probabilidade de se suicidarem do que as raparigas**					
16.	**A melhoria do estado de espírito de um jovem que tenha ameaçado suicidar-se significa que o perigo de suicídio já passou**					
17.	**Em Portugal, na globalidade, são mais as mortes provocadas por suicídio do que por acidentes de viação**					
18.	**Quanto mais letal tiver sido a tentativa de suicídio, maior o risco de o adolescente vir posteriormente a concretizá-lo**					
19.	**Os professores e os assistentes operacionais estão em boa posição para detetar fatores de risco de suicídio nos seus alunos**					
20.	**O conflito com os pais é um fator precipitante para os comportamentos suicidários.**					
21.	**A maioria dos jovens que cometeram suicídio alertou para a sua intenção**					
22.	**Nem todas as ameaças de suicídio ou afirmações nesse sentido devem ser consideradas sinais de alerta para um risco elevado de suicídio**					
23.	**Se prometer manter em segredo os planos de suicídio de um adolescente deve habitualmente manter a promessa**					
24.	**É comum os adolescentes que tentam o suicídio terem perdido ou terem-se separado de um familiar**					
25.	**Muitos dos suicidas estão fora da realidade**					
26.	**Uma perda pessoal importante (por exemplo, a morte de um amigo próximo) pode desencadear uma tentativa de suicídio nos jovens**					
27.	**Os rapazes das zonas rurais constituem um dos grupos de maior risco de suicídio**					
28.	**Um jovem muito deprimido não tem maior probabilidade de cometer suicídio do que qualquer outro jovem**					
29.	**Conversar sobre suicídio com um adolescente com ideação suicida pode fazer com que o adolescente ponha fim à vida**					
30.	**Quanto mais um adolescente se sentir sem esperança, maior a probabilidade de cometer suicídio**					
31.	**Os adolescentes com antecedentes familiares de comportamento suicida correm maior risco de suicidar-se do que os outros adolescentes**					

		Concordo Totalmente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo Totalmente
		1	2	3	4	5
32.	**Os rapazes têm maior probabilidade de tentar o suicídio do que as raparigas**					
33.	**O suicídio é uma das principais causas de morte entre os jovens na Europa**					
34.	**A degradação familiar e os conflitos são comuns entre os adolescentes que têm comportamentos suicidários**					
35.	**Em Portugal, o suicídio na adolescência não aumentou substancialmente nos últimos 20 anos**					
36.	**O fim de relacionamentos na adolescência é comum e, por isso, não desencadeia o suicídio**					
37.	**Os jovens que cometem suicídio não têm habitualmente história de tentativas anteriores**					
38.	**Os adolescentes homossexuais correm maior risco de tentar o suicídio do que os adolescentes heterossexuais**					
39.	**Os adolescentes que tentam o suicídio não têm maior probabilidade do que os outros de terem sido abusados fisicamente e/ou sexualmente**					

40. Por favor, utilize novamente a seguinte escala para avaliar em que medida se considera bem informado sobre o suicídio na adolescência.



Obrigado.

ANEXO IV

Consentimento Informado Passivo

QUESTIONÁRIO SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA NOS ADOLESCENTES

A prevenção do suicídio é considerada uma tarefa global e prioritária para a Organização Mundial de Saúde.
O suicídio encontra-se a nível mundial entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos, e no grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à 3.ª causa de morte. O suicídio em adolescentes assume-se, por esta razão, como uma preocupação em termos de saúde pública e saúde mental.
A OMS apresenta importantes estratégias de prevenção, entre as quais a sensibilização da comunidade, promovendo-se desta forma a diminuição do estigma em torno da doença mental e suicídio, e o aumento de conhecimentos e da capacidade para detetar pessoas em risco de suicídio.
No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um trabalho de investigação que culminará no processo de validação para a população portuguesa do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) de Scoullar e Smith (2002).
A sua participação será essencial para a concretização desta investigação e contribuirá para a investigação nacional e internacional sobre os conhecimentos que a população portuguesa tem acerca dos comportamentos suicidas na adolescência.

Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade.
Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Grata pela sua colaboração

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse

Próx.

APÊNDICES

Apêndice I

Resultado da análise do ASBQ pelo Painel de Peritos

RESULTADO DA ANÁLISE DO ABSQ PELO PAINEL DE PERITOS

Painel de Peritos 1	Painel de Peritos 2: ASBQ Versão final
1- Embora dar os objetos a que se dá mais importância seja um sinal de alerta para o suicídio, não é um sinal significativo.	1- Um adolescente oferecer objetos pessoais significativos não é um sinal de alerta importante para o suicídio.
2- Os adolescentes suicidas querem claramente morrer.	2- Os adolescentes com ideação suicida querem claramente morrer.
3- Os adolescentes que tentam suicidar-se têm maior probabilidade de vir de famílias com antecedentes de abuso de drogas ou álcool do que os adolescentes não-suicidas.	3- Os adolescentes que tentam o suicídio têm maior probabilidade de pertencer a famílias com antecedentes de abuso de drogas ou álcool do que os adolescentes não-suicidas
4- A falta de apoio social aumenta significativamente o risco de um adolescente cometer suicídio.	4- A falta de apoio social aumenta significativamente o risco de um adolescente cometer suicídio.
5- A maioria dos adolescentes que cometem suicídio tem uma doença psiquiátrica.	5- A maioria dos adolescentes que cometem suicídio tem uma doença psiquiátrica.
6- Os adolescentes que falam sobre suicídio não o chegam a cometer.	6- Os adolescentes que falam sobre suicídio não o chegam a cometer.
7- As alterações súbitas e extremas dos hábitos alimentares ou de sono, ou a perda ou o aumento de peso, podem alertar para um suicídio iminente.	7- As alterações súbitas e extremas dos hábitos alimentares ou de sono, ou a perda ou o aumento de peso, podem alertar para um suicídio iminente.
8- A depressão é mais comum nos antecedentes dos pais cujos filhos cometem suicídio do que nos antecedentes dos pais de filhos não-suicidas.	8- A depressão é mais comum nos antecedentes dos pais cujos filhos cometem suicídio do que nos outros.
9- Os médicos não estão em boa posição de detetar adolescentes	9- Os profissionais de saúde não estão em boa posição de detetar

suicidas.	adolescentes suicidas.
10- O abuso de álcool ou de drogas é um dos principais fatores de risco de suicídio na adolescência.	10- O abuso de álcool ou de drogas é um dos principais fatores de risco de suicídio na adolescência.
11- Ouvir falar acerca de alguém que se tenha suicidado pode incitar os jovens a cometer suicídio.	11- Ouvir falar acerca de alguém que se tenha suicidado pode incitar os jovens a cometer suicídio
12- Muitos dos jovens que cometem suicídio vão ao médico nos três meses anteriores ao suicídio.	12- Muitos dos jovens que cometem suicídio têm contacto com um profissional de saúde nos três meses anteriores ao suicídio
13- Os adolescentes suicidas e não-suicidas não diferem quanto à sua capacidade de resolver problemas.	13- Os adolescentes suicidas e não-suicidas não têm diferenças quanto à sua capacidade de resolver problemas.
14- O suicídio é mais comum entre os adolescentes de baixa situação socioeconómica do que entre os adolescentes de situação socioeconómica elevada.	14- O suicídio é mais comum entre os adolescentes com baixo nível socioeconómico do que entre os adolescentes com nível socioeconómico elevado.
15- Só os adolescentes suicidas pensam em cometer suicídio.	15- Só os adolescentes com ideação suicida pensam em cometer suicídio.
16- É mais habitual os adolescentes que estão a pensar em cometer suicídio contarem aos pais do que aos amigos.	16- É mais comum os adolescentes que estão a pensar em cometer suicídio contarem aos pais do que aos amigos.
17- Os rapazes têm maior probabilidade de matar-se do que as raparigas.	17- Os rapazes têm maior probabilidade de se suicidarem do que as raparigas.
18- A melhoria do estado de espírito de um jovem que tenha ameaçado suicidar-se significa que o perigo de suicídio já passou.	18- A melhoria do estado de espírito de um jovem que tenha ameaçado suicidar-se significa que o perigo de suicídio já passou
19- Em todos os grupos etários, em Portugal, são mais as mortes provocadas por suicídio do que por acidentes de viação.	19- Em Portugal, na globalidade, são mais as mortes provocadas por suicídio do que por acidentes de viação.
20- Quanto mais letal tiver sido a tentativa de suicídio, maior o risco de a pessoa vir posteriormente a concretizá-lo.	20- Quanto mais letal tiver sido a tentativa de suicídio, maior o risco de o adolescente vir posteriormente a concretizá-lo.
21- Os professores do ensino secundário estão em boa posição de detetar fatores de risco de suicídio nos seus alunos.	21- Os professores e os assistentes operacionais estão em boa posição para detetar fatores de risco de suicídio nos seus alunos.
22- O conflito com os pais é um fator comum de precipitação de	22- O conflito com os pais é um fator precipitante para os

tentativas de suicídio.	comportamentos suicidários.
23- A maioria dos jovens que cometeram suicídio alertou para a sua intenção.	23- A maioria dos jovens que cometeram suicídio alertou para a sua intenção
24- Nem todas as ameaças de suicídio ou afirmações nesse sentido devem ser consideradas sinais de alerta para um risco elevado de suicídio.	24- Nem todas as ameaças de suicídio ou afirmações nesse sentido devem ser consideradas sinais de alerta para um risco elevado de suicídio.
25- Se prometer manter em segredo os planos de suicídio de um adolescente, deve habitualmente manter a promessa.	25- Se prometer manter em segredo os planos de suicídio de um adolescente deve habitualmente manter a promessa.
26- É comum os adolescentes que tentam suicidar-se terem perdido ou terem-se separado de um familiar.	26- É comum os adolescentes que tentam o suicídio terem perdido ou terem-se separado de um familiar.
27- Muitos dos suicidas estão desligados da realidade.	27- Muitos dos suicidas estão fora da realidade.
28- Uma perda pessoal importante (por exemplo, a morte de um amigo próximo) pode desencadear uma tentativa de suicídio nos jovens.	28- Uma perda pessoal importante (por exemplo, a morte de um amigo próximo) pode desencadear uma tentativa de suicídio nos jovens.
29- Os rapazes das zonas rurais constituem um dos grupos de maior risco de suicídio.	29- Os rapazes das zonas rurais constituem um dos grupos de maior risco de suicídio.
30- Um jovem muito deprimido não tem maior probabilidade de cometer suicídio do que qualquer outro jovem.	30- Um jovem muito deprimido não tem maior probabilidade de cometer suicídio do que qualquer outro jovem.
31- Conversar sobre suicídio com um adolescente suicida pode fazer com que essa pessoa ponha fim à vida.	31- Conversar sobre suicídio com um adolescente com ideação suicida pode fazer com que o adolescente ponha fim à vida.
32- Quanto mais desamparado se sentir um adolescente, maior a probabilidade de cometer suicídio.	32- Quanto mais um adolescente se sentir sem esperança, maior a probabilidade de cometer suicídio.
33- Os adolescentes com antecedentes familiares de comportamento suicida correm maior risco de suicidar-se do que os outros adolescentes.	33- Os adolescentes com antecedentes familiares de comportamento suicidário correm maior risco de suicidar-se do que os outros adolescentes.
34- Os rapazes têm maior probabilidade de tentar suicidar-se do que as raparigas.	34- Os rapazes têm maior probabilidade de tentar o suicídio do que as raparigas.

35- O suicídio é uma das principais causas de morte entre os jovens na Europa.	35- O suicídio é uma das principais causas de morte entre os jovens na Europa.
36- A degradação familiar e os conflitos são comuns entre os adolescentes que tentam suicidar-se ou que cometem suicídio.	36- A degradação familiar e os conflitos são comuns entre os adolescentes que têm comportamentos suicidários.
37- Em Portugal, o suicídio na adolescência não aumentou substancialmente nos últimos 20 anos.	37- Em Portugal, o suicídio na adolescência não aumentou substancialmente nos últimos 20 anos.
38- O fim de relacionamentos na adolescência é comum e, por isso, não desencadeia o suicídio.	38- O fim de relacionamentos na adolescência é comum e, por isso, não desencadeia o suicídio.
39- Não é comum os jovens que cometem suicídio terem efetuado uma tentativa anterior.	39- Os jovens que cometem suicídio não têm habitualmente história de tentativas anteriores.
40- Os adolescentes homossexuais correm maior risco de tentar suicidar-se do que os adolescentes heterossexuais.	40- Os adolescentes homossexuais correm maior risco de tentar o suicídio do que os adolescentes heterossexuais.
41- Os adolescentes que tentam suicidar-se não têm maior probabilidade do que os outros de terem sido abusados fisicamente e/ou sexualmente.	41- Os adolescentes que tentam o suicídio não têm maior probabilidade do que os outros de terem sido abusados fisicamente e/ou sexualmente.