

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade do Porto

SUICÍDIO JUVENIL

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS MÉDICOS E DOS PSICÓLOGOS

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na Área de Especialização em Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes, sob Orientação da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques.

INÊS MARIA SOARES AREAL ROTHES

Porto 2006

Resumo

Com este estudo pretende-se contribuir para a compreensão do suicídio juvenil (até aos 24 anos), fornecer um contributo para a formação dos profissionais nesta área e para a prevenção do suicídio nestas idades. Utilizando o quadro teórico das representações sociais (Moscovici, 1976) procura-se aceder à forma como os Médicos e os Psicólogos explicam o suicídio e as tentativas de suicídio na infância e na adolescência. Ainda como questões de investigação pergunta-se quais as formas de intervenção que os profissionais propõem e quais as dificuldades e necessidades dos mesmos na sua prática, perante esta problemática.

O objectivo desta investigação é, então, aceder às representações sociais que os profissionais têm do suicídio juvenil, colocando em evidência três dimensões da problemática - (1) explicativa, (2) intervenção e (3) dificuldades/ necessidades - e explorar a existência de diferenças entre os três grupos em análise: Psicólogos, Psiquiatras e outros Médicos. O estudo envolveu 30 participantes, 10 de cada um dos grupos profissionais referidos.

Como método de recolha de dados utiliza-se a Técnica da Associação Livre (TAL), no sentido de obter o discurso espontâneo dos profissionais, e para tratar e interpretar os resultados recorre-se à Análise Factorial de Correspondências (AFC).

Entre outras conclusões, dos resultados ressalta que a estrutura das representações sociais dos profissionais acerca do suicídio juvenil remete para uma diversidade de factores, o que vai de encontro a uma perspectiva teórica de interpretação integrada, apontando para uma causalidade multifactorial e complexa do fenómeno. Os resultados das representações da intervenção e das dificuldades e necessidades abrem pistas de particular relevância para o planeamento de estratégias formativas. Os resultados relativos à diferença de formação indicam que esta é uma variável modeladora de diferenças nos conteúdos representacionais.

Abstract

This study intends to contribute to a better understanding of the youth suicide phenomenon (until the age of 24), to improve the professionals' knowledge in this area and help to prevent suicide at this age. By using the social representation theory (Moscovici, 1976) we intend to determine how Doctors and Psychologists explain suicide and suicidal attempts in childhood and adolescence. We also try aim at answering questions such as which forms of intervention do professionals propose and what kind of difficulties and needs arise during their practice.

This study is therefore set on determining which social representations professionals consider to be related to juvenile suicide, thus enhancing three different dimensions of the problem - explanation, intervention and difficulties/needs - and on exploring the differences between three different groups: Psychologists, Psychiatrists and other Doctors. The study had 30 participants, 10 of each professional group.

The Free Association Technique is the method used for data collection, in order to gather the spontaneous responses of three professional, and the Factorial Association Analysis is used to work and interpret the results.

Among the various results, one that stood out relates to the diversity of factors that contribute to the professional's social representation structure on juvenile suicide. This conclusion is consistent with a theoretical perspective based on integrated interpretation, thus indicating a multifactor and complex causality phenomenon. The results produced by both the intervention and the difficulty/needs representations provide significant clues for the planning of training strategies. The results based on different types of training indicate that this is a modelling variable of differences in representational contents.

Resumé

Le but de cet étude est celui de contribuer pour la compréhension du suicide juvénile (jusqu'à 24 ans), pour la formation de professionnels en ce domaine, et pour la prévention du suicide en ces âges-là. En employant le cadre théorique des représentations sociales, (Moscovici, 1976), on essaie d'accéder à la forme par laquelle les Physiciens et les Psychologues expliquent le suicide et les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Les questions de recherche incluent encore découvrir les formes d'intervention que les professionnels proposent et leurs difficultés et besoins pratiques envisageant le problème en question.

L'objectif de cette recherche est, alors, celui d'accéder aux représentations sociales que les professionnels font du suicide juvénile, tout en mettant en évidence trois dimensions du problème: explicative, d'intervention et difficultés/besoins, et aussi vérifier les possibles différences entre Psychologues, Psychiatres et autres Physiciens. L'étude a 30 participants, 10 de chaque group de professionnels.

Comme méthode de récolte d'analyse, on a utilisé la Technique de Association Libre (TAL), pour obtenir le discours spontané des professionnels, et pour traiter et interpréter les résultats on tient main de l'Analyse Factorielle de Correspondances (AFC).

Parmi d'autres conclusions, on remarque que la structure des représentations sociales des professionnels sur le suicide juvénile nous mène vers plusieurs facteurs, ce qui est en accord avec une perspective d'interprétation intégrée, qui montre une causalité multi-factorielle et complexe du phénomène. Les résultats des représentations de l'intervention et des difficultés et besoins ouvrent des chemins particulièrement importants pour la conception de stratégies formatives. Les résultats qui concernent la différence de formation indiquent que celle-ci est une variable qui modèle des différences aux contenus de représentation.

AGRADECIMENTOS

Apesar de se constituir como um trabalho individual, a presente dissertação só foi possível porque contou com a colaboração de várias pessoas.

Assim, gostaria de deixar o meu expresso agradecimento a todos aqueles que, de uma forma directa ou indirecta, tornaram possível a sua consecução.

Desejo agradecer à Professora Doutora Margarida Rangel, por ao longo de todo este processo, e ainda na fase curricular de mestrado, ter olhado para o meu trabalho, estimulando com os gestos certos, a minha vontade de prosseguir.

Ao Professor Doutor João Marques Teixeira agradeço por, mais uma vez, ter estado presente neste processo de produção e crescimento, materializado nas páginas que se seguem.

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva pela disponibilidade em colaborar, pela forma como me abriu as portas da Sociedade Portuguesa de Suicidologia e pelo interesse manifestado por este trabalho.

Pelas mesmas razões agradeço também ao Professor Doutor Francisco Alte da Veiga e ainda à Sra. Enfermeira e Mestre Olga Ordaz.

Agradeço a todos os médicos e psicólogos que disponibilizaram parte do seu tempo para responderem ao instrumento desta investigação.

Exprimo ainda, o meu afectuoso agradecimento ao Ernesto Fonseca, pelo muito que tenho aprendido com ele e pelo facto de me ter permitido e ajudado a conciliar dois trabalhos exigentes. Estendo estas palavras aos restantes colegas de trabalho e de equipa.

"Nada nasce do nada (...) As histórias novas nascem das antigas. As novas combinações é que as tornam novas"

Salman Rushdie

Abreviaturas

AFC – Análise Factorial de Correspondências

CS – Causas do Suicídio Juvenil

CT – Causas da Tentativa de Suicídio Juvenil

SS – Significados do Suicídio Juvenil

ST – Significados da Tentativa de Suicídio Juvenil

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

CPS – Consulta de Prevenção de Suicídio

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

NES – Núcleo de Estudos do Suicídio

TAL – Técnica de Associação Livre

NGR – *Não Grandes Recorrentes* (relativo aos para suicidas)

GR – *Grandes Recorrentes* (relativo aos para suicidas)

ÍNDICE

RESUMO	2
INTRODUÇÃO.....	15
1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
CAPÍTULO I - DOS CONCEITOS À EPIDEMIOLOGIA	24
1. SUICÍDIO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E PARA SUICÍDIO.....	25
2. DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE MORTE NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	30
3. EPIDEMIOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO	35
3.1. <i>Suicídio</i>	36
3.2. <i>Relação entre Suicídio e Tentativa de Suicídio.</i>	40
CAPÍTULO II - TEORIAS INTERPRETATIVAS DO SUICÍDIO JUVENIL	42
1. PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS	43
1.1. <i>Durkheim e alguns seguidores</i>	43
1.2. <i>Perspectivas dos Processos Imitativos – Efeito de Werther e a influência dos meios de</i> <i>comunicação de massa nas condutas suicidas das crianças e dos adolescentes.</i>	45
2. PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL	52
3. PERSPECTIVA PSICOLÓGICA	53
3.1. <i>Perspectiva Psicodinâmica</i>	53
3.2. <i>Perspectiva Cognitiva</i>	57
3.3. <i>Perspectiva Sistémica, Relacional e Comunicacional</i>	58
4. PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA OU NOSOLÓGICA.....	60
5. PERSPECTIVA BIOLÓGICA.....	61
6. PERSPECTIVAS INTEGRATIVAS	62
CAPÍTULO III - QUADRO TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	67
1. INTRODUÇÃO.....	68
2. NOÇÃO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL	69
3. CONHECIMENTO DO REAL: CARÁCTER CONSTRUÍDO E CARÁCTER SOCIAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	71
3.1. <i>Carácter construído das representações sociais.</i>	71
3.2. <i>Carácter social das representações sociais</i>	72
4. PROCESSOS SÓCIO COGNITIVOS	74
4.1. <i>Objectivação</i>	74
4.2. <i>Ancoragem</i>	75
5. FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	76
6. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENQUANTO PRINCÍPIOS ORGANIZADORES – ESCOLA DE GENEBRA. 78	
7. REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS DO SUICÍDIO JUVENIL	79

**2ª PARTE - ESTUDO EMPÍRICO – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO JUVENIL
DOS PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS E OUTROS MÉDICOS..... 85**

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA..... 86

1. OBJECTIVOS E ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	87
2. PARTICIPANTES	90
3. INSTRUMENTO	92
4. PROCEDIMENTOS	95
4.1. <i>Procedimentos de Recolha de Dados</i>	95
4.2. <i>Procedimentos de Tratamento de Dados</i>	95

CAPÍTULO V – RESULTADOS..... 99

1. LEITURA E ANÁLISE DE RESULTADOS	100
1.1. <i>Dimensão Explicativa</i>	100
1.1.1. Descrição Global dos Campos Semânticos da Dimensão Explicativa	100
1.1.2. Comparações entre Campos Semânticos da Dimensão Explicativa	102
1.1.3. Conteúdo dos Campos Semânticos da Dimensão Explicativa.....	103
1.1.4. Factores que estruturam as Representações da Dimensão Explicativa.....	107
1.2. <i>Estratégias de Intervenção</i>	111
1.2.1. Descrição Global dos Campos Semânticos das Estratégias de Intervenção	111
1.2.2. Comparações entre Campos Semânticos das Estratégias de Intervenção.....	112
1.2.3. Conteúdo dos Campos Semânticos das Estratégias de Intervenção	112
1.2.4. Factores que estruturam as representações das Estratégias de Intervenção.....	114
1.3. <i>Dificuldades e Necessidades</i>	117
1.3.1. Descrição Global dos Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades.....	117
1.3.2. Comparações entre Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades	118
1.3.3. Conteúdo dos Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades	118
1.3.4. Factores que estruturam a representação das Dificuldades e Necessidades.	121
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	125
2.1. <i>Indicadores Descritivos e de Semelhança dos Campos Semânticos</i>	125
2.2. <i>Interpretação dos Campos Semânticos enquanto dimensões de Significação</i>	128
2.2.1. Interpretação dos Campos Semânticos da Dimensão Explicativa	128
2.2.2. Interpretação dos Campos Semânticos da Dimensão de Intervenção.....	136
2.2.3. Interpretação dos Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades	139
2.3. <i>Síntese da Discussão de Resultados</i>	144
2.3.1. Representações Sociais dos Profissionais sobre o Suicídio Juvenil	145
2.3.2. Representações do Suicídio Juvenil em função dos grupos: Psicólogos, Psiquiatras e Médicos.....	146
2.3.3. Orientações para a continuidade do estudo das Representações Profissionais do Suicídio Juvenil	148

CONCLUSÃO 150

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 156

ANEXO 166

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: NÚMERO E TAXA DE SUICÍDIOS POR 100.000 HABITANTES, EM PORTUGAL, ENTRE 1993 E 2003, ATÉ AOS 24 ANOS E POR SEXO.	36
QUADRO 2: IDADES E ANOS DE PRÁTICA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	90
QUADRO 3: FREQUÊNCIA DE CONTACTO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	91
QUADRO 4: FREQUÊNCIA DE CONTACTO COM SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	91
QUADRO 5: MÉDIA DE FREQUÊNCIA DE CONTACTO COM SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO POR GRUPO.....	91
QUADRO 6: FREQUÊNCIA COM QUE FAZ SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	92
QUADRO 7: LOCAL ONDE EXERCEM A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	92
QUADRO 8: ESQUEMA DE INDUTORES	94
QUADRO 9: AMPLITUDE, FLUIDEZ E RIQUEZA DO MATERIAL SEMÂNTICO EM FUNÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL E DOS ESTÍMULOS, DA DIMENSÃO EXPLICATIVA.....	101
QUADRO 10: SEMELHANÇA DOS CAMPOS SEMÂNTICOS DOS PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS E MÉDICOS NAS CAUSAS E SIGNIFICADOS DO SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO JUVENIL.	102
QUADRO 11: EXPRESSÕES CITADAS NO CONJUNTO POR, PELO MENOS, 3 PROFISSIONAIS, EM FUNÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL E DOS ESTÍMULOS, POR ORDEM DE FREQUÊNCIA, DA DIMENSÃO EXPLICATIVA (CS – CAUSAS DO SUICÍDIO; CT – CAUSAS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO; SS – SIGNIFICADOS DO SUICÍDIO; ST – SIGNIFICADOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO; T – TOTAL).....	104
QUADRO 12: ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS DA DIMENSÃO EXPLICATIVA	108
QUADRO 13: AMPLITUDE, FLUIDEZ E RIQUEZA DO MATERIAL SEMÂNTICO EM FUNÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL E DOS ESTÍMULOS, DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	111
QUADRO 14: SEMELHANÇA DOS CAMPOS SEMÂNTICOS DOS PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS E MÉDICOS NAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	112
QUADRO 15: EXPRESSÕES CITADAS NO CONJUNTO POR, PELO MENOS, 3 PROFISSIONAIS, EM FUNÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL E POR ORDEM DE FREQUÊNCIA, DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	113
QUADRO 16: ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	115
QUADRO 17: AMPLITUDE, FLUIDEZ E RIQUEZA DO MATERIAL SEMÂNTICO EM FUNÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL E DOS ESTÍMULOS, DAS DIFICULDADES E NECESSIDADES	117
QUADRO 18: SEMELHANÇA DOS CAMPOS SEMÂNTICOS DOS PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS E MÉDICOS NAS DIFICULDADES E NECESSIDADES	118
QUADRO 19: EXPRESSÕES CITADAS NO CONJUNTO POR, PELO MENOS, 3 PROFISSIONAIS, EM FUNÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL E POR ORDEM DE FREQUÊNCIA, NA DIMENSÃO DIFICULDADES/ NECESSIDADES.....	119
QUADRO 20: ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS DAS DIFICULDADES E NECESSIDADES.....	122

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: ORGANIZAÇÃO DAS CAUSAS E SIGNIFICADOS EM FUNÇÃO DOS GRUPOS PROFISSIONAIS, DOS ALVOS E DA POSITIVIDADE – NEGATIVIDADE, NOS FACTORES I E II DA ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS	110
FIGURA 2: ORGANIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM FUNÇÃO DOS GRUPOS PROFISSIONAIS, DOS ALVOS E DA POSITIVIDADE – NEGATIVIDADE NOS FACTORES I E II DA ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS.	116
FIGURA 3: ORGANIZAÇÃO DAS DIFICULDADES E NECESSIDADES EM FUNÇÃO DOS GRUPOS PROFISSIONAIS, DOS ALVOS E DA POSITIVIDADE – NEGATIVIDADE NOS FACTORES I E II DA ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS.	123

“O meu suicídio

O suicídio é uma forma de assassinio – assassinio premeditado. Não é algo que se faça à primeira, quando se pensa no assunto pela primeira vez. É preciso habituarmo-nos à ideia. Exige meios, oportunidade e motivo. Um suicídio bem sucedido exige boa organização e cabeça fria, sendo que ambas são geralmente incompatíveis com um estado de espírito suicida.

É preciso criar um certo distanciamento. Uma maneira de o conseguir consiste na pessoa imaginar-se morta, ou em vias de morrer. Se houver uma janela, imaginar o corpo a cair da janela; se houver uma faca, imaginar a faca a trespassar a pele; se houver um comboio a vir na nossa direcção, imaginar o torso esmagado sob as suas rodas. Estes exercícios são necessários para se atingir o distanciamento adequado.

O motivo é crucial. Sem motivo forte, estamos perdidas.

Os meus motivos eram fracos: um trabalho de história (...) que não queria fazer e a pergunta que vinha fazendo a mim própria já há um tempo: “Por que não suicidar-me?” Morta, já não teria de fazer o trabalho. Nem teria de continuar a debater a questão.

O debate esgotava-me. Uma vez levantada, a questão não desaparece assim sem mais nem menos. Creio que muita gente se suicida só para terminar de uma vez por todas o debate sobre se se há-de matar ou não.

O que quer que eu pensasse ou dissesse ia inevitavelmente cair no debate, fazia uma observação estúpida – por que não suicidar-me? Perdia o autocarro – era melhor acabar com tudo de vez. Até as coisas boas iam lá parar. Gostei daquele filme – talvez não devesse suicidar-me.

Bem, era só uma parte de mim que eu queria matar: a parte que queria suicidar-se, que me arrastava para o debate do suicídio e que fazia de cada janela, de cada instrumento culinário, de cada estação do metropolitano um ensaio da tragédia. Mas só me apercebi disso depois de ter engolido as cinquenta aspirinas.

Tinha um namorado chamado Johnny que me escrevia poemas de amor – bons poemas. Telefonei-lhe, disse-lhe que me ia suicidar, deixei o auscultador fora do descanso, engoli as cinquenta aspirinas e percebi que tinha feito um disparate. A seguir saí para comprar o leite que a minha mãe me tinha pedido para comprar antes de eu ter tomado as aspirinas.

O Johnny chamou a polícia. Eles foram a minha casa e contaram à minha mãe o que eu tinha feito. Ela apareceu no A&P da Mass mesmo no exacto momento em que

eu estava prestes a desmaiar em cima do balcão do talho.

Percorri os cinco quarteirões até ao A&P dilacerada por sentimentos de humilhação e arrependimento. Tinha cometido um erro e ia morrer por causa disso. Talvez até merecesse morrer por causa disso. Comecei a chorar a minha morte. Por momentos, senti compaixão por mim e por toda a infelicidade contida dentro de mim. Depois as coisas começaram a ficar desfocadas e a rodopiar. Quando cheguei à loja, o mundo reduzira-se a um túnel estreito e pulsante. Tinha perdido a visão periférica, os ouvidos estalavam, os pulsos latejavam. As últimas coisas que vi com clareza foram costeletas ensanguentadas e bifés espalmados dentro de invólucros de plástico.

Voltei a mim com a lavagem ao estômago. Enfiaram-me um tubo comprido pelo nariz e pela garganta abaixo. Era como se me estivessem a matar por asfixia. Depois começaram a bombear. Isso era como tirar sangue em grande escala – a sucção, a sensação de tecido a dobrar-se e a tocar-se de um modo que não devia, a náusea provocada por tudo o que está dentro a ser puxado para fora. Foi certamente um bom meio de intimidação. Decidi que da próxima vez não tomaria aspirina.

Mas quando isto acabou, perguntei-me se haveria uma próxima vez. Senti-me bem. Não estava morta, mas alguma coisa morrerá. Talvez afinal tivesse logrado o meu objectivo de suicídio parcial. Sentia-me mais leve, mais viva do que me sentia há anos.

A minha vivacidade durou meses. Comecei a fazer alguns trabalhos de casa, Deixei de andar com o Johnny e passei a andar com o meu professor de inglês, que escrevia poemas ainda melhores, embora não para mim. (...)

A única coisa estranha foi ter-me tornado vegetariana sem mais nem menos.

Associei carne a suicídio por ter desmaiado no balcão do talho. Mas sabia que a razão era outra.

A carne estava magoada, a sangrar, enclausurada num invólucro apertado – como eu, apesar do interregno de seis meses em que não pensara nisso.

(...)

Uma das raparigas pegara fogo a si própria. Com gasolina. Na altura era demasiado jovem para conduzir (...) O que quer que a tivesse movido, o que quer que lhe tivesse segredado ao outrora perfeito e agora cheio de cicatrizes ouvido “morre”, tinha sido por ela imolado.

Porque teria ela feito aquilo? Ninguém sabia. Ninguém ousava perguntar-lhe. Porque... que coragem! Quem tinha coragem para se queimar? Vinte aspirinas, um pequeno corte nas veias do braço, talvez uma má meia hora num telhado – todas tínhamos passado por isso. E talvez até por coisas mais perigosas, como meter uma arma na boca. Mas, mete-se na boca, prova-se, é fria, gordurenta, o dedo está no gatilho e... descobre-se que há um mundo inteiro de permeio entre esse momento e o momento que se andou a planear, o momento em que se puxa o gatilho. Um mundo que nos derrota. Guardamos a arma na gaveta. Temos que descobrir outra maneira.

Como teria ela vivido esse momento? O momento em que acendeu o fósforo. Já teria experimentado telhados, armas e aspirinas? Ou fora simplesmente uma inspiração?

Eu tive uma inspiração, uma vez. Uma manhã acordei e tive a certeza de que nesse dia tinha de engolir cinquenta aspirinas. Era o que tinha de fazer: o meu trabalho para esse dia. Alinhei-as na secretária e engoli-as, uma a uma, contando-as. Mas não é a mesma coisa. Eu podia ter desistido, podia ter parado à décima ou à trigésima. E podia ter feito o que fiz, que foi sair para a rua e desmaiar. Cinquenta aspirinas são muitas aspirinas, mas ir para a rua e desmaiar é como guardar a arma na gaveta.

Ela acendeu o fósforo. Alguém a encontrou mas só passado um bocado.

Quem teria vontade de beijar uma pessoa assim, uma pessoa sem pele?

Tinha 18 anos quando esse pensamento lhe ocorreu.”

Susanna Kaysen - *Vida Interrompida*, 2001, p. 19, 20, 36, 37, 38

INTRODUÇÃO

Introdução

O Suicídio de Crianças e Adolescentes é um fenómeno causador de perplexidade e inquietação, não obstante, constitui, simultaneamente, um tema fascinante, quer pela complexidade, quer pela incompreensão que lhe estão associadas.

Na sua obra acerca da história do suicídio, Minois (1995) refere que desde o século XIX até aos nossos dias, mais de cinco mil artigos e livros, atravessando as áreas da psicologia, sociologia e medicina, foram escritos acerca dos comportamentos suicidários¹.

Não há sociedade ou cultura em que não exista suicídio, embora este seja encarado de forma diferente consoante o período histórico e as ideologias prevalentes.

Ao longo da história, as perspectivas das sociedades perante o acto suicida têm sofrido alterações, sendo que este, tal como todas as problemáticas às quais estão associados fenómenos socialmente construídos, deve ser compreendido tendo em atenção o seu enquadramento sócio-cultural. Ao longo do tempo, como nos explica Lipovetsky (1994), o suicídio passou de acto indigno, de pecado e atentado a Deus para ser considerado um crime social e um atentado contra a sociedade. Actualmente, ainda que se sintam as heranças antigas desta reprovação, o acto suicida tem vindo a perder a conotação imoral e quem o comete ou o tenta, tem vindo a deixar de ser objecto de condenação.

Nas sociedades contemporâneas, refere Lipovetsky (1994), o suicídio surge ligado ao drama psicológico individual, suscitando mais a interrogação do que a reprovação.

Não se trata de uma aceitação ou desculpabilização pelo acto suicida, antes uma mudança na direcção dos interesses e da culpa. Perante um suicídio ou tentativa de suicídio procuram-se, por um lado, as responsabilidades dos que estão próximos do indivíduo suicida, nomeadamente, no caso da criança ou adolescente, dos pais ou da escola. Por outro lado, colocam-se uma série de questões que a clínica, as investigações empíricas e as conceptualizações teóricas procuram responder².

¹ Não só as ciências dedicam obras ao suicídio: na literatura e na poesia desde há muito que este constitui tema inspirador. Actualmente até na banda desenhada encontramos publicações em torno do suicídio: *O livro dos coelhinhos suicidas* (Riley, 2004) é um livro recente de banda desenhada, que retrata o suicídio através do humor negro. Certamente, o humor constitui uma das formas de defesa, que o homem encontra quando se confronta com fenómenos inquietantes e para os quais não encontra explicação ou resposta. A propósito diz Bataille “Ris-te porque tens medo” (*cit in* Pina 2006).

² Por trás de gestos auto-destrutivos como a tentativa de suicídio estará presente uma psicopatologia ou uma dimensão apelativa? Desespero individual, angústia, falta de esperança e solidão são sentimentos que servem de pano de fundo psicológico à decisão de ter um projecto de morte? Onde reside a diferença ou a distância entre um suicídio conseguido e uma tentativa de suicídio? Poderá a angústia da entrega de um trabalho académico, tal como um trabalho de história na obra de Kaysen (2001), ser factor precipitante do acto suicida? A televisão e os jornais podem precipitar que uma criança ou adolescente cometa um gesto suicida? Existirão factores biológicos endógenos que medeiam a relação entre mal-estar psicológico e o suicídio? O que é o suicídio de uma criança ou adolescente? As crianças sabem que a morte é irreversível? Se um suicida

Os extractos da obra literária *Vida Interrompida* de Susanna Kaysen (2001), que antecedem esta introdução, ao retratarem as tentativas de suicídio de duas adolescentes, ilustram, por um lado a complexidade do tema, por outro, fazem levantar questões que espelham as dúvidas que atravessam a investigação, assim como as dificuldades de diagnóstico e intervenção perante a problemática do suicídio nas faixas etárias em questão. O livro citado, sendo um auto relato da vivência num hospital psiquiátrico e acabando por constituir uma análise da natureza tantas vezes incompreensível do sofrimento inerente à psicopatologia, remete-nos para reflexões acerca das fronteiras ténues entre o normal e o patológico, entre ter um projecto de vida e ter um projecto de morte, entre a verdadeira escolha livre e a liberdade interrompida por fenómenos patológicos (?) da vontade, tais como défices ou excessos ao nível da decisão, deliberação ou execução.

O homem “*na busca de verdade passa das certezas à dúvida, como factor de novas e ilusórias certezas, mas se estas se revelam mais seguras, as dúvidas são mais estimulantes*” (Minois, 1995, p. 403) e funcionam como motor de saber.

Para além da escola e da família, outras instâncias podem assumir não terem conseguido ou sabido prevenir o comportamento auto-destrutivo. Referem-se aqui os contextos institucionais privilegiados em termos de intervenção com crianças e adolescentes, em geral, e, em particular, com elementos destas faixas etárias em risco de cometer actos suicidários³. Parece ser a fragilidade psicológica e/ou emocional do indivíduo, neste caso da criança ou adolescente, que legitimam, nas sociedades actuais o acto suicida. “*Arthur suicidou-se porque lhe doía. Nem a terapia, nem os medicamentos (e tomou quase todos) conseguiram tirar-lha. E doía muito, como se vivesse deitado numa cama de agulhas (...)* O sofrimento, escreveu na carta, *é o coração do suicídio*” (Curwen, 2004, p.55). Começa assim um artigo acerca da explicação da morte, publicado na Revista Pública a 27 de Junho de 2004, onde é realizada uma entrevista a Edwin Shneidman, um

é aquele que se mata intencionalmente como se estabelecem os limites entre um acidente, uma tentativa frustrada de suicídio e um comportamento de apelo sob a forma de comportamento suicida? O que se entende por para-suicídio? Como se diferenciam práticas de auto mutilação e comportamentos suicidários? Quais os critérios para diferenciar práticas “legitimadas” porque inscritas social e culturalmente em determinadas comunidades juvenis, tais como determinados comportamentos de risco e comportamento auto-destrutivo? A interpretação pode ser a mesma para o suicido e para a tentativa de suicídio? O que pensam as crianças e os adolescentes acerca do suicídio dos jovens? E os adultos? O que pensam os psicólogos e os médicos acerca do suicídio juvenil?

³ e.g., Nirui e Chenoweth (1999) realizaram um estudo qualitativo com famílias de 15 jovens suicidas analisando as percepções dos familiares relativamente ao apoio dado aos suicidas pelos serviços de saúde. Dos resultados salientam-se as ideias de que os apoios existentes eram inadequados e que os profissionais dos serviços de saúde não tinham a eficácia desejada na prevenção, por lhes faltarem competências ao nível do diagnóstico e por revelarem atitudes erradas em relação aos suicidas.

dos pioneiros norte americanos no estudo do suicídio e ainda, actualmente, um dos mais famosos estudiosos acerca desta temática. Shneidman (1970) reconhece no suicídio o limite do sofrimento e da dor psicológica. Desespero, sintomas depressivos, défices afectivos e/ou comunicacionais, patologias mentais, são, entre outras, razões passíveis de serem apontadas como estando na base do mais intrigante dos comportamentos humanos e que, conseqüentemente, sustentam medidas de intervenção, protecção ou prevenção a serem aplicadas pelos profissionais das áreas psico-sociais, médicas e humanas. Assim, a avaliação, o diagnóstico, a intervenção ou as medidas de prevenção devem ser preconizadas nos hospitais, nos centros de saúde, nas escolas ou faculdades, entre outras, através dos profissionais que as compõe.

Saraiva (1999) defende que há ainda muito a percorrer quer ao nível da investigação, quer ao nível do diagnóstico e da intervenção. Se é certo que há mais de cem anos que existem descrições de suicídios de crianças, actualmente, assiste-se a um interesse crescente pela temática. Há quem defenda que tal se deve a um aumento dos comportamentos suicidários, especificamente junto das faixas etárias mais novas (MacLean, 1990). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar do suicídio ser mais frequente nas camadas mais velhas da população, são mais os países em que se verifica um aumento do suicídio juvenil do que aqueles em que esta taxa diminuiu (Crepet, 2002; Sampaio, 2002). A OMS (2000) revela também que as tentativas de suicídio de adolescentes têm aumentado de forma significativa nas últimas décadas, ultrapassando os valores verificados nas faixas dos adultos de meia-idade e dos idosos.

Em 2000 no âmbito do *SUPRE – Suicide Prevention Program*, o Departamento de Saúde Mental da OMS elaborou uma série de manuais destinados a diferentes grupos profissionais, considerados relevantes para a prevenção do suicídio, entre os quais os médicos de clínica geral.

Segundo a OMS (2000) o custo do suicídio pode ser estimado em termos de *DAILYs disability adjusted life years*⁴. De acordo com este indicador, em 1998, o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de elevado rendimento e 1,7% em países de baixo rendimento. Este é um custo equivalente aos das guerras e homicídios, grosseiramente aproxima-se do dobro do custo da diabetes, e também equivale ao custo do trauma e da asfixia neonatal.

Sempre que um psicólogo, psiquiatra ou outro profissional da área psico-social ou da

⁴ *Anos de vida ajustados às limitações.*

saúde, intervém na vida de alguém através da sua prática profissional, devem ser ponderados alguns aspectos de índole geral, no sentido de perspectivizar a rentabilização, a eficácia e a eficiência desta mesma prática. De referir aspectos tais como: perspectiva pessoal do interveniente sobre a matéria, características do serviço a prestar, objectivos a atingir, entre outros.

Os profissionais das áreas da saúde, no geral, e em particular, os médicos psiquiatras e os psicólogos, sabem que um dos riscos da sua profissão mais inquietante, apesar de estatisticamente pouco provável, é o suicídio de um paciente seu (Crepet, 2002).

Os adultos tendem, num movimento de defesa, a representar a criança como um ser muito afastado do pensamento da morte, como um ser diferente do próprio homem adulto. Como se a dor e angústia próprias de um processo de crescimento fossem incompatíveis com uma relação com a vida infantil ou própria da adolescência. Como se as (des)continuidades características do processo de desenvolvimento delimitassem, de forma impermeável e estanque, o mundo das crianças, das angústias existenciais próprias dos adultos.

Se é verdade que a forma como os profissionais lidam com os problemas, com as dificuldades, com os acontecimentos não é alheia à representação que têm destes, numa área exigente do ponto de vista do impacto emocional, esta consideração torna-se ainda mais pertinente. Tanney (1995) defende que os valores e as crenças, acerca do suicídio, por parte dos profissionais de ajuda, podem influenciar a capacidade dos mesmos para lidarem com competência com os outros conhecimentos e capacidades necessárias à intervenção no suicídio. Assim fará sentido adoptar uma linha de abordagem compreensiva, em que a explicação de um fenómeno é procurada, essencialmente, no significado que os indivíduos atribuem aos seus actos e aos dos outros. A Psicologia Social ensinou-nos que não reagimos aos acontecimentos em si, mas antes às representações que temos deles.

Na comunidade científica portuguesa existe um interesse crescente pela temática do suicídio. Este interesse é visível, na criação de associações científicas, tais como o Núcleo de Estudos do Suicídio, em 1987 e, recentemente, em 2000, a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, e no conseqüente debate teórico e produção empírica que estas geram. Também os Institutos de Medicina Legal têm revelado interesse pelo estudo dos comportamentos suicidários (Costa, Silva, Vieira, Cortesão, 1986; Fuzinato, Nunes, Mendonça, Vieira, Saraiva, 2003; Santos, 1999). No entanto, na área específica dos estudos que tomam por objecto os profissionais que lidam com esta temática, o investimento teórico e empírico é parco. Conseqüentemente, estamos perante uma área que

carece de aprofundamento e desenvolvimento. Aliás, esta panorâmica parece ser idêntica nos outros países. Por exemplo, pesquisando as referências bibliográficas aconselhadas pela American Association of Suicidology, nas 15 sub áreas temáticas principais⁵ que esta associação refere, na que aborda os profissionais, surgem apenas seis referências bibliográficas. Nos outros temas o número de artigos e/ ou livros aconselhados varia entre 11 a 35. Das seis leituras recomendadas que relacionam terapeutas e suicídio, três livros abordam o impacto do suicídio nos profissionais. Um artigo estuda as reacções dos profissionais perante o suicídio de pacientes, um livro fala acerca dos riscos a que os psicoterapeutas estão sujeitos enquanto expostos ao sofrimento dos outros, e por fim, um estudo é acerca das atitudes dos profissionais perante o suicídio. Efectivamente, a investigação das atitudes perante o suicídio parece ser uma área da psicossociologia bastante explorada (Anderson, Standen, Nazir, e Noon, 2000; Cato e Canetto, 2003; Dahlen e Canetto, 2002; Hammond e Deluty, 1992; Santos, 2001; Sorjonen, 2003). Pelo contrário, não se encontram facilmente estudos das representações sociais dos profissionais, acerca do suicídio⁶. Em Portugal, não existe nenhum estudo relativo à representação que os médicos, os psicólogos, ou outros profissionais com papel fundamental na intervenção terapêutica, têm acerca do suicídio e da tentativa de suicídio de crianças e/ ou adolescentes (Santos, 2004).

Existem, porém, estudos sobre as representações sociais do suicídio nos adolescentes (Oliveira, Amâncio e Sampaio 2001b; Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos e Ordaz, 2000) e acerca das representações do suicídio na imprensa escrita (Ordaz e Vala, 1997). Existe também um esboço das representações de familiares ou outros próximos do acto suicida de adultos e idosos, obtidas a partir de autópsias psicológicas (Areal, 1999).

No presente estudo procura-se evidenciar as formas de compreensão e explicação dos Médicos e dos Psicólogos perante o suicídio juvenil, tendo assim por objectivo, de acordo com a teoria das representações sociais (Moscovici, 1976), realçar as representações destes profissionais e salientar eventuais diferenças que existam entre os grupos considerados.

⁵ 1. Geral/ Revisão; 2. Prevenção; 3. Previsão e Avaliação; 4. Tratamento; 5. Crianças e Adolescentes; 6. Desordens Mentais e Factores de Personalidade; 7. Doenças Físicas; 8. Idosos; 9. Sobreviventes do Suicídio; 10. Médicos e Clínicos, Suicídio dos Clientes e Perda; 11. Cultura e Etnia; 12. Sexo e Suicídio; 13. Homossexualidade e Bissexualidade; 14. Assuntos Éticos e 15. População Específica.

⁶ Por exemplo, numa pesquisa bibliográfica na Internet, através do motor de busca Google Scholar, sobre atitudes perante o suicídio encontram-se referenciados cerca de 224 artigos. Se se procurar representações sociais do suicídio não se encontra nenhum artigo.

Ao abordar o tema do suicídio das crianças e adolescentes, sob o olhar dos Médicos e dos Psicólogos, acredita-se que as diferentes formações de base dos mesmos concorrem com uma formação mais ampla de vida, implicando linguagens, atitudes, formas de perspectivar e conceber a problemática do suicídio de modo diferente. Consequentemente, poderão implicar formas também distintas de intervir, bem como de perspectivar dificuldades e necessidades da prática profissional perante este problema.

O estudo baseia-se, fundamentalmente, na noção de representação social, uma noção heurística e desenvolvida conceptualmente no âmbito da teoria e investigação psicossocial (Doise, 1990; Jodelet, 1989; Moscovici, 1976). Tradicionalmente, muitos destes estudos, comparando grupos sociais distintos, procuram descrever as diferenças, ao nível dos comportamentos e das ideias, associados às respectivas representações. Os Médicos e os Psicólogos nem sempre se entendem no modo de analisar uma pessoa que recorre aos seus serviços. Provavelmente, esta diferença na conceptualização do indivíduo está relacionada com a formação académica de cada um e sobretudo com os diferentes arsenais e, consequentemente, práticas terapêuticas de cada profissão (Pio de Abreu, 2000).

O presente estudo procura colocar em evidencia o que os Psicólogos e os Médicos pensam acerca do suicídio de crianças e adolescentes, analisando três dimensões diferentes da problemática: *explicativa, estratégias de intervenção e dificuldades/ necessidades*. Também procura verificar se existem diferenças entre Psicólogos, Psiquiatras e outros Médicos (não psiquiatras), relativamente a estas questões. Com esta investigação pretende-se captar o sentido que os profissionais atribuem a este objecto que ao longo da história tem inquietado gerações e perceber como se organizam os conhecimentos, as crenças e os valores sobre o suicídio juvenil. Tentando preencher uma área vazia da investigação, procura-se, com este estudo, em termos gerais, contribuir para a compreensão do suicídio na infância e na adolescência, para a formação dos profissionais nesta área e para a prevenção do suicídio na infância e na adolescência.

O trabalho começa por definir e esclarecer conceitos tais como suicídio, tentativa de suicídio e para-suicídio. Ainda no mesmo capítulo inclui-se e realça-se o desenvolvimento do conceito de morte nas crianças e a controvérsia em volta da aquisição desta noção. O capítulo termina com a contextualização epidemiológica do fenómeno (Capítulo I). Descrevem-se, depois, as várias teorias interpretativas acerca do suicídio: a sociológica, a biológica e ao nível da psicológica, a psicodinâmica, a cognitiva e a sistémica (Capítulo II). Apresenta-se, de seguida, o quadro teórico das representações sociais, dentro do qual se desenvolve o estudo empírico. Neste quadro realça-se a Escola de Genebra, enquanto

corrente teórica. Contextualiza-se, ainda, a noção de representação social do suicídio juvenil no âmbito particular da profissão, ou seja, aborda-se o conceito específico de representações profissionais (Capítulo III).

Os dois capítulos que se seguem (Capítulo IV e V) relatam o processo de investigação empírico. Começa-se por explicar as opções metodológicas adoptadas para a execução do estudo, seguindo-se a apresentação do método (Capítulo IV). Os resultados são apresentados e discutidos a seguir (Capítulo V). O trabalho, termina, como não poderia deixar de ser, com uma síntese conclusiva onde se procura realçar os aspectos mais relevantes desta investigação.

1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I - DOS CONCEITOS À EPIDEMIOLOGIA

Capítulo I – Dos Conceitos à Epidemiologia

1. Suicídio, Tentativa de Suicídio e Para Suicídio.

O que é o suicídio de uma criança ou adolescente? Se um suicida é aquele que se mata intencionalmente como se estabelecem os limites entre um acidente, uma tentativa frustrada de suicídio e um comportamento de apelo sob a forma de comportamento suicida? O que se entende por para-suicídio? Como se diferenciam práticas de auto mutilação e comportamentos suicidários? Quais os critérios para diferenciar práticas “legitimadas” porque inscritas social e culturalmente em determinadas comunidades juvenis, tais como determinados comportamentos de risco e comportamento auto-destrutivo?

O esclarecimento destas questões, através do estabelecimento da definição conceptual e operacional do próprio construto, torna-se uma das condições primordiais para se poder estudar e investigar a problemática do suicídio.

Etimologicamente, a palavra suicídio vem do latim e deriva de *sui* - de si e *caedere* – matar, e significa a morte de si próprio.

A definição de suicídio não se tem revelado tarefa fácil e esta dificuldade está associada não só à complexidade do fenómeno, mas também a factores de ordem histórica e social. Especialmente em faixas etárias muito novas é psicológica e socialmente difícil aceitar a morte auto provocada e de forma intencional. Acredita-se que existem sentimentos de medo, culpa, vergonha, que levam tendencialmente os pais a esconderem a verdade a não ser que um diagnóstico médico-legal se imponha e não deixe margens para dúvidas (Kofkin, 1979, Lourie, 1966 in MacLean, 1990).

Quando se aborda a **noção de suicídio** é imprescindível, ainda hoje, referenciar Durkheim (1897, in Cortesão e Saldanha de Azevedo 1986; in Crepet, 2002; in Minois, 1995; in Sampaio, 2002; in Saraiva, 1999). Este sociólogo definiu o suicídio como “*todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia produzir este resultado*” (Durkheim, 1987, p.10).

Baechler (1975 in Crepet, 2002; in Sampaio, 2002) enquadrando-se num modelo essencialmente psicológico, que enfatiza o significado existencial que o comportamento auto destrutivo assume no percurso de quem o comete, avança com uma definição em que o suicídio surge

“como todo o comportamento que procura e encontra solução para um problema existencial através do atentar contra a vida do sujeito, o que faz deslocar o centro de interesse para aqueles que se suicidam, para o sentido do acto suicida e finalmente para factores que podem influenciar a formação de problemas e de situações onde a solução suicídio será provável” (Baechler, 1975 cit in Sampaio, 2002, p.43).

Nesta linha, e dentro de uma perspectiva psicológica integrada, que incorpora quer aspectos psicológicos (numa linha de orientação dinâmica), quer aspectos biológicos, o autor elabora uma classificação que abrange quatro tipos de suicídio: suicídio de afastamento, suicídio agressivo, suicídio oblato e suicídio lúdico⁷ (Baechler, 1975 in Sampaio, 2002).

Este conceito de suicídio tem implicações directas ao nível do diagnóstico e intervenção, ou seja, para a compreensão do acto suicida, enquanto atentado à própria vida, é necessário que se proceda a uma análise das características da personalidade do indivíduo. Quando nos referimos às crianças e adolescentes, esta avaliação acarreta maior complexidade, uma vez que estas faixas etárias implicam, por definição, fases adaptativas de crescimento, caracterizadas por (des)continuidades próprias do desenvolvimento nas várias dimensões.

A definição de Baechler implica ainda um diagnóstico ao nível do meio envolvente da criança ou do jovem.

De forma sucinta Vaz Serra (1971, cit in Sampaio, 2002 p.24) refere que o suicídio é *“autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim”*.

A **noção de tentativa de suicídio**, surge na literatura como ponto de discórdia entre autores (Sampaio, 2002; Saraiva 1999).

Durkheim (1987) descreve tentativa de suicídio como o acto definido para o suicídio *“mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”* (p.10).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984 in Sampaio, 2002) este comportamento *“engloba todo o acto não fatal de auto-mutilação ou auto-envenenamento, o que no caso das intoxicações medicamentosas significa que a dose prescrita foi deliberadamente ultrapassada”* (p. 32).

Nesta definição não é então considerada a dimensão da intencionalidade de morrer, o que segundo alguns autores, incluindo Saraiva (1999), faz com que o termo tentativa de

⁷ Esta classificação é apresentada e desenvolvida no capítulo II, ponto 5 – Perspectiva Integrativa.

suicídio seja dúbio porque encerra fenómenos diferentes: o suicídio frustrado e o denominado para-suicídio. A **noção de para-suicídio** é introduzida por Kreitman, Philip, Greer e Bagley (1969 in Saraiva, 1999). Este conceito surge na sequência de trabalhos anteriores de vários outros autores que ao debruçarem-se sobre as características de tentativas de suicídio, se deparam com dificuldades conceptuais ligadas, por exemplo, ao que denominam de *padrão social de apelo*, geralmente associado à existência de probabilidade ou inevitabilidade de ajuda. Segundo Saraiva (1999) o para-suicídio é um acto auto destrutivo deliberado, que imita um gesto suicidário mas cuja intenção não é conduzir à morte. O autor explica, com um exemplo: um homem de idade que deixa uma carta de despedida e toma uma dose de medicamentos, desejando a morte e uma jovem que ingere igualmente uma quantidade exagerada de psicofármacos mas que chama por alguém, não desejaria morrer. Assim, apesar de ambos poderem ir parar às urgências do mesmo hospital, o primeiro deveria ser contabilizado na casuística das tentativas frustradas de suicídio, enquanto o segundo na dos para-suicídios. Talvez esta mesma divisão possa ser aplicada aos dois casos do excerto da obra literária com que se abre o trabalho (Kaysen, 2001): na categoria de um suicídio frustrado estaria a jovem que se incendia e no para-suicídio a que toma as cinquenta aspirinas. O comportamento para-suicidário corresponde a um acto não fatal, com o qual o indivíduo que o comete provoca danos a si mesmo, mais ou menos graves, com o qual ele não tem intenção de morrer, mas antes comunicar algo ou como descreve Kaysen “*era só uma parte de mim que eu queria matar: a parte que queria suicidar-se*” (2001, p.37). Dentro dos comportamentos para-suicidários incluem-se os designados comportamentos de risco e os comportamentos de auto mutilação (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001a; Saraiva, 1999). Nos primeiros, entre outros, incluem-se o abuso de substâncias psico-activas e álcool, assim como o conduzir em excesso de velocidade ou em contra mão. Os jovens que assumem estes comportamentos não visam a morte, mas antes desafiar e jogar com a morte, eventualmente numa procura de sentido para a própria vida. As auto-mutilações são auto-lesões, na maior parte dos casos provocadas na pele, que é cortada ou danificada por objectos cortantes ou por produtos abrasivos, como os cigarros ou isqueiros. O jovem que se corta deliberadamente procura a dor e o sangue e através deste gesto espera aliviar a tensão psicológica, diminuir a ansiedade, libertar-se dos medos. Os jovens que recorrem a estes comportamentos auto destrutivos visam através da dor física diminuir a dor psicológica intolerável.

Estará então afinal a jovem que se incendia na obra *Vida Interrompida* (Kaysen, 2001) inserida no grupo das auto mutilações e assim sendo no para-suicídio?

Shneideman (1981 in Sampaio 1987) distingue entre morte intencional, não intencional e subintencional, mencionando que nesta última existe um papel parcial e também indirecto e, por vezes, inconsciente que o próprio tem na sua morte.

De referir que existem de facto evidências empíricas que apontam para diferenças epidemiológicas entre as populações de jovens que fazem tentativas de suicídio e os que cometem o suicídio (Crepet, 2002; Sampaio, 2002; Saraiva, 1999; Weiner, 1995). No entanto, em torno do fenómeno suicida inter cruzam-se questões como as da intencionalidade, da ambivalência, da função de apelo, da dificuldade de gerar alternativas, da consciência da letalidade de determinados meios e até da própria noção de morte. Tudo isto aconselha parcimónia na opção estanque por uma ou outra noção.

Quer ao nível da conceptualização e operacionalização de construtos, quer ao nível da intervenção e prevenção com populações em risco, as divisões assentes na intencionalidade efectiva de morrer devem ser utilizadas tendo em atenção a ambivalência presente no jogo frágil de equilíbrios entre o querer e o não querer. A intenção de morrer, subjacente aos comportamentos suicidários é muito difícil, em alguns casos, de avaliar e quantificar. Nomeadamente, existem situações de suicídio em que os indivíduos que o cometem desconhecem o real potencial letal do método utilizado. Por exemplo, alguns auto-envenenamentos de jovens com tóxicos de grande potencial letal mas não imediato, levando à morte apenas ao fim de uma semana ou duas, fazem os médicos constatar que a maior parte desses jovens não desejaria morrer⁸.

Mais importante do que optar por uma ou outra definição, de forma rígida, é fundamental ter presente as várias classificações e respectivos critérios e limitações de cada designação. Muitas vezes, para se distinguir as situações de suicídio das tentativas, utilizam-se expressões de suicídio efectivo, suicídio consumado ou suicídio fatal, ainda que possam parecer pleonasmos, ajudam na clarificação de conceitos. Suicídio frustrado é uma das designações usadas quando se pretende referir um comportamento suicida com clara intenção de morrer, mas que não consegue alcançar este objectivo.

Em alguns artigos americanos e anglo-saxónicos, é comum os autores optarem pela expressão *nonfatal suicidal behavior* ou *fatal suicidal behavior*. Efectivamente, a expressão comportamentos suicidas fatais ou não fatais pode ser útil quando se pretende

⁸ A situação referida foi relatada na entrevista exploratória semiestruturada realizada a um profissional especialista na área. Esta entrevista é parte integrante dos procedimentos de recolha de dados do estudo empírico (cf. Capítulo IV).

abranjer uma diversidade de comportamentos auto destrutivos sem querer explicitar a intencionalidade dos mesmos.

Outra das designações, actualmente, usada em artigos ingleses, para tentativa de suicídio é *deliberate self harm* ou *self harm* (Centre for Suicide Research of Oxford, 2006). A noção de dano auto – deliberado, sem especificar o grau do dano ou a intenção de morrer, pode mostrar-se útil por abarcar uma série de comportamentos auto destrutivos.

Ainda no campo dos conceitos, Devries (1968 in Saraiva, 1999) propõe um esquema descritivo e operacional de quatro categorias: ideação, ameaça, tentativa e concretização. De forma semelhante Beck (1973 in idem) apresenta uma classificação de três categorias: suicídio consumado, tentativa de suicídio e ideias de suicídio.

Crepet (2002) chama no entanto a atenção para o facto de estes não fazerem parte de um “continuum”.

Da mesma forma, Weiner (1995), apesar de na abordagem que faz do suicídio na adolescência começar por conceptualizar um continuo que compreende a ideação, as tentativas e o suicídio consumado, deixa claro que a ideação suicida não conduz necessariamente a actos suicidas e as tentativas não são seguidas inevitavelmente por suicídios conseguidos.

No entanto, é raro que os jovens se tentem suicidar sem que antes tenham tido ideias suicidas e raramente se suicidam sem que antes tenham existido tentativas ou pelo menos ameaças.

Existem diversos autores, quer sob perspectivas psicodinâmicas, quer sob perspectivas sistémicas que salientam a função de comunicação que a tentativa de suicídio tende a desempenhar. Outros, como por exemplo Faber (1968 in Crepet, 2002), referem-se ao comportamento suicidário como uma doença da esperança. (cf capítulo II – Teorias Interpretativas).

As definições apresentadas por diferentes autores variam não só de acordo com o fundo conceptual com que se identificam mas também com as opções ao nível da investigação. Por exemplo, Atkinson (1978 in Sampaio, 2002) preocupado com o estudo do fenómeno a partir das estatísticas oficiais e com a fiabilidade das mesmas, refere-se ao suicídio como um processo em que se podem distinguir três períodos principais: o que conduz ao suicídio, o decorrido entre a acção e a morte ou outra alternativa e o que decorre entre a morte e o registo como suicídio.

Para finalizar este ponto, de referir que se adopta, neste trabalho a designação de suicídio juvenil, englobando crianças e jovens até aos 24 anos. O suicídio de crianças, para

além de ser um fenómeno raro, é um assunto polémico que se prende sobretudo com a aquisição da noção de morte. Porém, os comportamentos suicidários e para-suicidários parecem estar a aumentar, sobretudo entre os 10 e os 14 anos (Oliveira, 1998). Estas questões serão abordadas nos dois pontos que seguem neste capítulo.

2. Desenvolvimento do Conceito de Morte nas Crianças e Adolescentes

O processo de decisão de uma conduta suicidária, por parte de uma criança ou adolescente, não será alheio à forma como essa criança ou adolescente considera a morte. Porém, para além dos dados, acerca deste tema, não abundam e não serem consensuais, a bibliografia não é clara relativamente ao condicionamento ou à inviabilidade de suicídio nas crianças, derivados do conceito de morte das mesmas. De assinalar que até aos anos 70, a OMS, relativamente a dados de suicídio de crianças era omissa, a partir desta década surgem as primeiras estatísticas no grupo etário dos 5 aos 14 anos (Vicente e Craveiro, 1998).

A pertinência de considerar o desenvolvimento do conceito de morte no comportamento suicidário torna-se claro se pensarmos nos factores presentes nos processos de deliberação e decisão que antecedem um acto suicida. O facto de uma criança ou um adolescente considerar a morte como um estado transitório terá necessariamente implicações ao nível da sua actividade reflexiva em torno da construção de modelos de acção alternativos e da subsequente comparação com a finalidade de escolher um deles. O supracitado significa, por outras palavras, que se deve colocar em questão a escolha lúdica e o acto voluntário se o recurso ao suicídio for a alternativa escolhida com o desconhecimento das premissas reais que são colocadas em jogo quando comete determinado gesto auto destrutivo. A utilidade deste exercício, quer seja clínico, quer seja conceptual deve situar-se ao nível de uma contribuição para a compreensão da criança ou adolescente e não ao nível do apaziguamento dos adultos relativamente à dificuldade de abordar a morte de crianças ou com as crianças.

As teorias desenvolvimentalistas estão de acordo que o conceito de morte vai evoluindo, começando nas crianças mais novas por se manifestar através de questões muito concretas e muito centradas na própria experiência que ao longo do crescimento se vão transformando em preocupações qualitativamente diferentes e cada vez menos auto centradas. As perspectivas desenvolvimentais tendem também a ser consensuais relativamente ao facto das crianças demonstrarem interesse pela morte desde muito cedo, não sendo, à partida ou necessariamente, nestas fases, um interesse marcado pela angústia,

mas antes pela curiosidade.

Data de 1912 o primeiro artigo dedicado ao desenvolvimento do conceito de morte na criança. Espantosamente, refere a literatura que os trabalhos que se seguiram, cerca de meio século mais tarde, não acrescentam muito ao estudo pioneiro de Hermine Hug-Hellmuth (in Crepet, 2002; in Joffe e Offord, 1990). Esta autora introduz a existência de fases no desenvolvimento do conceito de morte nas crianças, referindo a evolução no sentido de uma noção de morte reversível para morte irreversível, assim como, faz uma abordagem acerca das fases em que a criança sente culpabilidade pela morte de alguém significativo. Esta psicanalista fala ainda do desejo de morte e na deslocação desse desejo.

Antes de prosseguirmos com os estudos e conclusões de uma série de investigadores que se interessaram por esta questão da evolução psicológica da criança, ressaltam-se, desde já, dois aspectos. Primeiro, deve considerar-se que, para além da idade, são vários os factores que podem influenciar quer a capacidade de aquisição dos conceitos, quer o conteúdo dos próprios conceitos. Segundo, que a diferentes autores correspondem diferentes critérios e/ ou descritores de calendarização da evolução do conceito de morte, o que torna incomparáveis estas calendarizações.

Lourie (1966 in Crepet, 2002; in Joffe e Offord, 1990) é um dos autores, referenciados, acerca do desenvolvimento do conceito de morte, que coloca o início deste mesmo desenvolvimento mais cedo: no final do primeiro ano de vida. O autor defende que a primeira experiência relacionada com a morte acontece quando a criança reage à separação da mãe. Acrescenta que esta reacção pode ser sinónimo da não distinção entre ausência e inexistência da mãe que está fora do campo sensorial da criança. Nesta fase do desenvolvimento estaríamos perante uma perspectiva muito incipiente da ausência vs inexistência. O objecto investido estando ausente seria equivalente a não existir. No caso do objecto ser uma figura humana significaria estar morta. Esta concepção inclui um lado mágico, pois, de certa forma, a criança acredita poder controlar a morte ao chamar a pessoa quando ela está ausente, através do choro, por exemplo.

A morte é então, nesta fase do desenvolvimento infantil, percebida como reversível. À medida que vai crescendo a criança passa a entender que a ausência da mãe, ou de outra figura significativa, não é sinónima de não existência, não é permanente, pois ela reaparece e independentemente da acção da criança.

Por volta dos 2/ 3 anos surge o medo da própria morte. Esta alteração no processo desenvolvimental está associada a uma percepção mais complexa do meio envolvente e dos objectos que circundam a criança (MacLean, 1990). De acordo com diversos autores

(Crepet, 2002; MacLean, 1990) entre os 2 e os 4 anos de idade a criança pensa que pode matar/ remover quem a magoa, tratando-se de crenças imbuídas de pensamento mágico. Por volta desta idade a morte mantendo um estatuto de reversibilidade adquire atributos de violência dirigida a pessoas investidas afectivamente pela criança. A partir desta fase (3/ 4 anos) até por volta dos 6 anos a morte “personifica-se” através de figuras animadas das suas fantasias (monstros, gigantes ou outras figuras dos desenhos animados). A morte mantém uma causalidade do foro da fantasia e não é universal. Os 9 anos são apontados, por vários autores, como a idade a partir da qual a criança começa a revelar noções de permanência, irreversibilidade e universalidade quando se refere à morte (Crepet, 2002).

De referir também um estudo realizado por Nagy (1948 in Joffe e Offord, 1990; in Saraiva, 1999) com 378 crianças onde se verifica que em idades inferiores a 5 anos as crianças não reconhecem, geralmente, a característica da irreversibilidade da morte, constata-se que as crianças dos 5 aos 9 perspectivam a morte como uma figura ou entidade e que a partir dos 9 anos esta concepção da cessação da vida passa a identificar-se com um processo biológico e igual para todos.

De acordo com o estudo anterior, Gould (1965 in Joffe e Offord, 1990) defende uma calendarização em que o desenvolvimento do conceito de morte é apresentado em três etapas. Na primeira fase a morte é encarada como uma separação reversível e situa-se entre os 4 e os 6 anos. A segunda fase caracteriza-se pela morte ser concebida em termos de violência e isto acontece entre os 5 e os 9 anos. A última e terceira fase corresponde à aquisição da explicação causal para a morte e verifica-se a partir dos 9 anos.

Uma outra referência encontra-se na teoria estrutural do desenvolvimento cognitivo de Piaget (1960, in Crepet, 2002; in Joffe e Offord, 1990; in Saraiva, 1999). Segundo esta teoria até aos 2 anos, ou seja, durante o denominado período sensório-motor, as crianças não têm consciência da morte. Entre os 2 e os 7 anos, as crianças, encontrando-se na fase pré-operatória, começam a perceber a morte, ainda que esta percepção seja muito marcada pelo egocentrismo e pelo pensamento mágico, e no final desta fase, pelo pensamento concreto. A noção de morte que as crianças têm no período pré operacional corresponde a um fenómeno temporário e reversível, sem as características de definitivo, irreversível e universal. Piaget (1960 in Crepet, 2002; in Joffe e Offord, 1990) refere que, entre os 7 e os 12 anos, no período das operações concretas, a criança começa a entender a morte como um final possível. Ainda que não percepcione a cessação da vida como um acontecimento biológico universal, nesta fase, já percebe a morte como processo irreversível. A partir dos 12 anos, ou seja, alcançado o estágio das operações abstractas o

indivíduo adquire a noção de universalidade da morte.

Entre os autores que colocam a aquisição de noção de morte em idades mais precoces, encontra-se Kane (1978, 1979 in Joffe e Offord, 1990; in Melvin e Lukeman, 2000) que refere que a criança com três anos de idade tem uma percepção vaga acerca da morte. Aos 5 anos associa a morte à separação. Um ano mais tarde, por volta dos seis anos a criança adquire as noções de causalidade, irreversibilidade, universalidade e ausência de funções orgânicas ou corporais, sendo que aos doze anos a distinção entre morte e vida está perfeitamente clara. Como se constata, Kane (idem) defende que existem crianças muito pequenas que já possuem uma percepção da morte como processo irreversível e final.

Kofkin (1979 in Joffe e Offord, 1990) é outro autor que defende a noção de irreversibilidade da morte a partir dos 3/ 5 anos, assim como Orbach e colab. (in Joffe e Offord, 1990; 1994 in Melvin e Lukeman, 2000).

Já foi salientado que o crescimento, por si só, não explica o processo de desenvolvimento desta noção e são vários os autores que apoiados em dados empíricos chamam a atenção para tal facto (McIntyre, Angle e Struempfer, 1972, Melear, 1973 in Crepet, 2002; Melvin e Lukeman, 2000; Speece e Brent, 1984 in Joffe e Offord, 1990). Esta consideração apresenta-se como bastante óbvia e está de acordo com o que as noções que a Psicologia do Desenvolvimento e as perspectivas desenvolvimentalistas sublinham, nomeadamente, a de que para se compreender o desenvolvimento há que ter em conta muitos factores entre os quais, as experiências de vida da criança, factores cognitivos, estados emocionais, factores sociais e culturais.

Desta forma explica-se que existam pré-adolescentes e mesmo adolescentes, que apesar da idade, conceptualizam a morte como reversível como conclui um estudo realizado com 600 crianças e adolescentes (McIntyre, Angle e Struempfer, 1972 in Crepet, 2002; in Joffe e Offord, 1990). A partir desta investigação os autores aferiram que 15% a 25% dos adolescentes, dos 13 aos 16 anos, mantêm a ideia de que a morte não é definitiva.

Em suma, as várias conceptualizações, acima referidas e sucintamente apresentadas, mostram um panorama de certa discórdia, no que se refere às calendarizações do desenvolvimento do conceito de morte. Uns autores apresentam idades mais tardias para o início das primeiras noções de morte, outras referências apontam para idades mais precoces na aquisição das mesmas. No entanto, como já se referiu nem sempre os critérios descritores são os mesmos. De qualquer forma o processo desenvolvimental pelo qual esta noção passa é muito semelhante nas várias abordagens, quer em termos de conteúdo, quer em termos de alterações chave.

Relativamente à relação entre o desenvolvimento da noção de morte da criança e o suicídio, é de assinalar que Greene (1994 in Portes, Sandhu, Longwell-Grice, 2002) defende a possibilidade de crianças com menos de 6 anos poderem experienciar verdadeiras depressões e estarem cognitivamente e fisicamente aptas para implementar um plano de suicídio. O autor contraria assim a ideia, certamente polémica, da não existência de comportamentos suicidários entre as crianças. Pfeffer (1994 in idem) é outro dos autores que forneceu um importante contributo a este respeito defendendo que as crianças destas idades não são novas demais para considerarem a morte auto cometida como uma possibilidade. Pfeffer (1986 in Crepet, 2002; in Joffe e Offord, 1990) refere que as crianças suicidas demonstram preocupações com a morte muito mais intensas quando comparadas com a dos seus pares não suicidas. Para além disso, o autor refere que as crianças suicidas, tendencialmente, consideram a morte como agradável e reversível. Em vários estudos, o psicanalista americano Pfeffer (1979, 1980, 1982, 1984, 1986 in idem) verificou que estas crianças, para além de acreditarem, como já se referiu, que a morte é transitória e agradável, têm sonhos, cujo conteúdo se centra na morte, das próprias ou de familiares e têm medos ou fantasias acerca da mesma.

Como se pode constatar no ponto seguinte, ainda que raros, existem, na realidade portuguesa, mortes por suicídio contabilizadas nestas faixas etárias precoces.

As questões sobre o conceito de morte na infância e na adolescência e da sua relação com os actos suicidários nestas faixas etárias, introduzem uma outra reflexão, com a qual se termina este ponto do capítulo: existirão assim tantas diferenças na noção de morte dos adultos e das crianças? A concepção da morte pode incluir para além da dimensão corpórea ou biológica, uma dimensão abstracta. Podemos ainda falar de uma componente vivencial ou emocional. Da primeira, fazem parte os conceitos de universalidade e inevitabilidade; a irreversibilidade; a cessação das funções vitais e a causalidade, ou resultado de razões biológicas. Para a dimensão abstracta contribuem os aspectos sócio culturais, tais como as religiões, que mencionam a vida para além da morte, a vida eterna ou a reencarnação. Apesar das noções biológicas da morte, muitos adultos partilham a ideia de um estado pós morte. Feifel (1977 in Oliveira, 1998) refere que a diferença entre adultos e crianças na noção de morte é essencialmente uma diferença de estilo.

3. Epidemiologia do Comportamento Suicidário

No mundo, por ano, suicidam-se cerca de 800.000 indivíduos, o que corresponde que em cada 45 segundos se suicida uma pessoa! As mortes por suicídio são superiores às mortes por malária, ou por acidentes de carro ou por sida. No entanto, o suicídio, por estigma, por herança sócio-histórica⁹, pela dificuldade de lidarmos com aquilo que poderemos designar de inversão do instinto de sobrevivência, continua a ser esquecido quando comparado com as entidades acima referidas (Areal, 1999; Centre for Suicide Research Oxford, 2006).

Desde o séc. XIX que os investigadores sociais têm vindo a constatar diferenças entre sexos e idades nos comportamentos suicidários, porém, têm demonstrado grandes dificuldades em explicá-las (Girard, 1993). Além disso, não existem muitos estudos sistematizados acerca das idades padrão do suicídio (Alte da Veiga e Saraiva, 2003). Nenhuma forma de abordar a epidemiologia do suicídio deverá ter a pretensão de captar totalmente o fenómeno. Mas os dados estatísticos e as pesquisas epidemiológicas fornecem visões macroscópicas que contribuem e enriquecem a compreensão do problema, nomeadamente tendo presente a conjugação das leituras críticas com as leituras sintomáticas dos dados. A procura de padrões na distribuição dos casos no espaço e tempo, a detecção de determinadas regularidades ou aglomerações anómalas, tornam-se essenciais na identificação de necessidades e na definição de políticas e estratégias de intervenção.

Neste ponto do capítulo, salientam-se alguns dados epidemiológicos sobretudo relativos à Europa e à realidade portuguesa dividindo a apresentação em Suicídio e Tentativa de Suicídio, duas realidades próximas, não sobreponíveis e que têm tido evoluções diferentes ao longo dos anos. Efectivamente, em Portugal, enquanto no suicídio se assiste a uma tendência para a diminuição ou estabilização, pelo contrário, o comportamento para-suicidário tem vindo a aumentar, especificamente nas camadas mais jovens da população (Saraiva et al, 1996).

⁹ Os comportamentos suicidas foram durante inúmeros anos sujeitos a sanções religiosas e legais. Em Portugal, em 1864 os actos suicidas deixaram de ser considerados crimes e em 1909 terminaram as sanções da Igreja Católica. Estes factos históricos terão certamente influência até aos nossos dias. A opinião pública continuará em grande parte dividida sobre o direito humano ao suicídio; a confusão ideológica irá continuar (Areal, 1999).

3.1. SUICÍDIO

Os dados disponíveis, relativos ao segundo quinquénio dos anos noventa (Alte da Veiga, 2005; INE 2005; OMS, 2005), revelam que, em termos absolutos, e em média, em Portugal, se suicidam 600 pessoas por ano. Através das mesmas fontes - INE e OMS-, verifica-se que das 7230 pessoas que se suicidaram em Portugal, entre 1993 e 2002, quinhentas (500) tinham menos de 24 anos e destas, vinte e quatro (24) tinham idade igual ou inferior a 14 anos. No Quadro 1, apresentam-se os valores absolutos e as taxas por 100.000 habitantes de suicídio, verificadas em Portugal nas faixas etárias consideradas sob a designação de suicídio juvenil, ou seja, até aos 24 anos de idade, e discriminando estes valores por sexo.

Quadro 1: Número e Taxa de Suicídios por 100.000 habitantes, em Portugal, entre 1993 e 2003, até aos 24 anos e por sexo.

SUICÍDIO	Sexo	1-4 Anos		5-14 Anos		15-24 Anos	
		N	taxa	N	taxa	N	Taxa
2002	M	0	0.0	2	0.4	50	7.0
	F	2	0.9	2	0.4	10	1.4
2001	M	0	0.0	1	0.2	41	5.6
	F	0	0.0	1	0.2	8	1.1
2000	M	0	0.0	0	0.0	28	3.7
	F	0	0.0	0	0.0	7	1.0
1999	M	0	0.0	1	0.2	21	2.8
	F	0	0.0	3	0.5	8	1.1
1998	M	0	0.0	1	0.2	29	3.7
	F	0	0.0	0	0.0	6	0.8
1997	M	0	0.0	1	0.2	34	4.3
	F	0	0.0	1	0.2	9	1.2
1996	M	0	0.0	0	0.0	34	4.2
	F	0	0.0	1	0.2	12	1.5
1995	M	0	0.0	2	0.3	48	5.8
	F	0	0.0	1	0.2	24	3.0
1994	M	0	0.0	4	0.6	40	4.8
	F	0	0.0	0	0.0	15	1.9
1993	M	0	0.0	2	0.3	36	4.3
	F	0	0.0	1	0.2	16	2.0

Fonte OMS (2005)

Pela observação do quadro, verifica-se que os rapazes se suicidam mais que as raparigas.

Natário e Carvalho (1998), conjugaram métodos estatísticos concebidos para o

estudo de aglomerações, no tempo e no espaço, de casos de doenças raras e para testar hipóteses da aleatoriedade de casos de doença no tempo e no espaço¹⁰ e aplicaram os mesmos sobre as taxas de suicídio por 100.000 habitantes, verificados em Portugal entre 1981 e 1995. Com este trabalho salientaram que existe uma grande discrepância entre distritos: Beja, Faro, Portalegre, Évora e Santarém apresentam os valores mais elevados, enquanto Porto, Braga, Aveiro, Guarda, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu os números mais baixos. A aplicação dos métodos acima referidos fizeram, ainda concluir que:

1) A hipótese de aleatoriedade dos casos, tanto no espaço, como no tempo é claramente rejeitada.

2) Existe uma variação ao longo dos anos das taxas de suicídio que não permite estabelecer um padrão. Porém verifica-se que aos anos de 1983 e 1986 correspondem grandes contribuições. Também se verifica que a partir de 1992 as contribuições passam a tomar valores estatisticamente pequenos, indicando uma estabilização dos números relativos de suicídios.

3) Os distritos do sul do país apresentam contribuições positivas enormes para a falta de aleatoriedade, enquanto que os distritos do norte contribuem também bastante, mas com contribuições negativas. Poder-se-á falar em duas aglomerações, uma no norte com taxas de suicídio bastante pequenas (comparativamente com os valores globais) e outra no sul com características contrárias, ou seja, com taxas de suicídio bastante altas.

De referir que esta clássica dicotomia norte-sul, ou seja, a taxa de suicídio ser muito mais elevada nos distritos do sul do país que no norte¹¹, verifica-se também ao nível do

¹⁰ Os métodos estatísticos aplicados foram: o *Método de Symons, Grimson e Yuan* e o *Método de Raubertas*. O *Método de Symons, Grimson e Yuan* é apresentado para o estudo de aglomerações no tempo e no espaço de casos de doenças raras. A ideia fundamental é a classificação de cada unidade espaço-temporal em duas (ou mais) categorias ou grupos, por exemplo: alto risco e risco normal, através da informação fornecida pelos dados. As unidades de alto risco são aquelas que constituem as aglomerações de casos de doença. Produz resultados muito interessantes porque permite classificar explicitamente cada unidade espaço-temporal num grupo de risco (apesar da sua aplicação computacional ser muito pesada e ficar em muitos casos comprometida). O *Método de Raubertas* foi concebido para testar a hipótese da aleatoriedade do número de casos de doença no tempo e no espaço. Decompõe os desvios entre o número de casos de doença observados e o número de casos de doença esperados sob a hipótese nula, em efeitos: efeito principal devido ao factor espaço, um efeito principal devido ao factor tempo e um efeito de interacção entre o tempo e o espaço. Isto é muito útil porque permite: (i) aceder a um teste da hipótese da aleatoriedade espaço-temporal dos casos de doença; (ii) obter uma quantificação das influências espaço-temporais na falta da referida aleatoriedade, indicando muitas vezes a sua origem.

Fornece uma forma de classificar cada unidade espaço-temporal, relativamente ao maior ou menor grau de contribuição para a falta de aleatoriedade de cada unidade, ainda que de uma forma comparativa entre unidades (Natário e Carvalho, 1998).

¹¹ Nos valores médios para Portugal entre os anos de 1996 a 2000 constata-se que 75% dos suicídios são cometidos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Na Grande Lisboa e Setúbal, onde vive 25% da população nacional, verificam-se 35% dos suicídios, no Alentejo, onde se encontra 5% da população

suicídio juvenil, embora de forma menos pronunciada (Alte da Veiga, 2005).

Em termos globais e comparativos, Portugal situa-se entre os países da baixa incidência suicidária (OMS, 2005).

Através do conjunto dos dados estatísticos disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Alte da Veiga e Saraiva (2003), estudando 36 países europeus, em dois períodos distintos das duas últimas décadas do século XX, identificaram os padrões de suicídio, ao nível da distribuição por idades. Actualmente, na Europa verifica-se a existência de quatro padrões de suicídio: padrão ascendente, padrão uniforme, padrão de distribuição normal ou convexo e padrão descendente (Alte da Veiga e Saraiva, 2003; Girard, 1993)¹². O padrão ascendente, isto é, aquele em que as taxas de suicídio aumentam ao longo da idade é o dominante na Europa¹³. Portugal para além de padrão ascendente apresenta um dos padrões mais idosos dentro dos países com este perfil, isto é, a idade mediana é uma das mais elevadas. Recordando o conceito, a idade mediana é a idade a partir da qual se verificam 50% dos suicídios, sendo que no nosso país estes são perpetrados por pessoas com mais de 63 anos¹⁴ (Alte da Veiga e Saraiva, 2003; Alte da Veiga, 2005). O padrão normal ou convexo é aquele cuja curva se assemelha à da distribuição normal, ou seja, o suicídio é mais elevado na média idade. Um dos países onde se encontra definido este padrão é a Finlândia; este modelo também se verifica no leste Europeu¹⁵ no caso da distribuição do suicídio masculino. O padrão uniforme, ou seja aquele em que não se verificam variações ao longo do eixo das idades, encontra-se perfeitamente definido na Noruega no caso dos homens, e parece também verificar-se, actualmente, no Reino Unido, no caso das mulheres.

De salientar que nestes países, ao longo da história, não se verificou sempre este padrão, pelo contrário, há uns anos atrás, o suicídio distribuía-se ao longo da idade tal

nacional, a percentagem de suicídios é de 20%. Por oposição, no Grande Porto, região que acolhe 12% da população do país, os suicídios aí perpetrados correspondem apenas a 1% da totalidade nacional (Alte da Veiga, 2005).

¹² Girard (1993) e os investigadores portugueses Alte da Veiga e Saraiva (2003) coincidem na identificação dos padrões ascendente, convexo ou normal e descendente. Quanto ao quarto padrão, o primeiro autor descreve o que denomina de padrão bimodal enquanto Alte da Veiga e Saraiva referem o padrão uniforme; pela análise dos dados por países estes nem sempre são coincidentes. Alte da Veiga e Saraiva (2003) analisaram os dados de 36 países Europeus, enquanto Girard analisou os dados de 49 países de 4 Continentes: América, Ásia, Europa e Oceania.

¹³ Arménia, Áustria, Bélgica, Bulgária, Croácia, República Checa, França, Geórgia, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Macedónia, Holanda, Portugal, Eslovénia, Espanha e Suécia são os países onde se verifica o padrão ascendente (Alte da Veiga e Saraiva, 2003).

¹⁴ No Alentejo este padrão idoso é ainda mais acentuado, ou seja a idade mediana ainda é mais elevada (Alte da Veiga, 2005).

¹⁵ Na Bielo-Rússia, na Eslováquia, na Estónia, na Lituânia e na Rússia, os autores identificaram nos homens este padrão.

como em Portugal, isto é, segundo um padrão ascendente. As taxas elevadas ao nível da terceira idade fizeram com que estes países implementassem programas específicos ao nível da prevenção deste fenómeno. Como resultado as taxas de suicídio nas idades mais avançadas baixaram e assiste-se, actualmente, a uma distribuição em linha recta horizontal ao longo do eixo das idades. Este dado é extremamente pertinente ao nível do investimento nas políticas de prevenção (Alte da Veiga, 2005).

Por fim, o padrão descendente, em que o suicídio vai diminuindo ao longo da idade, assistindo-se a taxas mais altas nas idades mais jovens que nas idades mais avançadas, verifica-se perfeitamente definido na Albânia (quer nos homens quer nas mulheres) considerando-se um padrão típico das sociedades islâmicas. Curiosamente parece verificar-se também na Irlanda e na Islândia no suicídio masculino carecendo, no entanto de um estudo mais aprofundado (Alte da Veiga, 2005)¹⁶.

Se olharmos para os números do fenómeno suicida, nos países que apresentam padrão etário ascendente, como é o caso de Portugal, verificamos que o suicídio adolescente corresponde a uma realidade marginal. Porém, assumindo uma perspectiva da estatística em que na realidade os dados não valem por si só, mas antes os factos são construídos e a observação é um processo de definição de objecto (Bacelar, 1996), somos levados a determo-nos na distribuição das causas de morte nas várias faixas etárias. Aí a interpretação e conseqüente valorização da incidência estatística do suicídio juvenil ganha contornos distintos. Concretizando: no caso dos idosos, o suicídio representa, em média, a 10ª causa de morte, mas nos jovens, entre os 15 e os 24 anos de idade, o suicídio está entre as primeiras causas de morte (entre a 2ª e 3ª causa, na Europa, atrás dos acidentes automobilísticos, e nos EUA alcança o primeiro lugar). Ou seja, o suicídio representa para os jovens uma das causas mais frequentes de morte (Crepet, 2002; OMS, 2005).

Outro apontamento a referir é o de que, não obstante ser dado adquirido que o suicídio é mais frequente nos indivíduos mais velhos, como já se referiu, há quem defenda que desde 1960 que na Europa são mais os países em que o suicídio juvenil aumentou do que aqueles em que diminuiu (Crepet, 2002).

Um dado relevante e com sérias implicações ao nível da intervenção dos profissionais e das políticas de prevenção é o facto da taxa de suicídio conseguido ser muito mais baixa que a taxa de tentativas de suicídio (Crepet, 2002; Sampaio, 2002; Weiner 1995). As duas populações são portanto epidemiologicamente diferentes (Santos e

¹⁶ Para uma análise mais completa dos padrões de idade do suicídio cf Alte da Veiga e Saraiva (2003) e Girard (1993).

Sampaio, 1997).

3.2. RELAÇÃO ENTRE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.

No mundo, a OMS (2000) estima que tentam suicidar-se entre dez a vinte milhões de indivíduos, por ano, o que corresponde que em cada minuto se tentam suicidar entre 20 a 40 pessoas.

A partir dos anos 60 assiste-se, no mundo ocidental, a um aumento dos comportamentos parasuicidários, sendo este aumento, particularmente significativo no sexo feminino (Saraiva, 1999). Actualmente as tentativas de suicídio são cada vez mais comuns, entre os adolescentes, sobretudo nos meios urbanos e suburbanos (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001a).

Desde os anos 80 que a OMS preocupada com a tendência na Europa para a subida das tentativas de suicídio definiu como 12ª prioridade, no âmbito da saúde, intervir na área dos comportamentos suicidários no sentido de controlar esta tendência (Areal, 1999; Crepet, 2002; Saraiva, 1999). Através do programa designado “*Saúde para todos no Ano 2000*”, esta organização mundial preconizou uma série de medidas, entre as quais apelou para que fossem elaborados programas nacionais para a prevenção do suicídio. Na Europa são conhecidos programas de prevenção na Noruega, na Finlândia e na Suécia.

Os parasuicídios, em Portugal, constituem um problema com particular incidência nos jovens, por oposição com o suicídio cuja incidência mais elevada se verifica nos idosos, como se acabou de explicar.

Também ao contrário do suicídio, nas tentativas de suicídio verifica-se que são as raparigas que mais o cometem. De um modo geral, nos jovens, as raparigas fazem mais tentativas de suicídio usando métodos menos violentos e de menor letalidade, enquanto os rapazes suicidam-se mais e recorrem a métodos mais letais. Estes sentidos da proporção dos comportamentos suicidários masculinos e femininos mantêm-se nas faixas etárias dos adultos e dos idosos.

Um estudo epidemiológico realizado em Coimbra, pela Consulta de Prevenção do Suicídio dos HUC (Saraiva et al, 1996), verificou que as raparigas com menos de 25 anos cometem mais tentativas de suicídios que as suas congéneres europeias. Este dado foi obtido através do estudo multicêntrico, iniciado no final dos anos 80 e coordenado pela OMS¹⁷. Dizem os autores que em muitos aspectos sócio-demográficos a região onde

¹⁷ A única excepção para esta liderança das raparigas Portuguesas no número de tentativas de suicídio verifica-se quando comparadas com as congéneres Francesas da região de Cergy-Pontoise

incidiu a investigação poderá ser considerada representativa do país. A estimativa é que a taxa anual de tentativas de suicídio seja cerca de 40 vezes superior à taxa de suicídios consumados. Porém, esta é uma estimativa que carece de estudos epidemiológicos mais aprofundados e alargados ao nível das tentativas de suicídio.

De sublinhar que um quadro mais completo da epidemiologia das tentativas de suicídio na Europa só se tornou possível há relativamente pouco tempo e decorreu do estudo acima referido coordenado pela OMS, iniciado em 1987 e ainda a decorrer. Em Portugal, estão documentados vários dados provenientes dos Bancos de Urgência dos Hospitais ou dos Serviços de Psiquiatria e Serviços especializados na prevenção do suicídio¹⁸. De qualquer forma, para além de parcos e resultantes de cortes transversais, estes dados encontram-se dispersos, ou seja carecem de uma organização global e longitudinal e seria de todo pertinente que fossem cruzados, nomeadamente, com dados dos Institutos de Medicina Legal.

Termina-se com dados que enfatizam a pertinência de uma política de intervenção que privilegie a prevenção das condutas suicidas: a OMS (2000) revela que as tentativas de suicídio de adolescentes têm aumentado de forma significativa nas últimas décadas. E é consensual que a taxa de suicídio juvenil conseguido é muito mais baixa que a taxa de tentativas de suicídio e que estas últimas constituem um factor de risco relevante do suicídio consumado (Crepet, 2002; Sampaio, 2002; Saraiva 1999; Weiner 1995). Por outro lado, existem estudos que revelam que, uma percentagem significativa dos jovens que tentaram o suicídio, apresentam dificuldades de adaptação e alterações comportamentais (Otto, 1972 in Sampaio, 2002). Mais ainda, parecem existir fortes indícios de que os adolescentes procuram cuidados gerais de saúde pouco tempo antes do seu comportamento suicida (Slap, Vorters, Khalid, Margulis, Forke, 1992).

¹⁸ Cf, por exemplo, Craveiro, Veiga, Vicente, Tavares, Vinhas, Santos, Primavera e Saraiva (1998); Peixoto e Paz (1998); Santos e Sampaio (1997); Saraiva, Alte da Veiga, Primavera, Carvalho, Travassos, Soares, Canhão e Torres (1996); Saraiva e Primavera (1997).

**Capítulo II - TEORIAS INTERPRETATIVAS DO SUICÍDIO
JUVENIL**

Capítulo II – Teorias Interpretativas do Suicídio Juvenil.

Perante a questão interpretativa de um suicídio juvenil a tendência de resposta é, certamente, de que se trata de uma questão complexa. Todavia, ainda que verdade, esta afirmação tão generalista torna-se infrutífera para os campos da investigação e da intervenção.

Existem várias teorias e modelos que abordam o suicídio. Desde as teorias sociais às psicológicas, sem esquecer os estudos na área da biologia, procura-se, neste capítulo, rever as principais perspectivas que constituem o espectro interpretativo no que concerne às condutas suicidas das crianças e adolescentes. Dar-se-á especial enfoque às perspectivas psicológicas e à perspectiva sociológica sobre o efeito dos *mass media* nos processos imitativos das condutas suicidas, uma vez que estas últimas correspondem a um dos campos de investigação suicidológica mais fértil.

1. Perspectivas Sociológicas

1.1. DURKHEIM E ALGUNS SEGUIDORES

Uma referência imprescindível, ainda hoje, quando se aborda a temática do suicídio é Durkheim (1897, in Cortesão e Saldanha de Azevedo 1986; in Crepet, 2002; in Minois, 1995; in Sampaio, 2002; in Saraiva, 1999). Os modelos sociológicos são dos mais divulgados no âmbito da problemática dos comportamentos suicidas. E, efectivamente, este facto não é alheio ao conhecido trabalho de Durkheim – *O Suicídio - Estudo Sociológico*¹⁹ (1977). O autor partindo das taxas do comportamento suicida, procura identificar as suas causas na esfera social. Segundo Durkheim, a taxa de suicídios só se pode explicar sociologicamente: é a constituição moral da sociedade que fixa em cada instante o contingente dos mortos voluntários. Cada grupo social apresenta uma inclinação colectiva específica para o suicídio do qual derivam as inclinações individuais, em vez de ser a primeira a derivar destas últimas. O que a constitui são as correntes de egoísmo, de altruísmo ou de anomia que actuam dentro de cada sociedade. São estas tendências de colectividade que penetrando no indivíduo levam-no a matar-se. Assim, o motivo real não está presente no espírito do suicida de uma forma perfeitamente consciente.

Diz o autor que, em todo o caso, se realmente acontecer que a situação pessoal do

¹⁹ Esta obra de Durkheim divide-se em 3 livros. No *livro primeiro* o autor aborda os factores extra sociais (estados psicopáticos, a raça, a hereditariedade, os factores cósmicos e a imitação), excluindo-os enquanto causas do suicídio. No *livro segundo*, são abordadas as causas sociais, procedendo-se à classificação do suicídio em vários tipos sociais. No *livro terceiro* Durkheim desenvolve a sua teoria sob o título *O Suicídio como Fenómeno Social*.

indivíduo seja a causa determinante na resolução do suicídio, estes casos são muito raros. Não é portanto, deste modo, que se pode explicar a taxa social de suicídio.

A partir de duas dimensões sociais - a integração/ desintegração e a regulamentação, Durkheim estabelece uma tipologia para o suicídio que se tornou a contribuição mais visível deste sociólogo francês para o estudo das condutas suicidas. Durkheim identificou quatro tipos de suicídio: o egoísta (também designado de narcísico), o altruísta, o anómico e o fatalista. O suicídio egoísta corresponderá a um dos pólos do eixo da integração/ desintegração, ou seja, refere-se a situações em que o individualismo prevalece, não promovendo a integração na sociedade. No pólo oposto encontramos o suicídio altruísta em que a morte ocorre por exigência da colectividade, isto é, a integração é excessiva não havendo lugar para a afirmação da individualidade. Em relação ao eixo da regulamentação social, no pólo que corresponde à falta de regras e a momentos de crise e instabilidade, temos o suicídio anómico. Pelo contrário, perante um ambiente excessivamente regulamentado, retirando autonomia ao sujeito, verifica-se o suicídio fatalista.

Nos trabalhos deste sociólogo francês estão presentes os conceitos de factor de protecção e factores de risco, ainda que não explicitamente, ou então, designados de outra forma. Especificando, quando Durkheim se refere à religião enquanto medida profiláctica e à solução corporativa dos grupos profissionais e ao individualismo moral, não se poderá concluir que correspondem os primeiros a factores de protecção, enquanto o individualismo a um factor de risco?

Foram vários os autores que seguiram os trabalhos de Durkheim, quer em termos de continuidade teórica e metodológica, quer introduzindo discontinuidades através de críticas a determinadas limitações, especificamente ao nível metodológico e que fizeram avançar as perspectivas sociológicas. Neste campo salientam-se Henry e Short (1954 in Crepet, 2002) que introduzem na teoria de Durkheim noções que apelam à tomada em consideração de dimensões também psicológicas e idiossincráticas e não apenas sociais. Douglas (1967, in Crepet, 2002, Sampaio, 2002) direcciona as suas críticas sobretudo para questões metodológicas relacionadas com o uso das estatísticas oficiais, cuja fiabilidade coloca em causa.

A obra de Halbwachs – *Les causes du suicide* - publicada em França em 1930, constitui, provavelmente, uma das mais importantes referências em termos dos seguidores do estudo sociológico de Durkheim, hoje um clássico da pesquisa suicidológica (Sampaio 2002, Saraiva 1999). Ao nível metodológico Halbwachs (1978) fundamenta a sua teoria, tal como Durkheim, em dados estatísticos das mortes por suicídio, neste caso, de vários

países da Europa (Inglaterra, França, Itália, entre outros). Tal como Durkheim, Halbwachs (1978) procede à análise de factores sociológicos enquanto explicações do suicídio. A descontinuidade está presente a partir do momento em que o autor critica Durkheim pelo facto de analisar os factores sociais de forma isolada e, ainda, por este não ter em consideração a articulação entre tais factores. Halbwachs (1978) vai mais longe e admite que a génese das condutas suicidas pode ser encontrada quer em perturbações orgânicas (analisando a doença mental e o alcoolismo), quer em rupturas do equilíbrio das sociedades (analisando as crises económicas e políticas). O autor refere que estes factores promotores do suicídio são, por sua vez, potenciados por uma rápida e crescente industrialização e urbanização (Halbwachs, 1978). Pierce e Sainsbury são autores mais recentes (1971, in Sampaio, 2002) que, nos seus estudos, salientam, exactamente, a rapidez da mudança no contexto social enquanto fonte das condutas suicidas. Sainsbury (1978, in idem) acrescenta ainda o isolamento e a perda de estatuto social como factores que podem contribuir para o suicídio.

Também, mais recente, Maris (1981, in Sampaio, 2002, Saraiva, 1999) vem acrescentar dados que se constituem como inovadores dentro das perspectivas sociológicas. Este autor, rompendo com a tradição da teoria de Durkheim, a qual considera demasiado estática e rígida, defende um modelo de interpretação para o suicídio numa linha mais dinâmica, considerando que o estudo da história de vida do sujeito na sua vertente psicossocial é um aspecto importante para a compreensão das condutas suicidas.

Nesta linha, Rojas (1978 in Sampaio, 2002) numa tentativa de estabelecer a articulação entre perspectivas teóricas distantes, propõe a integração de conceitos psicodinâmicos, especificamente, a articulação entre o conceito da perda de objecto com os das mudanças do contexto social, desenvolvendo a ideia da perda da integração social na ocorrência do suicídio.

Antes de prosseguirmos com as perspectivas psicossociais, como sugerem os parágrafos anteriores, abordaremos as condutas suicidas como processos imitativos, tal como defendem algumas teorias.

1.2. PERSPECTIVAS DOS PROCESSOS IMITATIVOS – EFEITO DE WERTHER E A INFLUÊNCIA DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA NAS CONDUTAS SUICIDAS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES.

Dentro das perspectivas sociológicas, podem ser incluídos os estudos acerca do suicídio enquanto imitativo e da influência dos *mass media* neste processo. O objecto destas pesquisas constitui um dos mais interessantes contributos da investigação sobre o

suicídio, recentemente proposta a nível internacional.

Tratando-se de abordagens acerca do fenómeno de imitação e de contágio, enquanto desencadeante de “epidemias” de suicídio, podem ser enquadradas nas teorias da aprendizagem social e da modelação²⁰.

Desde longa data que o suicídio enquanto comportamento imitativo é alvo de atenção e discussão.

Plutarco (45-120), filósofo e historiador grego, por volta do ano 100, procede a uma das mais interessantes descrições de uma epidemia de suicídio perpetradas por raparigas de Mileto, salientando o contágio como factor desencadeante (Minois, 1995, Saraiva, 1999).

Séculos mais tarde, na sequência da publicação do romance de Goethe – *A dor do jovem Werther* - onde o herói se suicida na sequência de uma decepção amorosa, assiste-se a um fenómeno de pânico colectivo assente no rumor de que muitos jovens, identificando-se com o protagonista, tinham imitado o seu gesto trágico. O livro acabaria por ser proibido em várias cidades Europeias (Crepet, 2002; Jamieson, Jamieson e Romer, 2003; Saraiva, 1999).

Segundo Durkheim (1977), como se fez referência no ponto anterior, a possibilidade de um suicídio se dever a um comportamento de imitação verifica-se em raríssimos casos. Assim, segundo o autor, a imitação não pode ser interpretada como causa de uma conduta suicida. Para este sociólogo, a imitação de tal gesto funciona, eventualmente e apenas, como um factor precipitante para um indivíduo que já tenha decidido pôr termo à vida. Ou seja, o processo imitativo influencia o método e o tempo pelo qual e no qual, respectivamente, é tomada a decisão de realizar o gesto auto destrutivo.

Quando este grande sociólogo francês chega a estas conclusões os meios de comunicação não eram como hoje. Durkheim morre em 1917 enquanto que a televisão surge em França, cerca de vinte anos depois, por volta de 1937 (Gillon, Hollier-Larousse, Ibos-Augé, Moreau e Moreau, 1972)

A par da evolução tecnológica verificada durante todo o século XX, assiste-se, por um lado, a uma difusão crescente da informação, e por outro, a alterações na vida quotidiana suscitadas pelos media, não só pela televisão, mas também pela introdução da Internet na vida doméstica. A quantidade de horas a que os indivíduos, em geral e as

²⁰ A *Teoria da Aprendizagem Social* de Bandura (1977 in Portes, Sandhu, Longwell-Grice, 2002) serve também de fundo conceptual aos estudos que concluem que os filhos de pais com tentativas de suicídio têm mais probabilidade de também tentarem suicídio. Grollman (1971 in idem) é outro dos autores que chegou a esta conclusão. Estes estudos carecem porém de maior aprofundamento, no sentido de aceder ao modo como se estabelece este padrão.

crianças e adolescentes, em particular, estão sujeitos aos produtos de evasão e entretenimento doméstico (televisão, canais por cabo, vídeos e dvd's, Internet) é crescente nas sociedades actuais. Por esta razão, estas têm sido denominadas de sociedades da informação e da comunicação. Aliás, desde o início dos anos 80, devido ao aparecimento das novas redes de telecomunicações e da introdução das tecnologias de informação considera-se que vivemos na terceira era dos meios de comunicação (correspondendo a primeira ao aparecimento da rádio e a segunda à generalização da televisão). A evolução e transformação dos meios de comunicação acarretam transformações sociais. Estudos de audiências mostram que são os adolescentes e as crianças, a par da terceira idade, os maiores consumidores da televisão (Crepet, 2002, Fernandes, 2000).

A questão que se coloca é saber se existe uma relação causal entre a forma como se noticia ou apresenta um suicídio e a decisão de outrem pôr termo à vida. Ou seja, o suicídio pode ser influenciado pelos meios de comunicação?

Existem dados que podem ser interpretados no sentido da violência dirigida contra si praticada por jovens ter uma determinada relação com os conteúdos transmitidos pelos meios de comunicação. Esta hipótese tem sido alvo de uma discussão científica fecunda. David Phillips, sociólogo americano é, provavelmente, o autor mais conhecido na área dos estudos acerca do efeito dos *media* sobre o comportamento suicidário. Especificamente, o autor defende a existência de um efeito de imitação que os *media* têm sobre os comportamentos suicidários dos adolescentes e designa este fenómeno por “efeito de Werther”, por referência à obra de Goethe (Crepet, 2002; Fekete e Schmidtke, 1995; Gould, Jamienson e Romer, 2003; Jamienson, Jamienson e Romer, 2003; Saraiva, 1999).

A partir dos anos 50 as investigações acerca da influência dos meios de comunicação nos comportamentos suicidas intensificaram-se, sendo um dos campos empíricos mais produtivos sobre suicídio. Estas investigações podem dividir-se em dois grandes grupos: (1) as que estudam o efeito das notícias de jornais e telejornais e (2) os estudos sobre os efeitos provocados pela ficção, sendo que existem mais estudos de casos reais do que do segundo grupo.

(1) Notícias de Jornais e Telejornais

Motto (1967 in Crepet, 2002; 1970 in Fekete e Schmidtke, 1995) é um dos autores apontados como pioneiro no estudo da influência dos relatos de suicídio em notícias dos jornais. Porém nos seus primeiros estudos, o autor não confirmou totalmente a sua hipótese de modelagem das condutas suicidas pelas notícias dos jornais. Em termos metodológicos, o investigador norte-americano, analisou a incidência dos suicídios num período de greve

de jornalistas que impediu a saída de jornais em algumas cidades americanas. Seguindo um método semelhante, Blumenthal e Bergner (1973 in Crepet, 2002) também não chegaram a resultados conclusivos. Em estudos posteriores, Motto (1970 in idem) conseguiu provar que as taxas de suicídio sofriam um incremento significativo nos dias a seguir aos jornais diários realçarem este acontecimento. Resultados idênticos foram obtidos por Phillips (1974 in idem) e por Baraclough, Sheperd e Jennings (1977 in idem). Estes autores concluíram também que o aumento das taxas de suicídio era especialmente significativo quando o suicídio era perpetrado por uma figura conhecida e esse aumento era directamente proporcional à importância dada pela notícia ao sucedido. Relativamente às notícias de telejornais, vários estudos, obtiveram resultados semelhantes, ou seja, dados que apontam para a existência de um efeito de imitação do suicídio (Bollen e Phillips, 1982 in Jamienson, Jamienson e Romer, 2003).

Uma outra investigação importante, pela especificidade da faixa etária, foi realizada junto de população adolescente americana, durante 7 anos. Este estudo concluiu a existência de correlação entre as notícias televisivas de suicídios de adolescentes e as condutas suicidas nestas idades. Esta investigação verificou um aumento das taxas suicidas proporcional ao número de canais televisivos que relataram os casos de suicídio (Phillips e Carstens, 1986 in Crepet 2002).

De salientar, porém, que existem autores que não encontraram estes resultados quando reproduziram os estudos de Phillips e dos seus colaboradores. Entre estes destacam-se Horton e Stack (1984 in Crepet, 2002) que não encontraram o aumento das taxas de suicídio adolescente descrito pelos primeiros quando analisaram as notícias televisivas de suicídios de adolescentes.

Um estudo extremamente significativo foi levada a cabo em Viena por Sonneck, Etzersdorfer e Nagel-Kuess (no prelo, in Crepet, 2002) e foi realizado em torno do fenómeno do suicídio no metro de Viena. Nos anos 80 assistiu-se a um aumento de suicídios no metro desta capital europeia e os jornais e as televisões noticiavam estas ocorrências dando-lhes grande relevo. Sonneck, Etzersdorfer e Nagel-Kuess (ibidem) colocaram a hipótese de tal aumento estar relacionado com a forma como os meios de comunicação relatavam os acontecimentos. Este grupo de investigadores realizou uma série de reuniões com os jornalistas da cidade, onde explicaram as suas hipóteses e propuseram uma forma alternativa de noticiar os suicídios. Segundo eles, esta medida faria os valores dos suicídios no metro voltarem às taxas normais e conciliaria o direito à informação. Os jornalistas acordaram e adoptaram regras comuns e em pouco tempo a

hipótese deste grupo de investigadores estava confirmada: o número de pessoas que se suicidaram atirando-se à linha do metro diminuiu significativamente atingindo os valores médios registados antes do sucedido. Ficou assim demonstrada a existência de uma relação entre as modalidades ou formas de informação pelas quais os media optam e a sua influência no comportamento suicida. E isto é extremamente poderoso ao nível de medidas de prevenção do suicídio.

Crepet (2002) relata que em Itália nos anos 90, os meios de comunicação social deram um realce sensacionalista a um suicídio perpetrado por três rapazes de 20 anos, usando como método a intoxicação por monóxido de carbono através da ligação do tubo de escape do carro ao interior do mesmo. O autor conta que os jornais deram a notícia na primeira página, a rádio e a televisão deram detalhes do sucedido nos seus blocos informativos. Crepet (2002) conta que nas semanas subsequentes sucederam as notícias de jovens que através do mesmo método puseram termo à vida. A continuidade do fenómeno tornou-se inquietante ao ponto dos jornalistas colocarem a hipótese das mortes serem influenciadas pela transmissão e descrições do primeiro suicídio - o dos três rapazes e dos que se seguiram.

Areal em 1999 faz referência aos casos de suicídio ocorridos na ponte 25 de Abril, em Lisboa, nesse mesmo ano, como um exemplo de contágio directamente relacionado com a forma como os meios de informação relataram o sucedido.

Em 2000, o Departamento de Saúde Mental da OMS, publicou um conjunto de guias específicos, dirigidos a grupos sociais e profissionais particularmente relevantes na prevenção do suicídio, entre os quais um guia dirigido aos profissionais da comunicação social²¹ (OMS, 2000).

Em 2001, o 1º Simpósio organizado pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia, foi dirigido a estes profissionais, tendo como tema a forma de abordar o suicídio nos mass media.

Nos Estados Unidos, uma série de organismos ligados à saúde e à prevenção do

²¹ Deste guia destacam-se algumas directrizes gerais que podem contribuir para reduzir os efeitos da imitação do comportamento suicida. O que os profissionais de comunicação social devem fazer: (1) trabalhar em conjunto com as autoridades de saúde aquando da apresentação dos factos; (2) referir-se ao suicídio como consumado e não como bem sucedido; (3) apresentar apenas dados relevantes em páginas interiores; (4) realçar as alternativas ao suicídio; (5) fornecer informação sobre linhas de ajuda e recursos comunitários e (5) publicar indicadores de risco e sinais de aviso.

O que os profissionais de comunicação social não devem fazer: (1) não publicar fotografias ou notas de suicídio; (2) não publicar detalhes específicos do método usado; (3) não apresentar razões optimistas; (4) não glorificar ou sensacionalizar o suicídio; (5) não usar estereótipos religiosos ou culturais e (6) não dividir a culpa (OMS, 2000).

suicídio publicam em conjunto uma brochura com recomendações dirigidas aos *media* no sentido da minimização do potencial de contágio aquando da descrição de um suicídio (Center for Disease Control and Prevention et al., 2001 in Jamienson, Jamienson e Romer 2003).

Apesar da não consensualidade de resultados nestas investigações, parece ser unânime a aceitação de uma base científica para a hipótese do suicídio por imitação. E isso verifica-se, particularmente, nos casos em que o suicídio relatado é efectuado por uma personalidade conhecida²², e/ou quando as características da população, em que se mede a variação da incidência deste comportamento auto destrutivo, são semelhantes às características do suicida que os jornais ou a televisão descrevem. Parecem também existir evidências que apontam no sentido do efeito de imitação não depender simplesmente da existência da notícia, mas sobretudo da forma da notícia e do relevo dado à mesma.

(2) Ficção

Comparativamente com as notícias de jornais e telejornais, existem menos resultados empíricos acerca dos efeitos de suicídios na ficção, apesar deste acontecimento não ser raro em romances, poesia, filmes²³, séries, teatro, óperas, e até em banda desenhada²⁴.

Também neste segundo tipo de estudos, apesar de interessantes, os resultados deixam dúvidas. Uma das investigações mais conhecidas neste âmbito é um estudo realizado nos anos 80 em torno de uma série televisiva cómica intitulada *Morte de um estudante*. A série é composta por seis episódios, começando cada um deles pela repetição do suicídio de um jovem de 19 anos que usa como método atirar-se para debaixo de um comboio. Esta investigação foi levada a cabo nos EUA e na Alemanha, verificando-se neste último país, após a exibição dos episódios, um aumento significativo de suicídios realizados por coetâneos do protagonista, ou seja, por jovens entre os 18 e os 27 anos (Crepet, 2002).

Anos antes, na década de 70, foi conduzida uma pesquisa acerca dos efeitos de uma peça teatral encenada em vários liceus americanos, em que um jovem se suicida e não foram encontradas quaisquer variações na ideação suicida dos alunos dos referidos liceus. (Crepet, 2002)

²² Um exemplo muito conhecido é o aumento significativo da taxa de suicídio que se seguiu ao relato do suicídio da actriz americana Marilyn Monroe (Miller, 2002 in Jamienson, Jamienson e Romer, 2003).

²³ A filha de Ryan; A Melhor Juventude; A Ponte de Waterloo; As Horas; As Virgens Suicidas; Condenados de Chawchank; Clube dos Poetas Mortos; Esplendor na Relva; Jaime; Lilith; Marnie; O rapaz do trapézio; Os Amantes de Maria; Sylvia, Vida de Artista (Rouben, Rouben) são alguns nomes de filmes que, num exercício de memória, surgem como contendo ou fazendo alusão ao suicídio ou à tentativa de suicídio.

²⁴ cf Riley, A. (2004): *O Livro dos Coelhoinhos Suicidas*. Mem Martins: Edições Europa-América.

Outros dos alvos destas investigações foram as Óperas, uma vez que não são raros os seus conteúdos suicidas. Phillips (1982 in Crepet 2002) relata efeitos nos jovens com características correspondentes à personagem suicida, no sentido do aumento deste gesto na semana seguinte à transmissão televisiva da ópera.

Outro estudo a referir é o levado a cabo por Gould e Schaffer (1989 in Crepet 2002), dois notáveis especialistas do suicídio, que analisaram não só os suicídios mas também as tentativas de suicídio verificadas em jovens entre os 14 e os 19 anos registados antes e após a transmissão de quatro episódios televisivos, cada um centrado na história de suicidas adolescentes. Os autores puderam verificar um aumento quer das tentativas de suicídio, quer dos suicídios de forma significativa.

Em 1991, Biblarz, Brawn, Biblarz, Pilgrim e Baldree fizeram um estudo comparativo com jovens universitários avaliando a ideação suicida e a excitação emotiva antes e após o visionamento de 3 filmes: um, em que dois jovens cometem suicídio (*Surviving*); outro, que contém história de violência, tais como homicídio (não contém suicídio) (*Death Wish*); o terceiro, funcionando de control, um filme musical de entretenimento. Os resultados mostraram um aumento significativo da ideação suicida perante o visionamento do primeiro filme e que durou cerca de duas semanas. Após o visionamento do segundo filme verificou-se um aumento análogo, mas desta vez da agressividade e excitação comportamental. Estes dois resultados revelaram diferenças significativas comparativamente com o visionamento do terceiro filme.

Phillips (1986, 1989 in Crepet, 2002) apresenta razões de carácter metodológico para defender a pertinência científica dos estudos acerca das condutas suicidas enquanto processos imitativos e influenciados pelos meios de comunicação de massa. O autor americano parte do pressuposto geral que o suicídio é um fenómeno determinado por factores crónicos e agudos. No primeiro caso trata-se do culminar de um processo longo no tempo, enquanto o agudo corresponde a uma decisão tomada num tempo muito curto.

Em termos metodológicos, a pesquisa destes factores proceder-se-á através do estudo da correlação, em determinado tempo e lugar, entre a variável tomada como dependente – a frequência ou incidência do suicídio e a variável independente – o fenómeno que se admite poder estar relacionado com o suicídio.

No primeiro caso, dos factores crónicos, a correlação terá que ser estudada em períodos longos de tempo. Só assim se poderá confirmar ou infirmar o desenvolvimento correlacionável entre a frequência do suicídio em determinado grupo e alguns factores, considerados de risco, presentes nesse mesmo grupo. Por exemplo, analisar a taxa de

suicídio dos jovens e o incremento do consumo de álcool nesta faixa etária. No segundo caso, e exemplificando com o fenómeno em causa – histórias de suicídio relatadas pelos meios de comunicação - importa analisar a incidência dos suicídios nas horas e dias imediatamente a seguir às notícias (Crepet, 2002). Se, porém, nos detivermos nos limites metodológicos e interpretativos destes estudos, facilmente concluímos que a passível influência de factores exteriores, tal como a sazonalidade, por exemplo, fazem com que seja necessário que os resultados sejam comparados com os recolhidos na mesma época sazonal de outros anos (precedentes e posteriores).

Este campo da investigação caracteriza-se, por um lado, por alguns estudos apresentarem problemas metodológicos, suscitando algumas dúvidas relativamente à fiabilidade e à validade dos resultados obtidos. Por outro lado, alguns estudos quando reproduzidos não chegam aos mesmos resultados suscitando controvérsia acerca do efeito dos *media* nos processos imitativos do suicídio. Contudo, estes factos não impedem que os resultados até agora obtidos, particularmente os relativos aos adolescentes, contribuam na construção de bases científicas para a hipótese do suicídio por imitação. De facto, a investigação continua a demonstrar que os jovens, sobretudo os que apresentam certos tipos de vulnerabilidades, são susceptíveis de serem influenciados pelas descrições de suicídios dos *mass media* (Gould, Jamieson, Romer, 2003). As evidências desta influência são mais fortes quando se trata de relatos em notícias do que quando se trata de relatos na ficção (idem).

A grande questão que se coloca como limitação interpretativa desta perspectiva está relacionada com o facto dos dados não serem por si só suficientes para a introdução de compreensibilidade do fenómeno suicida, mesmo que validados metodologicamente. Não é suficientemente demonstrativo por si, o aumento de suicídios a seguir à mensagem dos *media*, porque o problema é compreender porque razão isto acontece. As questões principais que se colocam continuam a ser: quem e porquê escolhe imitar aquela morte relatada pelos *media* e quem não o faz e porquê? Quais são as características que tornam estas pessoas diferentes? Maris (1981, 1989 in Crepet 2002).

2. Perspectiva Psicossocial

Dentro dos desenvolvimentos teóricos que podemos considerar como sendo perspectivas psicossociais é possível destacar alguns autores: Petzel e Riddle (1981, in Crepet, 2002), Hendin (1987 in idem) e Lester (1988 in ibidem).

Os primeiros analisam o suicídio conjugando conceitos teóricos da psicologia social

tais como os grupos, as relações sociais, os processos de adaptação à escola e ao grupo de pares, etc, e da psicologia cognitiva como, por exemplo, a intencionalidade e a motivação auto destrutiva ou a cognição da morte.

O segundo autor referido cruzou, na sua grelha de leitura, conceitos da psicologia dinâmica com dados de estudos epidemiológicos e a partir daqui elaborou investigações acerca da relação entre violência e suicídio. O terceiro autor destacado, um famoso psiquiatra americano, desenvolve o seu trabalho em torno da variável qualidade de vida, atribuindo-lhe a explicação pelo facto das taxas de suicídio serem mais altas nos países industrializados comparativamente com os países em vias de desenvolvimento.

Lester (1988 in Crepet, 2002, 1990 in Saraiva, 1999) defende a hipótese da existência de uma sub-cultura juvenil transversal aos suicídios verificados nas camadas mais jovens da população.

Farber (1968, in Saraiva, 1999) é outro dos nomes a incluir nestas perspectivas. O autor, a partir de investigações com crianças dinamarquesas, em que uma das variáveis de estudo era a educação, destaca aspectos psicológicos e sociais na interpretação das altas taxas de suicídio na Dinamarca em comparação com a Noruega e identifica a esperança como um factor protector do suicídio.

3. Perspectiva Psicológica

Dentro dos modelos psicológicos encontram-se três perspectivas principais que correspondem a três grandes escolas de psicologia: a psicodinâmica, a cognitiva e a sistémica.

3.1. PERSPECTIVA PSICODINÂMICA

As principais formulações teóricas do suicídio relacionadas com o substrato intrapsíquico, tal como o concebe a teoria psicanalítica, derivam de Freud e dos seus discípulos, ainda que na obra do primeiro apenas se encontrem referências dispersas acerca das condutas suicidárias. (Litman, 1967 in Pulido, Revuelta, Marco, Hernández, 1990).

Apesar de Freud (1917, in Crepet 2002; 1915, in Sampaio, 2002, Saraiva, 1999) nunca ter elaborado uma teoria específica acerca das condutas suicidas, na sua obra *Luto e Melancolia*, encontram-se conceitos que constituem as bases das grelhas de análise psicodinâmica do suicídio. O conceito de luto surge 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. O fundador da psicanálise defende que os gestos autodestrutivos representam a introversão da

agressividade a que o sujeito acede quando não consegue direccionar os seus impulsos para o objecto libidinal, e assim, o acto suicida seria o resultado de dirigir contra si impulsos dirigidos a outros.

As ideias mais relevantes da obra de Freud em relação ao tema podem ser sintetizadas em três pontos: (1) a ideia fundamental de suicídio como parte do homicídio; (2) a ambivalência amor e ódio que está presente na dinâmica de todo o suicídio e (3) a associação da agressividade e a manifestação do instinto de morte, noção introduzida por Freud na sua obra. A pulsão da morte ao procurar constantemente um repouso permanente, pode encontrar a sua expressão no suicídio (Crepet, 2002).

O autor introduz os conceitos de instinto de vida (*eros*) e instinto de morte (*thanatos*) (Crepet 2002, Sampaio, 2002), explicando que ambos estão presentes no homem como forças instintivas primárias, sendo que o suicídio corresponde à ruptura do equilíbrio entre a tendência para a autodestruição e os instintos sexual e de autoconservação.

Alguns autores (Hendin, 1951; Litman, 1965 in Pulido, Revuelta, Marco, Hernández, 1990) consideram que a teoria do instinto de morte, mais do que uma hipótese científica, constitui uma espécie de “muleta” filosófica que Freud formulou especificamente para poder explicar a tendência para a auto destruição do homem.

Para além do pai da psicanálise, uma série de autores, da corrente psicodinâmica, se interessaram pelo tema do suicídio salientando este ou aquele factor intrapsíquico. A seguir serão mencionados contributos de vários autores que nos fazem perceber que as interpretações psicanalíticas do comportamento suicida não se limitaram aos conceitos teóricos e clínicos formulados por Freud ou pelos seus primeiros seguidores. Crepet (2002) refere, nomeadamente, que após a 2ª Guerra Mundial foram muitos os autores que sob uma grelha de análise psicanalítica se interessaram pelo suicídio nos adolescentes.

Horney (1950 in Pulido, Revuelta, Marco, Hernández, 1990) distanciando-se das doutrinas freudianas, defende a “alienação do eu” como estando na génese dos comportamentos suicidários. O autor explica que o desenvolvimento da criança pode ser distorcido através de diferentes formas sócio-culturais (família, religião, figuras paternas, etc), originando um desenvolvimento neurótico que, por sua vez, leva à instalação de um processo de angústia. A partir daqui a criança, ao tentar vencer a sua angústia, pode desenvolver um sentimento de superioridade que facilitará a existência de uma *decalage* entre o eu idealizado e o eu verdadeiro, o que conduzirá, aquilo que o autor denominou de alienação do eu.

Rado (1951 in Pulido, Revuelta, Marco, Hernández, 1990) salienta os estados

depressivos e as características de uma personalidade dependente associadas à frustração e à ira canalizada para si mesmo como factores presentes no suicídio. Adler (1968 in idem) também defende que o suicídio afecta, sobretudo, as personalidades dependentes. O autor refere que estes indivíduos têm tendência a estabelecer relações em que esperam sempre gratificações dos outros, possuem uma auto estima baixa, centram o pensamento neles próprios (egocêntricos) e tentam quase sempre sobressair. Adler julga que a perspectiva do suicídio dá a estas pessoas a sensação de serem donas da vida e da morte, a sensação de serem onnipotentes.

Existem autores que salientam o papel das atitudes e das fantasias em relação à morte e ao acto de morrer enquanto factores mediadores do suicídio. Hendin (1969 in Sampaio, 2002) afirma que o suicídio consumado é particularmente provável naqueles indivíduos que fantasiam em relação à morte e ao acto de morrer como sendo um meio de gratificação²⁵. O autor explica que num período de crise emocional estas fantasias de morte surgem e precedem o acto suicida. Defende a existência de fantasias inconscientes transversais a todos os suicídios e que estas tomam forma de desejos (Litman e Tabachnick, 1968 in Pulido, Revuelta, Marco, Hernández, 1990). Para Otto Rank (1959 in idem) o suicídio resulta de um conflito do ego, entre o medo de viver e o medo de morrer.

Outros autores desenvolveram explicações em torno da componente narcísica da conduta suicida (Asch 1980, in Saraiva, 1999, Henseler, 1985, Smith, 1985, Zilboorg, 1937 in Crepet 2002).

Furst e Ostow (1979 in Sampaio, 2002, Saraiva, 1999) são outros dos autores referenciados dentro da visão psicanalítica do suicídio. É através de cinco mecanismos psíquicos que explicam esta conduta autodestrutiva. O suicídio surge como: (1) equivalente à destruição do objecto considerado causador de sofrimento intenso; (2) forma de acabar com uma angústia intolerável; (3) forma de obter o que se pretende da pessoa amada; (4) vingança e (5) resultado de um instinto de morte extremamente forte.

Wade (1987 in Crepet, 2002), psicanalítico americano, defende que o suicídio nos adolescentes é perpetrado no sentido de trazer um alívio temporário a uma dor resultante de uma experiência afectiva, sentida como negativa.

No entanto, apesar de todas as alusões anteriores, a referência clássica psicoanalítica sobre o suicídio é a obra de Menninger (1972 in Pulido, Revuelta, Marco, Hernández, 1990). Este psicanalista alemão, usando o conceito freudiano do instinto da morte, afirma

²⁵ Cf Capítulo I, ponto 2. Desenvolvimento do Conceito de Morte.

que todos os indivíduos apresentam fortes propensões para a autodestruição e que se chegam a efectivar quando se combinam determinadas circunstâncias e factores. O autor atribui o suicídio a causas imediatas, evidentes e reconhecíveis à vista desarmada, explicitando a loucura, a doença e a ruína económica. Menninger (1938, in Crepet 2002, Sampaio, 2002, Saraiva, 1999) defende que em todos os suicídios estão presentes três aspectos fundamentais: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer. O desejo de matar seria uma resposta de agressão baseada no instinto de morte com o objectivo de anular uma ameaça ou perda. O desejo de ser morto corresponde a uma resposta do super ego enquanto subordinação à autoridade e inclui os sentimentos de culpabilidade que fazem com que o eu seja agredido pelo super eu. O desejo de morrer corresponde ao desejo de regressão ao útero materno. Menninger distingue três tipos de suicídio: crónico, focal e orgânico. No crónico estariam incluídos comportamentos prolongados de auto destruição (ex. mártires); do focal fariam parte comportamentos em que o indivíduo dirige a sua força autodestrutiva contra focos específicos do corpo (ex. as auto mutilações); o suicídio orgânico estaria relacionado com a presença de doenças orgânicas e com aspectos advindos desta. Perante os conceitos apresentados no primeiro capítulo²⁶, esta classificação não abrange alguns comportamentos que actualmente se consideram suicídios e inclui outros que não entram nesta noção. De qualquer forma, nesta tipologia está patente a existência de uma realidade heterogénea à qual há que atender quando se perspectivam linhas orientadoras de intervenção.

Curtis (1984, in Sampaio, 2002) surge na literatura como um autor que a partir das conceptualizações de Menninger apresenta uma série de sugestões práticas ao nível do trabalho terapêutico a desenvolver com indivíduos em risco de suicídio. Assim, defende que a agressividade, presente no desejo de matar, deve ser direccionada para condutas socialmente aceites e que, a vertente punitiva do desejo de ser morto deve ser trabalhada com o cliente no sentido de ser identificada e externalizada com o fim de eliminá-la. O desejo de morrer deverá ser ultrapassado através de um trabalho terapêutico que saliente as vertentes positivas da existência.

Para terminar, de referir a existência em alguns autores de visões que apesar de se situarem basicamente dentro da abordagem psicanalítica incluem para além dos factores intrapsíquicos, os factores externos, como as relações familiares ou as dimensões interpessoais (Crepet, 2002). Estes dados acrescentam inevitavelmente novas orientações

²⁶ Cf Ponto 1. Suicídio; Tentativa de Suicídio e Para Suicídio do Capítulo I - Dos Conceitos à Epidemiologia.

ao nível da intervenção terapêutica com crianças e adolescentes.

3.2. PERSPECTIVA COGNITIVA

Os aspectos cognitivos têm interessado os autores desta linha na compreensão das trajetórias suicidas não só na conceptualização teórica mas também no desenvolvimento de estratégias psicoterapêuticas. Dentro desta perspectiva distinguem-se três tipos de explicações principais: (1) as que referem a desesperança, enquanto variável cognitiva mediadora entre a depressão e suicídio; (2) as que se centram nos processos de coping e resolução de problemas e (3) as que colocam a tónica da génese do suicídio na existência de pensamento dicotómico e outras distorções cognitivas.

(1) Nas primeiras interpretações de salientar os trabalhos de Minkoff, Bergman, Beck e Beck (1973 in Saraiva, 1999). Estes autores concluem que mais importante do que a depressão é a desesperança, enquanto indicador de risco de suicídio. A desesperança traduz-se por uma expectativa negativa em relação ao futuro ou, por outras palavras, enquanto tradutora de um pessimismo geral em relação ao futuro. A partir daqui surge a Escala de Desesperança de Beck (1973 in idem) que à partida poderá funcionar como um instrumento de diagnóstico e avaliação importante no sentido de perspectivar a prevenção mesmo quando a depressão está controlada, uma vez que vários estudos posteriores vieram a confirmar o papel da visão negativa perante o futuro (ibidem).

Saraiva (1999), num estudo realizado com 165 para-suicidários²⁷, ao comparar três grupos - para suicidas grandes recorrentes, para-suicidas não recorrentes e grupo control - verificou que os índices de desesperança diminuam no sentido do primeiro grupo para o último, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

(2) Nas segundas explicações encontram-se os autores que salientam como factores que podem potenciar ou proteger do risco de suicídio, os processos de coping e de resolução de problemas enquanto estratégias de adaptação a situações imprevistas de dano, ameaça ou desafio e que ajudam a manter um funcionamento adequado no dia à dia. Estes investigadores defendem que os indivíduos que tentam o suicídio apresentam défices ao nível das estratégias de adaptação, aliados a comprometimentos em três áreas fundamentais: memória, pensamento e resolução de problemas. Segundo Saraiva (1999) existem investigações recentes que corroboram estes dados e fornecem algumas orientações de trabalho ao nível de uma psicoterapia cognitivo-comportamental em indivíduos que tentaram ou estão em risco de suicídio.

²⁷ As principais conclusões deste estudo são apresentadas mais à frente na Perspectiva Integrativa.

(3) O terceiro grupo de perspectivas cognitivas do suicídio corresponde a uma linha de investigação que se tem dedicado ao estudo dos estilos cognitivos, enquanto processos internos de organização da informação do meio, em populações suicidas por comparação a não suicidas. Um dos autores a destacar é Neuringer (1976 in Saraiva, 1999, Vaz Serra e Pocinho, 2002) que afirma que os indivíduos com comportamentos suicidários caracterizam-se pela presença de pensamento dicotómico, vindo assim comprometida a sua capacidade de formular e escolher entre diferentes alternativas.

Apesar da influência dos estilos cognitivos nas condutas suicidas ter vindo a ser estudada por grande número de investigadores nem sempre os resultados são consensuais. Por várias razões, algumas do âmbito conceptual, outras mais do foro metodológico não é fácil perceber qual o papel e lugar de determinadas distorções cognitivas na personalidade, enquanto entidade complexa e em interacção dinâmica com outros sistemas. Perante determinada distorção cognitiva, tal como a hipergeneralização de acontecimentos negativos, como distinguir resultados que indicam covariâncias ligadas à depressão, por exemplo, de especificidades efectivas da conduta suicida? De qualquer forma, é possível defender que a síntese elaborada por Freeman e Reinecke (1993 in Saraiva 1999), contendo catorze distorções cognitivas que os autores consideram presentes tanto em deprimidos como em indivíduos com tendências suicidas, pode mostrar-se útil, à luz da perspectiva cognitiva, enquanto orientadora da prática psicológica interventiva junto de indivíduos em risco de suicídio. Entre as distorções apresentadas encontram-se, o já referido, pensamento dicotómico, os sentimentos de catástrofe, a abstracção selectiva, entre outras.

Para finalizar as perspectivas cognitivas, a questão que se poderá colocar é se no caso específico das crianças e adolescentes algumas das denominadas distorções cognitivas não serão processos normativos que fazem parte de um processo de desenvolvimento e crescimento. E assim sendo, as possibilidades de trabalho psicoterapêutico baseadas em construção e desconstrução de especificidades cognitivas parecem pouco úteis para a relação de ajuda técnica que um adolescente ou criança necessitam estando numa situação limite de proximidade com a morte.

3.3. PERSPECTIVA SISTÉMICA, RELACIONAL E COMUNICACIONAL

Esta é uma perspectiva que serve de alicerce conceptual à terapia familiar, amplamente utilizada perante a problemática do suicídio juvenil.

Sampaio (2000, 2002) é um dos autores que se insere nestas perspectivas. Nos casos clínicos apresentados pelo autor, para além da linha psicodinâmica de compreensão, a

terapia familiar surge como parte fundamental da terapêutica.

No entanto, segundo Crepet (2002) estas abordagens tão amplamente difundidas não contribuíram mais para a investigação e compreensão teórica do suicídio dos adolescentes que outras mais “discretas” e menos conhecidas.

Um dos autores importantes destas abordagens é Richman (1981, 1984 in Crepet 2002) que, através da observação de casos clínicos, defende, que as condutas suicidas das crianças e dos adolescentes estão quase sempre relacionados com um conjunto de problemas familiares, tais como confusão de papéis, relações disfuncionais, rigidez, forma de comunicação intrafamiliar disfuncional, dificuldade em lidar com problemas. Se por um lado estas observações apresentam toda uma coerência lógica e empírica, também sugerem a reflexão *do ovo e da galinha*, ou seja, como questionam Trautman e Shaffer (1984, in idem) será a família disfuncional que potencia o comportamento suicida ou é este acontecimento, muito mais ligado a factores individuais, que induz a disfuncionalidade na família? Ainda que esta discussão se possa revelar estéril em termos teóricos, nomeadamente se se acreditar numa diversidade de situações familiares, ao nível da intervenção, ter presente estas dúvidas ajudará certamente no processo de avaliação do caso e na escolha da terapêutica mais adequada.

As condutas suicidas podem ser interpretadas como uma forma de comunicação relacionada com o poder dentro de uma dinâmica de interacção familiar ou social (Saraiva, 1999). A este propósito Joffe (2000) afirma que *nenhum grupo parece dizer tão alto e claramente “não me ajudem” como os jovens adolescentes suicidas (...). No entanto nem tudo é o que parece: há uma outra mensagem a ser ouvida. Por detrás do seu sentido de futilidade e de inutilidade, estes adolescentes procuram alguém que os compreenda e buscam uma resposta diferente para o que os está a conduzir ao suicídio* (p. 57).

A tentativa de suicídio surge como sintoma de um conflito interno mas simultaneamente como meio de comunicação no sistema familiar ou social. Sampaio (2002) interpreta o gesto suicida dos adolescentes como sendo uma metacomunicação, ou seja, uma comunicação acerca da comunicação familiar. O autor, num estudo realizado em 1985, defende que a maioria dos adolescentes que tentam o suicídio fazem parte de um sistema familiar disfuncional, que a determinada altura atinge um desequilíbrio, perante o qual o jovem não é capaz de se reorganizar. A rigidez do sistema familiar impede o equilíbrio entre os objectivos individuais e os objectivos do conjunto do sistema. Sampaio (2002) refere que a tentativa de suicídio no adolescente é uma injunção paradoxal que visa a mudança na família. Dentro desta perspectiva o autor acrescenta que o comportamento

suicidário pode ter quatro significados ou funções: apelo, desafio renascimento e fuga. No suicídio de apelo há um pedido de ajuda directo para que os outros façam algo. O suicídio de desafio é aquele em que há uma posição de simetria face aos progenitores e o gesto suicida surge, geralmente, dirigido a alguém com quem o jovem está em conflito. Quando por trás do acto suicida está um desejo de morrer para nascer de novo, esperando que o seu acto tenha como consequência a reorganização do seu sistema relacional fala-se em renascimento. Por fim, o suicídio de fuga, em que a atitude global é a de desistência perante a vida.

Assim para além da ambivalência do gesto suicida e dos seus significados mais individuais e intrapsíquicos, quando se perspectiva a intervenção junto dos adolescentes, há que ter em conta o jogo comunicacional que ele encerra.

4. Perspectiva Psicopatológica ou Nosológica

Uma das perspectivas, por vezes, também apresentada, é aquela que considera que o suicídio está relacionado com uma doença da qual decorrem alterações psicopatológicas. Fisher e Shaffer (1984, in Sampaio, 2002) denominam esta abordagem de modelo nosológico. Nesta perspectiva, o suicídio é visto como uma manifestação sintomática da doença e desempenha uma função selectiva e reguladora, auto excluindo os mais desadaptados (Vieira, 1979 in idem).

O interesse da apresentação desta perspectiva situa-se sobretudo ao nível histórico. Nesta abordagem incluem-se autores como Esquirol, e Achille-Gelmas, que defendiam que para o indivíduo cometer um gesto suicida tinha que estar dominado por alguma doença e defendem a existência de bases hereditárias para este comportamento (Sampaio, 2002). Ringel (in idem) refere-se à existência de um síndrome pré-suicidário, que incluía uma tendência para ir estreitando a esfera vital. Este síndrome, sem bases hereditárias, estaria associado à história desenvolvimental do indivíduo e influenciaria a sua personalidade.

Se os dois primeiros autores (Esquirol, e Achille-Gelmas), ao referirem uma base hereditária, nos remetem para os estudos biológicos na área da genética, a perspectiva de Ringel encaminha-nos mais para as perspectivas denominadas de integrativas. A abordagem deste autor implica a consideração do indivíduo no seu contexto desenvolvimental, impondo-se assim a articulação de aspectos muito diversificados na origem e compreensão do suicídio.

5. Perspectiva Biológica

Desde já saliente-se que as investigações na área das ciências biológicas correspondem a um dos ramos mais fecundos ao nível da produção científica no âmbito do estudo do suicídio. Este facto não será alheio à angústia social certamente apaziguada se fosse possível afirmar, sem margem de dúvida, que as condutas suicidas são impulsionadas por factores genéticos ou biológicos. Esta é, no entanto, uma hipótese que permanece em discussão.

Esta perspectiva assenta em dois tipos de estudos principais: estudos na área da bioquímica e estudos na área da genética (Crepet, 2002, Saraiva, 1999).

Pesquisar a genética das condutas suicidas e os mecanismos de acção e substâncias orgânicas e bioquímicas, conhecer os neurotransmissores e inibidores cerebrais, classificá-los, perceber as suas propriedades, entender as especificidades destes num corpo suicida. Sintetizando: perceber a genética e a bioquímica endógena da conduta suicida, pode ajudar a compreender este comportamento e desta forma contribuir para uma terapêutica mais eficaz.

No campo da psiquiatria biológica destaca-se a pesquisa ligada à serotonina, um dos neurotransmissores inibidor cerebral. Os dados parecem ser consensuais e apontam para uma relação entre a depressão e o suicídio, há muito referenciada e agora assente na mediação do factor biológico – metabolismo da serotonina. São muitos os estudos que apontam para uma menor produção desta substância, quer em sujeitos mortos por suicídio, quer em indivíduos vivos que o tentaram (Asberg, Thoren e Traskman 1976, Stanley, Virgilio, Gershon, 1982 in Saraiva, 1999; Brown e Van Praag, 1991, Arango, Underwood e Mann, 1992 in Crepet 2002).

Apesar do grande número de estudos, do rigor científico que os acompanha e dos dados consensuais resultantes, deve salientar-se que há questões que ficam por responder. Especificamente, não é possível definir claramente o que os indicadores biológicos nos revelam. No caso de uma baixa produção de serotonina, este facto poderá ser usado como indicador de risco de suicídio, por si só, ou estará antes de mais correlacionado com uma depressão? Efectivamente, se por um lado existem evidências de uma relação entre a redução da concentração da serotonina e os comportamentos suicidários, por outro, nem todos os deprimidos, que têm este decréscimo, tentam o suicídio. De qualquer forma, existem investigadores que afirmam que as disfunções do metabolismo da serotonina são observadas em pacientes deprimidos mas particularmente nos que se constituem vítimas do suicídio (Mann, Arango e Underwood, 1990 in Ciaranello, Aimi, Dean, Morilak, Porteus, e

Cicchetti, 1995). Para além da serotonina, também alterações da cortisona parecem poder constituir-se enquanto indicador dos comportamentos autodestrutivos.

Relativamente à pesquisa na área da genética, uma das correntes assenta em estudos com gémeos homozigóticos. Desde logo é fácil imaginar que um dos problemas metodológicos que se coloca a tal tipo de investigação relaciona-se com a exiguidade do número de casos com os quais é possível conduzir os estudos. De qualquer forma os dados têm apontado a favor da hipótese da existência de uma componente genética no comportamento suicida (Crepet, 2002; Saraiva, 1999).

Para terminar a perspectiva biológica, cabe chamar a atenção, ainda que seja óbvio e banal, mas aproveitando assim para fazer uma ponte para a perspectiva que se segue, que independentemente de problemas metodológicos limitadores de dados conclusivos, as interpretações biológicas são válidas enquanto contributos para a constituição de uma teoria integrada do suicídio. No entanto, isoladas são demasiado simplistas e redutoras perante a complexidade do fenómeno, do ser humano em geral, e da criança e do adolescente, em particular. Macedo e colab. (2002) sugerem a criação de um modelo integrador e testável em que os indicadores biológicos possam ser preditores do suicídio ou correlacionados com elementos psicológicos.

6. Perspectivas Integrativas

Os comportamentos suicidários são complexidades que não possuem uma entidade clínica definida de forma clara. Segundo Gould (1965 in MacLean, 1990) o suicídio corresponde antes a um acto sintomático com múltiplas causas e combinações. Na mesma linha Sampaio (2002) refere que o suicídio deve ser considerado um fenómeno complexo e multifacetado.

Actualmente, parece ser consensual e até trivial apelar para a necessidade de privilegiar uma perspectiva que na génese dos comportamentos suicidários considere a conjugação e a interacção dinâmica de vários factores.

Blumenthal e Kupfer (1986 in Saraiva, 1999) descrevem um modelo no qual explicitam cinco dimensões que se inter cruzam na génese do suicídio: factores biológicos; factores psiquiátricos; factores genéticos e familiares; factores clínicos e da história de vida, e traços da personalidade. Mack (1986 in idem) apresenta um modelo com oito níveis: contexto socio- económico; vulnerabilidade biológica ou predisposição genética; experiências precoces; personalidade; relacionamentos interpessoais; história de depressão ou outras psicopatologias; relação com a morte e circunstâncias da vida.

Uma teoria a referir foi apresentada por Baechler (1975 in Crepet 2002, Sampaio 2002) que considera que os indivíduos possuem cinco modalidades de base ou estratégias face a problemas existenciais. A primeira, a racional, consiste em mudar as condições identificadas subjacentes ao problema; a segunda, a irracional, corresponde à construção de uma realidade subjectiva diferente da real; a terceira é o suicídio e é equivalente ao abandono, à recusa do jogo da vida; a quarta é a batota que consiste em não respeitar as regras; por último o aniquilamento ou seja a destruição da fonte do problema.

Baechler (1975 in Crepet, 2002) explica que o indivíduo tende a adoptar a terceira estratégia – o suicídio -, quando as alternativas racionais praticamente não existem, quando a gravidade e o número de problemas torna a situação insuportável e quando as capacidades vitais se encontram comprometidas. O autor acrescenta que o indivíduo tende a assumir condutas suicidas quando as características biológicas vão de encontro a uma das três condições referidas.

Como já se fez referência, na definição de conceitos, Baechler (1975 in Sampaio, 2002; in Crepet 2002) caracteriza os sentidos do suicídio recorrendo a uma tipologia que inclui quatro categorias gerais, tendo, cada uma delas, vários sub tipos. A primeira, o autor denominou de *Suicídio de Afastamento*, englobando aqui os suicídios cujo sentido da conduta é um movimento de fuga, uma forma de escapar a qualquer coisa. Nesta primeira categoria Baechler inclui três subtipos: *o luto* (quando o gesto auto destrutivo é subsequente à perda de um elemento significativo da sua vida), *o castigo* (quando com o acto suicida se procura expiar uma falha, que pode ser real ou imaginária) e *a fuga* (quando o comportamento suicidário surge perante uma situação vivida como insuportável).

A segunda grande categoria, referindo-se a suicídios cuja finalidade é a agressão perpetrada contra o outro, o autor denominou de *Suicídio Agressivo* e aqui incluiu o *crime* (quando é antecedido pelo acto de matar outro), a *vingança* (quando pretende criar sentimentos de culpa a outros), a *chantagem* (quando visa fazer pressão sobre o outro) e o *apelo* (quando o objectivo é avisar e modificar o meio que rodeia quem comete o gesto).

Uma terceira categoria fala do *Suicídio Oblativo*, estando ligado geralmente a questões religiosas, em que o indivíduo procura satisfazer as necessidades de outrem, em detrimento das suas. Esta categoria engloba o *sacrifício* (o objectivo é alcançar um valor superior à vida pessoal) e a *passagem* (o suicídio é cometido ou tentado com o objectivo de atingir um estado mais agradável).

Por fim, o último tipo, *Suicídio Lúdico*, relaciona-se com o jogo e com o brincar com a vida.

Outra das teorias que se torna imprescindível apresentar como constituindo uma visão abrangente e integrada é a de Shneidman (1985 in Crepet, 2002, Saraiva, 1999, Pinho 2003).

A perspectiva deste autor é conhecida por *Teoria do Cubo*, pois conceptualiza o fenómeno do suicídio como o resultado da interacção de três dimensões: a dor, a perturbação e a coacção, esquematicamente posicionadas como as três dimensões desta figura geométrica. Cada uma das três variáveis tem vários níveis de intensidade. O suicídio corresponde a um cubo em que as três dimensões, dor, perturbação e coacção atingem um nível máximo. Shneidman (1985 in Crepet, 2002) define a dor como uma experiência subjectiva de sofrimento psicológico insuportável. A perturbação é descrita como um estado psíquico geral que caracteriza a doença. Nesta dimensão o autor enfatiza a capacidade de controlo dos impulsos versus a tendência para agir compulsivamente como caracterizadora do estado de gravidade da perturbação. A coacção é o resultado da inter-relação entre os aspectos inter pessoais e sociais e é o que determina as reacções psicológicas de cada um, quer ao nível dos pensamentos e sentimentos, quer ao nível comportamental.

Em Portugal, Saraiva (1999) propõe um modelo hipotético para explicar o eventual trajecto desde a ideação suicida, para-suicídio e suicídio. Dentro dos para-suicidas distingue dois grupos que designa por *Grandes Recorrentes, GR* e *Não Grandes Recorrentes, NGR* (p. 183). Estes grupos foram operacionalizados na investigação que o autor levou a cabo com 165 para-suicidas acompanhados nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). No primeiro grupo incluíam-se os para-suicidas que contabilizavam três ou mais tentativas de suicídio nas suas histórias de vida, no segundo estavam os que tinham tentado o suicídio uma ou duas vezes. Neste modelo Saraiva (1999) entrecruza factores neurofisiológicos, factores cognitivos e factores sociais e da sua conceptualização fazem parte as seguintes premissas:

(1) Uma característica central de todos os para-suicidas é a rejeição.

(2) Os para-suicidios reflectem uma patologia dos afectos.

(3) A fuga é um aspecto comum a todos os comportamentos suicidários embora com contornos distintos, consoante a especificidade do comportamento. Saraiva (1999 p. 310, 311) utiliza a geometria das linhas para metaforizar estas diferenças. Assim, a “*fuga circular*” seria própria dos para-suicidas *NGR*, a “*fuga elíptica*” corresponderia ao sentido no caso dos para-suicidas *GR*, a “*fuga parabólica*” aos suicidas religiosos ou sacrificados, e a “*fuga linear*” aos suicidas.

(4) A hostilidade é outro dos vectores presentes neste modelo. Nos *NGR* esta hostilidade parece reflectir mais um conflito interpessoal e intermitente; nos *GR* traduzirá mais uma angústia e inquietação pessoal e permanente.

(5) Aos para-suicidas *NGR* está associada a revolta por se sentirem ameaçados ao nível do papel emocional. Uma rejeição intensa mas intermitente dá origem ao que Saraiva designa de *complexo apelo-hostilidade interpessoal*, que por sua vez gera a tal *fuga circular*. Ou seja, uma fuga que visa uma mudança mas no sentido da recuperação do tal papel ameaçado ou perdido.

(6) Aos para-suicidas *GR* está associado o sentimento de desamparo e a rejeição persistente, que dá origem ao que o autor denomina de *complexo reapelo – hostilidade global*. A partir daqui surge a *fuga elíptica*, diferente da cíclica mas com um fim ainda previsível²⁸.

(7) Aos suicidas sacrificados estará, possivelmente, associado o altruísmo, no caso dos suicidas estará associada a culpabilidade. Nestes casos surgem a *fuga parabólica* e a *fuga linear*, respectivamente. Nos primeiros aspira-se a uma mudança para os que ficam, mas provavelmente, ter-se-á vontade de assistir à mesma, no segundo, as expectativas são as de um afastamento longínquo.

(8) Os problemas sociais graves, os sintomas depressivos, a impulsividade, ligada a factores de natureza neurofisiológica, são outros factores que jogam um papel importante na conceptualização deste modelo.

De referir ainda três conclusões do estudo de Saraiva (1999), relacionadas com a faixa etária dos adolescentes:

(1) Comparativamente com os adultos, os jovens apresentam, significativamente, menos problemas afectivos.

(2) O grupo dos jovens é, significativamente, mais vulnerável ao luto.

(3) A satisfação pela sobrevivência também é maior nos jovens que nos adultos, e de forma significativa.

Apesar de ser consensual a pertinência de uma teoria que privilegie a integração de factores no âmbito da compreensão das condutas suicidas, ainda são poucas as tentativas para a sua elaboração.

Ainda a este propósito Crepet (2002) chama a atenção para o perigo dos extremos. Se por um lado, perante a complexidade do fenómeno, torna-se necessário a conjugação de

²⁸ Quer o círculo, quer a elipse são linhas finitas, ao contrário, a parábola e a recta linear são infinitas.

diferentes dimensões para compreender a conduta suicida, por outro, não se deve cair no erro de uma generalização multifactorial de tal ordem que o resultado seja uma teoria inútil em termos de intervenção prática. Da mesma forma, demasiadas especificidades devem ser evitadas pois fazem cair em subjectividades exageradas.

Assim a solução passa pela construção de uma teoria geral que integre diversos factores e se caracterize por um equilíbrio entre generalidades e especificidades, sem que as primeiras anulem as segundas e vice-versa, tendo como objectivo último servir de fundo e base conceptual à intervenção psicológica.

Capítulo III - QUADRO TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Capítulo III – Quadro Teórico das Representações Sociais

Com o intuito de proceder ao enquadramento teórico do estudo empírico, procede-se, neste capítulo, à apresentação do campo conceptual das representações sociais. Este quadro tem-se revelado promotor de um campo de investigação vasto nos mais diversos domínios da psicologia e da sociologia. A referência bibliográfica fundamental é Moscovici e o seu estudo pioneiro, publicado em 1961 sobre o título "*La Psychanalyse, son image et son public*", onde o autor analisa a forma como a psicanálise é apropriada por diferentes grupos sociais. Clarificar o conceito de representação social não é tarefa simples, uma vez que múltiplas definições lhe são atribuídas. Situadas na interface do psicológico com o social, elas são, simultaneamente, produto e processo da elaboração psicológica e social da realidade. Para compreender o âmbito do conceito, é necessário enquadrar as representações como realidades socialmente construídas. Na base da formação e do funcionamento das representações sociais estão dois processos: a objectivação e a ancoragem. Diversas escolas ou correntes têm estudado esta noção sob uma perspectiva estrutural. Entre estas, encontra-se a escola de Genebra que, ao conceber as representações sociais enquanto princípios organizadores, tem defendido uma concepção que visa articular as relações sociais simbólicas com as organizações individuais do conhecimento social. A maturidade científica da teoria das representações sociais e o seu campo variado de aplicação possibilitam contextualizar a noção de representação num âmbito particular: o da profissão, e mais concretamente, a representação do suicídio juvenil por parte dos profissionais.

1. Introdução

A actividade pensante das sociedades em torno das suas vivências, experiências e comportamentos existe desde sempre.

Mesmo antes da psicologia, da psiquiatria ou sociologia reivindicarem o seu estatuto de ciência, o homem não se demitiu de pensar acerca de objectos que não são apenas objectos de pensamento ou conhecimento mas constituem o próprio sujeito de conhecimento. Nesta linha de raciocínio perguntemos se existe algum objecto mais paradigmático disto mesmo que a morte. Pensar na morte e no suicídio, como forma particular de morrer, não é pensar a própria existência humana? Não há sociedade ou cultura em que não exista suicídio, embora este seja encarado de forma diferente consoante o período histórico e as ideologias prevaletentes. E, no entanto, este tem-se mantido como o mais intrigante dos comportamentos humanos.

O homem ao deparar-se com os estímulos e exigências do meio envolvente, organiza-se, em termos individuais e sociais, no sentido de analisar e ordenar de forma coerente a realidade. Os indivíduos, fazendo parte de um corpo social, perante elementos informativos novos ou relevantes, em termos de significado individual ou colectivo, colocam questões e procuram responder às mesmas no sentido da formulação de uma explicação, visão ou juízo coerente, que organize a realidade. Estes conhecimentos são transmitidos socialmente obedecendo, à partida, a uma lógica e os sujeitos assumem um papel activo na recepção destes conhecimentos. Ou seja, assume-se aqui uma perspectiva construcionista e interaccionista da elaboração psicológica e social da realidade que, assim sendo, deverá ser analisada, simultaneamente, enquanto produto e processo.

O quadro teórico das representações sociais constitui uma proposta de compreensão da construção do pensamento social nas sociedades contemporâneas, procurando determinar a lógica do pensamento. A teoria das representações sociais tenta identificar a forma como os sujeitos apreendem os comportamentos, os acontecimentos, os diferentes grupos e os factos. As representações sociais constituem, assim, uma forma particular de compreensão e também de comunicação, reflectindo e sendo, simultaneamente, condicionadas pelas experiências quotidianas e afectivas de cada um.

O quadro teórico das representações sociais tem promovido a emergência de um conjunto amplo de estudos nos mais diversos domínios da psicologia e sociologia. As revisões dos campos de aplicação da noção de representação social (cf, por exemplo, Jodelet, 1989; Mora, 2002; Vala, 2000; Wagner, 1994) mostram, por um lado, a diversidade de áreas e objectos para o estudo dos quais o campo das representações sociais se tem revelado útil; por outro lado, dão conta da pluralidade de metodologias passíveis de serem usadas tendo o quadro das representações sociais como pano de fundo conceptual. De facto, o vasto campo de investigação das representações sociais revela a fecundidade e maturidade científica da noção de representação social.

2. Noção de Representação Social

A introdução da noção de representação social deve-se a Moscovici (1976). O autor situa este conceito na interface do psicológico com o social, sendo esta uma das principais razões para considerar a sua definição única impossível. "*Se é fácil dar conta da realidade das representações sociais, não é fácil defini-las conceptualmente*" (Moscovici 1976, p. 39). De ressaltar, desde já, que perante a multiplicidade de definições talvez seja mais elucidativo e correcto usar-se a expressão aproximações ao conceito de representação

social quando tentamos clarificar a sua noção.

Na encruzilhada de um conjunto de conceitos sociológicos e psicológicos, a noção de representação social constitui-se como constructo integrador entre diferentes campos conceptuais da Psicologia Social. A propósito desta posição ocupada pelas representações sociais, Jodelet (1989a) refere que a sua noção reflecte a "*tensão permanente entre pólo social e pólo psicológico*" (p. 42), situando-se na interface de duas disciplinas: a psicologia e a sociologia.

A noção de representação social remete para fenómenos psicossociais complexos dificultando, como já se fez referência, o estabelecimento de uma definição conceptual e operacional única. No entanto, deste mesmo facto, o da complexidade deste fenómeno, resulta a produção de um campo de investigação rico e que faz cruzar diversas áreas. Nesta linha, Doise (1986) refere que as representações sociais são caracterizadas por uma grande polissemia, designando um grande conjunto de fenómenos e de processos. De facto assiste-se a uma pluralidade de definições, uma vez que cada investigador pode produzir uma definição, realçando mais este ou aquele aspecto da polissemia que o conceito transporta. Esta multiplicidade de definições aliada ao que os autores designam por capacidade ou estímulo heurístico, e ainda as evidências empíricas em relação a uma produção científica fecunda, fazem com que o debate em torno da definição de representação social se revele irrelevante ou mesmo estéril. Moscovici (1988) não negando a utilidade das definições considera positiva a ausência da mesma.

Não obstante, Jodelet propõe uma definição que reúne, provavelmente, maior consenso entre a comunidade científica. Segundo esta autora as representações sociais "*são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com finalidades práticas e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*" (1989b, p.36).

Como síntese, de realçar que, apesar de uma das condições geralmente apontada como primordial e preliminar aos estudos empíricos seja a definição conceptual e operacional dos próprios constructos, no âmbito das representações sociais esta questão tem-se revelado de menor importância. De facto, a coexistência de uma multiplicidade de definições não tem sido entrave ao desenvolvimento teórico e empírico nesta área. Saliente-se que as definições, apesar da sua importância, podem impedir a capacidade heurística dos conceitos (Moscovici, 1988). Vala (2000) refere que a noção de representação social tem sido mais usada como um "*estímulo heurístico do que como um espaço conceptual bem delimitado*" (p.463). Assim, para a produção de investigação, mais

do que optar por uma definição, torna-se fundamental colocar em evidência alguns aspectos que a noção implica, tais como o carácter construído e social da realidade, como a seguir se desenvolve.

3. Conhecimento do Real: Carácter Construído e Carácter Social das Representações Sociais

As representações sociais revelam uma forma de conhecimento e estão situadas na interface do psicológico com o social. Por esta razão devem ser encaradas enquanto produto e processo da elaboração psicológica e social da realidade.

Ao analisar as representações sociais dever-se-á ter em conta que esta noção diz respeito ao modo como cada um, individualmente, mas inserido num corpo social, elabora o seu conhecimento de forma espontânea e, simultaneamente, há que ter presente que as representações sociais também se referem à forma como um conhecimento é construído e partilhado socialmente pelos grupos.

3.1. CARÁCTER CONSTRUÍDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Desde os primeiros trabalhos de Moscovici que a noção de representação social se tem desenvolvido sob o pano de fundo conceptual e epistemológico que encara o indivíduo como tendo um papel activo na produção do conhecimento. O sujeito em vez de reproduzir a realidade, reelabora-a e reconstrói-a no vivido do quotidiano. Por outras palavras, em vez de procederem a uma reprodução fotográfica, os sujeitos e os grupos elaboram os objectos sociais que os rodeiam. Desta forma, a noção de representação implica a existência de um produto do confronto da actividade mental do indivíduo com o objecto representado, isto quer dizer que da elaboração mental que origina a representação faz parte a actividade simbólica. São as relações simbólicas, mantidas entre a representação e o representado, que tornam presente o ausente, próximo o distante ou mesmo conhecido o desconhecido. São também estabelecidas relações de interpretação, uma vez que as representações conferem aos objectos significações.

As relações simbólicas e as relações de interpretação derivam da actividade mental. Muitos estudiosos da mente humana confundem os produtos da actividade mental com a própria actividade mental, o que é errado (Pio Abreu, 2000). Os produtos são constituídos por signos-significantes que servem para representar os objectos de forma particular. A actividade representativa, sendo uma actividade criadora, permite ao indivíduo (re)construir a realidade. Assim, cada um, perante o confronto com o real (re)elabora e reconstrói mentalmente os objectos representados (Moscovici, 1976).

Uma vez estabelecida essa representação, à qual é inerente a actividade simbólica, ela passa a confundir-se com o próprio objecto, ou seja as representações sociais são produtoras de realidade. Desta forma, têm repercussões na interpretação do real e nas relações que com este se estabelece. Os indivíduos tenderão a construir realidades que estejam de acordo com explicações patentes nas suas representações.

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

Isto não significa a existência de uma ruptura entre o mundo exterior e o mundo intraindividual, mas antes a existência de uma dinâmica de incorporação da realidade exterior nos modelos de pensamento do sujeito. Esta inclusão é feita com base nos atributos dos objectos e nas características da ligação entre sujeito e objecto (Molinari e Emiliani, 1993 in Quintas, 1997).

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

3.2. CARÁCTER SOCIAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici (1976) defende que é através da comunicação entre os indivíduos, no decorrer da sua vida quotidiana, que encontramos a génese das representações sociais. A comunicação desempenha, assim, uma função fundamental na elaboração das representações sociais.

Efectivamente, enquanto produto de um conjunto de interacções sociais específicas é através da comunicação e dos seus canais que as representações sociais perduram, transformam, manipulam no tempo e no espaço e se incorporam na cultura. Assim se, por um lado, e como supramencionado, o indivíduo tem um papel activo na produção de conhecimento, sendo a realidade reelaborada e construída pelo sujeito, por outro, o indivíduo ao não se encontrar isolado, faz com que as representações dessa realidade sejam construídas de forma social e partilhada. A actividade construtiva do sujeito não é

independente do universo social onde o mesmo se situa, sendo as representações sociais produzidas na interacção com os outros.

Codol (1984 in Fonseca, 1998; in Quintas, 1997) é um dos autores que salienta que as representações são elaboradas no decorrer das interacções sociais. Também Jodelet (1989a) chama a atenção para o facto da vida em sociedade ter como consequência inevitável a partilha entre os vários actores sociais, sendo realizada em torno de diferentes aspectos da realidade e tendo como intenção facilitar a compreensão e a gestão dessa mesma realidade. Esta interacção, acontecendo através dos canais de comunicação existentes e utilizando os sistemas de código e de interpretação fornecidos pela sociedade, umas vezes assenta no consensual, outras vezes na divergência. Quer num caso, quer no outro, as representações sociais tornam-se autónomas da consciência do sujeito ou grupo que tenha estado na sua origem. A este propósito, diz Moscovici que as representações sociais “vivem a sua própria vida, circulam, fundem-se, (...) dão origem a novas representações” (1984, p. 13).

Sistematizando, as representações sociais, são:

- (a) um conhecimento socialmente elaborado,
- (b) um conhecimento partilhado por indivíduos de um mesmo grupo social e
- (c) uma forma de conhecimento dinâmico, uma vez que está sujeito a constante transformação.

De facto, as representações sociais resultam de relações específicas estabelecidas entre indivíduos ou entre grupos, sendo resultado quer das experiências pessoais, quer de formas de pensamento, ideias, experiências, informações transmitidas, recebidas e transformadas através das várias formas de comunicação existentes na sociedade, tais como a educação e a comunicação social, entre outras (Jodelet, 1984).

Por outro lado, as representações sociais são também partilhadas por indivíduos possuidores de uma mesma experiência social, geralmente, pertencentes a um mesmo grupo. As características do grupo, nomeadamente as suas normas e valores, determinam a dinâmica das representações sociais. Por outras palavras, o funcionamento do grupo, com as suas interacções incorporadas, condiciona a sua génese e a sua transformação. As representações sociais não são constituídas de forma arbitrária, cumprem antes, funções precisas e obedecem a uma lógica própria, estando relacionadas com a posição social que o indivíduo ocupa ou com a função que desempenha.

Vala (2000) distingue três aspectos principais na definição das representações como sociais, designando-os de: quantitativo, genético e funcional. O primeiro refere-se ao facto

da representação ser partilhada por um conjunto de sujeitos. O segundo aspecto relaciona-se com a produção grupal como resultado da actividade simbólica proveniente das relações de interacção e comunicação verificadas num grupo social. O último, o aspecto funcional diz respeito à função desempenhada pelas representações sociais enquanto orientadoras da comunicação e acção perante determinados objectos significativos para determinados grupos.

4. Processos Sócio Cognitivos

Moscovici (1976) descreve dois processos fundamentais que estão na base da construção social que os indivíduos fazem da realidade: a objectivação e a ancoragem. O primeiro consiste na transformação do abstracto em concreto, através da materialização dos elementos da representação. O segundo consiste na inserção do objecto de representação num marco de referência preexistente e familiar e na instrumentalização social do objecto representado. Objectivação e Ancoragem, constituindo-se como processos básicos da formação e funcionamento das representações sociais, mantêm entre si uma relação dialéctica, permitindo que a realidade se torne inteligível, dispondo assim daquilo que Jodelet (1984) designa por conhecimento prático e funcional.

4.1. OBJECTIVAÇÃO

A objectivação é um processo sócio-cognitivo que visa transformar o abstracto em concreto, através da transferência do que está na mente para coisas que existem no mundo físico, ou seja, pela materialização dos elementos da representação. Este processo refere-se, então, ao modo como os elementos que constituem uma representação se organizam e ao percurso através do qual tais elementos adquirem realidade física, pensada como natural.

Vala (2000), analisando o estudo de Moscovici acerca da representação social da psicanálise, identifica na objectivação a existência de três fases ou momentos:

- (a) construção selectiva,
- (b) esquematização e
- (c) naturalização

É através da construção selectiva que se escolhe determinada informação em detrimento de outra, ou seja, este processo permite, perante uma grande quantidade de informação acerca do objecto a representar, seleccionar um grupo mais restrito de elementos a considerar. Esta selecção depende de critérios culturais e de critérios normativos, uma vez que, por um lado, a informação, as crenças e as ideias em torno de

um determinado objecto social não são iguais em todos os grupos. E, por outro lado, o sujeito ou os grupos só retêm o que está de acordo com os seus valores (Jodelet, 1984). Pode dizer-se que a construção selectiva simplifica as informações que circulam acerca do objecto de acordo com uma determinada lógica do grupo alterando, desta forma, as componentes consideradas relevantes relativas ao objecto. Trata-se da constituição de um todo coerente implicando que apenas uma parte da informação disponível seja considerada útil. As informações são alvo, quer de uma redução, quer de uma acentuação, pois se certos elementos são desconsiderados outros são salientados, desenvolvidos e tornados centrais. Este processo de selecção não é então neutro, nem aleatório, tendo, subjacente, normas e valores. Assim as representações sociais exprimem e estão de acordo com os interesses e os valores grupais.

A esquematização, segunda fase da objectivação, consiste na organização dos elementos constituintes da representação. Estes elementos são organizados no sentido de formarem um padrão de relações estruturadas. A esquematização estruturante compreende uma dimensão imagética ou figurativa, isto é, para cada elemento existe uma imagem correspondente, sendo isto que permite a materialização dos conceitos e a evocação dos objectos representacionais. A dimensão figurativa ou icónica é o que permite a projecção para o exterior e o diálogo sobre o objecto representado. Esta dimensão define-se pela sua projecção para fora de si, para um tempo futuro ou passado.

Através da introdução do processo de naturalização, a teoria das representações sociais torna-se inovadora relativamente às teorizações acerca dos processos perceptivos dos anos 60 (Vala, 2000). Pela naturalização, os conceitos e as respectivas relações constituem-se como categorias naturais e adquirem materialidade. Através de imagens e metáforas, o abstracto dá lugar ao concreto e os conceitos tornam-se realidade. A cada palavra corresponde um objecto e cada imagem tem a sua contrapartida na realidade. Desta forma, as categorizações são vistas como naturais e os sistemas representativos ganham um estatuto de evidência, tornam-se indiscutíveis e passam a ser usados como se fossem entidades independentes dos fenómenos.

4.2. ANCORAGEM

A ancoragem é um processo sócio cognitivo através do qual se classifica uma representação numa rede de categorias pré existentes, ou seja, integra-se a representação num contexto conhecido de referência, e através deste, a representação constitui-se em organizador das relações sociais.

Este processo de ancoragem ocorre em dois momentos: um, que precede a objectivação, outro, que se situa na sequência da mesma, quase podendo falar-se em duas ancoragens. A primeira, refere-se ao facto de ser por referências a experiências e a esquemas de pensamento pré existentes que um novo objecto pode ser representado. Significa isto que, quando um indivíduo pensa um objecto não funciona como tábua rasa. Perante novas informações o sujeito socorre-se de pontos de referência, procurando assimilá-las a conceitos que domina. Deste modo, o desconhecido é interpretado através do conhecido.

A segunda relaciona-se com a função social das representações. Refere Moscovici (1976) que a ancoragem permite entender o modo como os elementos representados contribuem para a constituição e expressão das relações sociais. Aqui a ancoragem remete para a instrumentalização social dos elementos representados²⁹. As representações sociais oferecem um sistema de significados, permitindo a ancoragem dos comportamentos e conferem uma direcção aos factos sociais, aos grupos, aos acontecimentos. Elas funcionam como códigos de interpretação onde ancoram o não familiar, o desconhecido, o distante, em suma, as informações cuja significação ultrapassa o sujeito. Através da ancoragem atribui-se uma significação e uma funcionalidade ao objecto representado, conduzindo a alterações, quer no objecto representado, quer no sistema de pensamento.

Sintetizando, é através da dinâmica dos processos sócio-cognitivos Objectivação e Ancoragem, que os sujeitos e os grupos constroem um conhecimento social da realidade e este conhecimento, por sua vez, implica transformações no sistema de pensamento dos sujeitos e dos grupos.

5. Funções das Representações Sociais

As representações sociais desempenham uma função constitutiva da realidade e da identidade psicossocial. Desta forma, permitem a elaboração de um campo social coerente e facilitam que os grupos ou as pessoas se situem no universo social.

É Moscovici (1981) que salienta a função constitutiva da realidade que as representações sociais desempenham ao referir que estas permitem transformar o não familiar em familiar. De facto, os indivíduos tendem a proteger-se do que é perturbador e ameaçador enquanto desconhecido, transformando-o através da ancoragem em

²⁹ Como exemplo ilustrativo refira-se a metáfora - *peste do século* - usada para designar a sida: esta metáfora evoca algo de conhecido, para descrever um fenómeno ainda desconhecido (primeira ancoragem) e ao mesmo tempo é uma forma de propor comportamentos e tratamentos semelhantes aos que foram usados nos tempos da peste (segunda ancoragem) (Elejabarrieta, 1996 in Vala 2000).

conhecimentos anteriores. Perante o estranho, os indivíduos experimentam o desconforto associado à perda de significado e tendem a recuperar a segurança procurando anular a descontinuidade introduzida. Estes movimentos são motores da transformação e como tal contribuem para o enriquecimento do mundo mental.

De uma forma generalizada, pode-se afirmar que as representações sociais desempenham uma função de atribuição de sentido ou de organização significativa da realidade.

Vala (2000) subdivide esta função em quatro funcionalidades relacionadas com:

- (a) os acontecimentos e as relações sociais;
- (b) os comportamentos;
- (c) a diferenciação social;
- (d) a comunicação.

Relativamente à primeira funcionalidade apontada de referir que existem vários modelos de explicação para os acontecimentos (desde modelos internalistas, passando por modalidades que consideram o indivíduo autónomo, até às teorias que concebem o sujeito como dominado). No entanto, todos eles parecem cumprir a mesma função: dotar os indivíduos de controlo sobre os acontecimentos da vida quotidiana.

Em relação à função ligada à compreensão dos comportamentos, o estudo de Jodelet (1989a) acerca das representações de doença mental constitui um exemplo clássico e bem ilustrativo de como uma representação orienta os comportamentos³⁰.

Efectivamente, muitos dos comportamentos do indivíduo correspondem às suas representações, quer estas estejam consciente ou inconscientemente presentes no sujeito. As representações sociais constituem uma orientação para o comportamento uma vez que modelam ou constituem o contexto em que se desenrola a acção.

Quanto à terceira função, a da diferenciação social, Moscovici (1976) assinala que as especificidades de cada grupo contribuem para as especificidades das suas representações, que por sua vez contribuem para a diferenciação dos grupos sociais. Assim sendo, as representações sociais estão interligadas com os fenómenos de diferenciação social e

³⁰ Este estudo foi realizado numa aldeia em que os doentes mentais viviam com a família. A autora observou dois comportamentos higiénicos distintos face à saliva e transpiração, por um lado, e às fezes e urina, por outro, dos doentes mentais. Em relação às primeiras as famílias dos doentes tinham o cuidado, para não haver contaminação, de separar, por exemplo, os talheres, copos e pratos dos doentes. Já relativamente às segundas não existia esse cuidado, sendo a roupa suja com estas excreções lavada em conjunto com o resto da roupa da família. Jodelet integra esta diferenciação de comportamentos no âmbito das representações acerca do corpo, em que as secreções salivares são concebidas enquanto malélicas e as excreções, pelo contrário, são perspectivadas como inócuas ou mesmo como tendo propriedades curativas.

identidade social.

Se por um lado as relações entre os grupos modelam as representações, por outro, estas condicionam o sentido das primeiras. De facto, a tendência é a da existência prévia de um sistema de representações.

Relativamente à quarta e última função referida, saliente-se que para que a comunicação se verifique é necessário existir um sistema de categorização e interpretação compatíveis e uma linguagem comum. Desta forma, as representações sociais são a base dos comportamentos de comunicação.

6. As representações sociais enquanto princípios organizadores – Escola de Genebra.

Após o trabalho de Moscovici, o desenvolvimento da teoria das representações sociais deu origem a diferentes correntes que se distinguem por divergências, quer ao nível metodológico, quer ao nível teórico. Não obstante, uma tónica que parece ser consensual e na generalidade transversal a todas as correntes é a perspectiva estrutural das representações sociais.

Entre estas correntes saliente-se a Escola de Genebra que, ao conceber as representações sociais enquanto princípios organizadores, tem defendido uma concepção que visa articular as relações sociais simbólicas com as organizações individuais do conhecimento social.

O sistema cognitivo de cada indivíduo depende de um meta sistema de regulações sociais. Este meta sistema coloca diferentes exigências ao sistema individual consoante a posição que o sujeito ocupa em determinado momento. Estamos assim perante uma dupla dinâmica entre regulações sociais e organização individual de saberes sociais. Segundo Doise (1990) o estudo das representações sociais consiste na análise das regulações realizadas pelo meta sistema das relações sociais simbólicas nos sistemas cognitivos individuais. O autor situa os princípios organizadores entre as dinâmicas sociais e as dinâmicas cognitivas individuais, adiantando a seguinte definição para representações sociais: “são princípios geradores de tomadas de posição ligados a inserções específicas num conjunto de relações sociais e organizando os processos simbólicos intervenientes nestas relações” (Doise, 1986b *cit in* Fonseca, 1998, p. 83)

As tomadas de posição efectuem-se nas relações de comunicação e verificam-se em qualquer objecto de conhecimento que seja significativo nas relações que ligam os actores sociais. (Doise, 1990).

Seguindo esta linha foram formuladas três propostas sobre a natureza das representações sociais (Clémence, Doise e Lorenzi-Cioldi 1994).

Na primeira, parte-se do pressuposto que as representações sociais se elaboram no seio das relações de comunicação, o que implica a existência de referências e linguagens comuns entre os sujeitos. Desta forma formula-se que os vários sujeitos de um grupo específico têm as mesmas crenças relativamente a determinado objecto social (Clémence, Doise e Lorenzi-Cioldi 1994).

A segunda proposta, considerando a primeira reducionista, uma vez que não tem em consideração as diferenças e as idiosincrasias dos sujeitos, introduz a variabilidade das representações sociais dentro de um grupo, sendo que esta resulta da sua ancoragem nas dinâmicas de relações simbólicas entre os agentes sociais (Clémence, Doise e Lorenzi-Cioldi 1994).

A partir do supramencionado fazem-se duas constatações: (1) o acordo entre os indivíduos dá lugar à partilha de pontos de referência e de tomadas de posição, as quais implicam multiplicidade e diversidade, quer em termos conceptuais, quer em termos estatísticos; (2) a unidimensionalidade associada ao consenso dá lugar à ideia da existência de uma pluralidade de dimensões, relativamente independentes umas das outras, que permitem analisar as variações entre sujeitos.

A terceira proposta apresentada por Clémence, Doise e Lorenzi-Cioldi (1994) para além de conceber as representações sociais enquanto crenças comuns caracterizadas por modulações individuais, considera que as mesmas são determinadas por ancoragens nas realidades específicas dos grupos, salientando, desta forma, a ligação entre representação social e pertença social.

Concluindo, o estudo das representações sociais deverá evidenciar por um lado um saber comum, por outro, a ancoragem deste saber na realidade social e psicológica.

7. Representações Profissionais do Suicídio Juvenil

Existem, em Portugal, alguns estudos sobre as representações sociais do suicídio (Oliveira e colab., 2001; Ordaz e Vala, 1997; Sampaio e colab., 2000). Porém, não existe nenhuma investigação que evidencie as formas de compreensão e explicação, especificamente, dos médicos e dos psicólogos perante o suicídio juvenil.

O presente estudo tem por objectivo, de acordo com a teoria das representações sociais, realçar as representações destes profissionais e salientar as suas eventuais variações em função das diferentes pertenças profissionais consideradas, observando assim

o efeito do processo de ancoragem.

A caracterização das representações sociais apresentada ao longo deste capítulo possibilita contextualizar a noção de representação num âmbito particular: o da profissão, mais especificamente, o do suicídio juvenil na perspectiva dos psicólogos, dos psiquiatras e dos outros médicos.

Antes de mais, importa ressaltar que as representações profissionais são neste âmbito encaradas como representações associadas ao trabalho, à função desempenhada e aos contextos profissionais específicos, sendo que estes contribuem para a formação de representações, também elas específicas³¹.

Da mesma forma que a noção de representação social remete para fenómenos psicossociais complexos, tornando inútil o estabelecimento de uma definição única, também em relação ao conceito de representação profissional, mais importante do que encontrar ou optar por uma das muitas definições disponíveis (Blin, 1997, Gilly, 1986, Lorenzi-Cioldi, 1991 in Silva, 2003), é essencial desenvolver e clarificar quatro aspectos.

(1) Um primeiro aspecto a referir é o facto das representações serem configuradas pelas características e recursos dos lugares e momentos nos quais emergem, variando assim de acordo com a experiência de cada um e surgindo através de uma dinâmica de integração no contexto e, simultaneamente, de atribuição de sentido a esse mesmo contexto.

Como já foi referido, as representações sociais têm uma função de organização significativa do real, isto é, de adaptação ao contexto e de comunicação. Se tomarmos como referência o contexto profissional, pois é neste que as representações profissionais se (re)elaboram, comunicam e partilham, percebemos que as representações profissionais são assim a expressão da inserção em grupos profissionais, desempenhando, entre outras, uma função na socialização e integração profissional (Silva, 2003).

(2) Um segundo aspecto a salientar é que as representações profissionais emergem de uma relação entre o conhecimento que os actores, pertencentes a um mesmo campo profissional, elaboram através do seu envolvimento na prática profissional e os saberes teóricos (técnicos e científicos) de referência. Para além disso, as representações profissionais são também influenciadas por determinadas regras institucionais e sociais

³¹ Não obstante a que por representação profissional possa entender-se as construções que um indivíduo ou grupo fazem acerca de determinadas profissões, este conceito deve aqui ser entendido como as representações (re)elaboradas nas acções profissionais acerca de determinados objectos significativos no exercício da profissão.

relacionadas com as funções e os papéis que cada actor ou grupo desempenha num dado contexto organizacional. A escolha dos grupos profissionais em análise não é independente do objecto de estudo.

(3) O terceiro aspecto a desenvolver prende-se, exactamente com a definição dos objectos profissionais. Nas situações profissionais os indivíduos comunicam e actuam sobre objectos significativos, o que pressupõe a existência de um conhecimento partilhado sobre os mesmos. Nem todos os objectos são pertinentes, havendo portanto uma selecção de material decorrente da atribuição de significado e utilidade por parte dos actores profissionais. Moscovici (1976) enunciou três das condições que afectam a emergência da representação social:

a) a dispersão de informação relativa ao objecto, devida à sua complexidade ou a barreiras sociais e culturais. Esta dispersão remete para o desfasamento quantitativo e qualitativo entre a informação que está disponível e a que é necessária para compreender um objecto ou problemática. A informação não circula em todos os grupos do mesmo modo.

b) a focalização sobre certos aspectos do objecto, devida à posição específica do grupo face ao objecto ou problema. Esta condição é concretizada em função dos interesses, dos recursos e/ou da implicação de cada indivíduo ou grupo.

c) a pressão para a inferência, ou seja, o facto da necessidade de comunicar e agir em relação ao objecto obrigar o indivíduo a preencher as lacunas dos seus saberes sobre o objecto ou problema.

Estas condições revelam-se pertinentes para a compreensão das representações profissionais dos médicos e psicólogos, nomeadamente, para a compreensão do conhecimento construído pelos mesmos relativamente ao suicídio juvenil, enquanto objecto significativo da sua profissão.

(4) Como quarto e último aspecto explicitar-se-á o conteúdo e as funções das representações profissionais. As representações profissionais são constituídas por um conjunto de elementos de natureza diversa, estabelecendo entidades significativas e estruturadas que interferem nas práticas profissionais. Blin (1997a *cit in* Silva, 2003, p.90) salienta que *“as representações profissionais específicas de um contexto profissional são definidas como conjuntos de cognições descritivas, prescritivas e avaliativas relativas aos objectos significativos e úteis à actividade profissional e organizados no campo estruturado apresentando uma significação global”*.

As representações profissionais enquanto representações sociais, assumem uma

funcionalidade importante, que pode ser especificada, tal como apresenta Silva (2003) em quatro funções:

(a) Participar, em articulação com outras cognições, na construção dos saberes profissionais, permitindo que os actores envolvidos no mesmo contexto e actividade se compreendam e actuem sem necessidade de explicações sistemáticas. Constituem assim uma base de comunicação profissional. Quanto menos estruturados se encontrarem os saberes científicos e técnicos de referência, acerca de determinado objecto, mais a forma de saber experiencial se mobilizará, tendo um papel prescritivo para a actividade profissional.

(b) Definir as identidades profissionais e proteger a especificidade intra e inter grupos profissionais. Por outras palavras, as representações profissionais garantem as especificidades no interior de um mesmo campo profissional, assegurando as identidades, as ideologias, os territórios e conteúdos específicos, e a participação nas redes institucionais.

(c) Orientar as práticas e as condutas profissionais, através da configuração das diligências cognitivas para a realização das tarefas intervindo directamente na definição da situação profissional. Ou seja, assumem uma função mobilizadora, a qual integra componentes avaliativas e atitudinais da representação. A função de orientação também está presente na identificação dos objectos pertinentes para o exercício profissional e respectiva caracterização dos mesmos.

(d) Fundamentar as tomadas de posição e as práticas profissionais, ou seja, explicar e legitimar as rotinas do indivíduo. As representações, através da comunicação profissional, reforçam, por um lado as pertenças grupais, e por outro garantem as diferenças sociais face a outros grupos.

No ponto 5 deste capítulo, ao assinalar as funções das representações sociais, já se tinha referido que, simultaneamente, a especificidade de determinado grupo contribui para a especificidade das representações e a especificidade destas contribui para a diferenciação dos grupos. (Moscovici, 1976)

As práticas ou os estilos de intervenção característicos de cada grupo profissional estão estreitamente relacionados com as representações, quer no contexto de trabalho, quer fora dele, contribuindo para a emergência dos grupos profissionais.

A elaboração do pensamento social é determinada pelas pertenças grupais e respectivos valores, normas e ideologias. A pertinência de estudar as diferenças de representação, em função das especificidades das partilhas que cada grupo faz de

determinado objecto social, é justificada pelo facto das representações sociais se inscreverem no seio das pertenças grupais e dos campos psicossociais. Moscovici (1976) refere que as representações são sociais, uma vez que permitem a clivagem entre grupos sociais em função dos diferentes campos de opiniões. O autor distingue três dimensões fundamentais nestes universos: a informação, o campo da representação e a atitude. A primeira refere-se aos conteúdos concretos do objecto da representação; a segunda dimensão diz respeito à organização dos conhecimentos que cada grupo possui sobre determinado objecto; a terceira dimensão, ou seja, a atitude remete para a orientação global em relação ao objecto da representação. São estas três dimensões que possibilitam, para além da apreensão do conteúdo e sentido de determinada representação, estudar as diferenças entre grupos sociais.

As pessoas e os grupos, não sendo receptores passivos do conjunto de informações provenientes do campo social a que estão sujeitas, operam sobre as mesmas, analisando, comentando e planeando, espontaneamente, “filosofias” não oficiais, que têm um impacto decisivo nas suas relações sociais, escolhas, modo de educar as suas crianças, planejar o futuro, etc. Para elas, factos, ciências e ideologias não são mais do que nutrientes para o pensamento (Moscovici, 1981).

A quantidade de informações a que os indivíduos são sujeitos é crescente nas sociedades actuais, por acção da evolução tecnológica e científica permanente em que vivemos, pelo que estas têm sido denominadas de sociedades de informação. Esta sociedade de informação estende-se a contextos mais específicos e restritos, tal como a comunidade científica e técnica. Assim, tem-se vindo a assistir a um aumento no número de publicações científicas (artigos, livros, teses de mestrado e doutoramento), de cursos de mestrado em diferentes instituições, pós-graduações, encontros e conferências, etc, etc.

A sociedade contemporânea é caracterizada pela existência de uma pluralidade de representações sociais que estão em permanente transformação.

Os três grupos considerados neste estudo – Psicólogos, Psiquiatras e Outros Médicos - definem-se por estilos de intervenção distintos, que, por si só, implicam posições profissionais diferentes. Estas, por sua vez, implicarão práticas, normas e valores sócio-profissionais específicos que devem suscitar adaptações e acomodações nas suas representações sociais. Nesta investigação o objectivo é aceder à estrutura das representações sociais do suicídio juvenil, analisando as suas variações em função da diferente pertença profissional. Este estudo é realizado através de três dimensões: *dimensão explicativa (causas e significados)*, *dimensão interventiva (o que se deve fazer e*

o que não se deve fazer) e *dificuldades/ necessidades* dos profissionais que trabalham com crianças ou adolescentes que tentam ou cometem o suicídio. Foi o facto de se conceber a investigação como parceira da intervenção que levou à introdução desta terceira dimensão, ou seja, no sentido de poder contribuir para a elaboração de estratégias na formação dos técnicos. Silva (2003) refere que o conteúdo das actividades profissionais remete para o trabalho experienciado, o qual, por sua vez, reflecte, o trabalho efectuado, e simultaneamente, o carácter reflexivo do indivíduo face à realidade profissional e à sua participação na (re)construção desse real socio-profissional. A autora chama a atenção para o facto da formação favorecer essa construção de sentido, uma vez que é potenciadora e consubstanciadora da reflexão, compreensão e participação dos sujeitos como actores e autores nos processos sociais.

No capítulo seguinte apresenta-se a metodologia utilizada nesta investigação.

2ª PARTE - ESTUDO EMPÍRICO – Representações Sociais do Suicídio Juvenil dos Psicólogos, Psiquiatras e Outros Médicos.

Capítulo IV - METODOLOGIA

Capítulo IV – Metodologia

1. Objectivos e Enquadramento Metodológico

Em termos gerais, procura-se com o presente estudo contribuir para a compreensão do suicídio na infância e na adolescência, para a formação dos profissionais nesta área e para a prevenção do suicídio nas faixas etárias referidas.

O estudo enquadra-se no modelo das representações sociais, originalmente desenvolvido por Moscovici (1976) quando investigou as representações da psicanálise.

Este trabalho, ao definir como objecto de estudo as representações sociais do suicídio juvenil, por parte dos profissionais, pretende efectuar uma aproximação ao que os psicólogos e os médicos pensam acerca desta questão. Esta investigação pretende alcançar três objectivos principais:

(1) Aprender as principais dimensões de significação ou os universos semânticos que estruturam as representações do suicídio juvenil, contribuindo assim para a investigação psicossocial.

(2) Verificar as diferenças e semelhanças dos conteúdos representacionais em função da formação de base dos profissionais, ou seja, verificar o processo de ancoragem profissional, enquanto efeito dos grupos profissionais nas representações. Este segundo objectivo da investigação está patente na constituição do grupo de participantes. Como já se referiu no enquadramento teórico³², nem sempre os Médicos e os Psicólogos se entendem no modo de analisar uma pessoa que recorre aos seus serviços (Pio de Abreu, 2000). Pode parecer até desnecessário referir a importância da existência de um entendimento assente numa base de comunicação e complementaridade de papéis enquanto preâmbulos da eficácia da prevenção na área da saúde mental.

Se, por um lado, as representações permitem aos elementos dos diferentes grupos expressarem-se acerca dos mesmos conceitos, ou seja, permitem a comunicação, por outro lado, não contendo a mesma informação, isto é, não sendo equivalentes, as representações poderão ser promotoras de desacordo, quer ao nível das respectivas crenças, quer ao nível dos valores e dos comportamentos que lhes estão associados (Fonseca, Marques, Quintas e Poeschl 2001) E isto, obviamente, tem implicações em termos da interacção entre os grupos considerados (Poeschl, 1999 in idem). Neste sentido, este estudo acerca do suicídio de crianças e adolescentes procura atender ao

³² Cf Introdução

papel dos referentes simbólicos atribuídos por três grupos diferentes de profissionais a este mesmo objecto, com o objectivo de abrir pistas para a explicação de processos de (des)comunicação associados a práticas, eventualmente, menos funcionais.

(3) Um terceiro objectivo desta investigação será obter indicadores que preencham duas funções principais: (a) possibilitar o desenvolvimento do estudo das representações do suicídio por parte dos profissionais (nomeadamente numa amostra mais alargada e através de um questionário baseado nos indicadores obtidos); (b) na sequência da primeira, contribuir para a eficácia da clínica com crianças e adolescentes. Partindo do dado consensual de que as representações que cada um tem sobre os acontecimentos influenciam a forma como age ou lida com esses mesmos acontecimentos ou com acontecimentos análogos, acredita-se que ao possibilitar que cada profissional tome consciência dos seus conteúdos representacionais, através da confrontação com um questionário acerca do suicídio, possa facilitar-se a exploração, a “descoberta” e o desenvolvimento de estratégias (no sentido englobante e amplo do termo) que vão ao encontro de uma maior eficácia de intervenção nesta área. Por outras palavras, que a mesma possa constituir-se como instrumento facilitador de um melhor *saber – fazer*, ligando-se assim à clínica na sua vertente de intervenção com crianças e adolescentes.

Em termos metodológicos opta-se por aquilo a que alguns autores denominam de “*procedimentos abertos ou exploratórios*” (Ghiglione e Matalon 1997, p. 210), o que se justifica por não serem ainda conhecidos em Portugal estudos acerca das representações do suicídio na população considerada. Por esta razão, parte-se para a recolha de dados sem nenhum quadro categorial teórico, estando a análise isenta de qualquer referência a um quadro preestabelecido, para além do enquadramento no âmbito das representações sociais. Neste sentido, como primeira “*volta à pista*”, usando a expressão de Quivy e Campenhoudt (1992, p. 69), e a par da recolha bibliográfica, recorre-se a uma entrevista exploratória semiestruturada realizada a um profissional especialista na área. A realização desta entrevista seguiu os fundamentos apresentados nas várias obras de Rogers (1974, 1985, 2000, 2004) acerca do processo da entrevista não directiva³³.

³³ De ressaltar que em investigação, e sendo rigoroso ao nível de terminologia, não podemos dizer que as entrevistas exploratórias são completamente não directivas. Efectivamente, a entrevista é sempre pedida pelo investigador e não pelo entrevistado e refere-se ao tema proposto pelo investigador. E como é óbvio os objectivos prendem-se com a investigação e não com o desenvolvimento pessoal da pessoa entrevistada. Por estas diferenças a tendência é para designar estas entrevistas por semidirectivas ou semiestruturadas (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Como introdução à mesma foi lançado o tema: *o suicídio de crianças e adolescentes* e como sub tema *os profissionais que lidam, potencialmente, com esta problemática*.

As investigações na área das representações sociais são, na generalidade, levadas a cabo através da linguagem verbal (Poeschl 1992 in Afonso, 2003, Fonseca 1998, Quintas 1997, Fonseca, Marques, Quintas e Poeschl, 2001). O estudo das representações sociais do suicídio juvenil foi realizado recorrendo-se ao material verbal escrito dos psicólogos, psiquiatras e outros médicos.

Saliente-se, desde já, que a utilização de material verbal implica uma redução metodológica, relativamente à definição holística do conceito de representação social, que se desenvolveu no capítulo III. Especificamente, no caso do objecto de estudo da presente investigação, a expressão, por exemplo, do sentimento de perda, do choque, da tristeza, da raiva, do medo ou da (in)competência profissional e preocupação quanto à reputação perante colegas, relatados nos estudos acerca do impacto do suicídio em pessoal técnico, (Brown, 1987, Boakes, 1993, Valente, 1994; Holmes, 1995; Grad, 1996, in Wertheimer, 2001) nem sempre é legítima e/ou desejável. Existem experiências e/ ou sentimentos que não são, nem se acedem através do puramente verbal, sendo antes acompanhadas por um conjunto de comportamentos. O verbal e o comportamental são níveis diferentes. Por exemplo, pode falar-se da necessidade de trabalhar em equipa e, simultaneamente, não disponibilizar tempo para o fazer, ou seja, referir o que se deve fazer e não assumir essas práticas no dia-à-dia profissional, por diferentes razões, nomeadamente características do serviço onde se exerce. Para um estudo mais exacto, seria útil analisar em simultâneo o que é verbalizado e os comportamentos efectivos. Só desta forma se poderia ter acesso às eventuais contradições entre o discurso e a prática, assim como aceder às coerências dos mesmos.

De referir, ainda, duas notas relacionadas com a fiabilidade da metodologia:

(1) O material deste estudo foi recolhido de forma a obter o discurso espontâneo dos participantes, limitando-se, à partida, a interferência das representações sociais do investigador. Para tal recorreu-se a questões abertas, opção usual no domínio das representações sociais (Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi, 1992) e à Técnica da Associação Livre – TAL, técnica muito utilizada nesta área (Le Bouedec, 1984 in Afonso 2003, Fonseca, 1998, Fonseca, Marques, Quintas e Poeschl, 2001, Quintas, 1997)³⁴.

³⁴ Os procedimentos relativos à recolha de dados estão descritos à frente.

(2) No tratamento dos dados, a transformação do discurso dos psicólogos e médicos é mínima, uma vez que se recorre a uma análise fundamentalmente descritiva, sendo o material sujeito a um pequeno número de reduções, como se explicará nos procedimentos, e de acordo com as regras propostas por DiGiacomo (1987).

Nos pontos que se seguem, neste capítulo da metodologia, descreveremos os participantes, o instrumento e os procedimentos usados na recolha de dados e ainda os procedimentos de análise dos mesmos. No capítulo seguinte procede-se à apresentação e discussão dos resultados.

2. Participantes

A amostra teve como critério de inclusão a formação de base dos profissionais: Psicologia e Medicina.

No planeamento da amostra, prevista para 30 profissionais, teve-se ainda como critério a obtenção de três grupos equitativos relativamente aos três profissionais em estudo: Psicólogos, Médicos Psiquiatras e Médicos Não Psiquiatras³⁵. Em relação aos Psiquiatras, assegurou-se que metade fosse Pedopsiquiatras. Relativamente aos outros médicos assegurou-se que fizessem parte da amostra Pediatras, Médicos de Medicina Interna e Médicos de Família ou Clínica Geral. Garantiu-se ainda que existissem elementos que fizessem serviço de urgência e serviço de emergência médica.

A amostra deste estudo é então constituída por 30 profissionais, dos quais 10 são Psicólogos, 10 são médicos Psiquiatras e 10 são Médicos de outras especialidades. Entre os participantes 11 são do sexo masculino e 19 são do sexo feminino. Como se pode ver no Quadro 2, a idade média destes profissionais é de 38.03 ($SD=10.28$), sendo que o mais novo tem 25 anos e o mais velho tem 65. Os anos de prática profissional variam entre 2 e 40 anos, sendo a média de 12.60 ($SD=9.93$).

Quadro 2: Idades e Anos de Prática Profissional dos Participantes

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão <i>SD</i>
Idade (em anos)	25	65	38,03	10,280
Anos de Prática Profissional	2	40	12,60	9,933

Relativamente ao contacto que estes Médicos e Psicólogos têm com crianças e adolescentes na sua prática profissional, como se pode verificar no Quadro 3, mais de

³⁵ De forma a facilitar a distinção dos grupos, a partir daqui, usar-se-á a designação de Psiquiatras para os Médicos com especialidade em Psiquiatria e a designação de Médicos para os Médicos não psiquiatras.

metade dos participantes (20) refere contactar com muita frequência com esta faixa etária (*sempre e muitas vezes*) e apenas um refere *nunca* contactar.

Quadro 3: Frequência de Contacto com crianças e adolescentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nunca	1	3,3	3,3	3,3
Poucas Vezes	5	16,7	16,7	20,0
Algumas Vezes	4	13,3	13,3	33,3
Muitas Vezes	6	20,0	20,0	53,3
Sempre	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Em relação à frequência do contacto com o suicídio e tentativa de suicídio, apenas 3 dos profissionais referem *nunca* contactar com esta problemática. Dos restantes 27 participantes, 2 consideram ter *sempre* contacto com esta temática, 9 profissionais mencionam contactar *muitas vezes*, 6 *algumas vezes* e 10 *poucas vezes*, como se constata no Quadro 4.

Quadro 4: Frequência de Contacto com suicídio e tentativa de suicídio

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nunca	3	10,0	10,0	10,0
Poucas Vezes	11	36,7	36,7	46,7
Algumas Vezes	6	20,0	20,0	66,7
Muitas Vezes	8	26,7	26,7	93,3
Sempre	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Analisando estas frequências, discriminando os três grupos de participantes, verifica-se que, em média, são os Psiquiatras que mais têm contacto com o suicídio e tentativa de suicídio, seguidos dos Psicólogos, enquanto os Médicos são os que referem menos contactar com esta problemática. Estes dados apresentam-se no Quadro 5.

Quadro 5: Média de Frequência de Contacto com suicídio e tentativa de suicídio por Grupo

Grupo	Média	N	Desvio Padrão
Psicólogos	2,70	10	1,059
Psiquiatras	3,80	10	,919
Médicos	2,20	10	,919
Total	2,90	30	1,155

De salientar que apenas um dos participantes considera ter formação específica na área do suicídio.

Dos 20 Médicos (Psiquiatras e Outros Médicos) participantes no estudo, apenas 5 não realizam serviço de urgência. Os restantes, 11 estão neste serviço entre uma a quatro vezes por mês e 4 deles mais do que 4 vezes por mês. Estes dados podem ser vistos no Quadro 6

Quadro 6: Frequência com que faz serviço de urgência

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
não é suposto responder	10	33,3	33,3	33,3
Nunca	5	16,7	16,7	50,0
1 vez por mês	1	3,3	3,3	53,3
3 vezes por mês	1	3,3	3,3	56,7
4 vezes por mês	9	30,0	30,0	86,7
mais do que 4 vezes por mês	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

De referir ainda que 2 dos Médicos da amostra realizam serviço de Emergência Médica em Viaturas Móveis.

Relativamente ao local principal onde os participantes exercem a prática profissional os dados são os seguintes: 6 em Hospital Geral, 7 em Hospital Psiquiátrico, 6 em Hospital Pediátrico, 7 em Centro de Saúde, 3 em Instituição de Ensino e 1 em Consultório Privado³⁶. Estes dados encontram-se no Quadro 7.

Quadro 7: Local onde exercem a prática profissional

Local	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Hospital Geral	6	20	20	23
Hospital Psiquiátrico	7	23,3	23,3	43,3
Hospital Pediátrico	6	20	20	63,3
Centro de Saúde	7	23,3	23,3	86,7
Instituição de Ensino	3	10	10	96,7
Consultório Privado	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3. Instrumento

Para a recolha de dados utilizou-se o Questionário: *Suicídio Juvenil – Representações Sociais de Profissionais*, construído para o efeito. Este instrumento foi elaborado na sequência da exploração da entrevista realizada ao especialista na área. O

³⁶ Alguns dos participantes acumulam mais do que um local de trabalho. Os dados aqui apresentados correspondem ao local onde exercem maior número de horas.

questionário é composto por questões abertas e usa a Técnica da Associação Livre TAL, muito comum no domínio das representações sociais (Le Bouedec, 1984 in Afonso 2003, Fonseca, 1998, Fonseca, Marques, Quintas e Poeschl, 2001, Quintas, 1997). Tem também incorporado uma ficha de dados sócio profissionais e demográficos (cf anexo 1).

a) Questionário: *Suicídio Juvenil – Representações Sociais de Profissionais*

Este questionário investiga a informação associada a três dimensões ligadas à temática do suicídio juvenil: (1) *dimensão explicativa*, (2) *estratégias de intervenção* e (3) por último, *dificuldades e necessidades* dos profissionais que lidam com esta problemática. Esta escolha teve por base a análise da entrevista exploratória, que deu origem a um inventário simples dos conteúdos da mesma. As três dimensões referidas foram, por sua vez, decompostas em domínios, dando origem às oito questões abertas que compõem o instrumento.

Para a *dimensão explicativa* estabeleceram-se quatro domínios: *causas do suicídio*, *significados do suicídio*, *causas da tentativa de suicídio* e *significados da tentativa de suicídio*. Na dimensão das *estratégias de intervenção* usam-se dois indutores em forma de questões abertas: *o que se deve fazer* e *o que não se deve fazer perante a tentativa de suicídio de crianças e/ou adolescentes?* Na terceira dimensão tratou-se de identificar as representações das *dificuldades e necessidades* para quem trabalha com crianças e/ ou adolescentes que tentam ou cometem o suicídio.

A Técnica de Associação Livre (TAL) consiste em pedir aos participantes que produzam uma lista de palavras a seguir a um indutor. O emprego da mesma facilita a apreensão dos campos semânticos (ou dimensões de significação) e das suas propriedades estruturais e significantes. Esta técnica é muito usual no domínio das representações sociais (cf, por exemplo, Afonso, 2003; Di Giacomo, 1987; Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi, 1992; Fernandes, Lopes, 2000; Fonseca, 1998; Fonseca, Marques, Quintas, Poeschl, 2001; Oliveira e Amâncio, 1998; Oliveira e Araújo, 1999; Quintas, 1997).

A parte do questionário relativa à recolha de informação das representações acerca das três dimensões em estudo (*explicativa; estratégias de intervenção e dificuldades/necessidades*) é composta, então, por oito questões abertas, que funcionam enquanto indutores, iniciando-se todas por: *Na sua opinião “domínio em estudo”*³⁷. Todas as

³⁷ E.g., *Na sua opinião, quais são as causas do suicídio juvenil (suicídio de crianças e adolescentes)?*

questões são para responder, por escrito, no protocolo apresentado.

O Quadro 8 apresenta de forma esquemática os indutores usados na construção do instrumento.

Quadro 8: Esquema de Indutores

Indutores	Dimensão Explicativa				Estratégias Intervenção		Dificuldades/ Necessidades	
	Causas Suicídio	Causas Tentativa de Suicídio	Significados Suicídio	Significados Tentativa de Suicídio	Fazer	Não Fazer	Dificuldades	Necessidades

À Técnica de Associação Livre está associada a vantagem de reduzir em grande medida o viés produzido pelo investigador no momento do tratamento dos dados, comparativamente com o que acontece com o uso das entrevistas, pois os dados recolhidos são objecto de um pequeno número de reduções³⁸, ainda que não forneça dados acerca da organização do discurso dos participantes.

No sentido de garantir uma aplicação contrabalançada das questões, anulando os efeitos da ordem de apresentação dos indutores nos resultados, elaborou-se um protocolo com quatro versões.

b) Dados sócio profissionais e demográficos.

O instrumento finaliza com a recolha de uma série de questões relativas à situação profissional do participante, na sua maioria através de questões fechadas. As questões estão organizadas em quatro campos: um primeiro de resposta para todos e outros três de resposta exclusiva: um para Psicólogos, outro para Psiquiatras e outro para os Médicos (cf anexo 1). No campo comum são colocadas questões tais como a idade, o sexo, nº de anos de prática profissional, local da prática profissional e ainda a frequência de contacto, quer com a faixa etária das crianças e adolescentes, quer com a problemática do suicídio. Questiona-se também se os participantes possuem alguma formação específica na área do suicídio. Relativamente aos campos de resposta exclusiva pergunta-se aos Psicólogos e Psiquiatras como se posicionavam ao nível do modelo de intervenção psicológica. Esta questão foi colocada por se acreditar na possível existência de variações nas representações sociais do suicídio mediante a variável modelo de intervenção. Pela mesma razão, aos Psicólogos, foi ainda perguntado a Faculdade onde se licenciaram. Em 2000, em Portugal, existiam 16

³⁸ Cf ponto 4.1. Procedimentos de Recolha de Dados.

Instituições de ensino superior diferentes a ministrar o curso de Psicologia. Dados os limites espaço-temporais de uma investigação no âmbito do mestrado, estas variáveis acabaram por não ser estudadas.

4. Procedimentos

Os procedimentos do estudo subdividem-se em procedimentos de recolha de dados, de alguma forma já referenciados no ponto anterior relativo ao instrumento, e nos procedimentos de tratamento de dados.

4.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O primeiro momento de recolha de dados foi a realização da entrevista exploratória ao especialista na área do suicídio. Esta decorreu no seu local de trabalho (Hospital Psiquiátrico), foi gravada em sistema áudio e durou cerca de 45 minutos. Após uma breve exposição introdutória acerca dos objectivos da entrevista e do que se esperava da mesma, o entrevistado foi conversando de forma muito fluida, não sendo praticamente necessário colocar questões.

O segundo momento desta recolha correspondeu à aplicação do questionário de oito indutores aos 30 participantes do estudo. Garantiu-se a aplicação das quatro versões distribuídas de forma equitativa pelos profissionais.

A maioria dos sujeitos foi contactada no seu contexto profissional³⁹, sendo solicitada a sua colaboração num estudo sobre suicídio de crianças e adolescentes. Cada participante respondeu às questões formuladas de forma individual e por escrito, sendo-lhes indicado que respondessem de forma espontânea, dissessem todas as palavras ou expressões que lhes ocorressem e o maior número possível de respostas. A maioria dos participantes respondeu ao questionário na presença da investigadora, embora 11 deles, a pedido dos mesmos e alegando limitações de tempo no momento, não o tenham feito, entregando o questionário posteriormente.

4.2. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

Como já se referiu, e de acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), a entrevista, após transcrição na íntegra, foi sujeita a uma análise muito aberta do discurso enquanto informação, obtendo-se um inventário simples dos conteúdos. Este revelou-se suficiente

³⁹ Os locais de trabalho foram: Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital Pediátrico, Centro de Saúde, Instituição de Ensino e Consultório Privado. Constituiu excepção para quatro Psicólogos, cujo contacto não foi efectuado no local de trabalho dos mesmos, mas antes no âmbito de uma Formação em Psicoterapia.

para a reflexão pretendida e para abrir pistas para a elaboração do questionário, não se mostrando necessário recorrer a um método mais penetrante de análise.

As respostas recolhidas, através dos questionários, foram tratadas de acordo com as regras clássicas de redução para análise das associações livres (Di Giacomo, 1987). Transformam-se os adjetivos em substantivos; estes são colocados na forma singular e no género masculino; as formas negativas são colocadas em formas mais simples⁴⁰; as expressões mais longas são substituídas por uma palavra código e os sinónimos são transformados na forma mais utilizada pelos participantes. Quando existem proposições de sentido similar, não sendo possível recorrer ao critério da mais usada pelos participantes, recorre-se ao acordo de três juízes, de modo a reduzir a possibilidade de enviesar os resultados com as representações da autora do estudo.

Deste modo constituíram-se listas de palavras ou dicionários para cada um dos oito indutores usados.

De acordo com os procedimentos geralmente utilizados em estudos que recorrem à técnica de associação livre no quadro das representações sociais⁴¹, os dados são tratados recorrendo às seguintes análises:

(1) Descrição geral dos campos semânticos, através do cálculo da amplitude, da fluidez e riqueza⁴² das respostas dadas.

(2) Comparação entre campos semânticos, através do cálculo do índice de Ellegard.

(3) Descrição do conteúdo dos campos semânticos através do cálculo das frequências das palavras citadas.

(4) Análise Factorial de Correspondências (AFC) nas palavras citadas com frequência igual ou superior a três, para cada um dos indutores, no sentido de colocar em evidência os factores que estruturam as representações dos profissionais.

Explica-se, de seguida, cada um dos itens anteriores de forma mais detalhada.

(1) Os campos semânticos descrevem-se, calculando a amplitude, a fluidez e a

⁴⁰ Na segunda dimensão estudada – a das estratégias de intervenção -, as respostas dadas aos indutores *Fazer* e *Não Fazer*, usados com o propósito de promoverem uma associação livre mais rica, serão transformadas na forma que torne possível a junção dos dois subdicionários. Para isso será necessário transformar algumas expressões referidas na forma positiva, na negativa para manter o seu sentido. Exemplo a resposta *recriminar* citada perante o estímulo *Não Fazer*, num dicionário global de estratégias será transformada em *não recriminar*.

⁴¹ e.g. Afonso, 2003; Di Giacomo, 1986; Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi, 1992; Fernandes, Lopes, 2000; Fonseca, 1998; Fonseca, Marques, Quintas, Poeschl, 2001; Oliveira, Amâncio, 1998; Oliveira, Araújo, 1999; Quintas, 1997.

⁴² A riqueza também surge designada por índice de homogeneidade (Oliveira e Araújo, 1999).

riqueza das respostas dadas. A amplitude ou nº de significações diferentes, traduz as categorias tornadas acessíveis na representação. A fluidez ou nº total de expressões associadas a cada questão indutora dá-nos a facilidade com que os participantes se exprimem perante as questões colocadas, ou seja, dá-nos a expressividade. Por fim, a riqueza, sendo a razão entre a amplitude (nº de expressões diferentes) e a fluidez (nº de expressões total), dá indicações acerca de uma maior ou menor integração de informação. A riqueza ou índice de homogeneidade, também indica se os indivíduos de um grupo utilizam ou não um dicionário comum, sugerindo a partilha ou não de uma mesma representação, sendo que quanto mais baixo for o índice mais o grupo recorre ao mesmo universo semântico.

(2) Relativamente à comparação entre campos semânticos, através do cálculo do índice de Ellegard, de referir que a recolha dos dados, tendo em conta os três grupos de profissionais (Psicólogos, Psiquiatras e Médicos) e os vários domínios abordados, remete para análises comparativas entre as respostas dadas. O Índice de Ellegard permite determinar o que é comum e específico aos grupos inquiridos e aos termos indutores. Este índice calcula-se através da razão entre o nº de palavras comuns a dois dicionários e a raiz quadrada do produto das palavras diferentes de cada um. Por outras palavras, dividindo o nº de palavras comuns aos dois dicionários pela raiz quadrada do produto das amplitudes desses mesmos dicionários obtém-se um indicador da semelhança entre esses dicionários. O índice de Ellegard varia entre 0 (zero) e 1 (um) e é tanto mais próximo da unidade quanto mais semelhantes forem os campos semânticos.

(3) Em relação à descrição do conteúdo dos campos semânticos utilizam-se as frequências com que os diferentes termos são mencionados como indicador da importância que as diferentes expressões têm. Assume-se que as explicações, as estratégias, as dificuldades e as necessidades mais citadas são as mais pertinentes e importantes no pensamento dos profissionais.

À semelhança de outros estudos consultados⁴³ opta-se pela frequência como critério suficiente para informar sobre a importância e pertinência da palavra ou expressão no pensamento dos participantes. Não significa isto que se desconheça ou desconsidere a sugestão de Vergés (1992), do recurso à combinação de dois critérios metodológicos para tratamento de respostas espontâneas, especificamente, à frequência

⁴³ e.g., Afonso, 2003; Di Giacomo, 1987; Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi, 1992; Fernandes e Lopes, 2000; Fonseca, 1998; Fonseca, Marques, Quintas e Poeschl, 2001; Oliveira e Amâncio, 1998; Oliveira e Araújo, 1999; Quintas, 1997.

com que uma palavra ou expressão é referida e à ordem em que a mesma é proferida.

(4) A Análise Factorial de Correspondências (AFC), aplicada às expressões com frequência igual ou superior a três, é utilizada para determinar a estabilidade da estrutura dos resultados. Este método de análise descritiva é usado através da aplicação estatística SPSS. Esta análise permite a interpretação dos universos semânticos enquanto indicadores de factores de significação da explicação do suicídio e tentativa de suicídio juvenil, das estratégias de intervenção e das dificuldades e necessidades dos profissionais. Estes indicadores são tomados como variáveis dependentes e cruzados com a variável independente, especificamente a formação de base.

Por outras palavras, a análise de correspondências é uma análise multidimensional de tipo factorial que apresenta um alcance eminentemente descritivo.

Esta análise permite originar representações gráficas onde é possível visualizar o grau de independência ou ligação entre os campos, de acordo com a zona gráfica de aglutinação dos diferentes campos semânticos.

No capítulo seguinte apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos nesta investigação.

Capítulo V – RESULTADOS

Capítulo V – Resultados

1. Leitura e Análise de Resultados

Após os resultados serem codificados, de acordo com as *regras clássicas de redução* para dados recolhidos através da *técnica de associação livre* (Di Giacomo, 1987), obtiveram-se três dicionários globais, um para cada uma das dimensões em estudo: (1) *dimensão explicativa (causas e significados do suicídio e causas e significados da tentativa de suicídio juvenil)*, (2) *estratégias de intervenção, (o que se deve fazer e o que não se deve fazer)* e (3) *dificuldades/ necessidades*.

Em cada um destas dimensões são apresentados quatro pontos, seguindo a ordem em que, habitualmente, surgem nos estudos sobre representações sociais:

- (1) descrição global dos campos semânticos;
- (2) comparação entre campos semânticos;
- (3) descrição do conteúdo dos campos semânticos, e
- (4) factores que estruturam as representações dos profissionais.

Ou seja, a apresentação será efectuada por dimensão e de acordo com cada um dos quatro pontos referidos.

Os resultados podem subdividir-se em globais (sem diferenciar os três grupos profissionais considerados) e em resultados intergrupos. No sentido de não sobrecarregar o capítulo com demasiada informação, e tendo em consideração os objectivos específicos da investigação, opta-se por não fazer uma apresentação exhaustiva dos resultados globais. Contudo, no ponto 3, relativo à descrição do conteúdo dos campos semânticos, procede-se a esta apresentação. Nesse ponto, em cada uma das três dimensões, descrevem-se primeiro os conteúdos semânticos globais e em seguida faz-se a leitura salientando a ancoragem nos grupos profissionais.

1.1. DIMENSÃO EXPLICATIVA

Os dados da *dimensão explicativa* são constituídos por quatro sub dicionários, um para *causas do suicídio*, outro para *causas da tentativa de suicídio*, um terceiro para *significados do suicídio* e um último para *significados da tentativa de suicídio*.

1.1.1. Descrição Global dos Campos Semânticos da Dimensão Explicativa

O dicionário da *dimensão explicativa* é composto por um total de 618 respostas, em que 183 correspondem às *causas do suicídio*, 172 foram dadas ao estímulo *causas da tentativa de suicídio*, 133 obtiveram-se para *significados do suicídio* e 130 para

significados da tentativa de suicídio.

O Quadro 9 apresenta os resultados obtidos, em termos da amplitude, da fluidez e da riqueza do campo semântico evocado para as quatro questões estímulo e em função dos três grupos profissionais considerados.

Quadro 9: Amplitude, Fluidez e Riqueza do Material Semântico em Função do Grupo Profissional e dos Estímulos, da Dimensão Explicativa.

	CAUSAS			SIGNIFICADOS		
	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos
SUICÍDIO						
Fluidez	68	58	57	62	34	37
Amplitude	52	34	37	39	26	27
Riqueza	0.76	0.59	0.65	0.63	0.76	0.73
TENTATIVA DE SUICÍDIO						
Fluidez	48	62	62	51	44	35
Amplitude	41	39	43	42	34	29
Riqueza	0.85	0.63	0.69	0.82	0.77	0.83

Como se constata são os Psicólogos que apresentam mais vezes os valores mais elevados quer relativamente à Riqueza, quer na Fluidez, quer ao nível da Amplitude. Por oposição, são os Psiquiatras que surgem mais vezes com os valores mais baixos no conjunto destes indicadores descritivos do campo semântico.

Para o estímulo *causas*, é o grupo dos Psicólogos que produz dicionários mais ricos, ou seja, que integram maior volume de informação, quer se trate da etiologia do suicídio, quer da tentativa de suicídio. Perante o estímulo *significados do suicídio* foram os Psiquiatras que apresentaram um dicionário mais rico. Nos *significados da tentativa de suicídio* este ficou a dever-se aos Médicos, logo seguidos pelos Psicólogos.

Relativamente à fluidez, exceptuando o sub dicionário das causas da tentativa, são os Psicólogos que apresentam valores mais elevados. Os Médicos e os Psiquiatras obtiveram valores muito idênticos no parâmetro da fluidez. Ainda assim, constata-se que os primeiros apresentam valores inferiores aos Psiquiatras, nomeadamente esta diferença é clara nos *significados da tentativa de suicídio*.

Em relação ao número de categorias tornadas acessíveis, isto é, à amplitude das respostas, são os Psiquiatras que apresentam um menor número de categorias, sendo excepção perante o estímulo *significados da tentativa de suicídio*, em que são os Médicos que ocupam este lugar. Ainda em relação à amplitude revela-se como

excepção o estímulo das *causas da tentativa*, em que os Psicólogos dão lugar aos Médicos no valor de amplitude mais elevado.

1.1.2. Comparações entre Campos Semânticos da Dimensão Explicativa

A comparação efectuada, procura a semelhança entre os campos semânticos dos Psicólogos, Psiquiatras e Médicos quando enunciam as causas e significados do suicídio e tentativa de suicídio juvenil. No Quadro 10 apresentam-se os índices de Ellegard calculados entre os grupos de profissionais considerados, tendo como objectivo avaliar as possíveis diferenças dos respectivos universos semânticos.

Quadro 10: Semelhança dos Campos Semânticos dos Psicólogos, Psiquiatras e Médicos nas Causas e Significados do Suicídio e Tentativa de Suicídio Juvenil.

Grupos em Comparação	Psicólogos Psiquiatras	Psiquiatras Médicos	Psicólogos Médicos	Psicólogos Psiquiatras	Psiquiatras Médicos	Psicólogos Médicos
Dicionários	Causas do Suicídio			Causas da Tentativa de Suicídio		
Índice de Ellegard	0.36	0.39	0.32	0.38	0.34	0.31
Dicionários	Significados do Suicídio			Significados da Tentativa de Suicídio		
Índice de Ellegard	0.25	0.30	0.34	0.32	0.38	0.20

Os valores apresentados no Quadro 10 indicam que o grau de semelhança entre os universos semânticos dos diferentes grupos de profissionais é fraco. Os universos mais semelhantes são entre os Psiquiatras e os Médicos e em relação às *causas do suicídio juvenil*. A seguir os campos semânticos que mais se assemelham entre si são, novamente, entre os grupos Psiquiatras e Médicos e no que se refere a *significados da tentativa de suicídio* a par dos campos entre Psicólogos e Psiquiatras no que se refere a *causas da tentativa*. Na classificação de semelhança o terceiro lugar é ocupado pela comparação entre Psicólogos e Psiquiatras quando respondem ao estímulo *causas de suicídio*.

As maiores diferenças encontram-se entre os Psicólogos e os Médicos para *significados de tentativa*, a seguir entre Psicólogos e Psiquiatras quando respondem aos *significados do suicídio* e entre os Psiquiatras e os Médicos no que se refere também aos *significados de suicídio*.

Através da observação dos índices de Ellegard, no seu conjunto, verifica-se uma tendência para os dicionários que diferem mais entre si serem entre os Psicólogos e os Médicos, enquanto os que se apresentam como mais semelhantes são entre os Psiquiatras e os Médicos.

Pode ainda dizer-se que parece existir uma tendência para os profissionais produzirem dicionários mais semelhantes entre grupos quando se trata:

- a) das causas que dos significados;
- b) das causas de suicídio que das causas da tentativa; e
- c) dos significados de tentativa que significados de suicídio.

1.1.3. Conteúdo dos Campos Semânticos da Dimensão Explicativa

Do dicionário global da *dimensão explicativa* retiveram-se 58 expressões com ocorrência igual ou superior a 3⁴⁴. Estes resultados são observáveis no Quadro 11.

⁴⁴ Apesar da resposta *As mesmas que as do suicídio* ter uma ocorrência igual a 4, opta-se por não reter este item. De referir que esta resposta mencionada nas causas de tentativa, surgiu apenas na Versão A do questionário.

Quadro 11: Expressões Citadas no conjunto por, pelo menos, 3 profissionais, em função do Grupo Profissional e dos estímulos, por ordem de frequência, da Dimensão Explicativa (CS – Causas do Suicídio; CT – Causas da Tentativa de Suicídio; SS – Significados do Suicídio; ST – Significados da Tentativa de Suicídio; T – Total)

	Psicólogos					Psiquiatras					Médicos					T
	CS	CT	SS	ST	T	CS	CT	SS	ST	T	CS	CT	SS	ST	T	
Depressão	6	2	3	2	13	5	4	4	1	14	6	4	1	2	13	40
Chamada de Atenção	0	1	1	3	5	0	0	1	3	4	0	4	2	4	10	19
Psicopatologia	2	3	0	0	5	5	5	0	1	11	0	0	2	1	3	19
Consumo de Drogas e Álcool	2	1	0	0	3	4	3	1	0	8	4	2	1	0	7	18
Frustração	1	1	0	0	2	2	4	1	0	7	3	3	0	0	6	15
Problemas Familiares	2	1	0	0	3	2	4	1	0	7	2	1	0	0	3	13
Isolamento	1	0	1	1	3	3	1	2	1	7	1	1	0	0	2	12
Psicose	1	1	0	0	2	3	3	2	1	9	1	0	0	0	1	12
Ruptura Amorosa	1	1	0	0	2	2	3	0	0	5	1	4	0	0	5	12
Baixa Auto Estima	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	3	0	1	1	5	9
Dificuldade Integração no Grupo de Pares	2	0	0	1	3	0	1	2	0	3	1	1	0	1	3	9
Dificuldade na Resolução de Problemas	0	1	2	0	3	0	0	3	2	5	0	0	0	1	1	9
Falta de Apoio Familiar	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	2	1	2	1	6	9
Falta de Apoio Social	3	0	1	0	4	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	9
Manifestar/ Expressar Mal Estar	0	0	2	2	4	0	0	1	0	1	0	0	3	1	4	9
Pedido de Ajuda	0	0	0	3	3	0	1	0	2	3	0	1	0	2	3	9
Desafio/ Testar Limites	1	3	0	0	4	0	1	0	3	4	0	0	0	0	0	8
Desespero	1	1	2	3	7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	8
Eliminar Sofrimento/ Dor	0	0	5	1	6	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	8
Fuga	0	0	1	1	2	0	0	0	3	3	0	1	1	1	3	8
Auto imagem Negativa	0	1	0	1	2	2	1	0	0	3	1	1	0	0	2	7
Disfunção Familiar	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	2	0	1	0	3	7
Sofrimento/ Dor	0	0	4	1	5	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	7
Abandono	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1	5	6
Angústia	1	0	3	1	5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6
Dificuldade na Relação com os Pares	1	1	0	0	2	1	2	0	0	3	1	0	0	0	1	6
Dificuldades em Lidar com Transições de Vida	2	1	0	1	4	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	6
Imaturidade	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	1	5	6
Perda do Sentido da Existência	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	6
Desesperança no Futuro	2	0	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Desistir	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	5
Distúrbios da Personalidade	1	0	0	0	1	1	1	0	1	3	0	1	0	0	1	5
Esperança Nova Vida/ Renascimento	0	0	3	0	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	5
Falha no Cumprimento das Expectativas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	0	0	4	5
Falta de Atenção	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5
Fracassos Escolares	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	0	1	0	0	1	5
Problemas Escolares	1	0	0	0	1	1	2	1	0	4	0	0	0	0	0	5
Tristeza	1	0	1	0	2	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	5
Ausência/ Carência de Afectos	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
Conflitos Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4	4
Desejo Mudança	0	0	2	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	4
Desentendimentos/ Discussões com os pais	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2	4
Desinserção Social	1	1	0	0	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	4
Dificuldades no Relacionamento Interpessoal	1	0	0	0	1	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	4
Forma Resolução de Problemas	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2	4
Instabilidade Emocional	1	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
Mau Ambiente/ Relacionamento Familiar	1	0	0	0	1	0	2	0	0	2	1	0	0	0	1	4
Não Encontrar Alternativas	1	0	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Acesso Fácil a Fármacos	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
Apelo para algo que não está bem	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	3
Culpa	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Desintegração Escolar	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Dificuldades Parentais	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	3
Disfunção Social	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	3
Fim/ Término	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3
Ignorância da Permanência da Morte	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Não Integração na Família	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	3
Solidão	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

Como referido na introdução deste capítulo, e para facilitar a leitura do quadro, numa primeira análise descrevem-se os resultados em termos gerais. Num segundo ponto, apresentam-se os dados obtidos, salientando os três grupos de profissionais.

Em termos gerais, destaca-se, claramente, a *Depressão* como a expressão mais referida no conjunto dos quatro estímulos, sendo mencionada pelos três grupos de profissionais e perante os quatro indutores. A *Depressão* surge assim como a causa de suicídio e tentativa de suicídio mais citada pelos profissionais, assim como é a palavra mais enunciada quando se questiona acerca dos significados de suicídio. Apenas é exceção quando se pergunta pelos significados da tentativa de suicídio, em que *Depressão* surge a par de *Fuga* e depois de *Chamada de Atenção* e *Pedido de Ajuda*.

De salientar também a *Psicopatologia* e a *Chamada de Atenção* como segundas expressões mais referidas pelos profissionais no conjunto das quatro questões. A *Psicopatologia* assume frequências elevadas para as causas, tanto de suicídio, como de tentativa de suicídio e consta igualmente na lista dos significados. A *Chamada de Atenção* ocupa lugar cimeiro das ocorrências dos significados de suicídio e só não é referida como causa de suicídio.

O *Consumo de Drogas e Álcool* sendo a expressão que surge a seguir na tabela global de frequências, é a segunda causa de suicídio mais referida pelos profissionais não surgindo, apenas, enquanto resposta a significados de tentativa de suicídio.

De salientar ainda a *Frustração*, os *Problemas Familiares* e a *Ruptura Amorosa* enquanto causas e o *Pedido de Ajuda*, a *Eliminação da Dor/ Sofrimento* e a *Fuga* como significados.

Com a frequência mínima considerada surgem 10 expressões: *Acesso Fácil a Fármacos*; *Apelo para algo que não está bem*; *Culpa*; *Desintegração Escolar*; *Dificuldades Parentais*; *Disfunção Social*; *Fim/ Término*; *Ignorância da Permanência da Morte*; *Não Integração na Família e Solidão*.

A observação do Quadro 11 permite salientar algumas diferenças respeitantes aos três grupos de participantes. Em primeiro lugar, é de destacar as expressões que são exclusivas de cada grupo profissional. *Desesperança no Futuro*, *Não Encontrar Alternativas*, *Desintegração Escolar* e *Solidão* são respostas mencionadas apenas pelos Psicólogos. *Dificuldades Parentais* só os Psiquiatras é que as referem e *Conflitos Familiares* e *Não Integração na Família* são expressões referidas em exclusivo pelos Médicos.

O segundo destaque vai para as respostas *Psicose* e *Psicopatologia*, pois apesar de

não serem exclusivas de nenhum dos grupos de profissionais considerados, são muito mais citadas pelos Psiquiatras que pelos outros dois grupos (Psicólogos e Médicos).

Decompondo o quadro em sub dicionários, em função do grupo profissional, pode ainda constatar-se que:

(a) Do **sub dicionário dos Psicólogos** fazem parte 27 expressões citadas três ou mais vezes no conjunto das quatro questões estímulo. Destaca-se a *Depressão*, como a resposta mais referida pelos Psicólogos, com uma frequência de 13, seguida do *Desespero* e *Eliminar Sofrimento/ Dor*. A seguir, as palavras mais frequentemente mencionadas pelos Psicólogos são a *Chamada de Atenção* a par de mais quatro respostas: *Psicopatologia*, *Sofrimento/ Dor*, *Angústia* e *Desesperança no Futuro*. Com frequência imediatamente a seguir os Psicólogos referem a *Falta de Apoio Social*, *Manifestar/ Expressar Mal Estar*, *Desafio/ Testar Limites*, *Dificuldades em Lidar com o Ciclo*, *Acontecimentos ou Transições de Vida* e *Não Encontrar Alternativas*. A frequência máxima das palavras citadas é de 13 (correspondendo à *Depressão*), enquanto para a frequência mínima considerada surgem 14 palavras ou expressões.

(b) Relativamente ao **sub dicionário dos Psiquiatras** são 23 as expressões com frequência igual ou superior a três. Tal como no dicionário dos Psicólogos a *Depressão* é a resposta mais referida pelos Psiquiatras, seguindo-se a *Psicopatologia* e depois a *Psicose*, como já se fez referência. Em posição imediatamente a seguir surge o *Consumo de Drogas e Álcool* e logo a seguir a *Frustração*, a par dos *Problemas Familiares* e do *Isolamento*. Seguem-se, com a mesma ocorrência, a *Ruptura Amorosa* e a *Dificuldade de Resolução de Problemas*. A *Chamada de Atenção*, o *Desafio/ Testar Limites*, a *Disfunção Familiar* e os *Fracassos e Problemas Escolares* são as expressões que os Psiquiatras evocam a seguir, em termos de frequência. A frequência máxima das palavras citadas é de 14, correspondendo, como se acabou de referir, à *Depressão*, enquanto para a frequência mínima considerada surgem 9 respostas: *Dificuldade de Integração no Grupo de Pares*, *Pedido de Ajuda*, *Fuga*, *Auto Imagem Negativa*, *Dificuldade na Relação com Pares*, *Distúrbios da Personalidade*, *Tristeza*, *Dificuldades no Relacionamento Interpessoal* e *Dificuldades Parentais*.

(c) No **sub dicionário dos Médicos** surgem 21 respostas com frequência igual ou superior a três. Tal como nos dicionários dos Psicólogos e dos Psiquiatras, a palavra mais citada pelos Médicos é a *Depressão*, com uma frequência de 13. Seguindo-se a *Chamada de Atenção* e depois o *Consumo de Drogas e Álcool*. A seguir é mencionada a *Frustração*, a par da *Falta de Apoio Familiar*. Imediatamente abaixo, nesta tabela de

frequências, surge a *Ruptura Amorosa*, a *Baixa Auto Estima*, a *Falta de Apoio Social*, o *Abandono* e a *Imaturidade*. Seguem-se *Manifestar/ Expressar Mal Estar*, *Falha no Cumprimento das Expectativas* e os *Conflitos Familiares*. Com a frequência mínima considerada, este grupo, refere oito expressões: *Psicopatologia*, *Problemas Familiares*, *Dificuldade de Integração no Grupo de Pares*, *Pedido de Ajuda*, *Fuga*, *Disfunção Familiar*, *Perda de Sentido da Existência* e *Não Integração Familiar*.

1.1.4. Factores que estruturam as Representações da Dimensão Explicativa

A partir da Análise Factorial de Correspondências (AFC) das 58 expressões retidas, com valor de frequência igual ou superior a três, seleccionaram-se os dois primeiros factores, responsáveis pela explicação de cerca de 40 % da variância total.

No Quadro 12 apresenta-se a composição destes factores.

Quadro 12: Análise Factorial das Correspondências da Dimensão Explicativa

	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas		
	Massa	1	2	1	2	1	2
	Organização Factorial dos Sub Dicionários em função dos grupos de profissionais						
Causas Suicídio Psicólogos	,108	-,311	,663	,015	,091	,053	,182
Causas Suicídio Psiquiatras	,108	-,828	,428	,106	,038	,363	,072
Causas Suicídio Médicos	,094	-,760	-,438	,078	,035	,267	,066
Causas Tentativa Suicídio Psicólogos	,070	-,305	,298	,009	,012	,032	,023
Causas Tentativa Suicídio Psiquiatras	,112	-,910	,535	,134	,062	,464	,120
Causas Tentativa Suicídio Médicos	,101	-,383	-,1070	,021	,222	,066	,384
Significados Suicídio Psicólogos	,103	1,700	,922	,427	,169	,697	,153
Significados Suicídio Psiquiatras	,059	-,011	,574	,000	,037	,000	,088
Significados Suicídio Médicos	,063	,922	-,361	,077	,016	,187	,021
Significados Tentativa Suicídio Psicólogo	,063	,926	-,604	,078	,044	,262	,083
Significado Tentativa Suicídio Psiquiatra	,075	,656	-,618	,046	,055	,119	,079
Significados Tentativa Suicídio Médico	,044	,355	-,1,602	,008	,220	,036	,549
Organização Factorial das Causas e Significados							
Depressão	,094	-,257	,078	,009	,001	,292	,020
Chamada de Atenção	,044	,594	-,1,344	,023	,155	,169	,647
Psicopatologia	,044	-,558	,415	,020	,015	,218	,090
Consumo de Drogas e Álcool	,042	-,787	,135	,038	,001	,701	,015
Frustração	,035	-,896	,001	,040	,000	,696	,000
Problemas Familiares	,030	-,899	,481	,035	,014	,723	,154
Isolamento	,028	-,190	,292	,001	,005	,042	,075
Psicose	,028	-,713	,632	,021	,022	,376	,221
Ruptura Amorosa	,028	-,873	-,208	,031	,002	,460	,019
Baixa Auto estima	,021	-,089	-,728	,000	,021	,004	,221
Dificuldade Integração Grupo Pares	,021	-,226	-,150	,002	,001	,031	,010
Dificuldade Resolução Problemas	,021	,754	,220	,017	,002	,159	,010
Falta de Apoio Familiar	,021	-,183	-,615	,001	,015	,021	,177
Falta de Apoio Social	,021	,023	-,213	,000	,002	,000	,018
Manifestar/ Expressar Mal Estar	,021	1,334	-,315	,054	,004	,495	,021
Pedido de Ajuda	,021	,560	-,1,450	,009	,085	,079	,396
Desafio/ Testar Limites	,019	-,030	,058	,000	,000	,000	,001
Desespero	,019	1,116	,091	,034	,000	,360	,002
Eliminar Sofrimento/ Dor	,019	1,855	1,015	,093	,037	,675	,151
Fuga	,019	,985	-,1,098	,026	,043	,333	,309
Auto imagem negativa	,016	-,634	-,116	,009	,000	,287	,007
Disfunção Familiar	,016	-,651	,200	,010	,001	,199	,014
Sofrimento/ Dor	,016	1,641	,384	,063	,005	,632	,026
Abandono	,014	,180	-,1,133	,001	,035	,010	,284
Angústia	,014	1,525	,708	,047	,014	,649	,105
Dificuldade Relação com Pares	,014	-,963	,648	,019	,011	,540	,183
Dificuldades em Lidar Transições de Vida	,014	-,061	,301	,000	,002	,002	,032
Imaturidade	,014	-,305	-,1,679	,002	,076	,028	,641
Perda Sentido da Existência	,014	-,292	-,595	,002	,010	,032	,098
Desesperança no Futuro	,012	1,286	1,575	,028	,056	,289	,324
Desistir	,012	1,772	,200	,053	,001	,588	,006
Distúrbios da Personalidade	,012	-,510	-,024	,004	,000	,176	,000
Esperança Nova Vida/ Renascimento	,012	1,726	1,147	,050	,030	,545	,179
Falha Cumprimento Expectativas	,012	-,1,003	-,752	,017	,013	,194	,081
Falta de Atenção	,012	,467	,034	,004	,000	,056	,000
Fracassos Escolares	,012	-,1,109	,329	,021	,002	,371	,024
Problemas Escolares	,012	-,853	1,053	,012	,025	,274	,311
Tristeza	,012	-,080	1,160	,000	,030	,002	,363
Ausência/ Carência de Afectos	,009	,973	,516	,013	,005	,225	,047
Conflitos Familiares	,009	-,686	-,1,755	,006	,055	,062	,305
Desejo Mudança	,009	1,691	,293	,038	,002	,418	,009
Desentendimentos/ Discussões com os pais	,009	-,1,035	-,262	,014	,001	,523	,025
Desinserção Social	,009	-,552	,996	,004	,018	,101	,246
Dificuldades no Relacionamento Interpessoal	,009	-,500	,485	,003	,004	,112	,079
Forma Resolução Problemas	,009	1,508	-,200	,031	,001	,360	,005
Instabilidade Emocional	,009	-,469	,091	,003	,000	,041	,001
Mau Ambiente/ Relacionamento Familiar	,009	-,1,038	,623	,014	,007	,304	,082
Não Encontrar Alternativas	,009	1,441	,916	,028	,015	,483	,146
Acesso Fácil a Fármacos	,007	-,350	,162	,001	,000	,017	,003
Apelo para algo que não está bem	,007	1,071	-,1,179	,012	,019	,120	,108
Culpa	,007	,229	1,360	,001	,025	,017	,458
Desintegração Escolar	,007	-,444	1,042	,002	,015	,029	,120
Dificuldades Parentais	,007	-,518	,222	,003	,001	,075	,010
Disfunção Social	,007	,039	,411	,000	,002	,000	,024
Fim/ Término	,007	1,696	,129	,029	,000	,282	,001
Ignorância Permanência da Morte	,007	-,268	,138	,001	,000	,016	,003
Não Integração na Família	,007	-,197	-,2,400	,000	,078	,005	,506
Solidão	,007	-,444	1,042	,002	,015	,029	,120

Como se pode observar no Quadro 12, o primeiro factor opõe as respostas dadas a Causas às que são dadas para Significados. Nas Causas salientam-se, principalmente, a *Frustração*, o *Consumo de Drogas e Álcool*, os *Problemas Familiares* e a *Ruptura Amorosa*. Enquanto que os significados são traduzidos, sobretudo, através das expressões *Eliminar Sofrimento/ Dor*, *Sofrimento/ Dor*, *Manifestar/ Expressar Mal-Estar*, *Desistir*, *Esperança Nova Vida/ Renascimento* e *Angústia*.

O segundo factor opõe as respostas dadas pelos Psicólogos e Psiquiatras às respostas dadas pelos Médicos. Como excepção a esta configuração encontram-se os significados de tentativa de suicídio, as respostas dos três grupos de profissionais, perante este indutor, situam-se todas do mesmo lado⁴⁵.

Assim, para causas de suicídio, causas de tentativa de suicídio e significados de suicídio os Psicólogos e os Psiquiatras mencionam, principalmente, as expressões *Desesperança no Futuro*, *Eliminar Sofrimento/ Dor*, *Esperança Nova Vida/ Renascimento*, *Tristeza*, *Problemas Escolares*, *Culpa* e *Psicose*. Nas respostas dos Médicos e nas respostas dos Psicólogos e Psiquiatras para significados de tentativa de suicídio salientam-se, sobretudo, a *Chamada de Atenção*, o *Pedido de Ajuda*, a *Não Integração na Família*, a *Imaturidade*, os *Conflitos Familiares*, a *Fuga* e o *Abandono*.

A AFC para além de indicar a estrutura das representações, em termos de conteúdo, permite apreender a estrutura relativamente às relações de distância/proximidade entre as representações dos diferentes grupos para os diferentes indutores.

Na Figura 1, na página seguinte, está representada a análise factorial de correspondências, destacando graficamente a distribuição dos alvos.

Pela sua observação verifica-se que são os Psiquiatras que mais aproximam as causas de suicídio e de tentativa de suicídio. Por oposição são os Médicos que as consideram mais distantes. Em termos de significados os Psicólogos e os Psiquiatras estão mais próximos quando abordam a tentativa de suicídio do que perante o suicídio. Em todos os casos os Psiquiatras e os Psicólogos estão mais próximos comparativamente com a distância verificada com os Médicos.

As representações dos três grupos em estudo (Psicólogos, Psiquiatras e Médicos) aproximam-se mais nos significados da tentativa de suicídio⁴⁶.

⁴⁵ Lado negativo do eixo, onde se encontram as respostas dos Médicos.

⁴⁶ Em termos globais o que se verifica é uma proximidade maior entre causas do que entre significados.

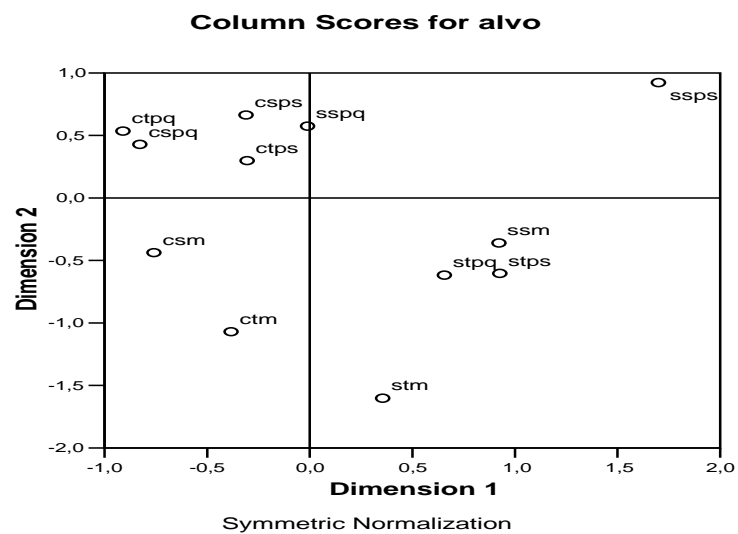


Figura 1: Organização das Causas e Significados em Função dos Grupos Profissionais, dos Alvos e da Positividade – Negatividade, nos Factores I e II da Análise Factorial das Correspondências

Em suma, as representações dos Psicólogos e dos Psiquiatras, em relação à explicação e interpretação do suicídio juvenil, parecem aproximar-se, enquanto se afastam da dos Médicos.

1.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Os dados das *estratégias de intervenção* estão organizados em dois subdicionários, um para o estímulo *o que se deve fazer* e outro para a questão *o que não se deve fazer* perante a tentativa de suicídio de uma criança ou adolescente. Tal como para a dimensão explicativa, privilegia-se a apresentação dos resultados inter grupos e organiza-se esta apresentação em quatro sub pontos de análise: (1) Descrição Global dos Campos Semânticos; (2) Comparação entre Campos Semânticos; (3) Descrição dos Conteúdos dos Campos Semânticos e (4) Factores que estruturam as representações através da análise factorial. No ponto 3, porém, apresentam-se os conteúdos semânticos globais, seguidos da leitura que salienta a ancoragem nos grupos profissionais.

1.2.1. Descrição Global dos Campos Semânticos das Estratégias de Intervenção

O dicionário das Estratégias de Intervenção, é composto por um total de 260 respostas, das quais 147 foram dadas à questão *o que se deve fazer perante a tentativa de suicídio de crianças e adolescentes* e 113 respostas correspondem ao estímulo *o que não se deve fazer* perante a mesma situação.

O Quadro 13 apresenta os resultados obtidos, em termos de amplitude, da fluidez e da riqueza do campo semântico evocado para as duas questões estímulo e em função dos três grupos profissionais considerados: Psicólogos, Psiquiatras e Médicos.

Quadro 13: Amplitude, Fluidez e Riqueza do Material Semântico em Função do Grupo Profissional e dos Estímulos, das Estratégias de Intervenção

	O que se deve fazer			O que não se deve fazer		
	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos
Fluidez	67	45	35	48	38	27
Amplitude	50	32	25	33	21	21
Riqueza	0.75	0.71	0.71	0.69	0.55	0.78

Em relação às estratégias de intervenção, como se pode observar no Quadro 13, são os Psicólogos que apresentam valores mais elevados de fluidez, quer quando respondem ao *o que se deve fazer*, quer ao *o que não se deve fazer* sendo seguidos pelos Psiquiatras. Com valores mais baixos, neste indicador, surgem os Médicos. Porém é este grupo – o dos Médicos, que produz o dicionário mais rico para *o que não se deve*

fazer, enquanto o menos rico para este estímulo é elaborado pelos Psiquiatras, ou seja é este grupo que apresenta um valor mais baixo de homogeneidade. Quando a questão da intervenção é colocada na positiva – *o que se deve fazer*, o dicionário que integra maior volume de informação é o que os Psicólogos produzem. Em termos de amplitude, o número mais elevado de categorias acessíveis encontra-se no grupo dos Psicólogos, a seguir no dos Psiquiatras, e o número mais reduzido no grupo dos Médicos, isto para o estímulo *o que se deve fazer*. No caso da questão *o que não se deve fazer*, a amplitude mais elevada continua a verificar-se nos Psicólogos, enquanto os Psiquiatras e os Médicos surgem empatados neste indicador.

1.2.2. Comparações entre Campos Semânticos das Estratégias de Intervenção

Em relação à semelhança entre os universos semânticos dos três grupos profissionais quando enunciam as estratégias de intervenção, através dos estímulos *o que se deve fazer* e *o que não se deve fazer*, o Quadro 14 mostra os resultados.

Quadro 14: Semelhança dos Campos Semânticos dos Psicólogos, Psiquiatras e Médicos nas Estratégias de Intervenção

Grupos em comparação	Psicólogos Psiquiatras	Psiquiatras Médicos	Psicólogos Médicos	Psicólogos Psiquiatras	Psiquiatras Médicos	Psicólogos Médicos
Dicionários	O que se deve fazer			O que não se deve fazer		
Índice de Ellegard	0.35	0.32	0.22	0.31	0.38	0.34

Os Índices de Ellegard apresentados, no Quadro 14, mostram que o grau de semelhança entre os universos semânticos dos diferentes grupos de profissionais, quanto às estratégias de intervenção, é fraco. Os universos mais semelhantes são entre os Médicos e os Psiquiatras, em relação ao *que não se deve fazer*.

1.2.3. Conteúdo dos Campos Semânticos das Estratégias de Intervenção

Do dicionário global das *Estratégias de Intervenção* foram retidas 26 expressões com ocorrência igual ou superior a três, como se pode observar no

Quadro 15.

Em termos gerais, as estratégias mais referidas pelos profissionais são Não Desvalorizar/ *Dar Importância* e proporcionar um *Acompanhamento Profissional Especializado*. A seguir surgem as expressões *Não Recriminar/ Não Castigar* e *Não Moralizar/ Não Criticar/ Não Julgar*. Com a frequência seguinte são evocadas as intervenções *Não Culpabilizar* e *Não Ignorar. Envolver a Família* no processo de acompanhamento, surge a par destas, como estratégia adequada.

Quadro 15: Expressões citadas no conjunto por, pelo menos, 3 profissionais, em função do Grupo Profissional e por ordem de frequência, das Estratégias de Intervenção

	Estratégias de Intervenção			Total
	Fazer	Não Fazer		
	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos	
Não Desvalorizar, Dar Importância	3	10	2	15
Acompanhamento Profissional Especializado	4	5	3	12
Não Recriminar, Não Castigar	2	3	4	9
Não Moralizar, Não Criticar, Não Julgar	5	1	2	8
Envolver a Família	2	1	4	7
Não Culpabilizar	3	3	1	7
Não Ignorar	3	3	1	7
Acompanhamento Psicológico	3	2	1	6
Levar a sério, não considerá-la inofensiva	4	1	1	6
Ouvir	2	1	3	6
Acompanhamento Psiquiátrico	4	1	0	5
Suporte/ Apoio à Família (Acompanhamento)	4	0	1	5
Tentar Perceber as Motivações	0	4	1	5
Acompanhamento do Pedopsiquiatra	0	1	3	4
Atitude Compreensiva	4	0	0	4
Avaliar Factores de Risco	1	1	2	4
Avaliar Método e Condições	1	3	0	4
Não Hipervalorizar (Não Valorizar em Excesso)	1	2	1	4
Perceber os Significados da Tentativa	2	1	1	4
Atitude Empática	1	2	0	3
Desdramatizar	2	1	0	3
Evitar Novas Tentativas	2	1	0	3
Manter o tratamento/ apoio proposto	2	1	0	3
Não Confrontar	2	0	1	3
Orientar para cuidados médicos apropriados e de urgência	1	2	0	3
Promover o Diálogo	0	1	2	3

Com a frequência mínima considerada surgem sete expressões: Atitude Empática, Desdramatizar, Evitar Novas Tentativas, Manter o Tratamento/ Apoio proposto, Não Confrontar, Orientar para Cuidados Médicos apropriados e de urgência e Promover o Diálogo.

No **sub dicionário dos Psicólogos** encontram-se dez estratégias mencionadas três ou mais vezes. A expressão mais referida por estes participantes é *Não Moralizar/ Não Criticar/ Não Julgar* com uma frequência igual a 5. Seguem-se o *Acompanhamento Profissional Especializado*, a par de *Levar a Sério a Tentativa*, *Acompanhamento*

Psiquiátrico, Suporte/ Apoio à Família e Atitude Compreensiva, sendo que esta última é referida em exclusivo por este grupo profissional.

Do **sub dicionário dos Psiquiatras** fazem parte sete expressões mencionadas três ou mais vezes e na liderança das frequências encontra-se *Valorizar, Dar Importância* que surge com uma ocorrência de 10. A seguir o grupo dos Psiquiatras, tal como os Psicólogos, refere o *Acompanhamento Profissional Especializado* como estratégia adequada. Em posição imediatamente sequente, na tabela das frequências, este grupo evoca como intervenção *Tentar Perceber as Motivações*.

No **sub dicionário dos Médicos** surgem cinco respostas de frequência igual ou superior a três, sendo a frequência máxima de 4 e correspondendo às expressões *Não Recriminar, Não Castigar e Envolver a Família*.

1.2.4. Factores que estruturam as representações das Estratégias de Intervenção

A partir da Análise Factorial de Correspondências (AFC) das expressões retidas com valor de frequência igual ou superior a três para cada grupo de profissionais, seleccionaram-se os dois primeiros factores, responsáveis pela explicação de cerca 54% e 46%, respectivamente da variância total.

Como se pode observar no Quadro 16 (na página seguinte), o primeiro factor opõe as estratégias de intervenção dos Psicólogos às estratégias mencionadas pelos Psiquiatras e pelos Médicos. Os Psicólogos salientam, principalmente, a *Atitude Compreensiva*, o *Acompanhamento Psiquiátrico*, o *Acompanhamento à Família (apoio/ suporte)* e o *Levar a sério, não a considerando inofensiva, e tendo presente a possibilidade da passagem ao acto*. Enquanto que os Psiquiatras e os Médicos traduzem o que se deve fazer, sobretudo, através das expressões *Acompanhamento pelo Pedopsiquiatra, Tentar Perceber as Motivações, Promover o Diálogo, Não Desvalorizar, Dar Importância e Não Recriminar, Não Castigar*.

O segundo factor opõe as respostas dadas pelos Psiquiatras às respostas dos Médicos. Os Psiquiatras mencionam, principalmente, as expressões *Não Desvalorizar, Dar Importância, Avaliar as Condições e o Método, Tentar Perceber as Motivações, Atitude Empática e Orientar para Cuidados Médicos Apropriados e de Urgência*.

Nas respostas dos Médicos salientam-se, sobretudo, as estratégias de *Envolver a Família*, o *Acompanhamento do Pedopsiquiatra, Ouvir, Não Confrontar* e o *Promover o Diálogo*.

Quadro 16: Análise Factorial das Correspondências das Estratégias de Intervenção

	Massa		Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
			1	2	1	2	1	2
Organização Factorial dos Sub Dicionários em função dos grupos profissionais								
Estratégias dos Psicólogos	0,406	-0,837	-0,100	0,585	0,009	0,987	0,013	
Estratégias dos Psiquiatras	0,357	0,479	0,769	0,169	0,475	0,298	0,702	
Estratégias dos Médicos	0,238	0,709	-0,982	0,246	0,516	0,363	0,637	
Organização Factorial das Estratégias de Intervenção								
Não Desvalorizar, Dar Importância	0,105	0,508	0,814	0,056	0,157	0,299	0,701	
Acompanhamento Profissional Especializado	0,084	0,202	0,093	0,007	0,002	0,837	0,163	
Não Recriminar, Não Castigar	0,063	0,595	-0,456	0,046	0,029	0,651	0,349	
Não Moralizar, Não Criticar, Não Julgar	0,056	-0,589	-0,478	0,040	0,029	0,624	0,376	
Envolver Família	0,049	0,483	-1,081	0,024	0,129	0,179	0,821	
Não Culpabilizar	0,049	-0,107	0,329	0,001	0,012	0,104	0,896	
Não Ignorar	0,049	-0,107	0,329	0,001	0,012	0,104	0,896	
Acompanhamento Psicológico	0,042	-0,29	0,095	0,007	0,001	0,91	0,09	
Levar a sério	0,042	-0,741	-0,231	0,048	0,005	0,919	0,081	
Ouvir	0,042	0,32	-0,892	0,009	0,075	0,123	0,877	
Acompanhamento Psiquiátrico	0,035	-1,182	0,165	0,101	0,002	0,982	0,018	
Suporte/ Apoio à Família	0,035	-1,087	-0,623	0,085	0,031	0,769	0,231	
Tentar Perceber as Motivações	0,035	1,082	0,943	0,084	0,070	0,59	0,41	
Acompanhamento do Pedopsiquiatra	0,028	1,342	-1,225	0,104	0,095	0,567	0,433	
Atitude Compreensiva	0,028	-1,724	-0,226	0,171	0,003	0,984	0,016	
Avaliar Factores de Risco	0,028	0,546	-0,729	0,017	0,034	0,380	0,62	
Avaliar Método e Condições	0,028	0,309	1,242	0,006	0,097	0,064	0,936	
Não Hipervalorizar	0,028	0,428	0,256	0,011	0,004	0,753	0,247	
Perceber Significados Tentativa	0,028	-0,250	-0,233	0,004	0,003	0,557	0,443	
Atitude Empática	0,021	0,083	1,079	0	0,055	0,006	0,994	
Desdramatizar	0,021	-0,820	0,426	0,029	0,009	0,802	0,198	
Evitar Novas Tentativas	0,021	-0,820	0,426	0,029	0,009	0,802	0,198	
Manter Tratamento, Apoio Proposto	0,021	-0,820	0,426	0,029	0,009	0,802	0,198	
Não Confrontar	0,021	-0,663	-0,888	0,019	0,037	0,378	0,622	
Orientar para Cuidados Médicos Apropriados	0,021	0,083	1,079	0	0,055	0,006	0,994	
Promover o Diálogo	0,021	1,303	-0,897	0,073	0,038	0,697	0,303	

A representação gráfica da análise factorial de correspondências da dimensão de intervenção pode ser observada na Figura 2.

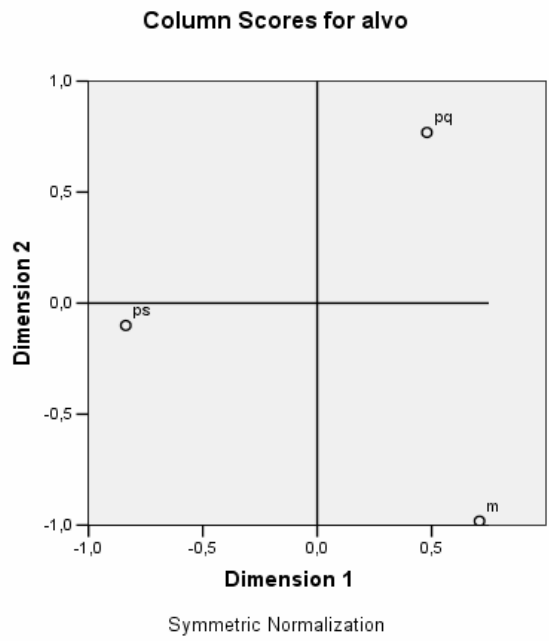


Figura 2: Organização das Estratégias de Intervenção em Função dos Grupos Profissionais, dos Alvos e da Positividade – Negatividade nos Factores I e II da Análise Factorial das Correspondências.

A observação da Figura 2 reforça que, ao nível da conceptualização da intervenção, as representações dos três grupos em estudo se diferenciam.

No primeiro factor do lado negativo situam-se os Psicólogos e do lado positivo do eixo os Psiquiatras e os Médicos. O segundo factor salienta, sobretudo, por um lado os Psiquiatras e por outro, os Médicos, uma vez que o valor da coordenada vertical dos Psicólogos se aproxima do 0 (zero), ou seja, neste eixo os Psicólogos não estão representados.

1.3. DIFICULDADES E NECESSIDADES

Os dados das *dificuldades* e *necessidades* estão organizados em dois sub dicionários. Tal como nas dimensões anteriores (*explicativa* e *estratégias de intervenção*), os resultados organizam-se em quatro sub pontos de análise: (1) Descrição Global dos Campos Semânticos; (2) Comparação entre Campos Semânticos; (3) Descrição dos Conteúdos dos Campos Semânticos e (4) Factores que estruturam as representações através da análise factorial, salientando-se a apresentação dos resultados inter grupos. No ponto 3, antes da apresentação dos conteúdos semânticos que colocam em evidência a ancoragem nos grupos profissionais, descrevem-se os resultados globais.

1.3.1. Descrição Global dos Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades.

Nesta dimensão de análise, encontram-se um total de 228 respostas, sendo 119 respostas para as *dificuldades* e 109 para as *necessidades* de quem trabalha com crianças ou adolescentes que tentam ou cometem o suicídio.

O Quadro 17 apresenta os resultados obtidos, em termos de amplitude, da fluidez e da riqueza do campo semântico evocado para as duas questões estímulo.

Quadro 17: Amplitude, Fluidez e Riqueza do Material Semântico em Função do Grupo Profissional e dos Estímulos, das Dificuldades e Necessidades

	DIFICULDADES			NECESSIDADES		
	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos
Fluidez	53	30	36	39	35	35
Amplitude	44	24	28	22	19	19
Riqueza	0.83	0.80	0.77	0.56	0.54	0.54

Como se pode observar no Quadro 17, relativamente à fluidez são os Psicólogos que apresentam valores mais elevados nas duas questões estímulo. Nas *dificuldades* são

os Médicos que os seguem, nas *necessidades* Psiquiatras e Médicos surgem empatados nos valores da fluidez. Em termos de amplitude é também o grupo dos Psicólogos que apresenta valores mais altos nas duas questões estímulo. Quer nas *dificuldades*, quer nas *necessidades*, o dicionário mais rico é o produzido pelos Psicólogos, seguidos pelos Psiquiatras, no primeiro caso, enquanto para as *necessidades* o dicionário dos Psiquiatras e dos Médicos integra o mesmo volume de informação.

Constata-se também que os profissionais produzem dicionários mais ricos perante a questão das *dificuldades*, que das *necessidades*.

1.3.2. Comparações entre Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades

A comparação efectuada, procura a semelhança entre si dos campos semânticos dos Psicólogos, Psiquiatras e Médicos quando enunciam as *dificuldades* e *necessidades* de quem trabalha com crianças ou adolescentes que tentam ou cometem o suicídio. No Quadro 18 apresentam-se os correspondentes índices de Ellegard.

Quadro 18: Semelhança dos Campos Semânticos dos Psicólogos, Psiquiatras e Médicos nas Dificuldades e Necessidades

Grupos em comparação	Psicólogos Psiquiatras	Psiquiatras Médicos	Psicólogos Médicos	Psicólogos Psiquiatras	Psiquiatras Médicos	Psicólogos Médicos
Dicionários	Dificuldades			Necessidades		
Índices de Ellegard	0.15	0.23	0.14	0.34	0.47	0.29

Observa-se, a partir dos valores do Quadro 18, que os Índices de Ellegard são fracos e que os grupos participantes diferem mais entre si quando mencionam as *dificuldades* que as *necessidades*. Os dados apresentados mostram que os grupos que apresentam maior semelhança entre si são os Psiquiatras e os Médicos na percepção, sobretudo das *necessidades*. No outro extremo, ou seja, aqueles que mais diferem entre si são os Psicólogos e os Médicos, principalmente quando se referem às *dificuldades*.

1.3.3. Conteúdo dos Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades

Das 228 respostas do dicionário global das *dificuldades/ necessidades* foram retidas 24 expressões com ocorrência igual ou superior a três. O Quadro 19 apresenta estas expressões.

Quadro 19: Expressões citadas no conjunto por, pelo menos, 3 profissionais, em função do Grupo Profissional e por ordem de frequência, na Dimensão Dificuldades/ Necessidades

	Dificuldades			Necessidades			T
	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos	Psicólogos	Psiquiatras	Médicos	
Formação Específica	0	0	0	2	3	6	11
Disponibilidade de Tempo	0	1	2	1	2	4	10
Equipa Multidisciplinar	0	1	0	2	4	3	10
Supervisão Clínica (Técnica e Emocional)	0	0	0	9	0	0	9
Conhecimentos Teóricos e Técnicos	0	0	0	2	6	0	8
Capacidade Empática	1	0	1	1	3	1	7
Capacidade Compreensão	0	0	0	2	2	2	6
Boa Comunicação	0	0	4	0	0	1	5
Conseguir Adesão/ Manutenção ao Acompanhamento	2	1	1	0	0	1	5
Ambiente e Espaço Apropriados	0	0	0	1	1	2	4
Falta de Estruturas Sociais de Apoio	0	3	1	0	0	0	4
Lidar com a Família	0	3	1	0	0	0	4
Saber Dialogar	0	0	0	0	1	3	4
Separar o Pessoal do Profissional; Distanciamento Técnico	1	0	1	2	0	0	4
Adesão; Colaboração da Família	2	0	1	0	0	0	3
Capacidade de Ouvir	0	0	0	0	1	2	3
Estratégias Combate ao Burnout; Preservar Saúde Mental dos Técnicos	0	0	0	3	0	0	3
Falta de Confiança no Psiquiatra por parte das crianças ou adolescentes	0	0	3	0	0	0	3
Identificar Causas e Significados	0	3	0	0	0	0	3
Informação sobre Estruturas Sociais de Apoio	0	0	0	0	2	1	3
Lidar com a Morte; Abordar a Morte	1	1	0	0	1	0	3
Relação com os pais; ajudar os pais a conversarem; trabalhar com	2	1	0	0	0	0	3
Trabalho Equipa Coesa e Interajuda	0	0	0	3	0	0	3
Voltar a fazê-los Confiar e Acreditar e Devolver-lhes a Coragem.	3	0	0	0	0	0	3

O Quadro 19 mostra que a frequência máxima das respostas é igual a 11 e corresponde à *Necessidade de Formação Específica*, mencionada pelos três grupos de participantes. A seguir, com uma ocorrência de 10 surge a *Disponibilidade de Tempo*, percebida como uma *necessidade* e, simultaneamente, como uma *dificuldade*. Com a mesma frequência total de 10 os profissionais referem a existência de uma *Equipa Multidisciplinar*, sobretudo, como *necessidade*, embora a sua inexistência também seja referida enquanto *dificuldade* de quem trabalha com crianças e adolescentes que tentam o suicídio.

A seguir, com o valor de ocorrência 9 surge a *necessidade de Supervisão Clínica (Técnica e Emocional)*. Os *Conhecimentos Teóricos e Técnicos* são também percebidos como uma *necessidade*, com frequência igual a 8.

Os dados apresentados mostram que *Lidar com a Família*, uma *Boa Comunicação com a Criança ou Adolescente*, a *Falta de Estruturas Sociais de Apoio* e *Conseguir a Adesão ao Acompanhamento* são as *dificuldades* mais relevantes para os profissionais.

Estas respostas aparecem com a frequência de 4 que, apesar de ser uma frequência baixa, corresponde ao valor máximo obtido no dicionário das *dificuldades*.

Com a frequência mínima considerada surgem dez respostas. Mais à frente serão destacadas algumas pelas particularidades ou exclusividades dentro dos grupos.

Saliente-se ainda o facto de quatro das respostas, mencionadas enquanto *necessidades*, coincidirem com quatro expressões evocadas nas *estratégias de intervenção*. E são elas: a *Capacidade de Compreensão*, a *Capacidade Empática*, *Saber Dialogar e Capacidade de Ouvir*. Também *Conseguir a Adesão/ Manutenção ao Acompanhamento*, mencionada enquanto *dificuldade e necessidade*, é equivalente a uma das *estratégias de intervenção* apontadas⁴⁷.

No **sub dicionário dos Psicólogos** encontram-se cinco expressões mencionadas três ou mais vezes. A expressão mais referida e em exclusivo por este grupo é *Supervisão Clínica (Técnica e Emocional)* com uma frequência igual a 9. Igualmente, referidas em exclusivo pelos Psicólogos, mas com uma ocorrência de 3, encontram-se as *Estratégias de Combate ao Burnout* no sentido de *Preservar a Saúde Mental dos Técnicos* e o *Trabalho em Equipa Coesa e com Espírito de Interajuda*, apontadas enquanto *necessidades*. A *dificuldade de Devolver-lhes (às crianças e aos jovens) a Confiança e a Coragem* é também mencionada com uma ocorrência de 3 e apenas por este grupo de participantes. Com esta mesma frequência é ainda referido o *Distanciamento Técnico*, quer como *necessidade*, quer enquanto *dificuldade*.

Do **sub dicionário dos Psiquiatras** fazem parte oito *dificuldades* e/ou *necessidades* evocadas três ou mais vezes e na liderança das frequências encontram-se os *Conhecimentos Teóricos e Técnicos* que surgem com uma ocorrência de 6. A seguir, como frequência de 5, o grupo dos Psiquiatras refere a existência de *Equipa Multidisciplinar*. Com a frequência mínima considerada, ou seja com 3 ocorrências aparecem a *necessidade de Capacidade Empática*; a *necessidade* e também *dificuldade de Disponibilidade de Tempo*; a *dificuldade por Falta de Estruturas Sociais de Apoio*; a *necessidade de Formação Específica* e ainda as *dificuldades em Identificar Causas e Significados* e em *Lidar com a Família*.

No **sub dicionário dos Médicos** surgem seis respostas de frequência igual ou superior a três, sendo a frequência máxima de 6, correspondendo à *necessidade* de

⁴⁷ Cf no Quadro 15 os itens: *Atitude Compreensiva, Atitude Empática, Promover o Diálogo, Ouvir e Manter o Tratamento/ Apoio Proposto*.

Formação Específica, a par da *Disponibilidade de Tempo* que surge, quer como *dificuldade* quer como *necessidade*. Segue-se a *Boa Comunicação* referida em exclusivo pelo grupo dos Médicos, com uma frequência de 5 e apontada sobretudo como *dificuldade*, embora também enquanto *necessidade*. Com frequência de 3 os Médicos referem a *necessidade* de *Equipa Multidisciplinar*, a *necessidade* de *Saber Dialogar* e a *dificuldade* pela *Falta de Confiança no Psiquiatra* por parte das crianças e dos adolescentes referida em exclusivo por este grupo.

Para finalizar, saliente-se que são os Psicólogos e os Psiquiatras que percebem os *Conhecimentos Teóricos e Técnicos* como uma *necessidade*, sendo que esta surge, como já se referiu, com a frequência igual a 8. No grupo das expressões com a frequência mínima considerada destaque-se a *dificuldade* e *necessidade* de *Lidar com a Morte e Abordar a Morte* mencionada pelo grupo dos Psiquiatras e pelos Psicólogos enquanto *dificuldade*. Neste grupo de frequência igual a 3, saliente-se ainda a *Capacidade de Ouvir* enquanto *necessidade*, apontada pelos Psiquiatras e Médicos, e a *dificuldade* em se obter a *Adesão e Colaboração da Família* sentida pelos Psicólogos e Médicos.

1.3.4. Factores que estruturam a representação das Dificuldades e Necessidades.

A partir da Análise Factorial de Correspondências (AFC) das expressões retidas, com valor de frequência igual ou superior a três, extraíram-se os dois primeiros factores, responsáveis pela explicação de cerca de 54% da variância total.

Como se pode observar no Quadro 20, o primeiro factor opõe as *dificuldades* às *necessidades*. Como *dificuldades* os profissionais salientam, principalmente, *Lidar com a Família*, *Falta de Estruturas Sociais de Apoio*, *Identificar Causas e Significados*, *Relação ou Trabalho com os pais*, *Voltar a fazê-los Confiar e Acreditar* e *Devolver-lhes a Coragem* e *Conseguir Adesão e Colaboração da Família*. As *necessidades* que se salientam são, sobretudo, a de *Supervisão Clínica (técnica e emocional)*, a de *Formação Específica*, a aquisição de *Conhecimentos Teóricos e Técnicos* e ainda o *Trabalho numa Equipa Coesa e onde exista espírito de Interajuda*.

O segundo factor opõe as respostas dadas pelos Psicólogos às respostas dadas pelos Psiquiatras e pelos Médicos. São os Psicólogos que mencionam, principalmente, as expressões *Devolver-lhes a Confiança e a Coragem*, *Supervisão Clínica*, *Conseguir a Adesão da Família*, a *Relação e Trabalho com os Pais* e ainda o *Distanciamento Técnico*, no sentido de conseguir a *Separação entre o Pessoal e o Profissional*.

Quadro 20: Análise Factorial das Correspondências das Dificuldades e Necessidades

	Massa	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
		1	2	1	2	1	2
		Organização Factorial do Sub Dicionários em função do Grupo de Profissionais					
Dificuldades dos Psicólogos	0,099	-1,385	-1,882	0,222	0,49	0,325	0,503
Dificuldades dos Psiquiatras	0,116	-1,494	0,953	0,302	0,147	0,445	0,152
Dificuldades dos Médicos	0,124	-0,933	0,336	0,126	0,02	0,225	0,024
Necessidades dos Psicólogos	0,231	0,901	-0,769	0,22	0,191	0,377	0,23
Necessidades dos Psiquiatras	0,215	0,558	0,405	0,078	0,049	0,241	0,106
Necessidades dos Médicos	0,215	0,454	0,585	0,052	0,103	0,156	0,217
Organização Factorial das Dificuldades e Necessidades							
Formação Específica	0,091	0,659	0,404	0,046	0,021	0,134	0,559
Disponibilidade de Tempo	0,083	0,055	0,559	0	0,036	0,585	0,592
Equipa Multidisciplinar	0,083	0,456	0,39	0,02	0,018	0,257	0,678
Supervisão Clínica	0,074	1,053	-1,075	0,096	0,12	0,249	0,535
Conhecimentos Teóricos e Técnicos	0,066	0,753	0,156	0,044	0,002	0,009	0,266
Capacidade Empática	0,058	0,119	-0,103	0,001	0,001	0,018	0,048
Capacidade Compreensão	0,05	0,745	0,103	0,032	0,001	0,015	0,939
Boa Comunicação	0,041	-0,767	0,539	0,028	0,017	0,048	0,163
Conseguir Adesão/ Manutenção ao Acompanhamento	0,041	-1,109	-0,528	0,059	0,016	0,136	0,853
Ambiente e Espaço Apropriados	0,033	0,692	0,281	0,018	0,004	0,078	0,643
Falta de Estruturas Sociais de Apoio	0,033	-1,583	1,115	0,097	0,057	0,204	0,695
Lidar com a Família	0,033	-1,583	1,115	0,097	0,057	0,204	0,695
Saber Dialogar	0,033	0,561	0,754	0,012	0,026	0,213	0,354
Separar pessoal/ profissional; distanciamento técnico	0,033	-0,151	-1,077	0,001	0,054	0,684	0,700
Adesão; Colaboração da Família	0,025	-1,443	-1,596	0,060	0,088	0,416	0,823
Capacidade de Ouvir	0,025	0,571	0,733	0,009	0,019	0,243	0,419
Estratégias Combate Burnout; Preservar Saúde Mental	0,025	1,053	-1,075	0,032	0,040	0,249	0,535
Falta Confiança no Psiquiatra por parte cri./ adoles.	0,025	-1,091	0,469	0,034	0,008	0,022	0,166
Identificar Causas e Significados	0,025	-1,747	1,331	0,088	0,061	0,166	0,507
Informação sobre Estruturas Sociais de Apoio	0,025	0,612	0,65	0,011	0,015	0,191	0,393
Lidar com a morte; abordar a morte	0,025	-0,904	-0,244	0,024	0,002	0,027	0,464
Relação com pais; ajudar os pais; trabalhar com os pais	0,025	-1,661	-1,308	0,080	0,059	0,276	0,808
Trabalho Equipa Coesa e Interajuda	0,025	1,053	-1,075	0,032	0,04	0,249	0,535
Voltar a fazê-los Confiar e Devolver-lhes a Coragem.	0,025	-1,619	-2,628	0,076	0,239	0,544	0,791

Nas respostas dos Psiquiatras e dos Médicos salientam-se, sobretudo, Identificar Causas e Significados, Lidar com a Família, Falta de Estruturas Sociais de Apoio e Disponibilidade de Tempo.

Verifica-se assim, que para além da questão comum da família, nas respostas dos Psicólogos salientam-se, sobretudo, mais dois tipos de questões: uma centrada na relação com as crianças ou adolescentes e a outra centrada nas *dificuldades/ necessidades* técnicas do próprio profissional. No caso dos grupos dos Psiquiatras e dos Médicos poder-se-á falar em questões relacionadas com a avaliação do acto e *dificuldades/ necessidades* que se poderão designar de funcionais, quer do próprio técnico – disponibilidade de tempo, quer do sistema social - falta de estruturas.

A representação gráfica da análise factorial de correspondências das *dificuldades* e das *necessidades* pode ser observada na Figura 3.

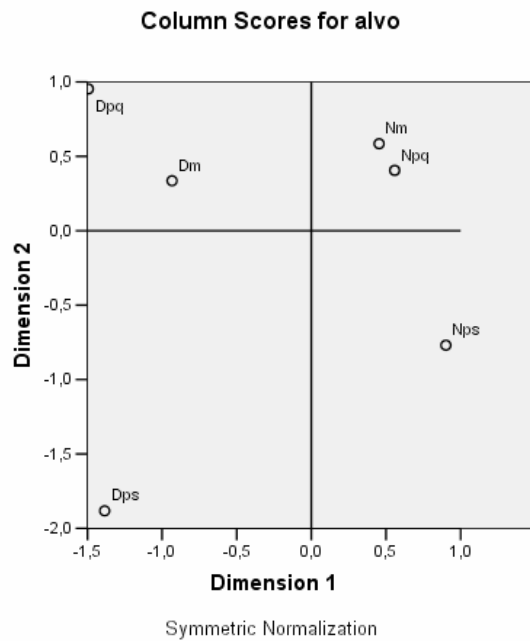


Figura 3: Organização das Dificuldades e Necessidades em Função dos Grupos Profissionais, dos Alvos e da Positividade – Negatividade nos Factores I e II da Análise Factorial das Correspondências.

Pela observação da Figura 3 verifica-se que, ao nível das *dificuldades* e *necessidades*, as representações dos três grupos de participantes se diferenciam, sendo que as dos Psiquiatras e dos Médicos se aproximam, enquanto se afastam da dos Psicólogos. Por outro lado, parecem ser os Psicólogos que mais distanciam as *dificuldades* e as *necessidades*. No ponto que se segue procede-se à síntese e reflexão dos resultados do estudo.

2. Discussão dos Resultados

Da leitura e análise dos resultados constata-se regularidades e particularidades. Neste ponto, salientam-se as mais pertinentes, organizando a informação em três sub pontos:

(1) um primeiro, em que se discutem os indicadores descritivos e de semelhança, de forma transversal às três dimensões em análise (*explicativa, intervenção e dificuldades/ necessidades*) e salientando algumas particularidades dentro de cada dimensão⁴⁸,

(2) um segundo, onde se reflecte acerca dos conteúdos e dos factores que estruturam as representações sociais em cada uma das dimensões consideradas do suicídio juvenil⁴⁹,

(3) um terceiro, onde se procede a uma síntese reflexiva final, tendo como ponto orientador os três objectivos específicos desta investigação: (1) apreender os principais factores de significação que estruturam as representações do suicídio juvenil dos participantes no seu conjunto; (2) verificar as diferenças e as similitudes destas representações em função dos três grupos considerados (Psicólogos, Psiquiatras e Médicos) e (3) obter indicadores em cada uma das dimensões em análise que possibilitem a construção de um questionário que permita, por sua vez, desenvolver e dar continuidade ao estudo das representações profissionais do suicídio juvenil.

2.1. INDICADORES DESCRITIVOS E DE SEMELHANÇA DOS CAMPOS SEMÂNTICOS

Na generalidade, são os Psicólogos que apresentam valores mais elevados no conjunto dos três indicadores descritivos: fluidez, amplitude e riqueza. São também os Psicólogos que apresentam, mais vezes, o maior número de respostas retidas, com valor igual ou superior a três, (constituindo excepção a dimensão *dificuldades/ necessidades*). Estes resultados apontam para uma maior expressividade ao responder às questões colocadas e também uma maior criatividade, por parte deste grupo. Os dados obtidos, especificamente os índices de riqueza, revelam uma menor homogeneidade dentro do grupo dos Psicólogos, sendo que são os dicionários destes participantes que integram,

⁴⁸ Corresponde à discussão dos pontos (1) descrição global dos campos semânticos e (2) comparação entre campos semânticos, da análise de resultados realizada para cada uma das três dimensões (cf. início deste capítulo – 1. Leitura e Análise dos Resultados)

⁴⁹ Corresponde à discussão dos pontos (3) descrição dos conteúdos dos campos semânticos e (4) factores que estruturam as representações profissionais, da análise de resultados realizada para cada uma das três dimensões (cf. início deste capítulo – 1. Leitura e Análise dos Resultados)

mais vezes, maior volume de informação. Por oposição, são os Psiquiatras que, tendencialmente, mais partilham os mesmos universos semânticos, o que é revelador da existência de representações mais hegemónicas para este grupo. Atendendo às funções das representações profissionais, tal como foram conceptualizadas no Capítulo III, e tomando as do suicídio juvenil como analisador, os dados sugerem que os Psiquiatras são os que possuem uma identidade profissional mais vincada. Esta identidade profissional mais definida, por parte dos Psiquiatras, leva a supor que é este grupo que assume práticas e orientações mais uniformes ao nível do intragrupo, perante a problemática do suicídio juvenil. Este dado é reforçado pelos índices de homogeneidade (ou riqueza) mais baixos na *dimensão de intervenção* dos Psiquiatras, comparativamente com os outros dois grupos⁵⁰. Assumindo as representações profissionais como tendo um papel prescritivo para a actividade profissional, as diferenças que os indicadores sugerem, terão certamente influência ao nível da desejável participação nas redes institucionais e transdisciplinares. A existência de representações sociais hegemónicas garante e protege as especificidades intra e inter grupos, que poderão facilitar a articulação inter equipas se existir uma base comum para a comunicação e a hegemonia não se traduzir em rigidez. Como particularidade de apontar o facto de para *Significados do Suicídio* serem os Psicólogos a apresentarem o índice de homogeneidade mais baixo.

Na *dimensão explicativa*, os índices de riqueza revelam também que os profissionais integram menor volume de informação quando explicam o suicídio do que quando explicam a tentativa de suicídio. Os profissionais ao recorrerem a um campo semântico mais comum no caso do suicídio revelam a emergência e a partilha de uma representação profissional mais forte, do que no caso da tentativa de suicídio. Tendo em conta as condições de emergência das representações profissionais, também discutidas no capítulo III, este resultado vai de encontro à complexidade e à existência de barreiras sociais e culturais na abordagem da morte, por parte dos profissionais, documentada na literatura (e.g. Tanney, 1995). A morte colocando o pensamento em frente ao vazio, não é um acontecimento com o qual os técnicos, mesmo da área da saúde, estejam familiarizados, esperem ou concebam enquanto desfecho usual (Tanney, 1995). Por colocar em causa questões muito profundas, o suicídio é um desafio particularmente

⁵⁰ Dentro das *estratégias de intervenção*, perante o estímulo *o que não se deve fazer* os Psiquiatras têm índice mais baixo de riqueza ou homogeneidade. Perante o estímulo *o que se deve fazer* os Psiquiatras apresentam uma riqueza a par dos médicos e mais baixa que os Psicólogos

exigente, do ponto de vista emocional para o técnico que se confronta com este acontecimento. Como experiência profissional, o suicídio, particularmente, o juvenil, provoca inquietações, funciona enquanto *stressor* e pode colocar em causa a confiança que os profissionais depositam em si mesmos.

Na *dimensão de intervenção* verifica-se que os participantes, tomados na globalidade, são mais expressivos quando as estratégias são questionadas em termos *do que se deve fazer*, obtendo também dicionários mais ricos perante este estímulo, ou seja, os dados indicam a existência de uma representação social mais uniforme quando se trata do *que não se deve fazer*. O que se interpreta na medida em que aquilo que não se deve fazer pode muito mais obedecer a um manual de procedimentos comum. Porém, atendendo às diferenças inter grupos verifica-se que os Médicos recorrem a um dicionário mais comum perante a questão *o que se deve fazer* comparativamente com a questão *o que não se deve fazer*. No caso dos Médicos existe uma coerência intragrupo maior sobre *o que fazer* do que sobre *o que não fazer*.

Relativamente à *dimensão dificuldades/ necessidades*, como particularidade, de destacar que os índices de riqueza são mais baixos nas representações das *necessidades*, que nas *dificuldades*. Este dado leva a crer que as primeiras são mais sociais enquanto as *dificuldades* serão mais individuais. Por outras palavras, as dificuldades são mais idiossincráticas e por isso também mais diversas.

Relativamente às comparações efectuadas entre os vários dicionários das diferentes dimensões, através dos índices de Ellegard, verifica-se que os grupos diferem entre si nas três dimensões consideradas, o que vai de encontro à expectativa da existência de diferenças nos conteúdos representacionais em função da pertença profissional. Os dicionários, mais vezes, mais semelhantes entre si são entre os Psiquiatras e os Médicos. Esta maior semelhança entre estes dois grupos está de acordo com a teoria das representações sociais quando refere que as representações profissionais perante um mesmo campo profissional – neste caso o “objecto-sujeito” suicídio juvenil -, emergem da conjugação do envolvimento na prática com os saberes teóricos de referência. Na realidade, neste estudo existem duas formações de base – a medicina e a psicologia.

As representações constituem uma base de comunicação entre os profissionais. No entanto, também podem promover o desacordo inter grupos. Para além do grau de semelhança, inferido a partir do índice de Ellegard, há que atender aos conteúdos dos

campos semânticos. As representações sociais possuídas por dois grupos deverão ser analisadas, não só à luz de um critério de semelhança - não-semelhança, mas também à luz de um critério de equivalência - não-equivalência (Marques, 1983).

Os resultados até aqui apresentados vão de encontro às expectativas de que a variável – grupo profissional – influí na representação do suicídio juvenil. A seguir discutem-se os resultados ao nível dos conteúdos dos campos semânticos.

2.2. INTERPRETAÇÃO DOS CAMPOS SEMÂNTICOS ENQUANTO DIMENSÕES DE SIGNIFICAÇÃO

Neste ponto discutem-se os campos semânticos das representações sociais de suicídio juvenil dos profissionais. Para cada uma das três dimensões analisadas - *explicativa*, *interventiva* e *dificuldades/ necessidades* -, reflecte-se acerca das respostas, cuja frequência nos indica serem as mais importantes no pensamento dos profissionais. Através dos resultados das Análises Factoriais de Correspondências (AFC's), interpretam-se as respostas discriminatórias que agrupam as representações. Destacam-se, ainda algumas respostas pela importância que se considerou per si, por referências na literatura, comparação com outros estudos, pertinência que se julga ter na área da prevenção ou por relacionarem as representações profissionais das três dimensões do suicídio juvenil consideradas neste estudo.

2.2.1. Interpretação dos Campos Semânticos da Dimensão Explicativa

A *Depressão* destaca-se como a variável mais importante na interpretação do suicídio juvenil por parte dos três grupos de participantes (cf. Quadro 11).

A *Depressão* remete para uma causalidade e significância na área da dinâmica psíquica e da personalidade. Trata-se de um factor interno, tendencialmente, fora do controlo da criança ou adolescente. Ou seja, pode situar-se numa linha de abordagem biológica⁵¹ e, simultaneamente, nosológica. Desta forma, os comportamentos suicidários juvenis surgem relacionados com alterações psicopatológicas, sendo sintomas das mesmas. De facto, na área da psiquiatria biológica, como se descreve na parte teórica, destacam-se os estudos que procuram uma relação entre a depressão e o suicídio, através da pesquisa do metabolismo da serotonina. E, se por um lado estas

⁵¹ Esta tónica biológica significa que se acredita que a *Depressão* e a *Psicopatologia*, em geral, resultam de vulnerabilidades biológicas, de predisposições da constituição genética, obviamente, estando estas em interacção com a constituição e dinâmica psicológica, por sua vez influenciadas pelas experiências de vida e pelos processos de desenvolvimento.

investigações apontam para a existência de uma relação entre a redução da concentração deste neurotransmissor e os comportamentos suicidários, por outro, não explicam que nem todos os deprimidos que têm este decréscimo tentem o suicídio. Assim, será necessário recorrer à Psicopatologia numa perspectiva compreensiva e desenvolvimental. E neste caso seremos remetidos para perspectivas interpretativas integradoras.

Até meados dos anos setenta, os estudos limitaram-se a considerar a depressão apenas na idade adulta. A controvérsia em torno da temática “depressão infantil” permanece actual. No início, quando a questão começa a ser problematizada, às evidências clínicas da existência de depressão nas crianças opunham-se teorizações que defendiam a impossibilidade deste fenómeno ocorrer nas faixas etárias em questão. Tais perspectivas fundamentavam-se, sobretudo, nas limitações cognitivas inerentes às fases de desenvolvimento. Muito provavelmente, a estas concepções está aliada a construção social da criança como um ser despreocupado, inerentemente feliz e imune à depressão. Mas os estudos de caso, e mais tarde os estudos empíricos, mostraram que a depressão se manifestava mesmo em crianças muito pequenas. Entretanto, surge o conceito de depressão mascarada, apontando que a depressão nas crianças pode revelar-se sob diversos sintomas, tais como, agressividade, enurese, medos e outros (Marujo, 2000). Presentemente, embora não consensual, vai sendo mais ou menos pacífico que as crianças têm capacidade de experienciar grande sofrimento psicológico, assim como de deprimirem (Miller, 1991 in idem). A polémica mais recente situa-se ao nível das especificidades relacionadas com as fases desenvolvimentais, com as subsequentes formas de expressar as emoções e, conseqüentemente, com as diferentes formas das desordens afectivas se manifestarem.

A questão que se poderá colocar neste ponto, e invocando, nomeadamente, a discussão teórica da relação entre o desenvolvimento da noção de morte e do suicídio, é se nas representações dos profissionais não estará patente a importação de um modelo de explicação do suicídio de adultos para as crianças e adolescentes. Tal como na depressão, também no suicídio, a explicação do fenómeno através de conceptualizações e metodologias próprias dos adultos poderá reduzir a compreensão do problema. E, desta forma, limitar a identificação de situações de risco, de intervenção ou prevenção adequadas.

Alguns dados recentes, provenientes de estudos psicossociais, revelam a maior importância da *Desesperança*, comparativamente com a *Depressão*, para o desencadear

de um acto suicida (Alte da Veiga, 2005). Neste estudo são os Psicólogos que a colocam em evidência enquanto explicação do suicídio juvenil.

Analisando os resultados verifica-se, ainda, que na explicação do suicídio e tentativa de suicídio juvenis, é valorizada a *Psicopatologia*, que surge a par, em termos de importância no pensamento dos profissionais, da *Chamada de Atenção*. Nesta, está patente uma função comunicativa, também designada na literatura por *Padrão Social de Apelo* (e.g., Joffe, 2000; Sampaio, 2002; Saraiva 1999). A seguir, na tabela de frequências, surge o *Consumo de Drogas e Álcool*. Os profissionais, ao referirem este comportamento enquanto razão do suicídio juvenil, colocam a sua explicação na esfera das atribuições externas e dos comportamentos ditos desviantes. De referir que o abuso de substâncias psicoactivas está incluído na noção de para-suicídio. Existem vários estudos que relacionam o consumo de drogas e álcool e as condutas suicidas dos jovens. Os resultados dos mesmos indicam que o abuso de drogas e álcool pode constituir um factor predisponente importante (Crepet, 2002). No entanto, uma conexão causal é dificilmente verificável. Um dado interessante, acerca desta relação entre drogas/ álcool e suicídio juvenil, foi encontrado no estudo de Sampaio e colab (2000) no qual se salienta que são os jovens que nunca tiveram ideias de suicídio que representam o consumo de álcool e drogas enquanto causa do suicídio.

De apontar também, que uma das estratégias de prevenção preconizadas pela OMS é a redução da facilidade de aquisição de drogas, assim como aumentar o preço das bebidas alcoólicas e diminuir os locais da sua venda.

A seguir às Drogas e Álcool, os profissionais destacam o sentimento de *Frustração* situando assim a representação da explicação do comportamento suicidário juvenil numa área que se poderá designar de intraindividual.

A importância atribuída pelos profissionais aos *Problemas Familiares*, expressão seguinte na tabela das frequências, enquanto interpretação do suicídio juvenil, é consonante com as inúmeras referências na literatura. A preponderância da família encontra-se documentada, quer em estudos empíricos, quer ao nível das teorias interpretativas, sobretudo das perspectivas sistémicas (e.g., Richman, 1984 in Crepet 2002; Wagner, Silverman e Martin, 2003).

A família assume uma grande relevância na chamada resolução de tarefas de

desenvolvimento. Vygotsky⁵² (1979) conceptualiza as interações sociais como elementos fundamentais para o desenvolvimento e preconiza que para entendermos o indivíduo, neste caso a criança ou o adolescente, devemos primeiro perceber as relações sociais onde ele se desenvolve. O autor não negando a importância dos factores biológicos e maturativos, salienta o papel dos factores sociais e culturais no desenvolvimento da criança. Este aspecto da teoria vigotskiana, constituindo um marco na Psicologia do Desenvolvimento, sublinha que a família é o primeiro grande contexto social e relacional onde os processos de desenvolvimento ocorrem.

A família é o contexto responsável pelos primeiros cuidados prestados à criança, sendo o espaço onde cada um naturalmente nasce e cresce. É o lugar privilegiado de aprendizagem de várias dimensões fundamentais para o processo de desenvolvimento e socialização. A família surge como primeiro espaço de vivência de relações significativas e dimensões afectivas profundas: contactos corporais, comunicação, relações interpessoais, filiação, fraternidade, amor, sexualidade, emoções e afectos positivos e negativos. É assim, constitui o contexto onde a criança vai construindo o sentimento de ser quem é e a que mundo pertence, estabelecendo a base para a vida social da criança e para o seu percurso desenvolvimental global (Alarcão, 2002). Mas a família surge também, na história recente da vitimologia, como um dos principais e mais problemáticos contextos de vitimação (Machado e Gonçalves, 2002).

Das representações que os participantes têm da explicação dos comportamentos suicidários juvenis destaca-se também a *Ruptura Amorosa*. A esta associa-se um sentimento de perda, tratando-se, assim, de uma temática interpessoal e interactiva da etiologia do suicídio juvenil. Com a mesma frequência surge a *Psicose*, uma explicação que remete para o intrapsíquico em ruptura com a realidade e que escapa ao controlo da criança ou adolescente. Também aqui se poderão levantar questões relativas à história e controvérsia em torno da psicose infantil.

O *Isolamento*, salientado a par da *Ruptura Amorosa* e da *Psicose*, é uma variável sócio-demográfica que tem vindo a ser estudada e correlacionada com o suicídio. Investigações psicossociais, que averiguam a relação entre fragmentação e coesão social e comportamentos suicidários, apontam para o facto do suicídio ser o tipo de morte mais

⁵² Este psicólogo russo, falecido em 1934, e desconhecido na comunidade científica ocidental até aos anos 70/80 é também evocado como um dos grandes percursores da teoria das representações sociais, ao perspectivar que os processos cognitivos não são exclusivamente individuais, que a origem do pensamento se encontra na interacção social, sendo o próprio pensamento uma forma de interacção (Vala, 2000).

correlacionado com o *Isolamento*, enquanto o para-suicídio parece estar mais relacionado com a *Solidão* (Alte da Veiga, 2005). A *Solidão*, apontando para a esfera intrapsíquica e também relacional, é, no presente estudo, evocada em exclusivo pelo grupo dos Psicólogos, enquanto o *Isolamento* é salientado sobretudo pelos Psiquiatras.

A propósito dos resultados específicos de cada grupo, as frequências, enquanto indicador da importância que os profissionais atribuem às diferentes explicações, parecem revelar algumas tendências inter-grupos. São os **Psicólogos** que mais valorizam, nas suas explicações, as variáveis intrapsíquicas e vivenciais, tais como o *Desespero* e a *Desesperança*. Os factores intrapsíquicos salientados pelos Psicólogos apelam para a dinâmica dos estados, para a conflitualidade interna e para a vivência do sofrimento (e.g., *Eliminar Sofrimento/ Dor; Solidão*). Os **Psiquiatras** dão a primazia aos factores internos cujo controlo, não está ao alcance do indivíduo (e.g., *Psicopatologia; Psicose; Distúrbios da Personalidade*). Os **Médicos**, por sua vez, colocam a tónica na *Chamada de Atenção* para a explicação dos comportamentos suicidários juvenis. São sobretudo os **Psiquiatras** e os **Médicos** que salientam os problemas ou dificuldades relacionados com a família, nas suas representações (e.g., *Dificuldades Parentais; Falta de Apoio Familiar; Conflitos Familiares*).

Destaque-se ainda o *Acesso Fácil a Fármacos* apontado pelos **Psicólogos** e **Psiquiatras** como razão para o comportamento suicida. Entre as inúmeras variáveis que, geralmente, são consideradas nos estudos epidemiológicos, quer em populações clínicas, quer em populações não clínicas, consta o método utilizado na auto-agressão. Estas investigações revelam que o método varia consoante a região e a época. Actualmente, a intoxicação por ingestão de doses excessivas de substâncias medicamentosas figura no *ranking* nacional dos comportamentos suicidários, sobretudo das zonas urbanas. As representações sociais dos profissionais da presente investigação denotam esta mesma realidade, e uma vez que as representações emergem de acordo com a experiência vivida, este facto é consonante com a região onde os participantes exercem a sua prática profissional. Quase todos os profissionais (28) exercem a sua prática profissional no Porto, distrito de grande urbanidade. Assim, não será por acaso, que o acesso fácil a armas de fogo ou a tóxicos ligados à agricultura, não tenham sido referidos na explicação do suicídio e tentativa de suicídio juvenis.

O **primeiro factor** obtido na Análise Factorial de Correspondências (AFC), opõe causas a significados e legitima assim a opção destes dois conceitos enquanto indutores na *dimensão explicativa*, sugerindo a sua manutenção em dois campos distintos num

questionário a construir para o alargamento do estudo das representações profissionais do suicídio juvenil. Para as *causas* os profissionais partilham expressões concretas que traduzem factores predisponentes e precipitantes dos comportamentos suicidários (*Frustração, Consumo de Drogas, Problemas Familiares, Ruptura Amorosa, Fracassos Escolares*⁵³, *Psicopatologia*). Nos *significados* os profissionais usam expressões que apelam para vivências mais subjectivas e emocionais. Os *significados* remetem para estados negativos, para a comunicação dos mesmos ou para a expectativa de mudança. (*Eliminar Dor/ Sofrimento; Dor/ Sofrimento; Manifestar Mal estar; Desistir; Esperança Nova Vida/ Renascimento*⁵⁴; *Angústia*). Pode-se admitir que nas representações dos profissionais está presente a ideia de que as crianças ou os jovens mais do que morrer, querem viver de outra maneira. Stengel (1964 *cit in* Sampaio, 2000 p. 45) ilustra a função de apelo dos comportamentos suicidários através da expressão “*quero morrer, façam alguma coisa por mim*”.

Shneidman (1970) é o grande precursor do reconhecimento no suicídio do limite do sofrimento e da dor psicológica. O autor desenvolve um modelo, conhecido por *Teoria do Cubo*, que se insere nas denominadas perspectivas integrativas.

A experiência do *Sofrimento* e da *Dor*, enquanto significado dos comportamentos suicidários juvenis, pode também remeter para reflexões proporcionadas pela neurobiologia e pelas neurociências. Numa época em que se assiste a um retorno ao cérebro no enquadramento das emoções e tendo presente que é na área da biologia que se têm verificado maiores avanços para a prevenção do suicídio, as considerações que se seguem, ainda que à margem das interpretações dos participantes, revelam-se com interesse para a discussão e na definição de estratégias de intervenção e/ ou prevenção.

Explica-nos Damásio (1995) que a dor, assim como o prazer são alavancas que o

⁵³ Existem vários estudos, da década de 70 e 80, que investigam a relação entre o rendimento escolar e os comportamentos suicidários. No entanto limitações metodológicas, como a dificuldade de isolar variáveis, faz com que os resultados não sejam consensuais. Alguns apontam para rendimento escolar, significativamente mais baixo, nas crianças ou adolescentes com comportamentos suicidários (Connell, 1972 in Joffe e Offord,1990; Rosenberg e Latimer, 1966 in idem). Outros estudos não encontram diferenças (Pfeffer et al., 1979 in idem) e outros, ainda, constata-nas, mas entre suicidários primários e reincidentes (Stanley & Barter, 1977 in idem). Os fracassos escolares surgem, muitas vezes, referidos como factores precipitantes ou causas imediatas (acontecimentos nas horas ou dias que antecedem o acto e que podem ter precipitado a decisão, considerando-se, em geral, o tempo máximo de três dias) (Crepet, 2002).

⁵⁴ Baechler (1975 in Crepet 2002, Sampaio 2002) elabora uma tipologia, apresentada na parte teórica, em que utiliza a designação de *passagem* quando o suicídio é cometido ou tentado com o objectivo de atingir um estado mais agradável.

organismo necessita. Este neurologista avança que estes elementos são intervenientes no desenvolvimento de estratégias sociais de tomada de decisão. Quando vários indivíduos experienciam as consequências dolorosas de fenómenos psicológicos, sociais e naturais torna-se possível o desenvolvimento de estratégias culturais e intelectuais para fazer face à experiência da dor e para conseguir reduzi-la.

As reacções à dor constituem um excelente exemplo de fenómenos mentais que dependendo da activação de disposições inatas podem ser alteradas pela educação.

Quer na dor, quer no prazer devemos conceber a existência de três componentes: a sensorial, a afectiva e a cognitiva. Isto apesar da ciência, ao longo da sua história, reduzir muitas vezes a dor à sensação e o prazer ao seu aspecto afectivo. Principalmente a componente afectiva, apesar de como é evidente as três componentes não serem separáveis, permite conceber a dor como antídoto do prazer e assim relacionar estes dois estados que se podem entrecruzar na ambivalência da decisão de um gesto autodestrutivo: “*Até as coisas boas iam lá parar*”, refere Kaysen (2001, p. 37) a propósito do debate interior sobre a decisão de se suicidar ou não. E acrescenta: “*Gostei daquele filme, talvez não devesse suicidar-me*” (idem).

Ainda a propósito, Vincent (1986) refere que *toda a dor é sentida em função do que a rodeia - espaço corporal e extra-corporal - e do que a precede, por vezes, muito longe no passado - espaço temporal* (p. 215). De forma semelhante, o prazer pode ser entendido como um sentimento ou estado afectivo ao qual estão ligadas determinadas manifestações orgânicas, porém esse mesmo estado só adquire sentido enquanto o indivíduo tem conhecimento dele. Tal como a dor, o prazer pode ser decomposto nas três dimensões enunciadas. A dimensão corporal está relacionada com o funcionamento dos órgãos e com a composição do meio interno. O prazer é acompanhado por um conjunto de sinais de actividades do sistema parassimpático. A dimensão extra-corporal refere-se aos objectos de desejo ou que provocam afastamento. O prazer ou desprazer que surge do encontro do indivíduo com o objecto não se pode separar da aproximação ou afastamento que provoca. De referir que são vários os exemplos de estímulos cuja valência está determinada geneticamente, mas o espaço extra-corporal do indivíduo não está todo programado. É consensual que a experiência e a aprendizagem completam os programas centrais (Vincent, 1986).

O **segundo factor** retido na AFC revela diferenças entre os grupos de profissionais quanto à explicação. Este factor opõe os “*Psis*” (Psicólogos e Psiquiatras) e os Médicos, nas *causas do suicídio*, nas *causas da tentativa de suicídio* e nos

significados do suicídio. No *significado da tentativa de suicídio* os três grupos partilham representações equivalentes, o que leva a admitir que, apesar de diferentes, não há uma fronteira rígida nas representações sociais da explicação do suicídio juvenil entre os três grupos.

Em síntese, os profissionais deste estudo, representam a dimensão explicativa do suicídio juvenil através de uma multiplicidade de *causas* e *significados*, o que parece ir de encontro a uma perspectiva teórica de interpretação integrada. Perante a diversidade de explicações é possível agrupá-las em vários temas:

- (1) vivências que dão conta da (des)adaptação ao mundo exterior e/ ou que podem interpretar-se enquanto movimentos de procura de identidade por parte das crianças ou adolescentes (e.g., *Consumo de Drogas e Álcool; Desafio/ Testar Limites; Dificuldade de Resolver Problemas; Desejo de Mudança*);
- (2) realidade interior, traduzida, quer por factores da dinâmica psíquica, expressa por emoções, sentimentos ou estados negativos (e.g., *Desespero; Sofrimento/ Dor; Angústia*), quer por auto percepções e características da personalidade (e.g., *Auto Imagem Negativa; Imaturidade*), quer ainda por factores internos, mas que basicamente fogem ao controlo do indivíduo, uma vez que possuem uma forte tónica biológica (e.g., *Psicopatologia; Psicose*);
- (3) dificuldades de índole relacional (e.g., *Ruptura Amorosa; Dificuldade de Relação com os Pares*);
- (4) factores externos sócio-demográficos (e.g., *Isolamento; Falta de Apoio Social*);
- (5) factores ligados a uma função comunicativa (e.g., *Pedido de Ajuda; Manifestar/ Expressar Mal Estar*) e
- (6) dificuldades relacionadas com a família (e.g., *Problemas Familiares; Não Integração na Família*).

Analisando estas representações através do eixo interno vs externo, verifica-se que, no pensamento dos profissionais deste estudo, a explicação dos comportamentos suicidários juvenis situa-se, tendencialmente, ao nível interno e interpessoal. Por outras palavras, o suicídio juvenil explica-se através da realidade interna da criança ou adolescente e do seu mundo relacional.

2.2.2. Interpretação dos Campos Semânticos da Dimensão de Intervenção

Na dimensão de intervenção, a atitude de *Não Desvalorizar/ Dar Importância* surge como a estratégia mais destacada na tabela das frequências (cf.

Quadro 15). A seguir os profissionais valorizam o *Acompanhamento Profissional*, sem discriminarem a especificidade do mesmo. As respostas de importância subsequente, no pensamento dos participantes do estudo, correspondem à não adoção de uma série de atitudes negativas face ao gesto suicida e à criança ou adolescente que o comete (e.g., *Não Recriminar/ Não Castigar; Não Moralizar/ Não Criticar/ Não Julgar; Não Culpabilizar*). A par destas atitudes encontra-se a estratégia de *Envolver a Família*, realçada sobretudo pelo grupo dos Médicos, o que é consonante com a maior importância que este grupo atribui aos factores familiares na *dimensão explicativa*.

Ressalte-se que com a frequência mais elevada, em cada um dos dicionários dos três grupos considerados, surgem expressões que, embora sejam diferentes, se podem englobar, sob a designação, de *Estratégias Atitudinais*, reforçando assim a importância que estas assumem no pensamento dos profissionais.

As restantes estratégias mencionadas podem ser agrupadas em *Estratégias de Acompanhamento Profissional*, *Estratégias de Avaliação* e *Estratégias Específicas*, onde se encontram expressões que apelam, por um lado para o envolvimento da família, por outro para a comunicação.

O **primeiro factor** extraído da AFC opõe as estratégias dos **Psicólogos** às estratégias mencionadas pelos **Psiquiatras** e **Médicos**. Os primeiros salientam o que se poderá designar por Estratégias Atitudinais (e.g., *Atitude Compreensiva*) e Estratégias de Acompanhamento Profissional (e.g., *Acompanhamento Psiquiátrico*). Os **Psiquiatras** e os **Médicos**, às estratégias referidas, acrescentam-se as Estratégias Avaliativas (e.g., *Tentar Perceber as Motivações*) e Estratégias que se poderão designar por Específicas ou de Comunicação (e.g., *Promover o Diálogo*).

O **segundo factor** obtido na AFC opondo os **Psiquiatras** aos **Médicos**⁵⁵ salienta que as estratégias discriminatórias entre estes dois grupos são as Avaliativas (e.g., *Avaliar as Condições e o Método*), salientadas pelos **Psiquiatras** e as que se podem designar por Específicas destacadas pelos **Médicos** (e.g., *Envolver a Família; Ouvir*).

Em suma, ao nível da conceptualização da *intervenção*, as representações

⁵⁵ O valor da coordenada vertical dos Psicólogos aproxima-se de zero, ou seja, neste eixo este grupo não está representado (cf. figura 3).

profissionais dos três grupos em estudo diferenciam-se e parecem estar relacionadas quer com as diferentes formações académicas de cada grupo, quer com as diferenças ao nível das experiências quotidianas profissionais.

Neste ponto da discussão, poder-se-á admitir que as diferenças verificadas, quer ao nível da dimensão de intervenção, quer na dimensão explicativa, não serão alheias aos arsenais terapêuticos distintos que cada grupo possui e que condicionam as suas práticas. Enquanto os Médicos, e por excelência os Psiquiatras, possuem os medicamentos como forma de fazer regredir ou compensar a *Psicopatologia* ou a *Psicose*, os Psicólogos possuem apenas as palavras. Assim, para os primeiros torna-se fundamental o diagnóstico no sentido de prescrever os fármacos eficazes. Que sinais? Que Sintomas? Depressão? Psicose? A que quadro nosológico corresponde? Responder torna-se fundamental para intervir. Não será por acaso que na *dimensão de intervenção* são os Psiquiatras que referem as *estratégias* ditas *Avaliativas*.

Este foco de interesse, aliado à eficácia medicamentosa no alívio sintomático, pode fazer os médicos correrem o risco de se esquecerem que os estados mentais, que incluem os estados patológicos, são condicionados por factores internos e externos que interagem numa dialéctica constante. Ou seja, poderão por um lado, esquecer que o diagnóstico psiquiátrico deverá ser o ponto de partida e não o de chegada. Por outro, que as emoções e afectos, que compõe determinado estado psicológico, mais do que orientar para um rótulo, deverão orientar a medicação a prescrever para o alívio sintomático durante o período denominado de contenção.

O processo dinâmico dos estados psicológicos faz com que a saúde e a doença mental não sejam entidades estanques. A infância e a adolescência são fases que se caracterizam, ao nível do desenvolvimento, por mudanças qualitativas permanentes e intensas. Por esta razão, perspectivar a psicopatologia nestas idades, dum ponto de vista compreensivo e desenvolvimental torna-se numa tarefa muito particular, exigindo uma constante adaptação e interacção na análise das (des)continuidades, diferenças, desvios ou (in)adaptações⁵⁶ (Marujo, 2000).

Os psicólogos, por seu lado, não dispendo da medicação como estratégia

⁵⁶ A propósito desta ressalva, refira-se que no IV Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia que decorreu em Fevereiro de 2004, Saraiva, ao chamar a atenção para o riscos da medicalização dos problemas sociais e da patologização das emoções ou sentimentos negativos, inicia uma intervenção referindo *Eu ainda sou do tempo que os jovens se sentiam tristes e não deprimidos, eu ainda sou do tempo que as crianças eram tímidas e não fóbicas sociais*.

terapêutica, têm que privilegiar a origem dos estados psicológicos (patológicos ou não) em detrimento da categorização dos mesmos. A este grupo de profissionais, por excelência, cabe a preocupação com os estímulos⁵⁷ que os indivíduos, neste caso as crianças e os adolescentes, recebem através das suas experiências (externas e internas) e a forma como os vivenciam, respondem ou aprendem a lidar com os mesmos, e que podem reverter os estados mentais. Esta postura está patente nas dimensões, tendencialmente intraindividuais que estruturam as representações sociais dos psicólogos, em relação à *explicação* do suicídio juvenil (e.g., *Desesperança; Angústia; Desespero; Solidão; Sofrimento; Dor; Culpa*⁵⁸).

Mas também os Psicólogos correm um risco ao negligenciarem a descrição e classificação dos estados patológicos. É que os efeitos que um estímulo pode provocar no indivíduo dependem não só desse mesmo indivíduo mas também do estado em que este se encontra. Por exemplo, um adolescente profundamente triste, não é sensível aos estímulos que noutra estado lhe provocariam alegria.

Hoje em dia, o mercado farmacêutico tem disponível uma quantidade variada de antidepressivos e outros psicofármacos que, obviamente, têm que ser vendidos. De acordo com isto, na DSM IV (1996) estão descritos uma série de itens correspondentes à *Depressão* e a outras *Psicopatologias* para as quais constantemente surgem novos medicamentos cada vez mais eficazes e sem os efeitos secundários que os seus antecessores comportam. Pio de Abreu (2002) no seu livro *Como tornar-se doente mental*, através do humor e de uma ironia ímpar, dá-nos conta de uma realidade séria à qual se impõe uma atenção e sensibilização dos agentes da saúde e da população em geral. Os Psiquiatras e os Psicólogos ao destacarem o *Acesso Fácil a Fármacos* como factor presente na génese das condutas suicidárias juvenis parecem, de facto, terem presente este risco: o da banalização e da má utilização de um arsenal terapêutico tão útil e fundamental, sendo bem usado, e tão perigoso se assim não o for, ou seja – os medicamentos.

Curiosamente a Terapêutica Farmacológica não surge explicitada nas expressões retidas (com frequência igual ou superior a três) enquanto *estratégia de intervenção* a

⁵⁷ Aplicado aqui no sentido amplo do termo e não, necessariamente, sob a conotação que os comportamentalistas, tradicionalmente, lhe conferem de *input* externo. O termo é, neste contexto, usado como, por exemplo, sinónimo de pensamento, fantasia, emoção, etc.

⁵⁸ Também a culpa está presente na tipologia de Baechler (1975 in Crepet 2002, Sampaio 2002) inserindo-se no grupo do *Suicídio de Afastamento* e no subgrupo, designado de *castigo*, em que o acto corresponde a um movimento de fuga procurando-se expiar uma falha.

adoptar.

Se, por um lado, foi no campo da biologia e dos medicamentos que, na última década e meia, se assistiram aos maiores avanços na área da prevenção do suicídio (Hendin, 2004 in Curwen, 2004), por outro, Valenstein (1988) chama a atenção para a forma como a indústria farmacêutica promove as drogas e as teorias químicas da doença mental. O *Sofrimento e a Dor* psicológica não têm lugar nas sociedades modernas e os medicamentos surgem como a solução milagrosa. O mercado farmacêutico cria necessidades, transmite certezas e apresenta soluções fáceis e rápidas para problemas complexos (idem). A intervenção com crianças ou adolescentes em risco de suicídio, deverá facilitar a evolução de níveis de significação existenciais mais elementares, como o da linguagem corporal, em que o gesto auto destrutivo pode ser usado para *Manifestar/ Expressar o Mal Estar* (o *Sofrimento e a Dor*, o desprazer) para estados de maior complexidade e integração dos níveis sensorial, cognitivo, afectivo e da acção. Para isto é necessário tempo. E serão também necessários tempos e espaços onde se possam experienciar prazeres e realizar aprendizagens ao nível da gestão de sofrimentos. Por outras palavras, são necessários dispositivos que facilitem a aceitação dos *Fracassos* do quotidiano e das *Frustrações* inerentes à condição humana e onde se promovam práticas que constituam *Desafios* e permitam aos adolescentes *Testar Limites*, prevenindo que o jogo da construção de identidade seja efectuado através do jogo do risco e da morte.

Para terminar este ponto, é de referir que, para além do *Acompanhamento Psicológico*, que é valorizado pelos três grupos de profissionais e surge no pensamento dos mesmos, como o mais relevante, a AFC mostra que os **Psicólogos** salientam também o *Acompanhamento Psiquiátrico*, os **Psiquiatras** focam ainda a *Orientação para Cuidados Médicos* e os Médicos, por sua vez, destacam o *Acompanhamento Pedopsiquiátrico*. Fazendo a ponte para a dimensão em estudo que se segue, este dado pode ser interpretado como a *Necessidade* de trabalhar em equipa interdisciplinar resultante da *Dificuldade* em lidar com a complexidade da problemática.

2.2.3. Interpretação dos Campos Semânticos das Dificuldades e Necessidades

Nesta dimensão, o que os profissionais mais valorizam é a *necessidade* de *Formação Específica*. Uma das estratégias de prevenção do suicídio preconizadas pela

OMS é, exactamente, a melhoria na formação e treino dos profissionais de saúde⁵⁹. Em Portugal, o 1º Curso de Suicidologia dirigido a estes profissionais, foi realizado em Outubro e Novembro de 2004⁶⁰. Neste estudo, através da ficha de dados sócio-profissionais e demográficos, verifica-se que apenas um profissional respondeu afirmativamente perante a questão se tinha alguma formação específica no âmbito do suicídio, embora 10 deles considerem contactar muitas vezes ou sempre, com esta problemática, e 6 considerem contactar algumas vezes (cf. Quadro 4).

A seguir, o que os profissionais percebem como mais importante para quem trabalha nesta área é a existência de uma **Equipa Multidisciplinar** e a **Disponibilidade de Tempo**, esta última valorizada, sobretudo, pelos **Psiquiatras** e **Médicos**. Se as representações na *dimensão explicativa* remetem para uma interpretação complexa e multidimensional do fenómeno do suicídio juvenil, aqui, de forma coerente com esta perspectiva, é destacada a *necessidade* dos profissionais de diferentes áreas articularem os seus conhecimentos específicos colocando-os em interacção no sentido de uma acção terapêutica concertada.

O facto dos profissionais atribuírem grande importância ao trabalho inter-equipa deverá ser tido em consideração no planeamento de eventuais estratégias formativas. É que trabalhar em equipa multidisciplinar requer toda uma série de capacidades, que vão para além do reconhecimento da sua importância. A adopção de processos eficazes de comunicação é fundamental. Como já se fez referência, as representações permitem aos profissionais, das diferentes áreas ou grupos, expressarem-se acerca de objectos/sujeitos comuns na sua prática, mas não contendo a mesma informação poderão ser promotoras de desentendimento. Concretamente, os resultados mostram que neste estudo os *Psis* (Psicólogos e Psiquiatras), de um lado, e Médicos, de outro, não partilham representações equivalentes no que se refere às *causas do suicídio e tentativa de suicídio e significados do suicídio*. Também os índices de Ellegard revelam graus de semelhanças baixos entre os campos semânticos inter grupos. A **Disponibilidade de tempo** para cooperar e procurar alternativas em conjunto com a equipa; a **Capacidade de Ouvir** e interagir com os diferentes membros; a noção dos papéis e da identidade profissional, entre outros, são também essenciais para a boa prática inter equipas.

⁵⁹ Esta medida enquadra-se no programa “*Saúde para todos nos anos 2000*” lançado na década de 80 pela OMS.

⁶⁰ Foi organizado pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia e pelo Núcleo de Estudos de Suicídio (do Hospital de Santa Maria). A 2ª edição do curso, está à data a decorrer.

As frequências específicas de cada grupo, nesta *dimensão das dificuldades/necessidades*, vêm reforçar a valorização da formação. Apesar de utilizarem expressões distintas, os três grupos parecem estar de acordo relativamente à importância de promover actividades formativas junto do pessoal técnico que contacta ou pode vir a contactar com a problemática do suicídio juvenil. Os **Psicólogos** salientam a *Supervisão Clínica*. Os **Psiquiatras** valorizam os *Conhecimentos Teóricos e Técnicos* enquanto os **Médicos** referem a *Formação Específica*.

No sentido de abrir pistas para estratégias formativas será útil perceber se esta *necessidade* que aproxima os grupos, não confere, de acordo com a especificidade das expressões usadas, um sentido de formação particular em cada grupo. A expressão realçada pelos **Psiquiatras** apela para conteúdos objectivos a adquirir, para informações teóricas e técnicas, independentes da prática vivida, remetendo assim para aquilo que se pode denominar de vertente de instrução da formação (Silva, 2003). A *Supervisão Clínica*, que é mencionada em exclusivo pelos **Psicólogos**, corresponde a um processo de formação interactivo gerido por um profissional mais experiente e em que, geralmente, se rentabiliza as potencialidades de um grupo. A metodologia assenta na discussão teórica e prática de casos trazidos pelo supervisionado da sua prática clínica concreta. Pode também contemplar uma componente de desenvolvimento pessoal. Corresponde assim, a uma vertente formativa mais ampla, mais relacional e menos específica que a aquisição de *Conhecimentos Teóricos e Técnicos*. Trata-se de uma acção mais prática e englobante, que inclui o saber teórico mas direccionando-o para o *saber-fazer* e o *saber-ser*. A *Supervisão Clínica* pretende ser indutora de mudança na interacção do profissional no seu campo de actuação, no sentido de uma intervenção eficaz. Para além de visar o aperfeiçoamento e o treino da relação terapêutica entre o profissional de ajuda e o utente, a supervisão constitui-se como suporte para o profissional que trabalha em áreas que acarretam sobrecarga emocional.

Este tipo de formação engloba uma dimensão retrospectiva, uma dimensão prospectiva e ainda uma dimensão projectiva (relativa a estados interiores e subjectivos do indivíduo). E nestas dimensões, quer as representações, quer as identidades profissionais dos formandos têm um papel preponderante.

Em relação ao grupo dos **Médicos** a expressão que utilizam (*Formação Específica*) não explicita o tipo de formação a adoptar, reforçando, no entanto, a ideia de *necessidades* particulares para quem trabalha nesta área.

Algumas das *dificuldades* e das *necessidades*, às quais os diferentes profissionais

dão mais importância levam a admitir que a *Supervisão Clínica*, e após se ter discutido alguma das suas características e objetivos, será crucial para os técnicos que no terreno, trabalham com crianças e adolescentes suicidas. Refere-se aqui a *Boa Comunicação; Conseguir a Adesão ao Acompanhamento; Lidar com a Família; Capacidade de Ouvir; Distanciamento Técnico/ Separação do Pessoal e do Profissional; Preservar a Saúde Mental dos Técnicos; Lidar com a Morte/ Abordar a Morte; Devolver a Confiança e Devolver a Coragem aos Jovens Suicidas*. Todas estas temáticas poderão beneficiar de um tipo de formação que considere o desenvolvimento do profissional de saúde no sentido global. Ou seja, que dimensione *o saber, o saber-fazer e o saber-ser* numa perspectiva integradora das várias dimensões que constituem o indivíduo e proporcione a reflexão e vigilância crítica sobre si próprio e sobre a sua acção profissional concreta.

Os *Conhecimentos Teóricos e Técnicos* são igualmente fundamentais (e também basilares na Supervisão Clínica). De facto estamos perante uma área que exige saberes e competências especializadas Além disso, inserem-se no que a OMS designa de disseminação de informação, como uma das boas práticas de prevenção primária do comportamento suicida.

Em 2004, no IV Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Nazaré Santos, a propósito da intervenção terapêutica em jovens suicidas refere que os técnicos de saúde mental trabalham muitas vezes isolados, levando as inquietações para casa. A autora defende que quem trabalha com estes jovens deveria ter menos casos e uma maior supervisão. Esta psiquiatra acrescenta ainda: “*Às vezes saímos de rastos do hospital, às vezes temos grandes momentos de angústia*”.

Tal como na *dimensão explicativa*, também nesta *dimensão das dificuldades/necessidades* está patente que são os **Psicólogos** que mais se preocupam com as variáveis ligadas à dinâmica e transitoriedade dos estados mentais, às emoções e aos potenciais conflitos vivenciais, neste caso, dos profissionais de ajuda. São os Psicólogos que salientam, para além da *Supervisão Clínica (Técnica e Emocional)*, o *Distanciamento Técnico/ Separar o Pessoal do Profissional* e, em exclusivo, as *Estratégias de Combate ao Burnout*, no sentido de *Preservar a Saúde Mental dos Técnicos*. Tais diferenças estarão relacionadas com as formações de base distintas, enquanto a Psicologia estuda o homem, privilegiando a sua vertente psicossocial, a Medicina privilegia a sua vertente biológica.

A *necessidade* de trabalhar numa *Equipa Coesa e com espírito de Interajuda*, explicitada pelos **Psicólogos**, poderá estar relacionada com uma identidade profissional menos vincada que este grupo parece apresentar, quando comparado com os **Psiquiatras** e os **Médicos**. Este aspecto foi inferido anteriormente perante os indicadores descritivos dos campos semânticos das representações do suicídio juvenil deste estudo (cf. ponto 2.1).

As identidades profissionais estão em interacção com as representações sociais próprias de cada grupo profissional e ambas têm influência sobre as potencialidades e limites dos dispositivos de formação (Silva 2003).

Presente nas representações desta dimensão está a *dificuldade* e a *necessidade* dos profissionais *Abordarem a Morte e em Lidarem com a mesma*⁶¹.

Ao nível da formação de base o contacto com a morte e a preparação para lidar com esta parece ser diferente consoante o grupo profissional considerado. Os estudantes de medicina contactam, tendencialmente, com aquilo que se poderá designar de *corpo morto*. Os estudantes de psicologia pensam a morte, sobretudo, nos seus significados existenciais e relacionais, ao debruçarem-se, sobre temas centrais da intervenção psicológica, tais como, as perdas, o luto, as separações, entre outros.

Neste estudo são os **Psis** (Psicólogos e Psiquiatras) que referem a morte e a sua abordagem como *dificuldade* e *necessidade* dos profissionais que lidam com a problemática do suicídio juvenil. Os **Médicos** não lhe fazem referência.

As representações profissionais enquanto produto de interacções específicas no decorrer da vida quotidiana e profissional não são independentes do universo social e cultural dos sujeitos que as constroem. Os médicos e os psicólogos fazem parte de uma mesma sociedade que, a par de sobrevalorizar o sucesso e a perfeição, não fala na morte, pois interpreta-a enquanto insucesso, imperfeição e derrota, como se a morte não fosse o que de mais seguro temos na vida. A evolução da medicina e o aumento da qualidade de vida têm como consequências o aumento da esperança média de vida e a diminuição das taxas de mortalidade infantil, fazendo com que cada vez menos as pessoas estejam familiarizadas com a morte, mesmo sendo técnicos de saúde.

A sociedade actual não promove a aceitação de que a morte faz parte do ciclo da vida, quando, de facto é a morte que dá sentido à vida.

⁶¹ A presença deste item na dimensão *dificuldades/ necessidades* é consonante com a discussão efectuada em torno da diferença de homogeneidades entre os dicionários do suicídio e da tentativa juvenis (cf. ponto 2.1).

Perante a problemática do suicídio é crucial que um Psicólogo, um Psiquiatra, outro Médico ou outro técnico de saúde, naturalmente se debruce sobre a morte e não tema falar sobre isso.

Pela relevância que pode ter, a nível de estratégias formativas, sublinhe-se que *Lidar com a Morte/ Abordar a Morte* surge na tabela de frequências a seguir a outras temáticas básicas e transversais na prática geral de qualquer um dos grupos de profissionais em estudo. A primeira condição para resolvermos as nossas *dificuldades* é termos consciência delas. Pensar a morte é pensar a própria existência, o que é exigente do ponto de vista emocional.

Destaque-se ainda a *necessidade*, considerada importante pelos profissionais, de um *Ambiente e Espaço Apropriados*. Actuar num ambiente isolado, tranquilo e silencioso é referido dentro das boas prática a adoptar perante uma tentativa de suicídio (Santos, 2004). Esta é, no entanto, uma realidade distante da verificada nos hospitais e outras instituições de saúde do país.

O **primeiro factor** extraído da AFC opõe as *dificuldades* às *necessidades*, sendo que as primeiras remetem para a relação e trabalho com as famílias, com a criança ou adolescente e ainda para a *Falta de Estruturas Sociais de Apoio*. As segundas reforçam a *necessidade* de Formação. Este factor, ao revelar diferenças entre os dois indutores desta dimensão é consonante com a discussão dos indicadores descritivos dos campos semânticos (cf. ponto 2.1) em que se infere que as *dificuldades* seriam sentidas mais individualmente e as *necessidades* mais partilhadas socialmente.

O **segundo factor** retido na AFC revela diferenças entre os grupos de profissionais quanto às *dificuldades* e *necessidades*. Este factor opõe o grupo dos Psicólogos aos grupos dos Psiquiatras e Médicos. Os itens discriminatórios são sobretudo, por parte dos **Psicólogos** *Devolver-lhes* [às crianças e adolescentes] *a Confiança e a Coragem, Supervisão Clínica e Distanciamento Técnico (Separação entre o Pessoal e o Profissional)*, e por parte dos **Psiquiatras** e dos **Médicos** *Identificar Causas e Significados, Falta de Estruturas Sociais de Apoio e Disponibilidade de Tempo*.

Em suma, a terceira e última AFC realizada reforça a ideia do efeito da formação de base dos profissionais nas suas representações sociais do suicídio juvenil.

2.3. SÍNTESE DA DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste ponto, usando os objectivos específicos da investigação como eixo

orientador, procede-se a uma síntese reflexiva e integradora dos principais resultados obtidos. Reitera-se que com este estudo pretende-se evidenciar as formas de compreensão do suicídio juvenil por parte dos profissionais, considerando três dimensões (*explicativa, estratégias de intervenção e dificuldades/ necessidades*) e salientar as suas eventuais variações em função da pertença grupal (Psicólogos, Psiquiatras e Médicos). Procura-se também, abrir pistas para a construção de um questionário que permita desenvolver e dar continuidade ao estudo das representações sociais do suicídio juvenil dos profissionais.

2.3.1. Representações Sociais dos Profissionais sobre o Suicídio Juvenil

Os participantes deste estudo representam a *explicação* do suicídio e da tentativa de suicídio juvenis através de uma multiplicidade de *causas e significados*, destacando-se, dentro desta diversidade, a primazia da *Depressão*.

As diferentes explicações podem ser agrupadas em seis temas: (1) vivências que dão conta de (des)adaptações ao mundo exterior e/ ou que correspondem a movimentos de procura de identidade; (2) realidade interior, traduzida, por factores da dinâmica psíquica, por auto percepções e características da personalidade e por factores internos biológicos; (3) dificuldades de índole relacional; (4) factores externos sócio-demográficos; (5) factores ligados a uma função comunicativa e (6) dificuldades relacionadas com a família.

Conclui-se assim que a estrutura dos universos de significação dos profissionais sobre a explicação dos comportamentos suicidários juvenis vai de encontro a uma perspectiva integrativa de interpretação do suicídio.

Em relação à *dimensão de intervenção*, os profissionais apresentam um conjunto abrangente de estratégias. Verifica-se a existência de uma representação social mais uniforme perante *o que não se deve fazer*, do que perante *o que se deve fazer*⁶². Os profissionais salientam uma série de *Atitudes* que não se devem adoptar perante o gesto suicida e a criança ou adolescente que o comete (e.g., *Não Desvalorizar, Não Recriminar/ Não Castigar; Não Moralizar/ Não Criticar/ Não Julgar; Não Culpabilizar; Não Confrontar*) e outras que se devem ter (e.g. *Atitude Compreensiva, Atitude Empática*). Destacam também, como estratégias adequadas o *Acompanhamento Profissional* e o *Envolvimento da Família*.

⁶² No grupo dos Médicos verifica-se o contrário, ou seja, os Médicos apresentam uma representação social mais consistente acerca *do que fazer* do que perante *o que não se deve fazer*.

De forma coerente com a complexidade da *explicação* do fenómeno e com a extensão das *estratégias de intervenção* avançadas, o conjunto das *dificuldades e necessidades*, apresentado pelos profissionais, vai de encontro à pertinência de investir na Formação dos mesmos (e.g., *Formação Específica; Supervisão Clínica; Conhecimentos Teóricos e Técnicos*). As representações profissionais deste estudo remetem também para o facto dos comportamentos suicidários juvenis não serem um saber exclusivo da psicologia, da medicina ou da medicina psiquiátrica, exigindo antes a cooperação e empenho entre especialistas de diversas áreas científicas. Esta constatação infere-se quer a partir das *dificuldades/ necessidades* (e.g., *Equipa Multidisciplinar*), quer a partir da *dimensão de intervenção* em que são mencionados os *Acompanhamentos Psicológico, Psiquiátrico, a prestar à Família, Pedopsiquiátrico e a Orientação para Cuidados Médicos*.

Os participantes salientam ainda a *necessidade de Disponibilidade de Tempo* e as *dificuldades* que mais se destacam relacionam-se com o trabalho a desenvolver com a família, com a criança ou adolescente e com a *Falta de Estruturas Sociais de Apoio*. Os dados mostram também que as *dificuldades* são mais individuais, enquanto as *necessidades* são mais sociais.

Os indicadores descritivos, especificamente as diferenças verificadas entre as explicações do suicídio e as explicações da tentativa de suicídio e os conteúdos das representações profissionais das *dificuldades e necessidades* levam a admitir a morte como tema que se deverá privilegiar enquanto conteúdo formativo. Tendo em vista linhas orientadoras para a formação e treino dos profissionais deve-se considerar também toda uma série de temáticas elementares e transversais da prática geral dos profissionais, que estes valorizam enquanto *dificuldades e/ou necessidades* (e.g., *Capacidade Empática; Boa Comunicação; Lidar com a Família; Saber Dialogar; Capacidade de Ouvir*).

2.3.2. Representações do Suicídio Juvenil em função dos grupos: Psicólogos, Psiquiatras e Médicos.

Em relação aos resultados em função da pertença grupal verifica-se que os dados obtidos vão de encontro à existência de diferenças nas representações profissionais do suicídio juvenil, em função dos três grupos considerados: Psicólogos, Psiquiatras e Médicos.

Os indicadores descritivos dos campos semânticos das representações profissionais dizem-nos que os Psicólogos são mais expressivos, mais criativos e

apresentam representações do suicídio juvenil menos homogêneas. Por oposição, são os Psiquiatras que, tendencialmente, mais partilham os mesmos universos semânticos, o que é revelador da existência de representações mais hegemónicas para este grupo.

Tomando as representações sociais deste estudo (representações profissionais do suicídio juvenil) como analisador das identidades profissionais, infere-se que os Psiquiatras têm uma identidade profissional mais vincada, enquanto os Psicólogos são os que a têm menos definida.

O grau de semelhança entre os universos semânticos dos três grupos de profissionais é fraco para as três dimensões consideradas. Constatou-se que os dicionários que mais vezes diferem entre si são entre os Psicólogos e os Médicos. Enquanto que os dicionários, mais vezes, mais semelhantes entre si são entre os Psiquiatras e os Médicos.

Também os campos semânticos, analisados através das frequências e das AFC's revelam que a pertença profissional é modeladora de diferenças nos conteúdos representacionais nas três dimensões consideradas.

Na *dimensão explicativa* são os Psicólogos e os Psiquiatras que partilham mais conteúdos equivalentes, encontrando-se algumas tendências inter-grupos. Os Psicólogos valorizam mais as variáveis intrapsíquicas e vivenciais, apelando para a dinâmica dos estados, para a conflitualidade interna e para o sofrimento psicológico. Os Psiquiatras também dão a primazia aos factores internos, mas cujo controlo, não está ao alcance do indivíduo. Nos Médicos salienta-se, sobretudo, o destaque que dão à função comunicativa dos comportamentos suicidários. Percebe-se, porém, que não há um limite estanque entre os “*Psis*” e os Médicos, uma vez que para os significados de tentativa de suicídio partilham as mesmas representações. Nas outras duas dimensões consideradas, *intervenção e dificuldades/ necessidades*, são os Psiquiatras e os Médicos que mais se aproximam, partilhando representações equivalentes.

Ao nível das representações da *intervenção*, como se referiu, os profissionais valorizam o *Acompanhamento Profissional* e a adopção de determinadas *Atitudes*. A estas os Psiquiatras acrescentam a *Avaliação* e os Médicos as estratégias de comunicação e o *Envolvimento da Família*.

Na *dimensão das dificuldades/ necessidades* as variáveis discriminatórias são, sobretudo, a *Supervisão Clínica*, o *Distanciamento Técnico* e a capacidade de *Devolver a Confiança e a Coragem* (às crianças e/ ou adolescentes), indicadas pelos Psicólogos, e *Identificar Causas e Significados*, *Falta de Estruturas Sociais de Apoio* e

Disponibilidade de Tempo, referidas pelos Psiquiatras e Médicos.

O maior interesse sobre determinados aspectos do objecto-sujeito problema devido à posição específica, interesses e recursos do grupo, enquanto condição que afecta a emergência da representação social, está patente nas representações profissionais dos diferentes grupos.

Os profissionais dos três grupos em estudo diferenciam-se e estas diferenças parecem estar relacionadas quer com as diferentes formações académicas de cada grupo, quer com as diferenças ao nível das experiências quotidianas profissionais.

2.3.3. Orientações para a continuidade do estudo das Representações Profissionais do Suicídio Juvenil

Os dados obtidos neste estudo abrem pistas para a construção de um questionário visando a continuidade e o alargamento do estudo das representações profissionais do suicídio juvenil. De acordo com procedimentos utilizados noutros estudos no âmbito do quadro das representações sociais, os resultados obtidos podem ser transformados em escalas de opinião, tipo *likert*, no sentido de proporcionar uma análise, fundamentalmente, quantitativa (e.g., Fonseca, 1998; Fonseca, Marques, Quintas, Poeschl, 2001). A recolha e o tratamento de dados a partir deste questionário permitem eliminar os eventuais viéses introduzidos pela análise, eminentemente, descritiva e confirmar ou infirmar os resultados da mesma. O capítulo dos resultados desta investigação constitui uma base sólida para a elaboração dos itens do questionário.

Destacam-se a seguir aspectos sugeridos pelos dados e considerados mais relevantes para a construção deste instrumento:

(a) Na *dimensão explicativa* deve manter-se os dois indutores *causas* e *significados* enquanto campos distintos.

(b) No entanto, deve-se estabelecer, como critério, que quando uma questão for proposta como *causa*, seja, também, apresentada como *significado* e vice-versa (isto devido à não rigidez de fronteiras, verificada).

(c) De igual modo, *suicídio* e *tentativa de suicídio* devem proporcionar questões diferentes, usando-se o critério anteriormente referido.

(d) De forma semelhante, na dimensão das *dificuldades* e *necessidades* de quem trabalha com crianças e/ ou adolescentes em risco de suicídio, os dois campos separados devem manter-se, sendo que os itens que os compõe deverão também seguir o critério da sobreposição.

(e) A dimensão das *estratégias de intervenção* deverá ser composta apenas por um

campo, incluindo na sua introdução as duas expressões o *que se deve fazer* e o *que não se deve fazer*.

(f) Entre a *dimensão dificuldades/ necessidades* e a *dimensão de intervenção* existem respostas que se relacionam. Nestes casos os itens devem constar nas escalas de opinião das duas dimensões, quer façam parte das representações das duas dimensões (e.g., *Capacidade Empática, Atitude Empática*), quer estejam apenas presentes numa das dimensões (e.g., *Ambiente e Espaço Apropriados*, presente na *dimensão das dificuldades/ necessidades*).

(g) Para a construção das escalas de opinião deve-se introduzir, para além dos dados obtidos neste estudo, outros tornados relevantes quer na discussão de resultados, quer na revisão bibliográfica. Ou seja, nas três dimensões em estudo, deverão ser acrescentados itens, que apesar de não fazerem parte das representações profissionais dos participantes da presente investigação são pertinentes para a prevenção e intervenção na problemática. Alguns foram explicitados na discussão dos resultados deste estudo (e.g., *Terapêutica Farmacológica*, na *intervenção*), outros constam na literatura (e.g., *o Luto ou o Suicídio de Familiares*, como *explicação*; *Internamento* na *intervenção*).

(h) Alguns itens poderão ser decompostos em dois (e.g., *Estratégias Anti Burnout no sentido de Preservar a Saúde Mental dos Técnicos*) e alguns pelo contrário transformados num só (e.g., *Conflitos Familiares e Problemas Familiares*).

A sugestão de construção deste questionário remete para a pertinência da realização de novas investigações, ponto que será abordado nas páginas seguintes, que constituem a Conclusão do presente trabalho.

CONCLUSÃO

Conclusão

Há dois meses atrás, a comunicação social relatou o caso de uma rapariga, que após ter sido preterida no *casting* dos Morangos com Açúcar⁶³, se tentou atirar de uma falésia (Pina, 2006). Os acontecimentos concretos ajudam à compreensão da realidade macroscópica e abstracta que a epidemiologia dos fenómenos nos fornece, contribuindo para a leitura sintomática dos dados. Na parte teórica do trabalho enfatizou-se que os comportamentos suicidários, nas camadas mais novas têm vindo a aumentar. Especificamente, os designados para-suicídios assumem valores preocupantes, sobretudo nos meios urbanos, constituindo desta forma, um problema de saúde pública e de relevância social.

Num período em que vivemos transformações rápidas, ao nível dos Serviços Nacionais de Saúde e de outros serviços de atendimento a crianças e jovens⁶⁴, com indicações de racionalidade de recursos, de intervenções e eficácia das mesmas, três questões essenciais devem ser colocadas perante eventuais reorganizações. A primeira, diz respeito à definição indispensável, de uma linha de orientação que coloque o interesse do utente, neste caso a criança ou adolescente, no centro das opções tomadas. A segunda está relacionada com a necessidade, cada vez maior, de dotar os serviços de meios e métodos que permitam e sejam passíveis de mensurabilidade e em que a avaliação e investigação empírica se constituam instrumentos facilitadores da intervenção. A terceira refere-se ao facto das organizações não poderem existir, enquanto realidades concretas, sem a intervenção dos indivíduos, neste caso dos profissionais que as compõe.

Os objectivos gerais deste trabalho foram definidos conjugando estes três factores e perspectivando a investigação como um processo que, realizado passo a passo, deve clarificar questões, expandir conhecimentos e guiar respostas, associando-se à intervenção e à definição de políticas gerais. Com este estudo procura-se contribuir para a compreensão do suicídio juvenil (até aos 24 anos), fornecer um contributo para a formação dos profissionais nesta área e para a prevenção do suicídio nestas idades.

No plano teórico começou-se por clarificar as noções de suicídio, de tentativa de suicídio e de para-suicídio, abordando o alcance e o limite das mesmas. A noção de

⁶³ Série televisiva juvenil da TVi, género novela, actualmente com as maiores audiências televisivas, em que os protagonistas são crianças e adolescentes. A história desenrola-se em torno da escola, das relações entre alunos, professores e família.

⁶⁴ e.g., serviços ligados a órgãos municipais, instituições de ensino superior com serviço de atendimento à comunidade, escolas, em geral, entre outros.

para-suicídio remete-nos para comportamentos auto-destrutivos ligados a uma função de apelo e à inevitabilidade de ajuda. O indivíduo que o comete não tem a intenção clara de morrer, mas antes, e citando Kaysen, o *objectivo de suicídio parcial* (2001, p. 38). Mais do que optar por uma ou outra designação, defendeu-se que é fundamental ter presente que no comportamento suicida a intencionalidade de morte nem sempre é linear. Em torno do fenómeno podem interagir, simultaneamente, questões ligadas à ambivalência, ao apelo, à dificuldade de gerar alternativas, à não consciência da letalidade de determinados meios e até da própria noção de morte. Em virtude da controvérsia em torno da temática da relação entre o suicídio e o desenvolvimento da noção de morte na criança, deu-se particular relevância a esta temática. Como se pode constatar no ponto dedicado à epidemiologia do fenómeno, na realidade portuguesa, existem mortes por suicídio nas faixas etárias das crianças, ainda que seja um fenómeno marginal. Também se constata que os comportamentos para-suicidários estão a aumentar sobretudo entre os 10 e os 14 anos de idade (Oliveira, 1998). A literatura não é explícita em relação à inviabilidade de suicídio nas crianças, derivada do conceito de morte das mesmas, mas até aos anos 70, a OMS era omissa relativamente a estatísticas no grupo etário dos 5 aos 14 anos (Vicente e Craveiro, 1998). A reflexão que se procurou levantar é se as diferenças normativas entre crianças e adultos, por um lado, condicionam a possibilidade de morte auto cometida nas faixas etárias mais precoces, por outro, se estas diferenças, e tendo em atenção factores culturais e religiosos, são assim tão significativas.

Existem várias perspectivas teóricas que abordam o suicídio, desde as teorias sociais às psicológicas, passando pelos estudos na área da biologia. De acordo com o que é corrente nas investigações no âmbito do suicídio reviu-se as principais perspectivas interpretativas do fenómeno.

A literatura diz-nos que a perspectiva que os profissionais têm do suicídio influenciam a capacidade dos mesmos para lidarem de forma eficaz com esta problemática (Tanney, 1995). Apesar disto, a área de investigação que toma por objecto os profissionais que lidam ou que podem vir a contactar com a temática do suicídio está pouco desenvolvida. Em Portugal, até à data, não existia nenhum estudo que colocasse em evidência o que os Médicos e os Psicólogos, profissionais com um papel fundamental na intervenção terapêutica, pensam acerca do suicídio e tentativa de suicídio juvenis.

Ao definir como objectivo deste estudo aceder às formas de compreensão e

explicação que os Médicos e os Psicólogos apresentam para esta problemática iniciou-se uma área inexplorada da investigação, enquadrando-se o estudo no modelo das representações sociais (Moscovici, 1976).

Partindo-se da noção de representação social, das suas condições de emergência e funções, no geral, e em particular, das representações profissionais, definiram-se os objectivos específicos deste estudo:

(1) Apreender os principais universos semânticos de significação que organizam as representações do suicídio juvenil dos profissionais.

(2) Identificar as eventuais variações dos conteúdos representacionais em função da pertença grupal, tendo-se constituído três grupos: Psicólogos, Psiquiatras e Médicos⁶⁵, com vista a abrir pistas para a explicação de eventuais processos de (des)comunicação entre os profissionais.

(3) Obter indicadores que possibilitem a continuidade e alargamento do estudo das representações profissionais do suicídio juvenil.

Para responder aos objectivos traçados, seguiu-se um plano metodológico baseado em vários estudos na área das representações sociais (e.g., Oliveira e Araújo, 1999; Fonseca, Marques, Quintas e Poeschl, 2001).

Sendo um estudo pioneiro, optou-se por realizar uma entrevista exploratória semi-estruturada a um especialista na área do suicídio, a partir da qual se elaborou o Questionário: *Suicídio Juvenil – Representações Sociais de Profissionais*, para a recolha de dados. O questionário é composto por questões abertas e usa a Técnica de Associação Livre (TAL), garantindo a obtenção do discurso espontâneo dos participantes. O instrumento investiga a informação associada a três dimensões relacionadas com o suicídio juvenil: (1) *dimensão explicativa*, (2) *estratégias de intervenção* e (3) *dificuldades e necessidades* dos profissionais que lidam com esta problemática. Foram efectuados 30 questionários. Para tratar e interpretar os dados recorreu-se a análises descritivas, geralmente utilizadas em estudos no âmbito das representações sociais que recorrem à TAL, e das quais se destaca a Análise Factorial de Correspondências (AFC).

Da análise das respostas, salientou-se que os profissionais deste estudo representam a *explicação* do suicídio e da tentativa de suicídio juvenis através de uma

⁶⁵ Tal como explicitado no Capítulo da Metodologia, de forma a facilitar a distinção dos grupos, usa-se a designação de Psiquiatras para os Médicos com especialidade em Psiquiatria e a designação de Médicos para os Médicos não psiquiatras.

multiplicidade de *causas* e *significados*, destacando-se, dentro desta diversidade, a *Depressão*. Concluiu-se, assim, que a estrutura dos universos de significação dos profissionais sobre a *explicação* dos comportamentos suicidários juvenis vai de encontro a uma perspectiva integrativa de interpretação do suicídio. Constatou-se também a existência de diferenças entre as explicações do suicídio e as explicações da tentativa de suicídio.

Na *dimensão de intervenção*, os profissionais apresentam um conjunto abrangente de *estratégias*, sendo que várias coincidem com as *dificuldades* mencionadas. Este facto, aliado à complexidade da explicação apresentada e ao destaque dado à *necessidade* de Formação, corrobora a pertinência de investir nesta área. Tendo como alicerce os resultados obtidos, defendeu-se o investimento na *Supervisão Clínica* e na formação teórica e técnica específicas, explicitando-se a pertinência de determinados conteúdos formativos, especificamente, o tema da morte e da comunicação.

Entre os adultos, mesmo entre os profissionais de saúde, verifica-se ainda um silêncio sobre a morte. Esta realidade intensifica-se quando se trata da morte de crianças. A forma como explicamos o suicídio ou a tentativa de suicídio, assim como o que pensamos sobre a morte não são ideias separáveis dos factores que caracterizam as sociedades actuais. Contrariar a negação da morte e do sofrimento, reconhecendo que fazem parte da vida e obstar a onipotência médica da sociedade contemporânea pode ajudar à consciencialização da nossa vulnerabilidade. Esta aceitação ajudará à criação de *Empatia* com os jovens que querem morrer, permitindo, certamente, e como inferido das respostas deste estudo, uma intervenção junto das crianças ou adolescentes mais eficaz, no sentido da prevenção do suicídio.

Comunicar com quem cometeu gestos auto destrutivos é reconhecido como uma parte essencial da prevenção de próximas condutas suicidas (e.g., Anderson, Standen, Nazir e Noon, 2000) e as representações sociais exercem uma influência significativa nos processos de comunicação entre os profissionais e a criança ou adolescente, comprometendo ou facilitando a intervenção.

A partir da análise das respostas em função da pertença grupal concluiu-se que esta é uma variável modeladora de diferenças nos conteúdos representacionais dos Psicólogos, dos Psiquiatras e dos Médicos. Os resultados em função dos três grupos considerados levam a admitir, e de acordo com a teoria das representações sociais, que as formações de base de referência conjugam-se com as características da experiência prática e ainda com as experiências quotidianas na emergência das representações

profissionais do suicídio juvenil.

Deve-se, no entanto, ter em consideração que o estudo desenvolvido possui um carácter exploratório e descritivo, e como tal o número de participantes foi reduzido (30), impossibilitando, assim, a captação segura das regularidades que sustentam estas diferenças. Seria, pois, importante desenvolver um estudo eminentemente quantitativo, com uma amostra mais alargada, de forma a clarificar estas diferenças, e cruzando outras variáveis, tais como os anos de experiência, o contacto com a problemática, entre outras. Na síntese da discussão de resultados foram apresentadas sugestões metodológicas para a continuidade deste trabalho.

Se encontrarmos o que aproxima e afasta os profissionais, estes conseguirão cooperar melhor e assim tornar o seu trabalho mais capaz de prevenir os gestos suicidas de crianças e adolescentes. Será, então, pertinente não só o alargamento e aprofundamento do estudo das representações profissionais do suicídio, mas também o desenvolvimento de trabalhos que investiguem as atitudes dos profissionais face ao suicídio e o impacto que o mesmo tem nos técnicos de saúde. A investigação da relação entre profissionais e os comportamentos suicidários apresenta um enorme campo por explorar e compreender⁶⁶.

Não se procurou trazer respostas definitivas, mas antes sistematizar algumas questões. Assim, salienta-se que se esta investigação tiver sido bem sucedida despertará, desejavelmente, outras questões e outros estudos nesta área, perspectivando-se a sua utilidade no delinear de estratégias que tenham em vista uma intervenção eficaz, ou seja, preventiva do suicídio juvenil.

⁶⁶ Em Portugal, conhecem-se os trabalhos de Santos (2001) acerca das atitudes dos profissionais de enfermagem e não é conhecido nenhum estudo acerca do impacto. Na literatura internacional encontram-se estudos acerca das atitudes de profissionais face ao suicídio (e.g., Anderson, Standen, Nazir, e Noon, 2000; Hammond e Deluty, 1992; Hawton, Marsack e Fagg, 1981, Ramon, Bancroft e Skrimshire, 1975 in Saraiva, 1999) e, mais recentemente, alguns trabalhos na área do impacto que o suicídio de pacientes tem nos técnicos de saúde (e.g., Boakes, 1993, Brown, 1987, Grad, 1996, Holmes, 1995, Valente, 1994, in Wertheimer, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R. (2003). *Representações do impacto da situação de emprego desemprego nas práticas familiares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Porto: FPCEUP.
- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alte da Veiga, F. (2005). *Epidemiologia em Portugal*. In D. Sampaio (chair), *Suicídio no Idoso*. V Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia: *Depressão no Idoso*.
- Alte da Veiga, F., & Saraiva, C. (2003). Age patterns of suicide. Identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*, 24 (2), 52-67.
- Alte da Veiga, F. Saraiva, C., Santos, Z., Craveiro, A., Tavares, A., & Vinas, C. (1998). Conceitos de vida, morte e suicídio em adolescentes. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 295-300.
- American Psychiatric Association (APA) (1996). *DSM IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (1994). *Publication Manual of the American Psychological Association (4ªed.)*. Washington, D.C.: Autor.
- Anderson, M. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour - A comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 6 (25), 1283 - ?.
- Anderson, M., Standen, P., Nazir, S., & Noon, J. (2000). Nurses's and Doctors's attitudes toward suicidal behavior in young people. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 1-11.
- Areal, F. (1999). Factores de risco e prevenção do suicídio. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 3 (12), 26-36.
- Bacelar, S. (1996). Para uma sociologia da produção estatística: virtualidades numa leitura sintomática da informação estatística. *Revista de Estatística*, 1 (1º Quad). Disponível em <http://www.ine.pt>
- Carvalho, M., & Natário, I. (1998). O Suicídio em Portugal: uma análise espaço-temporal. *Revista de Estatística* 9, (3º Quad) 51-72. Disponível em

<http://www.ine.pt>

- Cato, J., & Canetto S. (2003). Attitudes and beliefs about suicidal behavior when coming out is the precipitant of the suicidal behavior. *Sex Roles*, 9-10 (49), 497-505.
- Centre for Suicide Research University of Oxford. Disponível em <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/csr/>
- Clémence, A., Doise, W., & Lorenzi-Cioldi, F. (1994) Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. In Ch. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Cortesão, E. L., & Saldanha de Azevedo, M. (1986). Princípios de psicoterapia. O acto psicoterapêutico na práxis do clínico geral. In Cortesão, E. D., Gomes, A., & Silva, E. (Coords) *Psiquiatria, neurologia e saúde mental na práxis do clínico geral* (pp. 419-445). Lisboa: Laboratórios U.C.B.
- Costa, F., Silva J., Vieira, D., & Cortesão, M. (1987). Suicídio – contributo médico-legal. *Psiquiatria Clínica*, 8 (2), 63-69.
- Craveiro, A., Veiga, F., Vicente, C., Tavares, A., Vinhas, Santos, Z., Primavera, R., & Saraiva, C. (1998). Epidemiologia do para-suicídio no concelho de Coimbra (anos de 1994, 1995, 1996, 1997). *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 283-288.
- Crepet, P. (2002). *A dimensão do vazio – Os jovens e o suicídio*. Porto: Ambar.
- Curwen, T. (2004). A explicação da morte. *Revista Pública de 27 de Junho*, 54-57.
- Dahlen, E., & Canetto, S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behaviour. *Death Studies*, 2 (26), 99-116.
- Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Di Giacomo, P. (1987). Teoria e métodos de análises de las representaciones sociales. In D. Paez (Ed.), *Pensamiento, individuo y sociedad, cognición et representación social* (pp. 278-295). Madrid: Fundamentos.
- Doise, W. (1990) Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet, & J. F. Richard (Eds.), *Traité de psychologie cognitive 3: cognition*,

- représentation, communication* (pp. 111-174). Paris: Dunod.
- Doise, W., Clemence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Representations sociales et analyse de données*. Grenoble: Presse Universitaires de Grenoble.
- Durkheim, E. (1987). *O Suicídio. Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fekete, S., & Schmidtke, A. (1995). The impact of mass media reports on suicide and attitudes toward self-destruction: previous studies and some new data from Hungary and Germany. In Mishara, B. (Ed). *The Impact of Suicide*. (pp. 142-155). New York: Springer Publishing Company.
- Fernandes, A. (2000). Tele...visão ao Público: um estudo sobre a realidade Portuguesa. *Actas do IV Congresso Português de Sociologia*. Associação Portuguesa de Sociologia APS. Disponível em CD.
- Fernandes, O., & Lopes, M. (2000). Corpo, saúde e doença: que representação dos enfermeiros? *Actas do IV Congresso Português de Sociologia*. Associação Portuguesa de Sociologia APS. Disponível em CD.
- Fonseca, E. (1998). *Representação social da insegurança, crime e crise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Porto: FPCEUP.
- Fonseca, E., Marques, J., Quintas, J., & Poeschl, G, (2001). *Representações sociais das comunidades cigana e portuguesa: implicações para a integração social*. Relatório Científico. Projecto de Investigação financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Porto: Radicário e FPCEUP.
- Fuzinato, D., Nunes, S, Mendonça, M., Vieira, D., & Saraiva, C. (2003). Perfil do suicida na região centro de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 24 (4), 277-283.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito, teoria e prática*. Oeiras: Celta Editoras.
- Gillon, É., Hollier-Larousse, J., Ibos-Augé, J., Moreau, C., & Moreau, J. (1972). *Nouveau Petit Larousse*. Paris: Librairie Larousse.
- Girard, C. (1993). Age, gender, and suicide: A Cross-National Analysis. *American Sociological Review*, 58, 553-574.
- Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*, 9 (46), 1269-1284.

- Halbwachs, M. (1978). *The causes of suicide* (Tradução, H. Goldblatt). London: Routledge & Kegan Paul Ltd. (Original publicado em 1930).
- Hammond, L., & Deluty, R. (1992) Attitudes of clinical psychologists, psychiatrists, and oncologists toward suicide. *Social Behaviour and Personality*, 20 (4), 289-292.
- Instituto Nacional de Estatística INE. Disponível em <http://www.ine>
- Jamieson. P., Jamieson, K. H., & Romer, D. (2003). The responsible reporting of suicide in print journalism. *American Behavioral Scientist*, 12 (46), 1643-1660.
- Jodelet, D. (1984) Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.), *La psychologie sociale* (pp. 357-378). Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1989a). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1989b). Les représentations sociales: Un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les Représentations Sociales* (pp. 47-78). Paris: PUF.
- Joffe, R. (2000). "Não me ajudem". O adolescente suicida. In Laufer, M. (Coord). *O adolescente suicida*. (pp. 57-66). Lisboa: Climepsi Editores.
- Joffe, R.T., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology. In G. MacLean (Ed.) *Suicide in children and adolescents* (pp. 1-14). EUA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kaysen, S. (2001). *Vida interrompida*. Lisboa: Publicações Gradiva
- Lipovetsky, G. (1994). *O Crepúsculo do dever: a ética indolor dos novos tempos democráticos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Macedo, A., Dourado, A., Valente, J. Coelho, I., Soares, M., Santos, V., & Azevedo, M. (2002). Comportamento Suicida: Alguns aspectos neurobiológicos. *Psiquiatria Clínica*, 23 (1), 29-41.
- Machado, C., & Gonçalves R. (2002). Vitimologia e criminologia. In Gonçalves, R. A. & Machado, C. (Coords) *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 1: Adultos (pp. 17-41). Coimbra: Quarteto Editora.
- MacLean, G. (1990). Clinical perspectives. In G. MacLean (Ed.). *Suicide in children and adolescents* (pp. 15-44). EUA: Hogrefe & Huber Publishers.

- Marques J. (1983). Das estruturas cognitivas às representações sociais. *Psicologia*, 3 (4), 239-250.
- Marujo, H. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e Depressão. In Soares I. (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (143-179). Coimbra: Quarteto Editora.
- Melvin, D, & Lukeman, D (2000). Bereavement: a framework for those working with children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5 (4), 521-539.
- Minois, G. (1995). *História do suicídio. A sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athema digital*, 2. Disponível em: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Moscovici, S. (1976) *La psychanalyse, son image et son publique*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1981) On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1984) The phenomenon of social representations. In R. M. Farr, & S.Moscovici (Eds.), *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representation. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211 – 250.
- Nirui, M., & Chenoweth, L. (1999). The response of healthcare services to people at risk of suicide: a qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33, 361-371.
- Núcleo de Estudos do Suicídio NES. Disponível em <http://www.tu-importas.org/nes/default.asp>
- Oliveira, A., & Amâncio, L. (1998). Pertenças sociais e formas de percepção e representação da morte. *Psicologia*, 12, 115-137.
- Oliveira, A., & Araújo, G. (1999). A magia de Bosch. Pertenças sociais e formas de percepção e representação da arte. *Análise Psicológica*, 2 (17), 339-357.

- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001a). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (19), 509-521.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001b). As preocupações dos jovens face ao suicídio - representações sociais do suicídio na adolescência. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 41-48.
- Oliveira, C. (1998). As crianças e a aquisição das noções de morte. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 289-293.
- Ordaz, O., & Vala, J. (1997). Objectivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. *Análise Social*, 144 (32), 847-874.
- Organização Mundial de Saúde OMS. Disponível em http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000021
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenir o suicídio. Um guia para profissionais dos Média* (Tradução, Proença, M.) (original publicado em 2000). Geneva: Autor.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenir o suicídio. Um guia para professores e demais pessoal escolar* (Tradução, Proença, M.) (original publicado em 2000). Geneva: Autor.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do suicídio. Um manual para médicos de clínica geral*. (Tradução, Souza, J. e Botega, N.) (original publicado em 2000). Geneva: Autor.
- Peixoto, B., & Paz, C. (1998). Para-suicidas urbanos e rurais – um estudo na região de Braga. *Psiquiatria Clínica*, 19, (4), 307-311.
- Pina, M. (2006). Morrer para aparecer na TV. Por Outras Palavras. *Jornal de Notícias de 28 de Fevereiro de 2006*.
- Pinho, P. (2003). *Para-suicídio: um estudo exploratório sobre a influência de factores de personalidade e relacionais ao longo da vida*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica. Coimbra: FPCEUC.
- Pio Abreu, J. (2000). *O Tempo aprisionado. Ensaios não espiritualistas sobre o espírito humano*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pio Abreu, J. (2002). *Como tornar-se doente mental* (9ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Portes, P., Sandhu, D., & Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. *Adolescence*, 37 (148) 805-814.
- Pulido, F., Revuelta, G., Marco, P., & Hernández, D. (1990). El suicídio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis 11*, 374 – 380.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Quintas, J. (1997). *Drogados e consumo de drogas. Análise das representações sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Porto: FPCEUP.
- Riley, A. (2004). *O Livro dos Coelhoinhos Suicidas*. Mem Martins: Edições Europa-América.
- Rogers, C. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. (Tradução, M. Ferreira). Lisboa: Moraes Editores. (Original publicado em 1942).
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. (Ed. rev.) (Tradução, M. Ferreira). Lisboa: Moraes Editores. (Original publicado em 1961).
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Lisboa: Encontro
- Rogers, C. (2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Moraes Editorial. (Original publicado em 1951).
- Sampaio, D. (1987). Suicídio e autópsia psicológica. *Psicologia*, 5 (2), 177-187.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (18), 139-155.
- Santos, J. (1999). Autópsia psicológica e investigação do suicídio: aspectos metodológicos e alguns resultados sobre a psicopatologia dos suicidados.

- Psiquiatria Clínica*, 20 (2), 149-166.
- Santos, J. (2001). A atitude dos enfermeiros perante o indivíduo para-suicida. *Psiquiatria Clínica*, 1 (22), 85-96.
- Santos, N. (2004). *Intervenção terapêutica em jovens suicidas*. In N. Santos (chair), Núcleo de Estudos do Suicídio (NES). IV Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia: Comportamentos de risco na escola e comportamentos suicidários.
- Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- Saraiva, C. (1999). *Para - suicídio. Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C., & Primavera, R. (1997). Para-suicídio e suicídio – dados de um banco de urgências. *Psiquiatria Clínica*, 18 (2), 107-117.
- Saraiva, C., Alte da Veiga, F., Primavera, R., Carvalho, C., Travassos, M., Soares, L., Canhão, A., & Torres, O. (1996). Epidemiologia do para-suicídio em Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 17 (4), 291-296.
- Shneidman, E., Farberow, N.L., & Litman, R.E. (eds) (1970). *The psychology of suicide*. Nova Iorque: Science House.
- Slap, G., Vorters D., Khalid, N., Margulis, S., & Forke, C. (1992). Adolescent suicide attempters: do physicians recognize them? *Journal of Adolescent Health*; 13, 286-292.
- Silva, A. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia SPS. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt>
- Sorjonen, K. (2003). For whom is suicide accepted the dependency effect. *The Journal of Death and Dying*, 2 (46), 137-149.
- Tanney, B. (1995). After a suicide: a helper's handbook. In Mishara, B. (Ed). *The impact of suicide*. (pp. 85-99). New York: Springer Publishing Company.
- Vala, J (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento

- quotidiano. In J. Vala, J., & M B Monteiro, (Coords) *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valenstein, E. (1988). *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*. New York: The Free Press
- Vaz Serra, A., & Pocinho F. (2002). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1) 9-21.
- Vergés, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyan central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 450 (45) 203-209.
- Vicente, C., & Craveiro, A. (1998). Suicídio e para-suicídio na criança: a propósito de dois casos clínicos. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 317-323.
- Vincent, J-D. (1986). *A biologia das paixões*. (Tradução, E. Lima) Mem-Martins: Publicações Europa-América. (Original publicado em 1986).
- Vygotsky, L. (1979). Mind in society: the development of higher psychological processes. In Cole M. (Ed). Cambridge: Harvard University Press.
- Wagner, B., Silverman, M., & Martin, C. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 9 (46), 1171-1191.
- Wagner, W. (1994). Fields of research and socio-genesis of social representation: A discussion of criteria and diagnostics. *Social Science Information*, 33, 199-228.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wertheimer, A. (2001). *A special scar: the experiences of people bereaved by suicide*. GB: Brunner-Routledge

ANEXO

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação

Questionário: *Suicídio Juvenil – Representações Sociais de Profissionais*

Inês Areal Rothes
Margarida Rangel Henriques

(A) N° _____

Suicídio Juvenil (até aos 24 anos)

A Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto está a realizar um estudo sobre o suicídio de crianças e adolescentes, segundo uma abordagem centrada na perspectiva dos profissionais das áreas das ciências médicas e psicológicas. É para este estudo que solicitamos a sua colaboração.

As suas respostas são anónimas, confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica. Não nos interessam as suas respostas individuais, mas antes a análise do conjunto de todas as respostas.

Vamos apresentar-lhe algumas questões perante as quais deve dizer o que lhe ocorre.

Vejamos um exemplo:

Na sua opinião quais as Causas de se comer em excesso?

ter muito apetite,
desregulação hormonal,
problemas da tiróide ou da hipófise,
compensar outras carências,
problemas do comportamento alimentar,
bulimia.

Saliente-se que não existem respostas certas ou erradas, pretende-se apenas recolher a sua resposta espontânea. Diga tudo o que lhe ocorre. Diga o maior número possível de respostas. Não existe qualquer limite de tempo. Siga a ordem das questões.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

I

1. Na sua opinião, quais são as **Causas** do **suicídio juvenil** (suicídio de crianças e adolescentes)?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

2. Na sua opinião, quais são os **Significados** do **suicídio juvenil** (suicídio de crianças e adolescentes)?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

3. Na sua opinião, quais são as **Causas** da **tentativa de suicídio juvenil** (tentativa

de suicídio de crianças e adolescentes)?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

4. Na sua opinião, quais são os **Significados** da **tentativa de suicídio juvenil** (tentativa de suicídio de crianças e adolescentes)?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

II

1. Na sua opinião, **o que se deve fazer** perante a tentativa de suicídio de crianças e/ ou adolescentes?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

2. Na sua opinião, **o que não se deve fazer** perante a tentativa de suicídio de crianças e/ ou adolescentes?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

III

1. Na sua opinião, quais são as **Dificuldades** em trabalhar com crianças e adolescentes que tentam ou cometem o suicídio?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

2. Na sua opinião, quais são as **Necessidades** de quem trabalha com crianças e adolescentes que tentam ou cometem o suicídio?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

IV

Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional

Para fins de tratamento estatístico agradece-se que indique:

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Feminino 1 Masculino 2

3. Formação de base/ Especialidade

Psicólogo 1

Médico Psiquiatra 2

Médico Não Psiquiatra 3

4. Em que distrito exerce a sua prática profissional: _____

5. Onde exerce a sua prática profissional?

Hospital Geral 1

Hospital Psiquiátrico 2

Hospital Pediátrico 3

Centro de Saúde 4

Instituição de Ensino 5

Instituto Nacional de Emergência Médica 6

Instituto ou Gabinete de Medicina Legal 7

Consultório Privado 8

Gabinete de Psicologia (Privado ou Institucional) 9

Outro 10 Qual? _____

6. Há quanto tempo exerce a sua prática profissional?

Menos de 1 ano

Mais de 1 ano Quantos? _____ (anos)

7. Com que frequência tem contacto com crianças e adolescentes na sua prática profissional?

Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
-------	--------------	---------------	--------------	--------

8. Com que frequência tem contacto com a problemática do suicídio ou tentativa de suicídio?

Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
-------	--------------	---------------	--------------	--------

9. Possui ou está neste momento a frequentar alguma formação no âmbito do suicídio?

Não 1

Sim 2 Qual ou Quais? _____

Para finalizar algumas questões específicas consoante a sua formação e especialidade.

Se é psicólogo responda ao campo 1

Se é psiquiatra responda ao campo 2

Se é médico não psiquiatra responda ao campo 3

CAMPO 1 – ESTE CAMPO DESTINA-SE EXCLUSIVAMENTE A PSICÓLOGOS

1. Qual a Faculdade onde se licenciou? _____

2. Como se posiciona ao nível do modelo de intervenção clínica psicológica?

Psicanalista 1

Comportamentalista 2

Cognitivista 3

Humanista 4

Sistémico 5

CAMPO 2 – ESTE CAMPO DESTINA-SE EXCLUSIVAMENTE A PSIQUIATRAS

1. É Pedopsiquiatra? sim 1 não 2

2. Como se posiciona ao nível do modelo de intervenção clínica psicológica ou psiquiátrica:

Psicanalista 1

Comportamentalista 2

Cognitivista 3

Humanista 4

Sistémico 5

3. Com que frequência faz serviço de urgência?

Nunca	Menos que 1 vez por mês	Uma vez por mês	Duas a Três vezes por mês	Quatro vezes por mês	Mais do que 4 vezes por mês
-------	-------------------------	-----------------	---------------------------	----------------------	-----------------------------

CAMPO 3 – ESTE CAMPO DESTINA-SE EXCLUSIVAMENTE A MÉDICOS QUE NÃO SEJAM PSQUIATRAS

1. Indique a sua especialidade médica:

Clínica Geral / Médico de Família 1

Pediatra 2

Medicina Interna 3

Emergência Médica (INEM) 4

Outra 5 Qual? _____

2. Com que frequência faz serviço de urgência?

Nunca	Menos que 1 vez por mês	Uma vez por mês	Duas a Três vezes por mês	Quatro vezes por mês	Mais do que 4 vezes por mês
-------	-------------------------	-----------------	---------------------------	----------------------	-----------------------------

Voltamos a agradecer a sua colaboração.