

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CULTURA SUICIDA NO ALENTEJO
OS FACTORES PROMOTORES DE IDEAÇÃO SUICIDA E
DESESPERANÇA

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia,
Especialização em Psicologia da Saúde

SÓNIA NUNES DE JESUS MONTEIRO CÂNDIDO

Orientador: Professor Doutor José Carlos Pestana Cruz

Faro

2010

À memória da Helena

*A quem eu devia este estudo há alguns anos,
para lhe provar que «ninguém morre
sozinho».*

AGRADECIMENTOS

A execução deste projecto não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas, às quais não poderia deixar de prestar uma palavra de apreço. Deste modo, cabe-me agradecer:

Ao Prof. Doutor José Pestana Cruz, por mais uma vez ter acreditado em mim e na execução deste projecto, de o ter aceite também como seu e, apesar dos percalços pelo caminho, por nunca ter desistido dele. Obrigada pela lição de vida!;

À equipa do N.E.S. do Hospital de Santa Maria, sobretudo nas pessoas do Prof. Doutor Daniel Sampaio e Dr. Paulo Soeiro, por me terem aberto as portas à investigação na área da suicidologia;

A todas as pessoas que gentilmente aceitaram participar neste projecto, quer através do fornecimento de dados quer através da participação no estudo;

À Filipa, que assumiu quase que uma postura de investigadora auxiliar, e me ajudou na complexa tarefa de recolha de dados. Obrigada!

Ao Marco, por tudo aquilo que ficou por fazer, pelos projectos que tivemos que adiar, e, sobretudo, pela sua presença e apoio em todos os momentos;

Aos meus pais, por me darem, mais uma vez, a oportunidade de continuar a fazer aquilo que gosto....

RESUMO

Desde a obra de Durkheim, em 1897, que muitos têm sido os autores que se debruçaram sobre o suicídio. Actualmente, e após dois séculos de investigação, o suicídio é encarado, fundamentalmente, como um sério problema de saúde pública, afectando perto de um milhão de pessoas, anualmente, no mundo inteiro (WHO, 2005).

De acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2006), estima-se que morrem, em Portugal, por suicídio cerca de 18 pessoas por cada 100.000 habitantes, sendo que no Baixo Alentejo, a taxa média de suicídio, na última década, é de 30,2 (CHBA, 2006).

Esta investigação pretende avaliar as relações existentes entre os factores culturais da conduta suicida, característicos da população do Alentejo, e os níveis de ideação suicida e desesperança da mesma.

A amostra da investigação é composta por 291 sujeitos, não clínicos, com idades compreendidas entre os 13 e os 91 anos, residentes no Baixo Alentejo.

Foram aplicados o Questionário de Ideação Suicida de Reynolds, a Escala de Desesperança de Beck, Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro, e um questionário, elaborado pelos autores, de modo a avaliar os factores que poderão estar associados ao suicídio (como os antecedentes de suicídios na família, a religiosidade, o isolamento sócio-afectivo e as actividades sociais, entre outros).

Os resultados comprovam que existe uma relação muito significativa entre os factores culturais e os níveis de ideação suicida e desesperança. Salienta-se que factores como a existência de suicídios próximos, a fraca prática religiosa, assim como uma caracterização positiva do suicídio e uma maior disposição para cometer suicídio, estão significativamente relacionados com os níveis de ideação suicida e desesperança na população. A fraca percepção de suporte social assume uma elevada significância no fenómeno suicida do Alentejo, sendo que esta variável explica 82,3% da variância da ideação suicida e 74,4% da variância dos resultados da Desesperança.

Os resultados sugerem então que existe uma predisposição cultural para a conduta suicida, característica da população do Alentejo, responsável pelo elevado número de suicídios consumados nesta região do país.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, Ideação Suicida, Desesperança, Cultura, Alentejo.

ABSTRACT

Since Durkheim's work, many authors have been writing about suicide. Currently, and after two centuries of investigation, suicide is considered a public health issue, which affects near a million people worldwide (WHO, 2005).

According to Portuguese Society of Suicidology (SPS, 2006), 18 deaths for each 100,000 people are from suicide, and in the Alentejo the average rate of suicide in the last decade is 30.2 (CHBA, 2006).

This research aims to assess the relationship between cultural factors of suicidal behaviour, characteristic of the population of the Alentejo, and the levels of suicidal ideation and hopelessness of it.

The investigation's sample has 291 subjects, non clinic, between 13 and 91 years old, residents in Baixo Alentejo.

During the investigation, it was used Reynold's Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Beck Hopelessness Scale (BHS), Social Support's Satisfaction Scale from Pais Ribeiro, and a questionnaire, created by the authors, in order to evaluate several factors that can be associated to suicide (such as the suicides in the family, religiousness, social and emotional isolation, and social activities).

The results show a very significant relation between cultural factors and suicidal ideation and hopelessness levels. It should be noted that such factors as the existence of near suicide, weak religious practice, as well as a positive characterization of suicide and a greater willingness to commit suicide, are significantly related to levels of suicidal ideation and hopelessness in the population. The weak perception of the social support as a high significance in Alentejo's suicide phenomenon, which variable explains the 82,3% of suicidal ideation's variance and the 74,4% hopelessness's variance.

The results suggest a cultural predisposition to suicidal behaviours, characteristic of the population of the Alentejo, responsible for the high number of suicides committed in this region of Portugal.

WORD-KEYS: Suicide, Suicidal Ideation, Hopelessness, Culture, Alentejo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I – FENÓMENO SUICIDA	11
1. Ideação Suicida	12
2. Desesperança	13
CAPÍTULO II – TEORIAS E MODELOS EXPLICATIVOS DA CONDUTA SUICIDA	15
1. Teorias Sociais	15
2. Teorias Etológicas e Ecológicas	16
3. Teorias Psicodinâmicas	17
4. Teorias Cognitivas	18
4.1. Factores de Vulnerabilidade	19
4.2. Factores de Predisposição	20
4.3. Factores de Precipitação	20
5. Teorias Biológicas	20
CAPÍTULO III – FACTORES DE RISCO	22
1. Factores Sócio-demográficos	22
2. Factores Familiares	23
3. Acontecimentos de Vida	23
4. Doenças Físicas ou Mentais	24
CAPÍTULO IV – CULTURA SUICIDA NO ALENTEJO	26
1. Enquadramento Geográfico	26
2. Caracterização Sócio-demográfica do Baixo Alentejo	27

2.1.	Concelho de Almodôvar	29
2.2.	Concelho de Castro Verde	30
2.3.	Concelho de Ourique	31
2.4.	Concelho de Odemira	31
3.	Evolução das Taxas de Suicídio no Baixo Alentejo	32
4.	Factores Culturais característicos do Baixo Alentejo	38
4.1.	Isolamento	38
4.2.	Baixa Religiosidade	39
4.3.	Envelhecimento Populacional	39
4.4.	Fraco Suporte Social	40
CAPÍTULO V – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO		42
1.	Objectivos	42
2.	Questões de Investigação	43
CAPÍTULO VI – METODOLOGIA		44
1.	Amostra	44
2.	Instrumentos	46
3.	Procedimento de Recolha de Dados	48
4.	Procedimento de Tratamento de Dados	49
CAPÍTULO VII – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS....		50
CONCLUSÕES		82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000; 2003)	19
Figura 2. Números de suicídios consumados no distrito de Beja, por concelho (1982 – 2006)	35
Figura 3. Taxas de suicídio no distrito de Beja, por grupos etários (1982 – 2006)	36
Figura 4. Modelo das relações entre as variáveis em estudo	43
Figura 5. Distribuição da Ideação Suicida, por grupo etário.....	50
Figura 6. Distribuição das médias de desesperança, em função do grupo etário..	54
Figura 7. Satisfação com o suporte social, por grupo etário.....	58
Figura 8. Caracterização do suicídio em função da existência de TS em familiares próximos ou significativos	78
Figura 9. Caracterização do suicídio (coragem vs desespero) em função da admissão do suicídio, em várias circunstâncias de vida.....	80
Figura 10. Modelo explicativo da cultura suicida no Alentejo.....	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Taxas Suicídio Consumado no distrito de Beja/100000 hab. (1996-2008)	33
Tabela 2. Taxas de suicídios consumados no distrito de Beja, por género sexual (2002-2006)	34
Tabela 3. Métodos de consumação do suicídio no distrito de Beja (1982 – 2006)	37
Tabela 4. Distribuição dos suicídios consumados no distrito de Beja, por meses (1982-2006)	38
Tabela 5. Frequência e Percentagem da amostra, por género sexual	44
Tabela 6. Frequência e Percentagem do Estado Civil da amostra	44
Tabela 7. Frequência e Percentagem dos concelhos de residência da amostra ...	45
Tabela 8. Frequência e Percentagem do Grau de Escolaridade da amostra	45
Tabela 9. Frequência e Percentagem do Tipo de Residência da amostra	46
Tabela 10. Frequência e Percentagem da existência de filhos no total da amostra	46
Tabela 11. Níveis de Ideação Suicida (IS), por grupo etário	50
Tabela 12. Comparação das médias de Ideação Suicida, por grupo etário (Teste Anova)	51
Tabela 13. Níveis de Ideação Suicida nos jovens, por género sexual	51
Tabela 14. Níveis de Ideação Suicida nos idosos, por género sexual	52
Tabela 15. Níveis de Desesperança, na totalidade da amostra, por grupos etários	53
Tabela 16. Comparação das médias de desesperança por grupo etário (teste Anova)	54
Tabela 17. Níveis de Desesperança nos jovens, por género sexual	54
Tabela 18. Níveis de Desesperança nos idosos, por género sexual	55
Tabela 19. Níveis de Ideação Suicida, por Estado Civil (Teste Kruskal-Wallis)..	55
Tabela 20. Níveis de Desesperança por Estado Civil (Teste Kruskal-Wallis).....	56
Tabela 21. Correlação entre os níveis de Ideação Suicida e de Desesperança ...	57
Tabela 22. Níveis de Satisfação com o Suporte Social na totalidade da amostra, por grupos etários	58

Tabela 23. Comparação das médias de satisfação com o Suporte Social por grupo etário (teste Anova)	59
Tabela 24. Regressão Linear entre os níveis de Suporte Social e a Desesperança	60
Tabela 25. Regressão Linear entre os níveis de Suporte Social e a Ideação Suicida	61
Tabela 26. Níveis de actividade social percebida, na totalidade da amostra e por grupos etários	62
Tabela 27. Regressão entre os níveis de actividade social dos sujeitos e os níveis de Desesperança (Regressão Linear, Método Enter).....	63
Tabela 28. Regressão entre os níveis de actividade social dos sujeitos e os níveis de Ideação Suicida (regressão linear, método enter).....	64
Tabela 29. Tentativas de suicídio pessoais, por grupos etários	65
Tabela 30. Comparação das médias de Ideação Suicida em sujeitos que tiveram ou não anteriores tentativas de suicídio pessoais	65
Tabela 31. Comparação entre as médias dos níveis de Desesperança em sujeitos que tiveram ou não anteriores tentativas de suicídio pessoais	66
Tabela 32. Casos de suicídio próximos, por grupos etários	66
Tabela 33. Comparação das médias de Desesperança entre sujeitos que viveram ou não um acto suicida numa pessoa próxima	67
Tabela 34. Comparação das médias de Ideação Suicida, em função da existência ou não de casos de suicídio próximo	68
Tabela 35. Tipo de religiosidade dos sujeitos	69
Tabela 36. Níveis de Desesperança, de acordo com a religiosidade dos sujeitos.	69
Tabela 37. Níveis de Desesperança, de acordo com a prática da religiosidade dos sujeitos	70
Tabela 38. Níveis de Ideação Suicida, de acordo com a religiosidade dos sujeitos	70
Tabela 39. Níveis de Ideação Suicida, de acordo com a prática da religião dos sujeitos	71
Tabela 40. Situações em que os sujeitos admitiriam suicidar-se	71
Tabela 41. Situações em que admitiria suicidar-se, nos jovens.....	72
Tabela 42. Situações em que admitiria suicidar-se, nos adultos	73

Tabela 43. Situações em que admitiria suicidar-se, nos idosos.....	74
Tabela 44. Níveis de Ideação Suicida em sujeitos que admitem ou não vir a cometer suicídio	74
Tabela 45. Níveis de Desesperança em sujeitos que admitem ou não vir a cometer suicídio	75
Tabela 46. Caracterização do suicídio, por grupos etários	76
Tabela 47. Comparação das médias de IS de acordo com a caracterização do suicídio	77
Tabela 48. Níveis de Desesperança de acordo com a caracterização do suicídio.	77
Tabela 49 . Comparação das valorações do suicídio em função da existência ou não de TS em familiares próximos (teste Qui-quadrado).....	79

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Modelo de autorização dos encarregados de educação

Anexo C – Questionário

Anexo D – Escala de Desesperança de Beck (Escala H)

Anexo E – Questionário de Ideação Suicida de Reynolds (QIS)

Anexo F – Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (ESSS)

INTRODUÇÃO

«Quero morrer, façam alguma coisa por mim»

(Stengel, 1980:77)

Em termos etimológicos, a palavra suicídio provém do latim “sui” e “caedere”, que significa “matar-se a si mesmo” Giner e Leal (1982, *cit in* Cruz, 2000).

Em 1897, Durkheim definiu o suicídio como qualquer caso de morte que resulte directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo contra si, tendo este conhecimento sobre o seu efeito letal (*cit in* Saraiva, 1999, p:25).

Após dois séculos de investigação, o suicídio é actualmente encarado, fundamentalmente, como um sério problema de saúde pública, afectando perto de um milhão de pessoas, anualmente, no mundo inteiro (OMS, 2005).

Em Portugal, este é um tema que cada vez mais tem merecido a atenção dos investigadores, devido ao aumento significativo das taxas de suicídio nos últimos anos, sobretudo nas regiões do Alentejo e Algarve. O Alentejo tem apresentado as taxas mais elevadas de morte por suicídio nos últimos anos, sobretudo, em sujeitos do sexo masculino com idade superior a 55 anos (Sociedade Portuguesa de Sociologia, 2006).

As investigações nesta área, tanto a nível nacional como mundial, têm-se debruçado, sobretudo, em questões relacionadas com a conduta suicida (suicídio consumado ou para-suicídio). Os estudos referentes à ideação suicida utilizam geralmente populações clínicas, sendo pouco frequente encontrar pesquisas com a população geral.

A ideação suicida constitui para muitos autores, a fase mais precoce da conduta suicida, sendo a sua avaliação fundamental para se poder traçar programas de prevenção

(Silva *et al.*, 2006). Estudos recentes demonstram ainda que os níveis de ideação suicida são superiores nas raparigas jovens (Borges & Werlang, 2006), sendo também elevada nos sujeitos do sexo masculino com mais de 65 anos (OMS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984, 2000, 2002) defende uma abordagem ampla e interdisciplinar da conduta suicida, tendo como principal objectivo a prevenção, pelo que é necessário compreender a apreensão e a estruturação do suicídio no desenvolvimento deste fenómeno (Oliveira, 2008).

Neste sentido, considera-se importante avaliar numa população não clínica os níveis de ideação suicida, assim como os níveis de desesperança, factor impulsionador da conduta suicida, sobretudo, numa região onde as taxas de suicídio continuam a aumentar.

Esta investigação está estruturada em oito capítulos, no sentido de articular a bibliografia existente na área com os dados empíricos deste estudo específico.

No primeiro capítulo optou-se por apresentar uma revisão da literatura sobre a conduta suicida, assim como explorar os conceitos e investigações realizadas no âmbito da ideação suicida e desesperança.

O segundo capítulo diz respeito às teorias e modelos explicativos da conduta suicida, na tentativa de abordar as diferentes reflexões sobre a problemática. A par das teorias explicativas, os factores de risco do suicídio foram abordados no terceiro capítulo, fundamental para desenvolver uma melhor percepção sobre as bases do suicídio.

No quarto capítulo abordou-se a cultura suicida no Alentejo, inicialmente através de um enquadramento geográfico da problemática, e de uma caracterização sócio-demográfica do Baixo Alentejo e dos concelhos de Almodôvar, Castro Verde, Odemira e Ourique. Foram analisadas também a evolução e taxas de suicídio nesta região, assim

como os factores culturais característicos da população que possam estar relacionados com a conduta suicida.

O quinto capítulo diz respeito à apresentação dos objectivos e questões de investigação, e o sexto capítulo refere-se à metodologia, onde são apresentados a amostra, instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento dos dados da investigação.

Nos sétimo e oitavo capítulos são apresentados e discutidos os resultados e apresentadas as conclusões do estudo, respectivamente.

CAPÍTULO I – FENÓMENO SUICIDA

Nas últimas quatro décadas, verificou-se um aumento de 60% das condutas suicidas a nível mundial, tornando-se num sério problema de saúde pública, sobretudo na Europa, onde o suicídio corresponde à segunda maior causa de morte nos sujeitos com idades entre os 15 e os 35 anos (OMS, 2005).

Em Portugal, de acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2006), estima-se que morrem por suicídio cerca de 18 pessoas por cada 100.000 habitantes, verificando-se uma diferença notória entre as zonas rurais e as urbanas. No Alentejo Litoral e Baixo Alentejo, as taxas de suicídio variam entre os 28.4 e 19.4 (SPS, 2006), o que conduz a uma discrepância em relação ao norte de Portugal. No Sul, as taxas globais de suicídio são 4 vezes superiores às do Norte, sendo de 10 quando se compara o distrito de Beja com o distrito de Braga (Saraiva, 1999).

Sampaio (1992, *cit in* Saraiva, 1999), descreveu o suicida-tipo como: velho, solitário, separado, divorciado ou no primeiro ano de viuvez, desempregado ou na reforma. Esta tendência continua a manter-se em território nacional, contudo, os dados têm vindo a mudar quando se investigam camadas mais jovens da população. Nos jovens, há uma maior tendência para serem as raparigas a cometer suicídio (SPS, 2006).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS), caracterizou sete principais factores associados à conduta suicida: doença mental, isolamento social, doença física, abuso de substâncias (álcool ou drogas), tentativa anterior de suicídio, violência familiar e fácil acesso a meios de consumação do suicídio.

De facto, sujeitos alcoólicos ou que consomem álcool com frequência tendem a demonstrar maiores condutas suicidas (Wichstrom, 2000). No mesmo sentido, verificou-se que a prevalência do consumo de substâncias psicoactivas (entre as quais

encontramos o álcool), está bastante associado à existência de comportamentos suicidas (Trezza & Popp, 2000).

Foster (2001) defende que a prevenção do suicídio requer uma compreensão da relação entre o consumo de álcool e o suicídio, apresentando diversos resultados (obtidos através de autópsias psicológicas) de estudos que indicam uma elevada prevalência de alcoolismo entre pessoas que cometeram suicídio (entre os 34% e o 56%).

As taxas de suicídio parecem estar ainda relacionadas com questões de religiosidade, verificando-se que os sujeitos que têm crenças religiosas apresentam menos condutas suicidas dos que os que não têm religião (Gargas, 1932; Maris, 1981; Gibbs, 1971; Stack, 1982, *cit in* Saraiva, 1999).

1. IDEACÃO SUICIDA

A ideação suicida é encarada como o conjunto de pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando ainda as atitudes ou planos que o sujeito equaciona para pôr termo à vida (Borges & Werlang, 2006).

Diversas investigações associam a ideação suicida ao risco de tentativas de suicídio (Kessler *et al*, 1999). Nalguns estudos, estima-se que 60% dos sujeitos com ideação suicida acaba por consumir o suicídio ao longo da sua vida (Fawcett *et al*, 1993).

Numa investigação realizada por Pirkis *et al*. (2000), numa população não clínica, 12% dos sujeitos que apresentaram níveis positivos de ideação suicida acabaram por tentar o suicídio no ano seguinte (*cit in* Silva *et al.*, 2006).

A ideação suicida está directamente associada aos problemas de conflitos internos e mudanças característicos da adolescência, sendo as idades entre os 15 e aos

19 anos aquelas onde os jovens apresentam índices mais elevados de ideação suicida, sobretudo nas jovens do sexo feminino (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005).

Man (1999), com estudos relacionados com género sexual, idade e ideação suicida, demonstrou que a tendência para que as mulheres apresentem níveis superiores num período mais precoce da vida, altera-se ao longo dos anos. Na faixa etária superior a 45 anos, os homens tendem a apresentar níveis mais elevados, sobretudo se forem viúvos ou se viverem sozinhos.

Sujeitos que têm antecedentes familiares de suicídio ou suicídio de alguém próximo afectivamente, tendem a apresentar níveis significativos de ideação suicida, havendo mesmo uma predisposição para a autodestruição na tentativa de haver uma identificação com o ente perdido (De Leo et al., 2003; Maris et al., 2000, *cit in* Borges & Werlang, 2006).

2. DESESPERANÇA

O conceito de desesperança criado por Beck (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985, *cit in* Cruz, 2006), constitui uma ponte entre a depressão e a conduta suicida. De acordo com um estudo de Minkoff et al. (1973), a depressão só é importante para a intenção suicida se existir também desesperança (*cit in* Saraiva, 1999).

A desesperança inclui não só o estado de desespero a si subjacente, mas também o pessimismo, como traço de personalidade (Cruz, 2006). Neste sentido, a pessoa que tem um nível elevado de desesperança, tende a perceber-se como impotente, sem conseguir encontrar uma solução futura para a resolução dos seus problemas, o que conduz muitas vezes a encarar o suicídio como a única saída.

Diversas investigações demonstram que os sujeitos com elevados níveis de desesperança apresentam uma probabilidade significativamente maior de realizarem

suicídio, futuramente (Beck, Brown, Berquik, Stewart & Steer, 1990; Beck, Steer & Newman, 1993; Niméus, Träskman-Bendz & Alsén, 1997, *cit in* Cruz, 2006).

A conjugação entre desesperança e a ausência de perspectivas futuras, é encarada como o principal factor na perda de um sentido para a vida, assim como o desejo de continuar a viver (Yufit, 1977, *cit in* Saraiva, 1999).

A desesperança é ainda encarada como um factor mediador entre a depressão e a conduta suicida, uma vez que ao projectar o estado deprimido no futuro, o sujeito perpetua este seu estado no tempo, não só a nível de existência como também de intensidade (Cruz, 2006).

Neste sentido, a desesperança parece estar intimamente relacionada com a ideação suicida, constituindo-se como um provável índice de intenção suicida mesmo que a depressão esteja controlada (Beck et al, 1985, *cit in* Saraiva, 1999).

CAPÍTULO II – TEORIAS E MODELOS EXPLICATIVOS DA CONDUTA SUICIDA

1. TEORIAS SOCIAIS

Durkheim, encarado como o grande teórico do suicídio, apresentou em 1897 a obra que daria o mote para o estudo do suicídio, enquanto fenómeno social.

Para o autor, chama-se suicídio “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 dever produzir este resultado” (Durkheim, 2001:23).

Na sua obra, Durkheim baseia-se na ideia de que o suicídio tem uma origem social, propondo-se então a encontrar essas causas, deixando para trás factores analisados até aqui, como as disposições “orgânico-psíquicas”, a raça e a hereditariedade e os factores como o clima, a temperatura e as variações sazonais, entre outros (*cit in* Sampaio, 1997).

O autor defende, então que as causas de morte poderão estar fora do indivíduo (Durkheim, 1897, *cit in* Saraiva, 1999), definindo o suicídio em quatro tipos principais:

1. Egoísta – caracterizado por um excessivo individualismo e grande apatia;
2. Altruísta – tem um grande grau de integração social mas um individualismo insuficiente;
3. Anomista – caracterizado por ter uma baixa regulação, ao nível das normas sociais;
4. Fatalista – tem excesso de regulamentação.

Em 1975, o sociólogo Baechler (1975, *cit in* Saraiva, 1999) definiu 11 tipos de suicidas, agrupados em quatro categorias: fugitivo, agressivo, oblativo e lúdico.

Para o sociólogo francês, são os objectivos do suicídio que distinguem estas quatro categorias. Desta forma, no fugitivo há o objectivo de fugir de algo, sendo que, no agressivo, o objectivo é atingir outrem. Já no oblativo o objectivo é o mesmo do conceito altruísta de Durkheim, enquanto que no lúdico o objectivo é o de testar os limites, excitando o estilo de vida, sem explicitar intenção de morte.

Em 1968, Shneidman (*cit in* Saraiva, 1999) dividiu o suicídio em egoísta, diádico e não geracional. O suicídio egoísta trata-se de um fenómeno psicológico, ligado à depressão e personalidade. Já no suicídio diádico são as necessidades não preenchidas ou desejos relacionados com alguém com grande importância que assumem um papel preponderante. Por fim, e no suicídio não geracional, é a alienação em relação aos velhos da sociedade que assume importância, como nas situações de incapacidade reprodutiva ou de alimentação dos filhos.

Nesta vertente teórica, o conceito de imitação ou contágio também tem um efeito na ocorrência de suicídios. Através do estudo das notícias relativas ao suicídio, publicadas pelo New York Times entre 1946 e 1968, e da análise simultânea das estatísticas de suicídio, Philips (1974, *cit in* Saraiva, 1999) constatou que, após um acontecimento de teor suicida ser noticiado, os suicídios aumentavam significativamente. Este fenómeno ficou designado como o “efeito Werther”, por alusão à obra de Goethe, “Werther (Die Leiden des Jungen Werther). Publicado em 1774, Werther, o jovem herói, suicida-se após uma desilusão amorosa, levando muitos jovens da altura a identificarem-se com a situação vivida e o acto cometido.

2. TEORIAS ETOLÓGICAS E ECOLÓGICAS

Henderson (1974, *cit in* Saraiva, 2007) definiu como “síndrome de incitação ao amparo”, os actos que têm como objectivo o desencadeamento de uma

resposta de amparo e protecção. Aqui se encaixam todos os comportamentos humanos que buscam o amparo como o choro e o grito nos bebés, o esticar os braços nas crianças, e o choro nos adultos, quando perdem alguém próximo.

A etologia defende assim que os comportamentos suicidários caracterizam o mais vincado dos apelos, seguindo a expressão triste, a dor e a procura de aprovação do amor (Saraiva, 2007).

Já no que diz respeito à ecologia, será a relação do indivíduo com o meio que o circunda que poderá exercer alguma influência nos comportamentos suicidários. Kessel (1965, *cit in* Saraiva, 1999) aponta as casas degradadas e super-lotadas dos bairros suburbanos, como sinónimo de graves carências económicas, desemprego ou famílias numerosas, enfim, situações socialmente críticas.

3. TEORIAS PSICODINÂMICAS

Em 1977, Freud apresentou na sua obra *Luto e Melancolia* a primeira visão sobre o suicídio. Nesta obra o autor interpretou a reacção do luto como uma actividade que passa inicialmente por chorar a perda do objecto amado e, depois, por um desinvestimento gradual da libido no objecto perdido e a sua direcção para novos objectos (Kaplan, Sadock e Grebb, 1994, *cit in* Soeiro, 2006). Adianta ainda que no processo de melancolia o indivíduo faz o luto do seu próprio *Eu*, o que o leva a desinvestir da libido do objecto perdido, envolvendo-a em si próprio (*cit in* Soeiro, 2006).

Esta identificação com o objecto perdido, leva a que o suicídio seja o resultado do impulso agressivo inconsciente, dirigido ao objecto de amor, que, uma vez introjectado, volta para o *Eu*. Assim, o impulso agressivo contra o objecto vira-se para

si próprio (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994), o que se constitui como a dinâmica do suicídio (Grinberg, 2000) (*cit in* Soeiro, 2006).

A teoria psicanalítica defende, assim, que o suicídio ocorre como uma forma de autodestruição, tal como é possível verificar na teoria proposta por Menninger (1938). O autor considerou o suicídio como uma forma particular de morte, na qual se conjugam três elementos fundamentais: o *desejo de matar* – reacção instintiva para suprimir uma ameaça ou uma privação, o *desejo de ser morto* – forma de submissão e uma interiorização da autoridade, e o *desejo de morrer* – quantidade de energia autodestruidora, traduzida pela morte do indivíduo (*cit in* Sampaio, 1991).

4. TEORIAS COGNITIVAS

Na teoria cognitiva assume-se que existe uma relação entre as cognições dos indivíduos (expectativas, crenças, inferências, esquemas e distorções cognitivas) e a forma como estes se comportam.

A origem de comportamentos suicidas está então associada a representações e processos de pensamento distorcidos e desadaptados, aprendidos ao longo do desenvolvimento (Reinecke, 2004, *cit in* Soeiro, 2006).

Neste sentido, Cruz (2000; 2003; 2006) propõe um Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Figura 1).

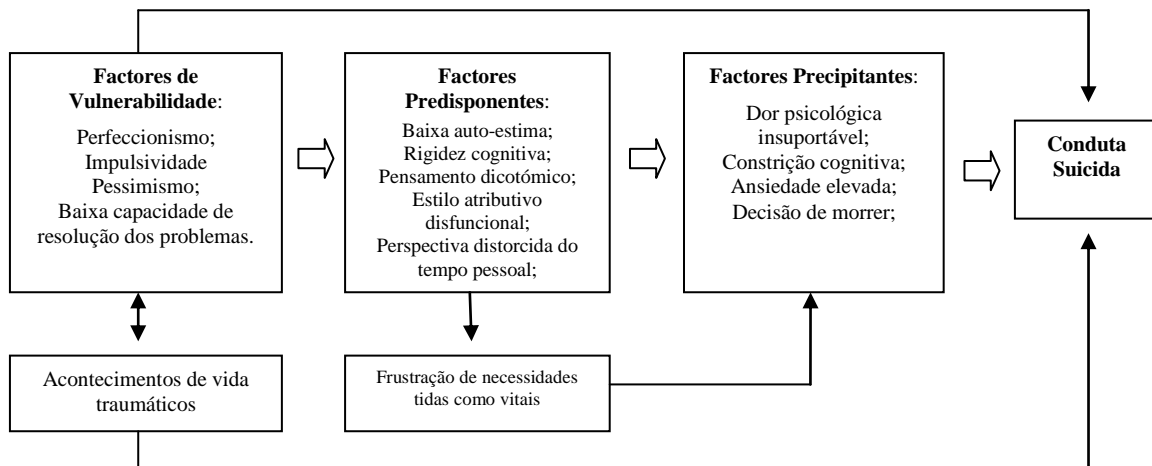


Figura 1. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000; 2003)

Neste modelo, o autor assume a importância dos factores de vulnerabilidade, predisponentes e precipitantes na conduta suicida, assim como os acontecimentos de vida traumáticos e a frustração de necessidades tidas como vitais.

4.1. Factores de Vulnerabilidade

Constituem-se como factores de vulnerabilidade, aqueles que actuam como moderadores da conduta suicida, isto é, cuja influência permite ou não que se instale a crise suicida.

Enquadram-se aqui os acontecimentos de vida traumáticos (Yang & Clum, 1996), traços de personalidade, como o perfeccionismo (Dean, Range & Goggin, 1996), a desesperança (Beck, Steer, Garrison & Kovacs, 1985; Glanz, Haas & Sweeney, 1995; Weishaar, 1996, entre outros) e fraca capacidade de resolução de problemas (Hughes & Neimeyer, 1993; Pollock & Williams, 1998; Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins & Shrout, 1990; Schotte & Clum, 1987) (*cit in Cruz, 2003*).

Considera-se que, do ponto de vista terapêutico, a identificação destes factores permite que se possam adoptar modelos de intervenção mais eficazes e adaptados ao indivíduo, no sentido de prevenir a conduta suicida (*ibidem*).

4.2 Factores de Predisposição

Se os factores de vulnerabilidade podem ser encarados como moderadores da conduta suicida, já os factores predisponentes podem ser caracterizados como mediadores, entre os acontecimentos de vida e a conduta suicida, actuando como filtros cognitivos (Cruz, 2003).

Entre estes factores, é possível identificar estilos cognitivos e comportamentais, como a baixa auto-estima (Yang & Clum, 1996), o estilo atributivo disfuncional (Jack, 1992; Jack & Williams, 1991), o pensamento dicotómico (Neuringer, 1976), a rigidez cognitiva (Schotte & Clum, 1987) e a dificuldade do indivíduo na adequação ao tempo social (Baumeister, 1990) (*cit in* Cruz, 2003).

4.3 Factores de Precipitação

O momento e o modo como é determinada a conduta suicida são ocasionados pelos factores psicológicos precipitantes, que incluem a dor psicológica (Shneidman, 1993), o desespero (Beck & outros, 1990, entre muitos outros autores), a constrição dos afectos e do pensamento (Kelly, 1961; Shneidman, 1993, 1997), a frustração de necessidades psicológicas tidas como vitais (Lester, 1995; Narroll, 1963; Shneidman, 1993) e a decisão de morrer como única forma de resolver os problemas actuais (*cit in* Cruz, 2003).

5. TEORIAS BIOLÓGICAS

A possibilidade dos comportamentos suicidários serem influenciados por factores biológicos, nomeadamente bioquímicos e genéticos, começou a ser estabelecida em meados do século passado. Diversos investigadores consideraram existir alguma relação entre os aspectos biológicos e os suicídios e para-suicídios.

Em 1976, no que diz respeito à bioquímica, os trabalhos de Åsberg e outros (*cit in* Saraiva, 1999) comprovaram a relação entre aqueles que cometeram tentativas violentas de suicídio e o metabolismo de serotonina, apresentando baixos níveis de ácido 5-hidroxi-indol-acético (A5HIA). Em 1994, Traskman-Bendz e tal (*cit in* Saraiva, 1999) encontraram em suicidas suecos altos níveis de noradrenalina 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, com os valores de A5HIA a revelarem-se abaixo dos níveis normais.

Em resumo, sujeitos com alto risco suicida apresentam, frequentemente, desequilíbrios bioquímicos, levando a uma desinibição e “alterações neurofisiológicas da actividade cerebral”.

Os factores genéticos também foram alvo de investigação, no sentido de apurar alguma influência em possíveis comportamentos suicidários.

CAPÍTULO III – FACTORES DE RISCO

1. FACTORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

De acordo com as investigações realizadas, é possível verificar que existe uma tendência para que o suicídio aumente com a idade.

Pessoas com mais velhas apresentam maiores taxas de suicídio, sendo que a consumação aumenta com a idade, sobretudo em sujeitos com mais de 65 anos (Sampaio, 1991; Cruz, 2000); Saraiva,1999).

Apesar dos dados existentes, muitas têm sido as investigações recentes que apontam para uma alteração do panorama, sendo que, cada vez mais, sujeitos mais jovens põem fim à vida, através do suicídio (Arensman & Kerkhof, 1996; Center for Disease Control, 1995; Diekstra & Garnefski, 1995; Lester, 1997; Moscicki, 1995, *cit in* Cruz, 2000).

Ao contrário dos números de suicídio consumado, as tentativas de suicídio tendem a diminuir com a idade, independentemente do género sexual (Merrill & Owens, 1990; Moscicki,1995, *cit in* Cruz, 2000).

Em termos de género sexual, a mortalidade por suicídio, em Portugal, é mais elevada entre indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino, embora as tentativas de suicídio sejam mais comuns no sexo feminino (Areal, 1999; Fonseca, 1997; Sampaio, 2002; Santos e Sampaio, 1997; Saraiva, 1999, *cit in* Oliveira, 2008).

No que diz respeito ao estado civil, as investigações realizadas, apontam para que sejam os sujeitos casados aqueles que apresentam taxas mais baixas de suicídio, sendo que os divorciados são aqueles que apresentam taxas mais elevadas (Cruz, 2000; Henriques, 2006).

2. FACTORES FAMILIARES

Os factores familiares, promotores do desenvolvimento afectivo-social dos indivíduos, parecem estar relacionados com a conduta suicida, devido, sobretudo, ao tipo de dinâmicas familiares existentes.

Fergusson, Woodward e Horwood (2000, *cit in* Santos, 2007), num estudo longitudinal realizado ao longo de 21 anos, encontraram diferenças significativas entre a existência de comportamentos para-suicidários e problemas na educação familiar, dificuldades económicas, separação dos pais e vinculação fraca por parte dos progenitores.

Yang e Clum (1996) apresentaram um modelo explicativo da conduta suicida, assente em acontecimentos de vida negativos, numa fase precoce do desenvolvimento, em meio familiar. Foram citadas, pelos autores, doenças mentais (alcooolismo, depressão e conduta suicida), maus tratos na infância (abuso físico ou sexual), a instabilidade familiar (mortes de pais, divórcio ou abandono) e ambiente familiar perturbado (excesso de controlo ou demasiada permissividade assim como conflitos familiares frequentes) (*cit in* Cruz, 2003).

Estes dados remetem-nos então para o facto de modelos familiares onde ocorram episódios de vida negativos para o sujeito, de uma forma directa (abusos físico e sexual) ou indirecta (divórcio ou separação), levem a que este tenha maior probabilidade de vir a desenvolver condutas suicidas.

3. ACONTECIMENTOS DE VIDA

Investigações realizadas anteriormente (Cruz, 2006; Wengel & Beck, *cit in* Yang & Clum, 1996), apontam para que a existência de acontecimentos de vida negativos, assim como determinadas características de personalidade, estilos cognitivos específicos

e de fracos padrões de vinculação, tendem a aumentar a existência de ideação suicida nos indivíduos (*cit in* Brás & Cruz, 2008).

Um estudo realizado por Brás e Cruz (2008) reforça a ideia de que as vivências precoces assumem um papel importante na saúde mental dos indivíduos, influenciando o seu desenvolvimento pessoal, familiar, social, entre outros, o que vai de encontro a outras investigações realizadas.

De acordo com os estudos produzidos verifica-se que, apesar da existência de acontecimentos vida negativos, para ocorrer suicídio é necessário que estes estejam associados a outras características psicológicas, que possam levar a interpretações distorcidas da realidade e, paralelamente, a respectivos afectos negativos (Cruz, 2003).

4. DOENÇAS FÍSICAS OU MENTAIS

As doenças mentais e físicas constituem-se como um forte factor de risco de suicídio, quando associadas a outros factores pessoais.

Diversas investigações comprovam estes dados (Berglund, 1993; Wolfersdorf, 1996; Fenton, McGlashan, Victor & Blyler, 1997; Roy, 1996; Alonso-Fernandez, 1988; Lester, 1992; Pokorny, 1992; Saraiva e Travassos, 1994; Cox & outros, 1994; Friedman, Jones, Chernen & Barlow, 1992; Jaminson, 1990; Perugi, 1997; Linehan & Kehrer, 1993; *cit in* Cruz, 2000), entre as quais se destacam as perturbações como depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações de ansiedade e bipolares, como aquelas que se constituem como factores de maior risco da conduta suicida.

Esta influência positiva, é possível de comprovar através da análise psicológica de sujeitos suicidas, como defendem Clark e Horton-Deutsch (1992, *cit in* Cruz, 2000).

Quando se investiga a ocorrência de tentativas de suicídio, sobretudo nos idosos, verifica-se que também aqui existe a influência de doenças mentais (Merrill & Owens, 1990, *cit in* Cruz, 2000).

Para além das perturbações mentais, também a existência de doenças somáticas parece estar associada à conduta suicida, actuando, assim como um factor de risco para este fenómeno.

Vários autores (Abrams *et al.*, 1971; Mackay, 1979; Hawton *et al.*, 1980; Dalton, 1959; Trautman, 1961; Tonks *et al.*, 1968, entre outros, *cit in* Saraiva, 1999), sugerem que doenças físicas como a insuficiência renal, epilepsia, doenças do foro oncológico e SIDA, estão intimamente relacionados com a conduta suicida.

Em termos de idades, verifica-se que na sequência de uma doença, prolongada ou não, os idosos tendem a isolar-se dos seus familiares, com medo de dependência ou de sobrecarregarem a família, o que faz com que estes se considerem como factores potenciais de risco suicida (Quartilho, 2006).

CAPÍTULO IV – CULTURA SUICIDA NO ALENTEJO

1. ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO

«(...) Quem vai ao mar, prepara-se em terra – diz o ditado. Aplicando a fórmula ao Alentejo, teremos de nos preparar para entrar dentro dele. Será preciso quebrar primeiro a nossa luneta de horizontes pequenos, e alargar, depois, o compasso com que habitualmente medimos o tamanho do que nos circunda. Agora as distâncias são intermináveis, e as estrelas, no alto, brilham com fulgor tropical. Teremos, portanto, de mudar de ritmo e de visor.»

(Miguel Torga, 1967:34)

Ao longo dos anos, e cada vez mais, de um modo mais marcado, encontramos na sociedade actual dois tipos de meios diferentes, o meio urbano e o meio rural, aos quais correspondem diferenças estruturais, de desenvolvimento económico e social. Além do próprio conceito, a sociedade rural caracteriza-se por um conjunto de associações locais, de pequena dimensão, tendo como limite grandes espaços de natureza, ocupados pela agricultura ou, em determinados casos, pela natureza no seu estado selvagem, dado o abandono crescente dos campos. Cada associação assume um papel de grupo de interconhecimento, em que todos os indivíduos se conhecem e são conhecidos, pelo que as relações sociais são marcadamente pessoais e não funcionais (Miranda, 2004).

A grande diferença entre os meios rural e urbano é, sem dúvida, a densidade populacional, sendo muito reduzida nos meios rurais, o que, por si só, implica um isolamento social físico. Grande parte dos indivíduos residentes em vilas e aldeias do interior, estão sujeitos a um isolamento social, imposto pela própria caracterização geográfica do meio, o que implica um menor contacto com a comunidade em geral.

Bloom (1993), defende que a “*necessidade mais insistente das pessoas continua a ser a necessidade de ligação humana, uma ligação que transcenda o isolamento*” (cit in Gomes & Silva Júnior, 2007, p:57). Este aspecto leva-nos a encarar a necessidade das relações interpessoais como algo inerente ao bem-estar geral do indivíduo. Neste sentido, a existência de isolamento social (físico ou psicológico), ou solidão, abarca uma necessidade fulcral para o indivíduo, a de se relacionar com os outros.

2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO BAIXO ALENTEJO

Com uma área de 27 mil quilómetros quadrados, o Alentejo é a maior região de Portugal. Delimitado a norte e noroeste pela Beira Baixa, Ribatejo e Estremadura, e a sul pelo Algarve, o Alentejo é habitado por cerca de 500 mil pessoas. Quase meio milhão de habitantes que, espalhados pela imensidão do espaço a sul do Tejo, não ultrapassa uma densidade demográfica de 50 pessoas por quilómetro quadrado, no máximo (Barbosa, 2008).

A grande região do Alentejo é dividida por duas sub-regiões ou províncias: Alto e Baixo Alentejo, cujas capitais são Évora e Beja, respectivamente.

O Baixo Alentejo integra 13 concelhos, tendo uma área de, aproximadamente, 8600 quilómetros quadrados, o que corresponde a cerca de 11 por cento do território nacional (Beja Digital, 2008).

Devido à extensão do seu território, o Baixo Alentejo, com 83 freguesias no total, apresenta uma área de 102,9 quilómetros quadrados, em média, por freguesia. Um número bastante elevado quando comparado com a média nacional, com 21,7 quilómetros quadrados por freguesia. Com uma população residente de,

aproximadamente, 135 mil indivíduos, a densidade demográfica é muito baixa, com apenas 15,2 habitantes por quilómetro quadrado (*idem*).

As principais actividades económicas do Baixo Alentejo estão relacionadas com a agricultura, a agro-pecuária, a pastorícia, a exploração dos recursos cinegéticos ou de produtos derivados destas actividades (cortiça, azeite, enchidos, vinho, entre outros). Apesar do grande peso do sector agrícola, a área dos serviços tem vindo a ganhar um maior peso ao longo dos últimos anos.

A população residente no Baixo Alentejo caracteriza-se por ser, predominantemente, envelhecida. Em 2006, no Alentejo, por cada 100 jovens havia 171 idosos, revelando a população mais envelhecida do país. (Expresso, 2007). Consequentemente, o número de habitantes com escolaridade reduzida é muito alto.

A conjugação de factores como a vasta área, a baixa densidade demográfica e a população envelhecida contribuem para um isolamento físico muito grande por parte dos residentes no Baixo Alentejo. Ainda hoje, são muito comuns os *montes alentejanos*. Se outrora eram núcleos populacionais relativamente relevantes, com 20 ou 30 pessoas, actualmente não passam de casas isoladas onde vivem famílias isoladas ou, na maioria dos casos, idosos, muitas vezes sozinhos.

Este isolamento físico criado essencialmente pela própria disposição geográfica conduz a um forte isolamento social. A distância entre estes montes e as sedes de freguesias, é, em muitos casos, acentuada, o que leva a que as pessoas tendencialmente passem muito tempo sozinhas com poucos recursos em termos sociais.

A par disto, a solidão sentida em termos geográficos, apodera-se da população em termos emocionais, ampliada pelo facto de muitos familiares optarem por abandonar a região do Alentejo em busca de uma vida melhor.

Todos estes factores fazem do Baixo Alentejo uma região problemática em termos da conduta suicida, verificando-se que, apesar de ter havido uma diminuição nos últimos anos, a taxa de suicídio continua a ser bastante preocupante.

Cerca de 41% dos suicídios consumados, nas últimas duas décadas no distrito de Beja, decorreram nos concelhos de Odemira, Castro Verde, Ourique e Almodôvar. Odemira assume-se mesmo como o concelho com mais casos de suicídio a nível europeu, sendo Sabóia, uma das suas freguesias, o local onde, durante alguns anos, mais pessoas se suicidaram, a nível mundial (CHBA, 2008).

Dados divulgados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2008) referem que de 1998 a 2008 e no Baixo Alentejo, a média anual de suicídios foi de 53 casos. Contudo, o concelho de Odemira detém uma das maiores taxas de suicídios a nível mundial. Em 2007 foram contabilizadas 61 mortes por cada 100 mil habitantes, com o epicentro a situar-se na freguesia de Sabóia, com um dos maiores índices de suicídio em todo o mundo.

2.1. CONCELHO DE ALMODÔVAR

Com 775,9 Km² de superfície, o concelho de Almodôvar está distribuído por oito freguesias: Aldeia dos Fernandes, Rosário, Graça de Padrões, Almodôvar, Santa Clara - a - Nova, Gomes Aires, Santa Cruz e S. Barnabé (Câmara Municipal de Almodôvar, 2009).

Os cerca de 7 650 habitantes população estão dispersos por todo o concelho de forma muito acentuada, existindo, em grande número, montes e aglomerados de casas isolados e distantes da sede de município.

Este concelho caracteriza-se pela sua interioridade, sendo que o facto de fazer fronteira com a serra algarvia, leva a que muitos indivíduos estejam a viver em zonas de difícil acesso, com fraco suporte e poucos recursos em termos sociais.

De acordo com os dados do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (CHBA, 2008), entre 1982 e 2006 suicidaram-se no concelho de Almodôvar cerca de 77 pessoas, não existindo dados conhecidos relativamente a taxas de tentativas de suicídio, ideação suicida ou casos de sujeitos com depressão.

2.2. CONCELHO DE CASTRO VERDE

Com uma área de 567,2 Km², e uma população aproximada de 8000 habitantes, o concelho de Castro Verde está distribuído administrativamente por cinco freguesias: Casével, Castro Verde, Entradas, São Marcos da Atabueira e Santa Bárbara de Padrões (Câmara Municipal de Castro Verde, 2008).

A densidade populacional deste concelho ronda os 13,4 hab/km² (de acordo com os dados de 2001), sendo que tem apresentado, nos últimos anos, uma tendência para a concentração populacional, sobretudo, na sede de concelho. Os últimos dados (fornecidos pelos Censos, realizados em 2001) apontam para 7603 o número de habitantes do concelho, onde a taxa de analfabetismo atinge ainda uma percentagem preocupante de 15,7%, apesar da descida de 5% na última década (*idem*).

De 1982 a 2006, suicidaram-se cerca de 47 indivíduos, no concelho de Castro Verde (Hospital de Beja, 2007). Contudo, no último ano assistiu-se a cerca de nove mortes por suicídio, sendo considerável o número de sujeitos com depressão major (de acordo com o Centro de Saúde de Castro Verde, 2009).

2.3. CONCELHO DE OURIQUE

O concelho de Ourique apresenta uma população residente de 6200 habitantes, de acordo com o Recenseamento Geral da População e da Habitação (RGPH) de 2001, o que lhe confere uma baixa densidade demográfica. Agrega seis freguesias (Conceição, Garvão, Panóias, Ourique, Santa Luzia e Santana da Serra), sendo a vila de Ourique, sede do município, o núcleo do concelho, representando mais de 20% da sua população. Em 1900, a sua população ascendia a 9.143 pessoas, enquanto que o máximo demográfico foi atingido na década de cinquenta com 16.685 habitantes, resultado dos investimentos agrários da época e da conseqüente necessidade de mão-de-obra rural (Câmara Municipal de Ourique, 2008).

No concelho de Ourique morrem por suicídio, anualmente, cerca de 18 pessoas (de acordo com os dados, referentes a 2007, fornecidos pelo Centro de Saúde), o que corresponde a quase duas mortes por suicídio a cada mês. Não existem dados relativamente ao número de sujeitos com depressão ou ideação suicida, mas o elevado número de indivíduos que vive em montes isolados e em localidades com poucos recursos de ordem social, conduz a uma perspectiva preocupante.

2.4. CONCELHO DE ODEMIRA

Com uma área geográfica de 1720 Km², o concelho de Odemira tem uma população de cerca de 26.106 habitantes (CHBA, 2007). Da totalidade da população cerca de 13.299 são homens e 12.807 são mulheres, contabilizando uma densidade populacional de apenas 14.9 hab/Km².

Apesar de ser um concelho litoral, Odemira caracteriza-se, essencialmente, em termos geográficos pela grande área de serra que o liga ao Algarve. O seu território é dividido por 17 freguesias: Santa Maria e S. Salvador (Odemira), Bicos, Colos,

Luzianes-Gare, Pereiras-Gare, Sabóia, Santa Clara-a-Velha, S. Luís, S. Martinho das Amoreiras, S. Teotónio, Relíquias, Vale de Santiago, Vila Nova de Milfontes, Zambujeira do Mar, Boavista dos Pinheiros e Longueira/Almograve.

Odemira é o maior concelho do país, tendo uma economia assente no sector primário, nomeadamente na agricultura, silvicultura, pecuária e exploração florestal (Câmara Municipal de Odemira, 2009).

Cerca de 30.9% da população tem mais de 60 anos, sendo que neste concelho, a taxa de analfabetismo rondava os de 32,8%, em 1991, tendo-se verificado uma diminuição nos últimos anos para cerca de 25,7%, mantendo-se contudo a mais elevada da região do Baixo Alentejo (*idem*).

3. EVOLUÇÃO E TAXAS DE SUICÍDIO NO BAIXO ALENTEJO

De acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Suicidiologia (2009), as taxas mais elevadas de suicídio, na Europa, provém dos países de leste, nomeadamente Lituânia, Estónia, Bielorrússia e a Federação Russa, cujas taxas, anuais, se situam entre 45 e 75 por 100.000 habitantes. Os países islâmicos e da Europa Mediterrânica apresentam as taxas mais baixas (inferior a 6).

Estima-se que, por cada suicídio consumado, existam sensivelmente entre 20 a 30 comportamentos suicidários, sendo que destas apenas um quarto tem contacto com os serviços de saúde.

Os dados portugueses apontam para que, em território nacional, ocorram cerca de mil suicídios por ano, sobretudo nas regiões da Grande Lisboa, Alentejo e Algarve. Esta realidade, sugere-nos que exista uma especificidade a sul do Tejo, em termos sociais, como a desertificação, o envelhecimento populacional, os níveis de desemprego, as questões da migração, os níveis de desesperança, a ausência de práticas

religiosas, uma tendência para estados depressivos, e a falta de apoios médico-sociais, entre outros aspectos.

Dados fornecidos pelo CHBA, revelam-nos que durante mais de uma década, entre 1996 e 2008, ocorreram, segundo o CHBA, 1433 mortes por suicídio, no distrito de Beja (Tabela 1). Em 2007, ocorreu a taxa mais elevada (37,7) e em 2006 a taxa mais baixa – 23,0).

Tabela 1. Taxas Suicídio Consumado no distrito de Beja (100000hab) (1996-2008)

Ano	Taxa de Suicídio
1996	34.1
1997	31.2
1998	31.6
1999	32.5
2000	30.8
2001	31.1
2002	30.4
2003	31.6
2004	33.4
2005	23.0
2006	23.8
2007	37.7
2008	30.8

(CHBA, 2008)

Entre o ano de 2002 e o ano de 2006, 84% dos suicídios ocorridos no Baixo Alentejo, foram consumados por sujeitos do sexo masculino (suicidaram-se 191 homens), sendo que 36 mulheres puseram fim à vida, através do suicídio (Tabela 2).

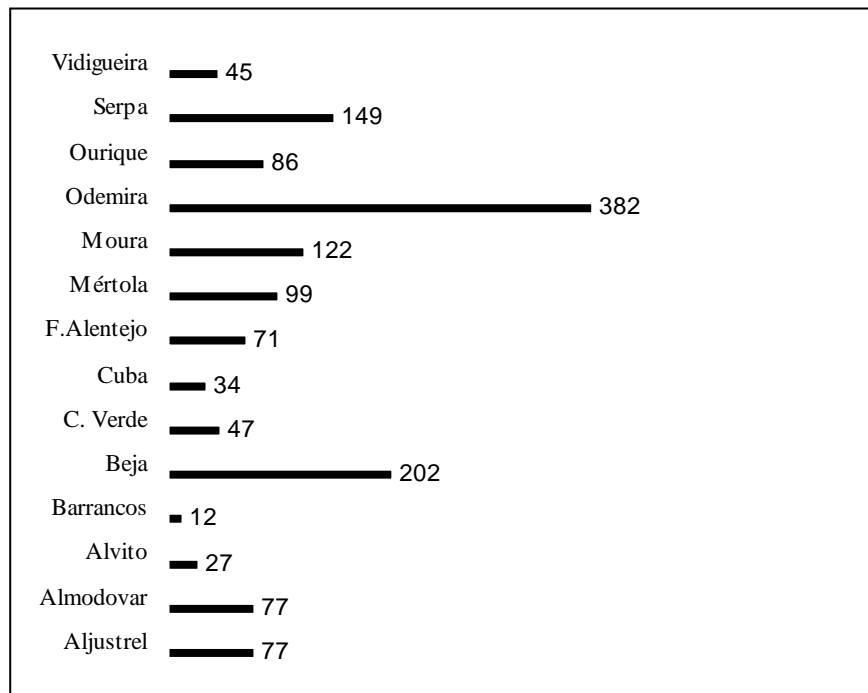
Tabela 2. Taxas de suicídios consumados no distrito de Beja, por género sexual (2002-2006)

Ano	Homens	Mulheres	Totais	Taxas
2002	41	8	49	30,4
2003	44	7	51	31,6
2004	47	7	54	33,4
2005	28	8	36	22,3
2006	31	6	37	22,9

(CHBA, 2008)

Em termos de distribuição geográfica, no distrito de Beja, o concelho de Odemira é aquele que apresenta, há várias décadas, a maior taxa de suicídios, seguido do concelho de Beja e Serpa, cujos níveis revelam-se, também eles, preocupantes. Nos últimos 25 anos, suicidaram-se no concelho de Odemira cerca de 382 pessoas, correspondendo a 26.6 % dos suicídios consumados no Distrito de Beja (CHBA, 2008).

Os concelhos mais a norte do distrito, como Alvito e Vidigueira, apresentam taxas inferiores, tal como o concelho de Barrancos, fronteiriço com o território espanhol (Figura 2).



(CHBA, 2008)

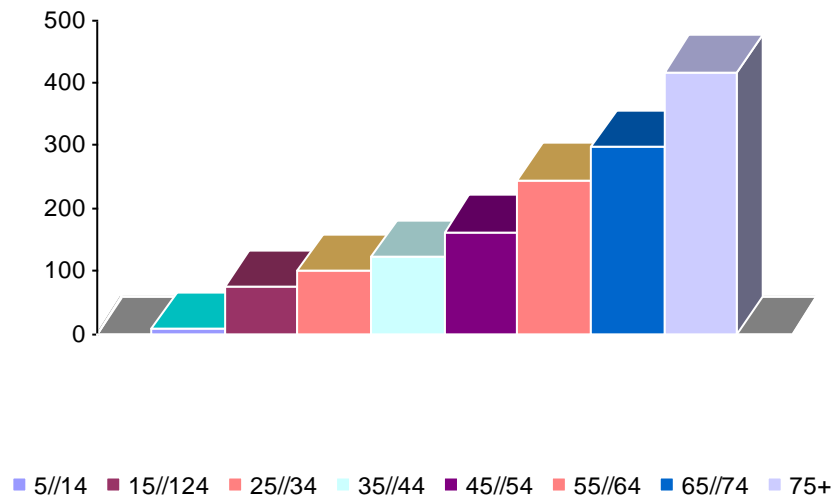
Figura 2. Números de suicídios consumados no distrito de Beja, por concelho (1982 – 2006)

Segundo os dados revelados pelo CHBA, em 1994, a taxa de suicídio em Odemira teve o valor mais elevado (108.3), sendo que em 2006 teve o seu valor mais baixo (19.1). Também neste ano (2006), e pela primeira vez em 25 anos, nenhuma mulher se suicidou no concelho de Odemira.

Os dados consultados apontam ainda para que, no concelho de Odemira, nos últimos cinco anos, 33.6% dos suicídios tenham ocorrido na freguesia de São Teotónio e apenas 3.2% na freguesia de Sabóia, o que vem contrariar as estatísticas contabilizadas até aqui.

Este facto, sugere-nos que o trabalho de prevenção face a esta problemática, realizado nesta freguesia, quer pelos agentes autárquicos, quer pelas associações locais, tem surtido efeitos positivos na diminuição dos números de suicídio consumado.

Tal como sugerem as investigações realizadas, no distrito de Beja, os números de suicídio aumentam com a idade, sendo que os sujeitos com mais de 75 anos são aqueles que colocam fim à vida, tal como se pode verificar na Figura 3.



(CHBA, 2008)

Figura 3. Taxas de suicídio no distrito de Beja, por grupos etários (1982 – 2006)

Em termos de consumação do suicídio, e indo de encontro aos dados da Sociedade Portuguesa de Sociologia (2006), o CHBA identificou que, entre 1982 e 2006, 696 indivíduos puseram fim à vida através do enforcamento. O envenenamento (343 casos), o afogamento (242 casos) e o recurso a armas de fogo (120 casos) são outros métodos bastante utilizados para consumir o acto suicida, nesta região do país. Este dados apontam para a especificidade do acto suicida no Baixo Alentejo, cuja letalidade é bastante forte, sendo que se verifica que o número de tentativas de suicídio não é muito significativo uma vez que os actos existentes são consumados na totalidade.

Em contraposição, o recurso a armas brancas ou o suicídio por asfixia, foram os métodos menos utilizados por esta população, o que é possível observar na Tabela 3.

Tabela 3. Métodos de consumação do suicídio no distrito de Beja (1982 – 2006)

Método	Nº de Casos
Enforcamento	696
Envenenamento	343
Afogamento	242
Arma de Fogo	120
Trucidado Comboio	18
Defenestração	8
Arma Branca	2
Asfixia	1

(CHBA, 2008)

Muitas investigações realizadas (Stengel, 1980) remetem para que o número de suicídios oscile de acordo com os meses do ano, sendo que, tal como se pode verificar na Tabela 4, nesta região do país os suicídios consumados são mais frequentes nos meses entre Junho e Setembro.

Estes dados parecem apontar para que, durante o período de Inverno, cujas condições climáticas favorecem o isolamento e a quebra do contacto interpessoal com os outros, os indivíduos, futuros suicidas, por uma lado, aumentem os níveis de ideação suicida e desesperança, e, por outro, desenvolvam o seu plano de concretização do suicídio.

Por outro lado, também Durkheim se debruçou sobre esta questão, caracterizando-o como um factor extra-social, defendendo que nesta altura, os indivíduos estão mais sujeitos a maiores tensões, dado o aumento de vida social que ocorre na Primavera e Verão (Henriques, 2006).

Tabela 4. Distribuição dos suicídios consumados no distrito de Beja, por meses (1982-2006)

Meses	Nº	%
Janeiro	99	6.9
Fevereiro	126	8.8
Março	125	8.7
Abril	113	7.9
Maio	122	8.5
Junho	143	10
Julho	162	11.3
Agosto	148	10.3
Setembro	128	8.9
Outubro	86	6
Novembro	90	6.2
Dezembro	88	6.1

(CHBA, 2008)

4. FACTORES CULTURAIS CARACTERÍSTICOS DO BAIXO ALENTEJO

4.1. ISOLAMENTO

Uma das fortes razões que tem sido apontada no sentido de ajudar a explicar estes dados tem sido o isolamento social, de acordo com alguns trabalhos realizados neste âmbito (Oliveira *et al.*, 2001; Sampaio *et al.*, 2000, *cit in* Oliveira, 2008).

A questão do isolamento é um forte problema na região do Baixo Alentejo, dada a fraca densidade populacional e a distância física que se impõe entre as diversas

populações. Assim sendo, sobretudo quando associado a outros factores, como a idade, estado civil e concelho de residência, o isolamento pode ser considerado como um factor de risco para a conduta suicida, uma vez que dele advém problemas de ordem emocional, como a solidão e a melancolia.

Alguns autores têm-se debruçado sobre esta questão, considerando que o problema do suicídio no Alentejo tem a ver, pelo menos em parte com questões de isolamento social, apoio social e ciclo de vida, nos idosos (Quartilho, 2006).

4.2. BAIXA RELIGIOSIDADE

Quanto maior o peso institucional da religião numa sociedade, maior o seu controlo social no exercício do poder, maior a condenação dos actos suicidas e, por conseguinte, menor o risco de comportamentos suicidários (Durkheim, 2001).

Estes dados vão de encontro ao panorama nacional, uma vez que as taxas de suicídio apresentam uma variância muito acentuada quando analisadas as regiões do país. No Norte as taxas de suicídio são significativamente inferiores às do Sul, sendo que esta diferença acentua supõe-se estar relacionada com questões de ordem religiosa (SPS, 2007).

4.3. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), Portugal encontra-se perante um aumento da população idosa a um ritmo acentuado, assistindo-se, entre 1960 e 2001, a um aumento de 140% da população idosa, a par de uma diminuição de cerca de 36% da população jovem.

Ainda no que diz respeito à população idosa, em Portugal, verifica-se, através dos Censos 2001, que 17,5% das famílias são constituídas apenas por idosos, sendo que

destas, 50,5% das famílias são constituídas apenas por um idoso e 48,1% apenas por dois (INE, 2002).

Em termos nacionais, a percentagem de pessoas com idades acima dos 65 anos é de 19,26%, sendo que no Alentejo e Algarve, atinge cerca de 27,17%, cujo índice de envelhecimento da população é superior à média nacional (102), e atinge o valor de 128 (Seabra, 2006).

No Alentejo as taxas de suicídio nos idosos, assume-se como um grande problema, sobretudo em sujeitos com mais de 65 anos, do sexo masculino, viúvos e que vivem sozinhos, tal como é possível observar nos dados fornecidos pelo CHBA, anteriormente apresentados.

4.4. FRACO SUPORTE SOCIAL

O suporte social pode ser encarado sob diversas perspectivas e muitos têm sido os autores que têm vindo a tentar encontrar uma definição precisa sobre o mesmo. Como refere Nunes (1999), o apoio social pode ser caracterizado como apoio instrumental e emocional, feedback, aconselhamento, interacção positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, entre outros (*cit in* Martins, 2002).

Numa perspectiva diferente, Vaz Serra (1999), caracteriza o apoio social como a “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”.

Cohen e Wills (1985, *cit in* Arkar *et al.*, 2004) caracterizaram o a percepção do suporte social em quatro categorias diferentes: suporte emocional (*esteem support*), suporte instrumental (*instrumental support*), suporte informal (*informational support*) e suporte de companhia (*companionship support*).

Conjugando as várias perspectivas, percebe-se que o suporte social deve ser encarado como algo dinâmico, ou seja, um processo interactivo entre os indivíduos, pelo que se julga que o facto de um sujeito ter percebido pouco suporte interfere em vários domínios na sua vida.

CAPÍTULO V – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1. OBJECTIVOS

A problemática do fenómeno suicida tem sido bastante investigada ao longo dos anos, contudo a questão da ideação suicida em populações não clínicas tem sido ainda posta um pouco de parte pelos investigadores. Se colocarmos a ideação suicida como a base da conduta suicida, tratando-se uma primeira fase dum processo que, eventualmente, poderá conduzir a um futuro desfecho fatal, torna-se fundamental percebê-la de modo a trabalhar no sentido da prevenção de comportamentos suicidários posteriores.

O que se pretende com a realização deste estudo é, sobretudo, compreender melhor as relações entre os níveis de ideação suicida e desesperança e os factores culturais que poderão estar associados. Esta relação será avaliada através da análise dos níveis de ideação suicida e desesperança numa população não clínica de quatro concelhos do Baixo Alentejo (Almodôvar, Castro Verde, Odemira e Ourique) e tentar relacioná-los com factores de ordem cultural.

É pressuposto desta investigação a assunção, inúmeras vezes reportada em observações ocasionais, por vários tipos de protagonistas, de que existe uma “cultura suicida” no Alentejo e de que essa “cultura suicida” se constitui como um facilitador das condutas suicidas de todo o tipo e que poderá estar associada à maior frequência de condutas suicidas fatais nesta região de Portugal.

Todavia, também se tornou importante investigar em que medida a variação dos níveis das nossas variáveis dependentes (desesperança e ideação suicida) estaria influenciada pelas variáveis externas (sócio-demográficas), pelos níveis de suporte social percebido e por antecedentes pessoais ou familiares de condutas suicidas.

Na Figura 4 sintetizamos as relações entre as variáveis para uma melhor compreensão dos objectivos desta investigação.

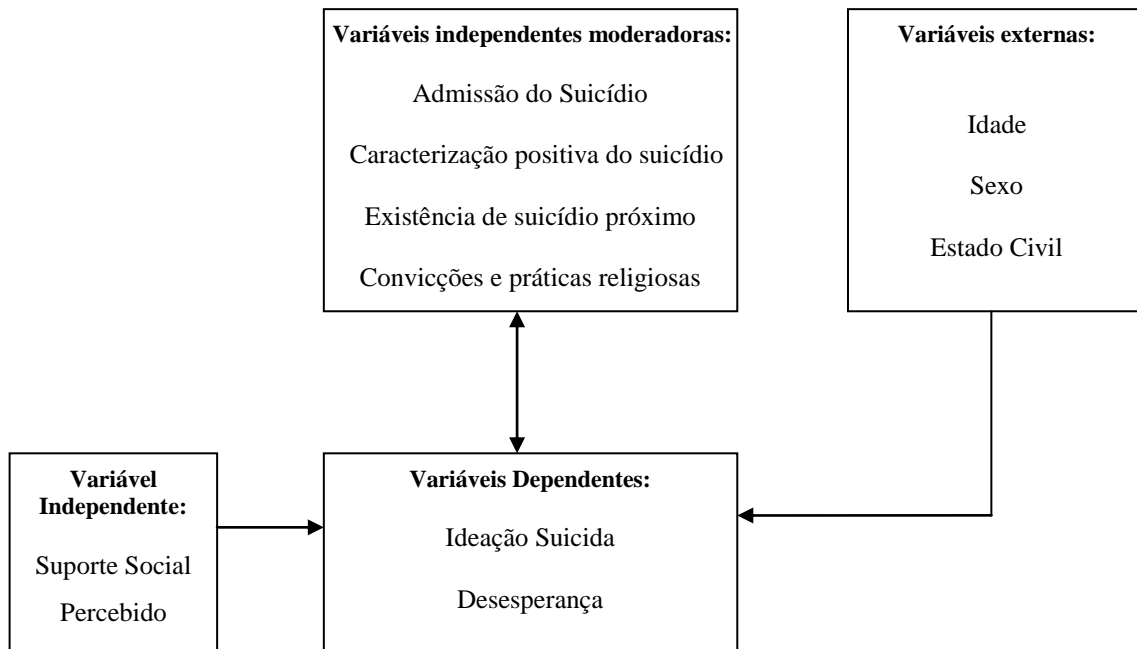


Figura 4. Modelo das relações entre as variáveis em estudo

2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Do modelo exposto na Figura 4, decorrem um conjunto de questões de investigação que passamos a enumerar:

1) De que forma as variáveis externas (sexo, idade e estado civil) influenciam as variáveis dependentes (desesperança e ideação suicida)?

2) De que forma as variáveis independentes moderadoras (convicções e atitudes face às condutas suicidas e à religião, assim como a existência de suicídios próximos) se relacionam com as variáveis dependentes (desesperança e ideação suicida);

3) De que forma a variável independente (satisfação com o suporte social percebido) influencia as variáveis dependentes (desesperança e ideação suicida)?

CAPÍTULO VI – METODOLOGIA

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Participaram no estudo 291 pessoas residentes no Baixo Alentejo, sendo que 111 (38,1%) são jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, 95 (32,7%) são adultos (entre os 20 e os 64 anos) e 85 (29,2%) são idosos com idades superiores a 65 anos. As idades dos sujeitos situam-se entre os 13 e os 91 anos, cuja média é de 41 anos (D.P. = 25).

Em relação ao género sexual, 161 (55,3%) inquiridos são mulheres e 130 (44,7%) são homens (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência e Percentagem da amostra, por género sexual

	Frequência	Percentagem
Feminino	161	55,3%
Masculino	130	44,7%
Total	291	100,0%

Quanto ao estado civil, 126 sujeitos (43,35) são solteiros, 100 (34,4%) são casados ou vivem em união de facto, 4 (1,4%) são divorciados e 61 (21,0%) são viúvos (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência e Percentagem do Estado Civil da amostra

	Frequência	Percentagem
Solteiro(a)	126	43,3%
Casado(a)/União de Facto	100	34,4%
Divorciado(a)	4	1,4%
Viúvo(a)	61	21,0%
Total	291	100,0%

Da totalidade da amostra, 71 sujeitos (24,4%) são oriundos do concelho de Almodôvar, 100 (34,4%) do concelho de Ourique, 51 (17,5%) do concelho de Odemira e 69 (23,7%) do concelho de Castro Verde (Tabela 7).

Tabela 7. Frequência e Percentagem dos concelhos de residência da amostra

	Frequência	Percentagem
Ourique	100	34,4%
Almodôvar	71	24,2%
Castro Verde	69	23,7%
Odemira	51	17,5%

Trinta de duas pessoas (11,0%) não têm qualquer grau de escolaridade, 232 (79,7%) completaram o ensino básico, 22 (7,6%) têm o ensino secundário e apenas cinco pessoas (1,7%) detêm um curso superior (Tabela 8).

Tabela 8. Frequência e Percentagem do Grau de Escolaridade da amostra

	Frequência	Percentagem
Sem escolaridade	32	11,0%
Escolaridade Básica	232	79,7%
Escolaridade Secundária	22	7,6%
Escolaridade Superior	5	1,7%

Em termos de classe social, 285 (97,9%) dos inquiridos assumiram que pertencem à classe média e seis (2,1%) à classe média alta.

No que corresponde à residência dos sujeitos inquiridos, 275 (94,5%) vivem em casa familiar, 15 (5,2%) vivem num lar ou centro de acolhimento e uma pessoa (0,3%) vive num outro tipo de residência (Tabela 9).

Tabela 9. Frequência e Percentagem do Tipo de Residência da amostra

	Frequência	Percentagem
Casa Familiar	275	94,5%
Lar/ Centro de Acolhimento	15	5,2%
Outro	1	0,3%

Vinte e quatro sujeitos (8,2%) vivem sozinhos, 255 (87,6%) vivem com familiares e 12 (4,1%) sujeitos revelam que vivem com outras pessoas.

Dos sujeitos inquiridos, 159 (54,6%) referem que têm filhos e 132 (45,4%) referem que não têm (Tabela 10).

Tabela 10. Frequência e Percentagem da existência de filhos no total da amostra

	Frequência	Percentagem
Sim	159	54,6%
Não	132	45,4%

2. INSTRUMENTOS

Utilizaram-se, nesta investigação, instrumentos que permitiram avaliar os níveis de ideação suicida e desesperança, assim como os níveis de suporte social percebido e os factores culturais que poderão estar associados à ideação suicida nos sujeitos.

Para identificação sócio-demográfica da amostra e caracterização de factores culturais que possam estar relacionados com as variáveis dependentes, foi elaborado um questionário, com o objectivo de caracterizar e descrever a amostra do estudo. Este questionário, elaborado pelos autores, encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira corresponde à caracterização sócio-demográfica da população, e a segunda corresponde à caracterização de factores que poderão estar associados aos níveis de

ideação suicida e desesperança (como os antecedentes de suicídios na família, a religiosidade, o isolamento sócio-afectivo e as actividades sociais, entre outros).

Considerando-se esses itens como variáveis independentes, com influência previsível nas variações das variáveis dependentes (desesperança e ideação suicida), o seu tratamento pode ser encontrado no capítulo da análise dos resultados e não na caracterização geral da amostra, que apresentámos anteriormente.

Utilizou-se, de modo a avaliar o nível de ideação suicida, o Questionário de Ideação Suicida (QIS), de Reynolds (1988), adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela (1999), constituído por 30 itens, que avalia a frequência da ocorrência da ideação suicida. No formato de resposta, temos as seguintes categorias: «Nunca pensei nisto» (0), «Já pensei nisto mas não no último mês» (1), «Uma vez por mês» (2), «Algumas vezes por mês» (3), «Uma vez por semana» (4), «Algumas vezes por semana» (5), «Quase todos os dias» (6). Os resultados obtidos podem variar entre o mínimo de 0 e um máximo de 180 pontos, sendo que uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponde a uma pontuação mais elevada no QIS.

De modo a avaliar os níveis de desesperança foi utilizada a Escala de Desesperança de Beck (com tradução e adaptação para a população portuguesa de Cruz (1992), a qual é composta por 20 frases, nas quais o sujeito deve assinalar “verdadeiro” ou “falso” para cada afirmação apresentada. A classificação da escala varia de um nível mínimo de desesperança (0-3), a nível leve de desesperança (4-8), nível moderado de desesperança (9-14) e nível grave - superior a 14 (Oliveira *et al.*, 2006).

Foi ainda utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (ESSS), constituída por 15 itens, de auto-preenchimento, com afirmações que se dividem em quatro dimensões: *satisfação com a família* (cinco itens), *intimidade* – percepção da existência de suporte social íntimo (quatro itens), *satisfação com os*

amigos (3 itens) e *actividades sociais* (3 itens). Em cada um o sujeito deve responder o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de 1 a 5, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

3. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para o desenvolvimento do estudo, os dados foram recolhidos em dois períodos distintos. Numa primeira fase procedeu-se à recolha de dados dos sujeitos jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, em quatro escolas secundárias/profissionais dos concelhos de Almodôvar, Ourique, Odemira e Castro Verde. Antes de cada aplicação dos instrumentos, serão realizados contactos prévios com os conselhos executivos das escolas, de modo a obter a autorização para a participação dos jovens.

Foi encaminhada ainda, através dos directores de turma dos jovens, um documento para os pais e/ou encarregados de educação dos jovens com idades inferiores a 18 anos, com uma explicação sintetizada sobre os objectivos e pertinência do estudo, acompanhado de um consentimento informado que estes assinaram caso autorizassem os filhos a participar na investigação.

Após isto, cada jovem assinou também o seu próprio consentimento informado (independentemente da idade), e os dados foram recolhidos de forma colectiva, no período e em contexto de aula.

Após a recolha destes primeiros dados, foram administrados os instrumentos aos sujeitos adultos e idosos, cuja amostragem foi por conveniência, procurando-se todavia abranger o leque mais alargado possível de características pessoais, sócio-económicas e familiares dos sujeitos. Para esse efeito deslocámo-nos às várias freguesias dos concelhos de Almodôvar, Ourique, Odemira e Castro Verde.

Previamente à aplicação dos instrumentos, foi dada uma explicação aos sujeitos acerca dos objectivos e importância da investigação, e foi assinado o consentimento informado pelos sujeitos de decidiram participar voluntariamente no estudo.

4. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha dos dados e de modo a facilitar a análise e tratamentos dos mesmos, procedeu-se à elaboração de categorias, face às respostas abertas do Questionário.

Na questão aberta “Descreva os seus sentimentos quando vivenciou esse(s) suicídio(s)”, referente ao facto dos sujeitos terem ou não casos de suicídio em pessoas próximas, foram elaboradas cinco categorias “Impotência”, “Revolta”, “Dor”, “Pena” e “Raiva”.

Posteriormente, as respostas à questão aberta “Descreva, resumidamente, as condições em que admitiria suicidar-se” foram englobadas em seis categorias: “Não admitiria”, “Perda de alguém significativo ou Viuvez”, “Solidão”, “Desespero”, “Abuso Sexual” e “Doença prolongada ou Acidente”.

A questão aberta “Numa frase, como caracteriza o suicídio” foi dividida em duas categorias “Coragem” e “Desespero”, de acordo com as respostas dos sujeitos.

Foi ainda incluída uma nova variável “Admite/ Não Admite suicidar-se” de acordo com as respostas que os sujeitos deram na questão aberta “Em que situações admitiria suicidar-se”.

Para a análise dos dados procedeu-se ao seu tratamento através do programa informático de estatística *SPSS* (versão 16,0 para Windows), em que foram utilizadas análises estatísticas que permitiram ir ao encontro aos objectivos inicialmente propostos.

CAPÍTULO VII – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para avaliar os níveis de ideação suicida na população do Alentejo, aplicou-se o Questionário de Ideação Suicida (QIS), de Reynolds (1988), adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela (1999).

A influência da variável externa “Idade” foi considerada em primeiro lugar, com os resultados que se apresentam na Tabela 11.

Tabela 11. Níveis de Ideação Suicida (IS), por grupo etário

IS	Média	D.P.
Adolescentes	36,53	48,13
Adultos	31,80	51,04
Idosos	109,09	37,34
Total	56,12	57,42



Figura 5. Distribuição da Ideação Suicida, por grupo etário

Como pode ver-se na Tabela 11 e na Figura 5, as médias da Ideação Suicida são muito superiores no grupo dos idosos (>65 anos) face às médias nos grupos de adolescentes e adultos. Essa diferença é estatisticamente muito significativa, como pode observar-se na Tabela 12.

Tabela 12. Comparação das médias de Ideação Suicida, por grupo etário (Teste Anova)

IS	Soma dos quadrados	GL	Quadrado das médias	F	Sig.
Entre grupos	338148,185	2	169074,093		
Dentro dos grupos	617947,842	288	2145,652	78,798	0,000
Total	956096,027	290			

Chamamos todavia a atenção para a excepcionalmente alta dispersão dos resultados nos grupos de adolescentes e adultos, comparativamente aos idosos, o que significa que os resultados dos mais jovens mostram uma enorme variabilidade, entre níveis diferentes de ideação suicida. Isto significa que, enquanto nos idosos os níveis de ideação suicida são geralmente altos para a generalidade desta faixa etária, nos adolescentes e adultos esses níveis variam entre o muito baixo e o muito alto.

Esta tendência muito significativa para um aumento progressivo da ideação suicida com o aumento da idade permite concluir que as pessoas mais idosas estão mais vulneráveis face a um possível acto suicida, como aliás é amplamente demonstrado pela frequência de suicídios nas idades mais avançadas (INE, 2008).

Tabela 13. Níveis de Ideação Suicida nos jovens, por género sexual

IS	Média	D.P.	T	P
Feminino	52,40	51,15		
Masculino	13,69	27,41	4,781	0,000

Em relação aos níveis de ideação suicida nos jovens (Tabela13), é possível observar que os jovens do sexo feminino (M=52,40; DP=51,15) apresentam níveis significativamente superiores ($t=4,781$; $p=0,000$) aos do sexo masculino (M=13,69; DP=27,41).

Estes dados vão de encontro às investigações que defendem que as raparigas têm mais ideação suicida, tendem a revelar mais planos suicidas, realizam mais tentativas de suicídio do que os rapazes (Braconnier e Marcelli, 2000; Carr, 2002; Crepet, 2002; Fonseca, 1997; GAP, 1996; Jaminson, 2001; Ladame, 1995; Laufer, 2000; Macfarlane e McPherson, 2001; McKeown *et al.*, 1998; Pommereau, 2001; Rioch, 1995; Robbins, 1998; Rohling, 1998; Sampaio, 2002; Saraiva, 1999; Vallejo-Nágera, 2003, *cit in* Oliveira, 2008).

Tabela 14. Níveis de Ideação Suicida nos idosos, por género sexual

IS	Média	D.P.	T	p
Feminino	97,51	38,98	-2,732	0,008
Masculino	118,91	33,25		

De acordo com a Tabela 14, é possível observar que a situação se inverte nos idosos já que nestes os níveis médios de ideação suicida são muito significativamente mais elevados no sexo masculino.

Pelo contrário, no grupo de Adultos não se observam diferenças significativas entre os géneros, no que respeita à Ideação Suicida ($t=-0,328$; $p=0,743$), bem como na população em geral ($t=-0,838$; $p=0,404$).

Nos extremos do leque etário observam-se alterações muito significativas conforme os sexos, mas não no grupo dos adultos, ou na população globalmente considerada.

Estes resultados estão conformes com as taxas de incidência de condutas suicidas que, entre os jovens, são mais frequentes no sexo feminino (3 para 1) e nos idosos mais frequentes no sexo masculino (igualmente, 3 para 1) (Cruz, 2000).

Tabela 15. Níveis de Desesperança, na totalidade da amostra, por grupos etários

Desesperança	Média	D.P.
Jovens	4,17	0,48
Adultos	5,54	0,48
Idosos	11,82	0,37
Total	7,00	6,00

Outro indicador do risco de suicídio é o nível de desesperança. Valores superiores a 9, na Escala H de Beck e outros (1974) indicam um risco elevado de suicídio. Uma em cada 10 pessoas com valor superior a 9 nesta Escala, acabam por cometer suicídio (Cruz, 2000).

Neste sentido, verificou-se que o nível de desesperança médio da amostra inquirida é de 7 (DP=6), sendo que este valor aumenta com a idade (Tabela 15).

Nos jovens verifica-se que a média se situa nos 4,17 (DP=0,48), nos adultos situa-se nos 5,54 (DP=0,48) e nos idosos nos 11,82 valores (DP=0,37), sendo que nesta faixa etária os níveis de desesperança sobem substancialmente acima dos valores médios da totalidade da amostra (Tabela 15).

Tal como em relação à Ideação Suicida verifica-se uma elevação muito significativa, do ponto de vista estatístico, nos níveis de desesperança dos idosos alentejanos, coincidindo com as elevadas taxas de suicídio nesta população (Figura 6).

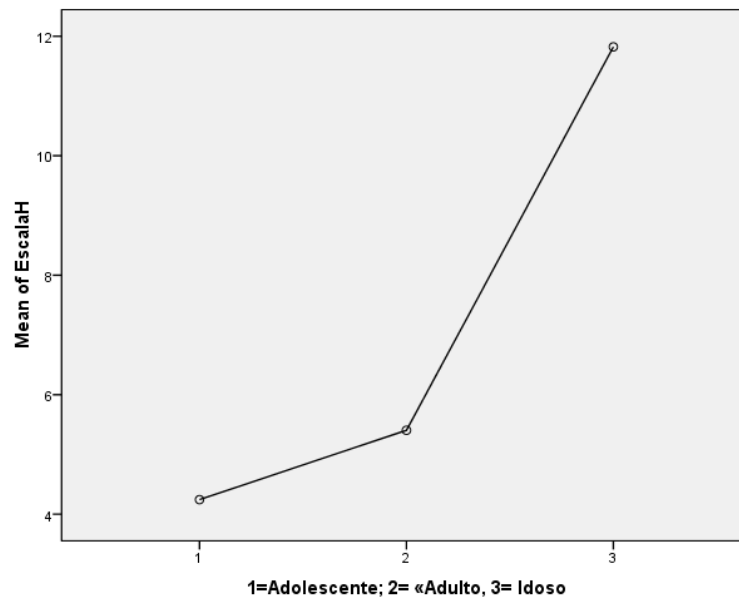


Figura 6. Distribuição das médias de desesperança, em função do grupo etário

Tabela 16. Comparação das médias de desesperança por grupo etário (teste Anova)

Grupos etários	Soma quadrados	GL	Quadrado das Médias	F	Sig.
Entre grupos	3036,772	2	1518,386		
Dentro dos grupos	5837,874	288	20,270	74,907	0,000
Total	8874,646	290			

As diferenças das médias dos níveis de desesperança, por grupo etário, são muito significativas (Tabela 16), à custa da enorme desproporção entre os níveis de desesperança dos idosos e dos dois outros grupos populacionais.

Tabela 17. Níveis de Desesperança nos jovens, por género sexual

Género	Média	D.P.	t	p
Feminino	5,74	5,65	3,927	0,000
Masculino	2,18	3,24		

Nos jovens, é possível observar (Tabela 17) que as jovens do sexo feminino apresentam um valor médio mais elevado de desesperança ($M=5,74$; $DP=5,65$), em relação aos jovens do sexo masculino ($M=2,18$; $DP=3,24$). Estes níveis de desesperança nas raparigas são significativamente superiores aos dos rapazes ($t=3,927$; $p=0,000$).

Tabela 18. Níveis de Desesperança nos idosos, por género sexual

	Média	D.P.	t	p
Feminino	10,79	3,36	2,685	0,009
Masculino	12,70	3,16		

Os resultados demonstram que, no que respeita aos níveis de desesperança nos idosos (Tabela 18), são os sujeitos do sexo masculino aqueles que apresentam as médias mais elevadas ($M=12,70$; $Dp=3,16$). As mulheres ($M=10,79$; $DP=3,36$) apresentam níveis muito significativamente mais baixos de desesperança ($t=2,685$; $p=0,009$).

Como podemos observar, face aos resultados encontrados, a Desesperança e a Ideação Suicida tendem a expressar-se de forma semelhante, a aumentar com a idade e a ser mais intensas nos jovens do sexo feminino e nos idosos do sexo masculino.

Tabela 19. Níveis de Ideação Suicida, por Estado Civil (Teste Kruskal-Wallis)

Estado Civil	N	Rank Médio	Qui-quadrado	GL	Sig.
Solteiro	126	117,91	68,455	3	0,000
Casado/União Facto	100	134,50			
Divorciado	4	129,75			
Viúvo	61	223,94			

De acordo com a Tabela 19, podemos verificar que os sujeitos solteiros e divorciados são aqueles que apresentam níveis mais baixos de Ideação Suicida (117,91 e 129,75, respectivamente). Em oposição, os sujeitos viúvos são aqueles que apresentam

níveis de Ideação Suicida mais elevados (223,94), sendo esta diferença entre os níveis nos diferentes estados civis muito significativa (Sig=0,000).

O grupo de indivíduos divorciados apresenta, a contrapor com as investigações encontradas (Cruz, 2000), níveis de Ideação Suicida mais baixos, sendo que este facto se pode dever ao número reduzido de sujeitos inquiridos com este estado civil.

Estes dados vão de encontro à bibliografia que retrata que na sequência da morte do cônjuge, os idosos tendem a afastar-se dos outros membros da família, de modo a não sobrecarregarem os familiares, o que faz com que se distanciem e sigam rumo à solidão (Quartilho, 2006).

Tabela 20. Níveis de Desesperança por Estado Civil (Teste Kruskal-Wallis)

Estado Civil	N	Rank Médio	Qui-quadrado	GL	Sig.
Solteiro	126	112,52			
Casado/União Facto	100	137,27	84,577	3	0,000
Divorciado	4	119,88			
Viúvo	61	231,19			

Tal como acontece com a Ideação Suicida, os níveis de Desesperança também são significativamente superiores em sujeitos viúvos ou casados/união e facto, tal como se pode observar na tabela 20.

Tabela 21. Correlação entre os níveis de Ideação Suicida e de Desesperança

Correlações			
Variáveis		QIS	EscalaH
QIS	Correlação de Pearson	1	0,907**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	291	291
EscalaH	Correlação de Pearson	0,907**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	291	291

** . Correlação muito significativa

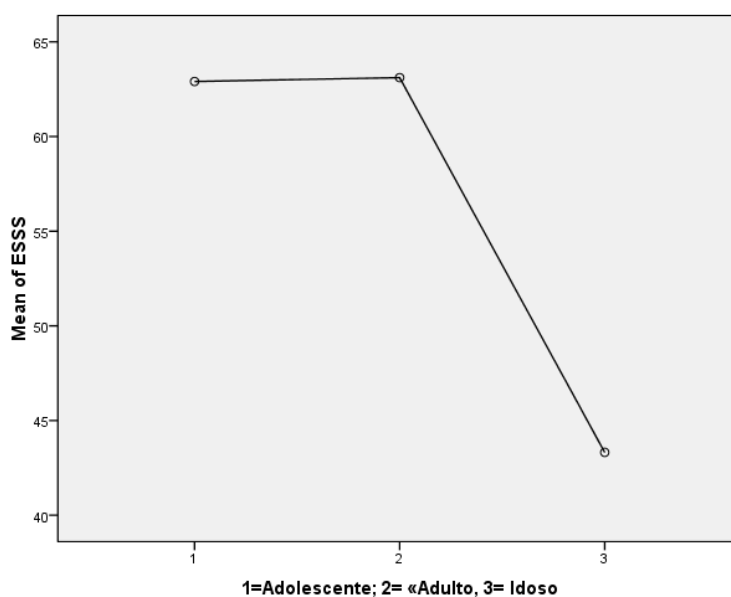
Como pode ver-se na Tabela 21, os níveis de IS e de Desesperança variam no mesmo sentido, praticamente como se fosse uma única variável (correlação de 0,97), confirmando os trabalhos de Beck, Kovacs e Weissman (1996) e de Weishaar e Beck (1992) que sugerem que a Desesperança é o principal mediador entre a depressão e o suicídio e que é a única variável preditora de futuros suicídios em todas as idades.

Como vimos anteriormente, os níveis de Ideação Suicida e de Desesperança são muito elevados na população alentejana, o que confirma a relação destas variáveis com o suicídio já que estamos em presença duma região onde o suicídio se apresenta como uma verdadeira epidemia.

Sendo o propósito desta investigação compreender a influência de alguns factores nesta tendência suicida, seleccionámos a satisfação com o suporte social percebido e algumas variáveis culturais e existências para perceber o seu impacto nas variações da IS e da Desesperança.

Tabela 22. Níveis de Satisfação com o Suporte Social na totalidade da amostra, por grupos etários

	Média	D.P.
Jovens	63,16	1,13
Adultos	62,82	1,60
Idosos	43,32	1,12
Total	57,00	16,00

**Figura 7.** Satisfação com o suporte social, por grupo etário

Como pode comprovar-se na Tabela 22 e na Figura 7, os níveis percebidos de suporte social são equivalentes entre os jovens e os adultos, mas sofrem uma acentuada degradação no grupo dos idosos.

De um modo global, estes dados vão de encontro à investigação realizada por Oliveira (2008), que identificou que é comum que o adolescente suicida se sintá só e tenda a isolar-se, mesmo que aparentemente esteja bem, mantendo um bom relacionamento com o grupo de pares, contudo, sem revelar controlo sobre a sua situação e com uma visão pessimista da vida, sem rumo futuro.

Essas diferenças são estatisticamente muito significativas ($F=70,909$; $Sig=0,000$), como pode comprovar-se na Tabela 23.

Tabela 23. Comparação das médias de satisfação com o Suporte Social por grupo etário (teste Anova)

	Soma dos quadrados	GL	Quadrado das médias	F	Sig.
Entre grupos	23323,915	2	11661,958		
Dentro dos grupos	47365,267	288	164,463	70,909	0,000
Total	70689,182	290			

Naturalmente, estes dados sugerem que os idosos se sentem significativamente mais sós e desamparados que as outras faixas da população, o que terá, como veremos de seguida, uma influência muito importante nos seus níveis acrescidos de ideação suicida.

Tabela 24. Regressão Linear entre os níveis de Suporte Social e a Desesperança

Variáveis	R	R2 (ajustado)	F	Sig
Desesperança (variável dependente)	0,863	0,744	1090,646	0,000

Modelo		Sum of Squares	ANOVA ^b		F	Sig.
			df	Mean Square		
1	Regression	6612,429	1	6612,429	844,743	,000 ^a
	Residual	2262,217	289	7,828		
	Total	8874,646	290			

a. Predictors: (Constant), ESSS

b. Dependent Variable: EscalaH

Coefficientes^a

Modelo		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
				Beta		
1	(Constant)	24,363	,624		39,018	,000
	ESSS	-,306	,011	-,863	-29,064	,000

a. Dependent Variable: EscalaH

Como pode ver-se na Tabela 24, os níveis de Suporte Social Percebido explicam 74,4% da variância dos resultados da Desesperança, sendo que, quanto menores são os níveis de Suporte Social percebido maiores são os níveis de Desesperança ($t = -29,064$; $p = 0,0000$). Esta relação é estatisticamente muito significativa.

Estes resultados confirmam a elevada amplitude da influência da diminuição do Suporte Social percebido no desenvolvimento de sentimentos de desesperança nas populações alentejanas.

Tabela 25. Regressão Linear entre os níveis de Suporte Social e a Ideação Suicida

Resultados da aplicação do modelo						
Modelo		R	Adjusted R			
	Variável	R	Square	Square	Std. Error of the Estimate	
1	dimension0 dependente: IS	0,908 ^a	0,824	0,823	24,126	
a. Predictors: (Constant), ESSS						
ANOVA ^b						
Modelo		Sum of Squares	gl	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	787877,512	1	787877,512	1353,576	0,000 ^a
	Residual	168218,515	289	582,071		
	Total	956096,027	290			
a. Predictors: (Constant), ESSS						
b. Dependent Variable: QIS						
Coeficientes ^a						
Modelo		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	247,261	5,384		45,921	0,000
	ESSS	-3,339	,091	-,908	-	0,000
					36,791	
a. Dependent Variable: QIS						

Como pode comprovar-se na Tabela 25 os níveis de Suporte Social percebido são ainda mais influentes na Ideação Suicida, que na Desesperança e explicam 82,3% da variância desta variável, o que assume elevada significância ($p=0,000$).

Ora, como vimos anteriormente, os idosos são aqueles que apresentam níveis superiores de IS e também a percepção de disporem de menor apoio social. Sem surpresa, integram também a faixa etária em que se registam maiores níveis de suicídios, tanto no Alentejo como noutras regiões do país (INE, 2008).

Interessou-nos também verificar se as pessoas com níveis mais elevados de interacção social apresentavam níveis inferiores de IS e de Desesperança.

Tabela 26. Níveis de actividade social percebida, na totalidade da amostra e por grupos etários

	Média	D.P.
Jovens	4,00	1,00
Adultos	3,00	1,00
Idosos	2,00	1,00
Total	3,00	1,00

Para perceber os níveis de percepção dos sujeitos relativamente à sua actividade social, foi solicitado que indicassem, numa escala de um a quatro, o nível que melhor representaria a sua sociabilidade.

De acordo com a Tabela 26, é possível perceber que a média de actividade social percebida é de 3,00 (DP=1,00), tendendo a diminuir com o avançar da idade.

Nos jovens, verifica-se que a média se situa nos 4,00 valores (DP=1,00), nos adultos nos 3,00 (DP=1,00) e nos idosos baixa para os 2,00 valores (DP=1,00).

Tabela 27. Regressão entre os níveis de actividade social dos sujeitos e os níveis de Desesperança (Regressão Linear, Método Enter)

Modelo	R	R Square	Adjusted R2	DP
1	,427 ^a	0,183	0,180	5,010

a. Predictors: (Constant), Sociavel

ANOVA^b

Modelo		Soma dos quadrados	dos df	Média dos quadrados	dos F	Sig.
1	Regression	1620,684	1	1620,684		
	Residual	7253,962	289	25,100	64,569	0,000 ^a
	Total	8874,646	290			

a. Predictors: (Constant), Sociavel

b. Dependent Variable: EscalaH

Modelo		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	15,172	1,076		14,098	0,000
	Sociavel	-2,855	,355	-,427	-8,035	0,000

a. Dependent Variable: EscalaH

Como se pode ver na Tabela 27, a sociabilidade explica 18% da variação da Desesperança dos sujeitos da amostra, assumindo um elevado significado estatístico, quer isoladamente, quer em associação a outros factores expressos na constante.

Embora menos influente na variação da desesperança que o SS percebido, os níveis de socialização explicam ainda assim uma parte importante e muito significativa da variância da Desesperança nos sujeitos da amostra.

Tabela 28. Regressão entre os níveis de actividade social dos sujeitos e os níveis de Ideação Suicida (regressão linear, método enter)

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,376 ^a	0,141	0,138	53,303

a. Predictors: (Constant), Sociavel

ANOVA^b

Modelo		Soma dos quadrados	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	134992,600	1	134992,600		
	Residual	821103,428	289	2841,188	47,513	0,000 ^a
	Total	956096,027	290			

a. Predictors: (Constant), Sociavel

b. Dependent Variable: QIS

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
		B	Std. Error	Beta	t	
1	(Constant)	132,043	11,450		11,532	0,000
	Sociavel	-26,055	3,780	-,376	-6,893	0,000

a. Dependent Variable: QIS

O peso relativo da sociabilidade na IS é um pouco menor, mas igualmente muito significativo (13,8% da variância da IS explicada por esta variável). Os baixos níveis de socialização mostram assim ter uma influência elevada nos níveis de desesperança e ideação suicida dos sujeitos da amostra, podendo ser naturalmente objecto de medidas preventivas, principalmente junto da população mais vulnerável (a população idosa).

Tabela 29. Tentativas de suicídio pessoais, por grupos etários

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Jovens	3	2,7%	108	97,3%
Adultos	7	7,4%	88	92,6%
Idosos	2	2,4%	83	97,6%
Total	12	4,1%	291	95,9%

Ao passarmos da Ideação Suicida para os actos suicidas (TS) presentes no passado das pessoas inquiridas, verificamos que o grupo etário dos adultos é aquele que apresenta taxas mais elevadas de actos suicidas (7,4%), o que é extraordinariamente elevado para uma população não clínica.

No total, 4,1% das pessoas inquiridas revelaram já ter efectuado pelo menos uma TS no passado, o que representa taxas de TS muito superiores a outras regiões, como demonstra o estudo encomendado pela OMS na Europa (Kerkhof, Schmidkte, Bille-Brahe. Leo & Lönnkvist., 1994).

Tabela 30. Comparação das médias de Ideação Suicida em sujeitos que tiveram ou não anteriores tentativas de suicídio pessoais

	Média	D.P.	t	p
Sim	174,75	3,19	8,079	0,000
Não	51,01	52,96		

Como esperado, observa-se uma diferença muito significativa nos níveis actuais de ideação suicida entre os sujeitos que já praticaram actos suicidas no passado e os que os não praticaram ($t=8,079$; $p=0,000$), conforme se verifica na Tabela 30.

De acordo com os dados, verifica-se que os sujeitos que tiveram tentativas de suicídio pessoais apresentam um nível médio de ideação suicida de 174,75 (DP=3,19),

enquanto que os sujeitos que não tiveram essa experiência apresentam um nível médio actual mais de três vezes inferior ($M=51,01$; $DP=52,96$).

Tabela 31. Comparação entre as médias dos níveis de Desesperança em sujeitos que tiveram ou não anteriores tentativas de suicídio pessoais

	Média	D.P.	t	P
Sim	16,67	1,97	6,740	0,000
Não	6,43	5,24		

Tal como acontece com os níveis de ideação suicida, também no que corresponde à desesperança (Tabela 31), existem diferenças muito significativas nos níveis de desesperança actuais entre os que realizaram ou não uma TS anterior ($t=6,740$; $p=0,000$).

Estes resultados sugerem que, para aqueles que realizaram TS no passado, a opção suicida e a influência dos factores que predispõem ao suicídio continuam muitíssimo influentes, sugerindo a necessidade de medidas especiais de prevenção para estes casos.

Tabela 32. Casos de suicídio próximos, por grupos etários

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Jovens	46	41,4%	65	58,6%
Adultos	78	82,1%	17	17,9%
Idosos	75	88,2%	10	11,8%
Total	199	68,4%	92	31,6%

De modo a compreender a “herança” suicida, pediu-se que os sujeitos indicassem se já tinham tido casos de suicídio em familiares ou pessoas próximas.

De acordo com os dados da Tabela 32, verifica-se que 68,4% (n=199) dos inquiridos referiu ter tido casos de suicídio em familiares ou pessoas próximas, sendo que apenas 31,6% (N=92) não teve esse contacto com a problemática.

Obviamente estes números avassaladores traduzem bem a realidade alentejana em que o suicídio é um acto vulgar, presente em quase todas as famílias ao longo das gerações.

Esta cultura suicida é aqui traduzida pelos números expressos na Tabela 32.

Tabela 33. Comparação das médias de Desesperança entre sujeitos que viveram ou não um acto suicida numa pessoa próxima

	Média	D.P.	t	P
Existência de suicídio	8,97	4,97	11,650	0,000
Não existência de suicídio	2,26	3,57		

Seguidamente, tentou-se avaliar a influência da existência ou não de casos de suicídio de familiares ou pessoas próximas nos níveis de desesperança da amostra (Tabela 33).

Neste sentido, é possível perceber que quando existem casos de suicídio próximos os níveis são superiores (M=8,97; DP=4,97), em relação a sujeitos que não vivenciaram essa experiência (M=2,26; DP=3,57).

Deste modo verifica-se que os níveis de desesperança são significativamente superiores nos sujeitos que vivenciaram casos de suicídio próximo (t=11,650; p=0,000).

Tabela 34. Comparação das médias de Ideação Suicida, em função da existência ou não de casos de suicídio próximo

	Média	D.P.	t	p
Existência de suicídio	73,95	57,78	8,748	0,000
Não existência de suicídio	17,54	32,28		

No que diz respeito à influência da existência de casos de suicídio próximo nos níveis de ideação suicida, verifica-se que os dados são bastante significativos ($t=8,748$; $p=0,000$). É possível observar (Tabela 34) que os sujeitos que vivenciaram este tipo de acontecimento têm níveis significativamente superiores de ideação suicida ($M=73,95$; $DP=57,78$), em relação a sujeitos que não tiveram casos de suicídio de familiares ou pessoas próximas ($M=17,54$; $DP=32,28$).

Os resultados expressos nas tabelas 33 e 34 mostram que a influência dos actos suicidas sobre os que ficam é muito mais forte do que geralmente se pensa e continuam a influenciar, ao longo do tempo, os factores reconhecidamente mais próximos da realização dum acto suicida: a desesperança e a ideação suicida.

Estes dados vão de encontro a investigações que identificam que sujeitos com antecedentes familiares de suicídios ou suicídios de alguém próximo afectivamente, tendem a apresentar níveis significativos de Ideação Suicida, notando-se uma predisposição para a auto-determinação na tentativa de haver uma identificação com o ente querido (De Leo et al., 2003, *cit in* Borges, 2006).

Tabela 35. Tipo de religiosidade dos sujeitos

	Frequência	Percentagem
Religioso	143	49,1%
Praticante	24	16,8%
Não praticante	119	83,2%
Não religioso	148	50,9%

Uma das questões que se considerou pertinente avaliar foi o grau de religiosidade dos sujeitos inquiridos. Desta forma, foi elaborada uma questão que avaliava se os sujeitos se consideravam ou não religiosos, e, em caso afirmativo, se se consideravam praticantes ou não praticantes.

De acordo com os dados recolhidos (Tabela 35), observa-se que 50,9% (N=148) dos sujeitos não se consideram religiosos e 49,1% (N=143) consideram-se religiosos. Destes, 83,2% (N=119) afirmam que se consideram religiosos mas não praticantes, e apenas 16,8% (N=24) afirma que é religioso praticante.

Tabela 36. Níveis de Desesperança, de acordo com a religiosidade dos sujeitos

	Média	D.P.	t	p
Religioso	6,79	5,05	-0,188	0,851
Não religioso	6,91	5,98		

No seguimento da avaliação do tipo de religiosidade dos inquiridos, tentou-se perceber a influência deste nos níveis de desesperança dos sujeitos (Tabela 36). É possível constatar que a diferença dos níveis de desesperança entre os sujeitos religiosos (M=6,79; DP=5,05) e não religiosos (M=6,91; DP=5,98) não é significativa (t=-0,188; p=0,851).

Este resultado, que não está de acordo com a literatura, principalmente americana, é consistente com a população portuguesa do sul, em que os níveis de religiosidade, são muito baixos (Cruz, 2000), não tendo por isso esta variável o efeito protector que se esperaria, muito embora, como se pode ver na Tabela 37, as práticas religiosas têm um significativo impacto protector nos níveis de desesperança. Podemos especular se são as práticas religiosas ou o sentimento de pertença a um grupo, a partilha regular duma crença e dum culto, ou a religiosidade de *per si*.

Tabela 37. Níveis de Desesperança, de acordo com a prática da religiosidade dos sujeitos

	Média	D.P.	t	P
Praticante	6,34	5,07	-2,438	0,016
Não praticante	9,04	4,36		

Quando observados os níveis de desesperança de acordo com a prática religiosa dos sujeitos (Tabela 37), é possível verificar que as diferenças são significativas ($t=-2,438$; $p=0,016$), entre os sujeitos religiosos praticantes ($M=6,34$; $DP=5,07$) e não praticantes ($M=9,04$; $DP=4,36$).

Tabela 38. Níveis de Ideação Suicida, de acordo com a religiosidade dos sujeitos

	Média	D.P.	T	p
Religioso	51,76	56,52	-1,273	0,204
Não religioso	60,32	58,15		

Tal como aconteceu com a desesperança, achou-se pertinente avaliar a influência da religiosidade dos sujeitos nos níveis de ideação suicida dos mesmos (Tabela 38). Observa-se que, apesar dos sujeitos que se consideram religiosos apresentarem níveis de

ideação suicida mais baixos ($M=51,76$; $DP=56,52$) em que relação aos sujeitos não religiosos ($M=60,32$; $58,15$), esta diferença não é significativa ($t=-1,273$; $p=0,204$).

Tabela 39. Níveis de Ideação Suicida, de acordo com a prática da religião dos sujeitos

	Média	D.P.	t	p
Praticante	46,65	56,08	-2,452	0,015
Não praticante	77,12	52,76		

Apesar da diferença entre os níveis de ideação suicida e a religiosidade dos sujeitos não ser significativa, quando observada a prática da religião dos sujeitos (Tabela 39), verifica-se que os sujeitos religiosos praticantes apresentam níveis mais baixos ideação suicida ($M=46,65$; $DP=56,08$) do que os sujeitos não praticantes ($M=77,12$; $DP=52,76$), sendo esta diferença significativa ($t=-2,452$; $p=0,015$).

Estes dados sugerem-nos que a população do Alentejo, tende a considerar-se religiosa, contudo a prática dessa religião é pouco significativa, por uma questão cultural. Desta forma, os sujeitos que não praticam a religião tendem a apresentar níveis superiores de ideação suicida, face aos sujeitos que, contrariando a carga cultural, têm hábitos religiosos (como ir à missa, participar em grupos religiosos, encontros, etc).

Tabela 40. Situações em que os sujeitos admitiriam suicidar-se

	Frequência	Percentagem
Em situação alguma	21	7,2%
Perda de alguém significativo/ Viuvez	33	11,3%
Solidão	112	38,5%
Desespero	96	33,0%
Abuso sexual	1	0,3%
Doença prolongada/ Acidente	28	9,6%
Total	291	100,0%

De modo a perceber a predisposição para o suicídio, foi elaborada uma questão aberta de modo a que os sujeitos respondessem que situações admitiram suicidar-se.

Posteriormente, foram englobadas as respostas em seis categorias: “Em situação alguma”, “Perda de alguém significativo ou Viuvez”, “Solidão”, “Desespero”, “Abuso Sexual” e “Doença prolongada ou Acidente”.

De acordo com as respostas (Tabela 40), verifica-se que 38,5% (N=112) da amostra referiu que admitiria suicidar-se numa situação de Solidão, 33,0% (N=96) numa situação de Desespero e 11,3% dos sujeitos (N=33) admitiram vir a suicidar-se numa situação de Perda de alguém significativo ou Viuvez. Uma menor parte dos inquiridos respondeu ainda que admitiria suicidar-se numa situação de doença prolongada (9,6%) ou numa situação de abuso sexual (0,3%).

Os números traduzem a força com que o suicídio, como solução para os problemas da vida, se entranhou na cultura alentejana, já que só 7,2% dos sujeitos é que não admite suicidar-se em caso nenhum.

Tabela 41. Situações em que admitiria suicidar-se, nos jovens

	Frequência	Percentagem
Não admitiria	9	8,1%
Perda de alguém significativo/ Viuvez	4	3,6%
Solidão	34	30,6%
Desespero	54	48,6%
Doença prolongada/ Acidente	10	9,0%
Total	111	100,0%

Nos jovens, é possível observar (Tabela 41) que 48,6% admite suicidar-se numa situação de Desespero (N=54), 30,6% numa situação de Solidão (N=34), 9,0% numa

situação de Doença prolongada ou Acidente (N=10) e apenas 3,4% numa situação de Perda de alguém significativo ou Viuvez (N=4).

Apenas 8,1% dos sujeitos jovens não admitem vir a suicidar-se em nenhuma situação (N=9).

Tabela 42. Situações em que admitiria suicidar-se, nos adultos

	Frequência	Percentagem
Em circunstância alguma	12	12,6%
Perda de alguém significativo/ Viuvez	11	11,6%
Solidão	31	32,6%
Desespero	29	30,5%
Abuso sexual/ Maus tratos	1	1,1%
Doença prolongada/ Acidente	11	11,6%
Total	95	100,0%

De acordo com as respostas dos adultos (Tabela 42), observa-se que 32,6% admite vir a suicidar-se numa situação de Solidão (N=31), 30,5% numa situação de Desespero (N=29), 11,6% numa situação de Perda de alguém significativo ou Viuvez (N=11) e a mesma percentagem numa situação de Doença prolongada ou Acidente, e 1,1% referiu admitir suicidar-se numa situação de Abuso Sexual (N=1).

Doze sujeitos adultos (12,6%) não admitiram vir suicidar-se em qualquer situação.

Tabela 43. Situações em que admitiria suicidar-se, nos idosos

	Frequência	Percentagem
Em circunstância alguma	0	0,0%
Perda de alguém significativo/ Viuvez	18	21,2%
Solidão	47	55,3%
Desespero	13	15,3%
Doença prolongada/ Acidente	7	8,2%
Total	85	100,0%

No grupo dos idosos (Tabela 43) verifica-se que 55,3% admite vir a suicidar-se numa situação de Solidão (N=47) e 21,2% numa situação de Perda de alguém significativo ou Viuvez (N=18). De uma forma menos significativa, 15,3% dos sujeitos admitem suicidar-se numa situação de Desespero (N=13) e 8,2% numa situação de Doença prolongada ou Acidente (N=7).

Todos os sujeitos, deste grupo etário, admitiram poderem vir a suicidar-se em determinada situação de vida.

Estes dados traduzem, de forma muito expressiva, a carga cultural que o suicídio assume na população alentejana, no sentido em que este é encarado como uma possibilidade para a resolução de um problema (seja em termos físicos ou psicológicos), sobretudo nos sujeitos idosos, em que a totalidade da amostra refere que admite vir a cometer suicídio em determinada circunstância.

Tabela 44. Níveis de Ideação Suicida em sujeitos que admitem ou não vir a cometer suicídio

	Média	D.P.	t	p
Admite suicidar-se	60,17	57,65	4,461	0,000
Não admite suicidar-se	3,95	5,60		

Os dados recolhidos (Tabela 44) revelam que os níveis de ideação suicida são significativamente superiores nos sujeitos que admitem suicidar-se em determinada situação em relação aos dos sujeitos que não admitem vir a cometer suicídio ($t=4,461$; $p=0,000$).

Os sujeitos que referiram que poderão vir a cometer suicídio em determinada situação apresentam um nível médio de ideação suicida significativamente muito superior.

Tabela 45. Níveis de Desesperança em sujeitos que admitem ou não vir a cometer suicídio

	Média	D.P.	t	P
Admite suicidar-se	7,31	5,47	5,259	0,000
Não admite suicidar-se	1,00	1,61		

De acordo com os dados da Tabela 45, verifica-se igualmente que os sujeitos que admitiriam suicidar-se numa determinada situação de vida, apresentam actualmente níveis significativamente muito superiores de desesperança em relação aos seus pares, que não admitiriam suicidar-se em circunstância alguma.

Estes dados, tais como os anteriores (Tabela 44) permitem comprovar a questão de investigação que previa que a admissão do suicídio por parte dos sujeitos relacionava-se, de forma significativa, com os níveis de ideação suicida e desesperança dos mesmos.

Tabela 46. Caracterização do suicídio, por grupos etários

	Coragem		Desespero	
	N	%	N	%
Jovens	17	15,3%	94	84,7%
Adultos	26	27,4%	69	72,6%
Idosos	51	60,0%	34	40,0%
Total	94	32,3%	197	67,7%

Foi pedido aos sujeitos, através de uma questão aberta, que caracterizassem o suicídio. Posteriormente, as respostas dos sujeitos foram englobadas em duas categorias: “Coragem” e “Desespero”.

De acordo com os dados recolhidos, verifica-se (Tabela 46) que a maioria dos sujeitos (67,7%) considera o suicídio como um acto de Desespero (N=197) e apenas 32,3% como um acto de Coragem (N=94).

Observa-se ainda que 84,7% dos jovens (N=94) caracteriza o suicídio como um acto de Desespero e apenas 15,3% como um acto de Coragem (N=17).

Esta situação mantém no grupo etário dos adultos, em que a maioria (72,6%) considera o acto do suicídio como um Desespero (N=69) e 27,4% como um acto de Coragem (N=26).

Nos idosos a caracterização do suicídio invertem-se, sendo que 60,0% dos sujeitos caracteriza o acto como Coragem (N=51) e 40,0% como Desespero (N=34).

Estes números sugerem que a admissão da possibilidade da prática de actos suicidas aumenta com a idade, como já tínhamos visto, e, por isso, as pessoas mais velhas caracterizam, mais frequentemente, o acto suicida com adjectivos de coloração positiva.

O suicídio é, de forma, consensual, representado como um acto de desespero conducente à morte, em resposta a uma profunda tristeza, ao sofrimento difíceis de suportar e à solidão sentida como incontornável (Oliveira, 2008).

Tabela 47. Comparação das médias de IS de acordo com a caracterização do suicídio

	Média	D.P.	T	P
Coragem	118,85	52,06	15,412	0,000
Desespero	29,52	37,30		

Como pode constatar-se na Tabela 47, existe uma diferença muito significativa entre as médias de IS dos sujeitos, em função da valoração que atribuem ao suicídio.

Naturalmente, essa diferença é em favor dos que consideram o suicídio um acto de coragem. Resta saber se essa valoração constitui uma “desculpa” para a IS presente, ou é algo mais profundo que se encontra disseminado na cultura suicida alentejana.

Tabela 48. Níveis de Desesperança de acordo com a caracterização do suicídio

	Média	D.P.	T	p
Coragem	12,12	4,01	14,876	0,000
Desespero	4,34	4,25		

O mesmo se passa em relação aos níveis médios de desesperança. Os sujeitos que caracterizam o suicídio como um acto de coragem tendem a apresentar níveis significativamente mais altos de desesperança ($t=14,876$; $p=0,000$).

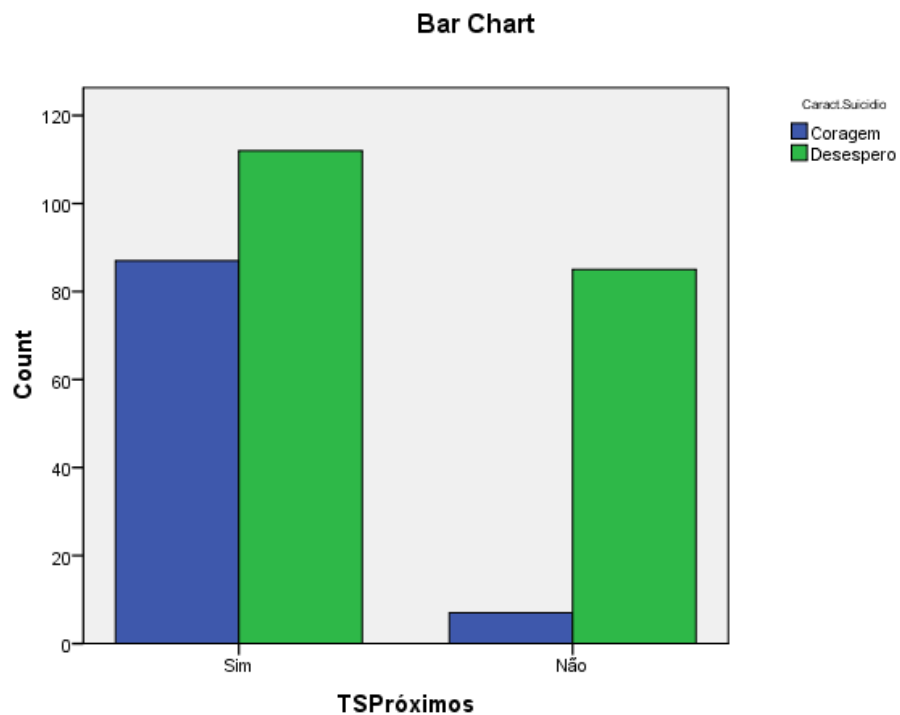


Figura 8. Caracterização do suicídio em função da existência de TS em familiares próximos ou significativos.

A Figura 8 exemplifica a forma como os sujeitos tendem a caracterizar o suicídio, relativamente ao facto de terem tido ou não, casos de suicídio próximo.

É possível observar que os sujeitos tendem a caracterizar o suicídio como “Desespero”, contudo, os que tiveram casos de suicídio em familiares próximos ou significativos, valorizam o suicídio de uma forma mais positiva (Coragem), do que aqueles que não vivenciaram nenhum acontecimento desse tipo.

Tabela 49 . Comparação das valorações do suicídio em função da existência ou não de TS em familiares próximos (teste Qui-quadrado)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	37,514 ^a	10	0,000		
Continuity Correction ^b	35,881	1	0,000		
Likelihood Ratio	43,913	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	291				

Ambos os grupos consideram maioritariamente o suicídio como um acto de desespero (Figura 8), mas como se torna graficamente evidente e como a análise estatística confirma (Tabela 49), o grupo das pessoas que já enfrentou um acto suicida num familiar próximo apresenta, de forma tendencialmente muito significativa (Sig=0,000), uma valoração do acto suicida como corajoso, em comparação com o outro grupo.

Salienta-se aqui uma dimensão afectivo-emocional na representação do suicídio – como uma solução perante os problemas e sentimentos de solidão. Neste sentido, a proximidade da “morte do outro” parece tornar o suicídio como algo aceitável e compreensível (Oliveira, 2008).

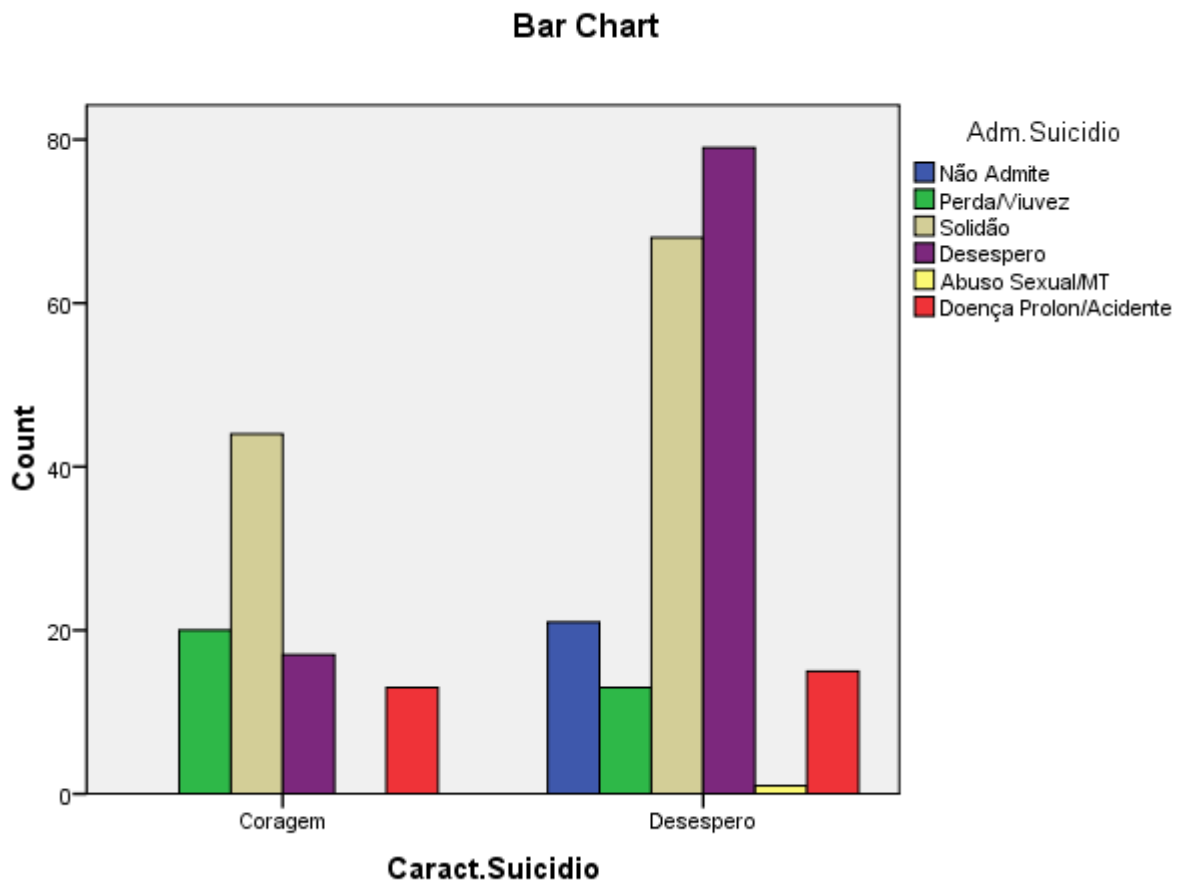


Figura 9. Caracterização do suicídio (coragem vs desespero) em função da admissão do suicídio, em várias circunstâncias de vida.

Como pode ver-se na Figura 9, todos os sujeitos que não admitiriam suicidar-se em circunstância alguma caracterizam o suicídio como um acto de desespero. Os que admitem o suicídio em caso de perda ou viuvez tendem a caracterizá-lo como um acto de coragem, mas não de forma muito expressiva. Já os que admitiriam matar-se em caso de solidão caracterizam o suicídio, maioritariamente, como um acto de desespero e isso de forma significativa.

Os que admitiriam o suicídio em caso de doença/incapacidade dividem-se paritariamente entre considerar o suicídio como um acto corajoso ou um acto resultante de desespero.

É curioso que, mesmo uma parte dos que se suicidariam devido a desespero, consideram que seria também um acto corajoso e, portanto, atribuem-lhe uma valoração positiva.

Quanto aos que pensam que se suicidariam em caso de abuso sexual, sendo embora um grupo reduzido, todos expressam o suicídio como um acto de desespero.

Genericamente, estes dados vão de encontro a outras investigações cujos resultados evidenciam que a percepção do suicídio parece variar com o sexo, a idade, a escolaridade, a região e o facto de já terem pensado ou não no suicídio (Oliveira *et al.*, 2001, p.47, *cit in* Oliveira, 2008).

CONCLUSÕES

«Quando se fala com alguém, vive-se. Mesmo quando se morre, não se morre sozinho»

(Daniel Sampaio, 1997:234)

Desde os primórdios da Humanidade que o suicídio, como a morte em geral, tem despertado a maior curiosidade e inquietação no ser humano (Bayard, 1993; Kastenbaum e Aisenberg, 1983; Morin, 1988; Shneidman, 1996, *cit in* Oliveira, 2008).

A realização desta investigação permitiu um conhecimento mais concreto sobre a relação existente entre os factores culturais característicos da cultura alentejana e os níveis de ideação suicida e desesperança desta população. Esta relação foi confirmada através da análise de vários factores referentes ao suicídio, como a existência ou não de suicídios próximos, o suporte social e a prática religiosa, assim como a caracterização que os sujeitos fazem do suicídio e a possibilidade que estes indicam para cometer suicídio.

Todas as questões de investigação inicialmente apresentadas foram respondidas positivamente, com suporte em resultados estatísticos muito significativos, através da análise dos dados recolhidos.

Relativamente à primeira questão de investigação, que pretendia avaliar de que forma as variáveis externas (como o género sexual, a idade e o estado civil) influenciavam as variáveis dependentes do estudo (ideação suicida e desesperança), verificamos que as últimas estão significativamente dependentes das primeiras. As características sócio-demográficas tidas em conta constituem-se como factores de risco para a conduta suicida, uma vez que sujeitos do sexo masculinos, mais velhos e viúvos tendem a apresentar níveis mais elevados de ideação suicida e desesperança.

Na segunda questão de investigação propusemo-nos a identificar de que forma as variáveis independentes moderadoras (como a admissão de vir a cometer suicídio, a caracterização do suicídio, a existência ou não de suicídios próximos e as convicções e práticas religiosas) estavam relacionadas com as variáveis dependentes (ideação suicida e desesperança).

Verificou-se aqui, que existe uma relação muito significativa entre as variáveis investigadas, notando-se que os sujeitos que admitem vir a cometer suicídio em determinada circunstância de vida (perda de alguém significativo ou viuvez, solidão, desespero, abuso sexual ou doença prolongada/acidente), os que caracterizam o suicídio com uma valoração positiva (coragem *versus* desespero), assim como os que tiveram casos de suicídio próximos (em familiares ou significativos) e que têm fracas práticas religiosas, tendem a apresentar níveis significativamente muito superiores de ideação suicida e desesperança.

Apenas na questão da religiosidade, sobretudo em termos de convicções, os resultados analisados não se verificaram positivos, uma vez que os sujeitos apresentaram-se, na sua maioria, como “religiosos”, embora se considerassem “não praticantes”. Estes dados apontam então para que, embora em termos de convicções religiosas a nossa amostra não apresente níveis significativos de ideação suicida e desesperança, em termos de práticas religiosas os dados vão de encontro às investigações realizadas até aqui por diversos autores, que assumem a baixa religiosidade como um factor de risco para a conduta suicida.

Como última questão de investigação, considerou-se pertinente perceber de que forma a variável independente do estudo (suporte social percebido) influenciava as duas variáveis dependentes (ideação suicida e desesperança).

Foi possível observar, de uma forma muito significativa, que as variáveis estão relacionadas de um modo positivo, ou seja, quanto menor a percepção de suporte social maiores são os níveis de ideação suicida e desesperança. Constatou-se ainda que esta fraca percepção do suporte social, na população investigada, assume-se como uma das principais explicações das variáveis dependentes. Em termos gerais, considera-se que a fraca percepção de suporte social assume uma elevada significância, sobretudo na relação com os níveis de ideação suicida, sendo que esta variável explica 82,3% da variância da ideação suicida.

Estes dados permitem então comprovar o modelo de explicação da conduta suicida no Alentejo, inicialmente apresentado, com forte destaque para a influência das variáveis independentes nas variáveis dependentes (Figura 10).

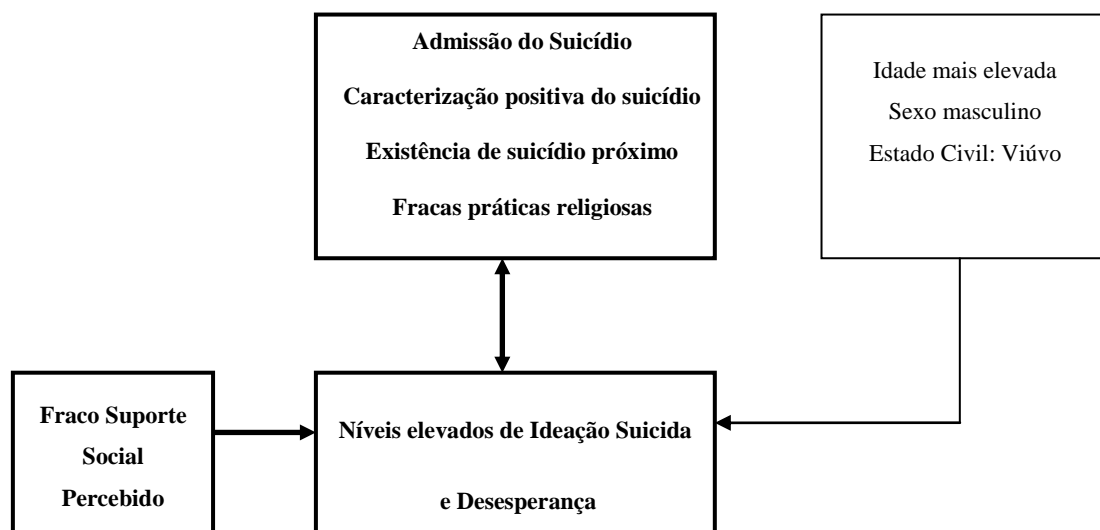


Figura 10. Modelo explicativo da cultura suicida no Alentejo

Ao longo da análise dos resultados foi possível observar que os níveis de ideação suicida e desesperança, nesta população específica do Baixo Alentejo, estão intimamente relacionados com factores de uma cultura característica, que faz com que

possa existir uma predisposição cultural para a conduta suicida, responsável pelo elevado número de suicídios consumados nesta região do país.

Estes dados revelam que na situação particular do Alentejo o suicídio assume um carácter cultural, o que nos leva a querer que o contexto cultural “oferece inúmeras provas de que o suicídio não é um acto puramente individual” (Goldsmith, *et al.* 2001, *cit in* Quartilho, 2006:58).

De um modo global, a realização desta investigação permite uma maior consciencialização da forte efeito cultural que suicídio assume nesta região do país.

A concretização dos objectivos inicialmente propostos foi essencial para uma maior e melhor percepção acerca da dimensão cultural que a conduta suicida assume nesta população, transformando este estudo num contributo importante para a percepção do suicídio no Alentejo.

As investigações nesta área, tanto a nível nacional como mundial, têm-se debruçado, sobretudo, em questões relacionadas com a conduta suicida (suicídio consumado ou para-suicídio), o que tem dificultado a base teórica para a construção de estratégias de prevenção.

A nível mundial, têm sido desenvolvidos alguns programas de prevenção do suicídio, sobretudo na última década. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998, *cit in* Botega *et al.*, 2006, p:214), elaborou um modelo de referência para promoção da saúde pública, com orientações a nível da prevenção do suicídio. Estas orientações assentam, essencialmente, em três aspectos fundamentais:

- 1) Aumento da consciencialização da comunidade acerca do suicídio e os seus factores de risco;
- 2) Intensificação de programas e serviços de consciencialização e de assistência;

3) Implementação e progresso da investigação sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de acção sobre o suicídio.

A par do suicídio, a problemática do isolamento social, e, conseqüentemente, o sentimento de solidão, têm-se tornado num importante aspecto de preocupação para com a população, sobretudo, num meio rural.

Em Portugal, apesar das taxas preocupantes de suicídios a sul do país, ainda não foi desenvolvido nenhum programa de prevenção para a população geral. O único programa de prevenção do suicídio conhecido está associado ao Ministério da Administração Interna, com o objectivo de reduzir as taxas de incidência de suicídio nas unidades das Forças de Segurança (Gabinete do Ministro de da Administração Interna, 2007). Este Plano de Prevenção do Suicídio apresenta uma estrutura dividida em três eixos: Sensibilização-Prevenção, Tratamento e Intervenção – Contenção em casos de emergência.

A nível das limitações para a realização desta investigação, realça-se, a contrastar com o vasto leque de dados estatísticos que colocam a região do Alentejo, sobretudo o concelho de Odemira, no topo das taxas de suicídio consumado, em Portugal, a escassa existência de investigações anteriores sobre os níveis de ideação suicida e desesperança numa população não clínica, assim como que permitisse comparar os resultados e formular questões de investigação mais concretas.

Ainda neste seguimento, considera-se a fraca existência de investigações anteriores, que exemplificasse o carácter cultural da conduta suicida nesta população específica.

Em termos de ganhos da presente investigação, para além da importância anteriormente referida no que diz respeito a uma maior percepção do fenómeno na

região do Alentejo, considera-se que este estudo poderá constituir-se como a base de um programa de prevenção do suicídio nesta região.

A prevenção do comportamento suicida deve não só evitar a morte de pessoas por suicídio, mas também considerar as implicações que estes actos acarretam na sociedade. Neste sentido, pensar em aspectos preventivos do suicídio deve também significar que se acredita que se podem oferecer aos indivíduos outras possibilidades de ultrapassar as dificuldades ou patologias que os conduzem a procurar no suicídio uma espécie de solução para seu sofrimento.

Cada vez mais, é importante encarar a prevenção do suicídio como uma questão de saúde pública, desenvolvendo aspectos como a promoção de qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação a este fenómeno, promoção de cuidados à população que contemplem acesso a modalidades terapêuticas do foro psicológico e psiquiátrico, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre tentativas e suicídio propriamente dito, assim como a promoção de educação permanente de profissionais da saúde pública. Pensa-se, sobretudo, que será pertinente intervir numa das áreas fulcrais identificadas neste estudo, como é o suporte social percebido, e colocá-lo na base de planos de intervenção, a nível local, que contribuam para uma diminuição do número de condutas suicidas no Baixo Alentejo.

Como possibilidades futuras, pensa-se que seria importante comparar estes dados com dados recolhidos de sujeitos naturais de outras regiões do país, no sentido de comprovar a especificidade da cultura alentejana.

Ainda em termos futuros, e no seguimento desta investigação, seria pertinente comparar com estes resultados com dados recolhidos em sujeitos naturais do Baixo Alentejo, que tenham migrado para outras regiões. Este facto permitiria comprovar, de uma forma mais evidente, que a carga que a conduta suicida assume na população

alentejana é efectivamente muito forte, e que não se gosta num espaço físico como é a região do Alentejo, mas prevalece na cultura intrínseca dos sujeitos.

Estima-se que, em média, o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios consumados em pelo menos 10 vezes. De acordo com várias investigações, entre 15% a 25% das pessoas que tentam o suicídio, voltam a fazê-lo no ano seguinte, e cerca de 10% acaba mesmo por consumir o suicídio nos 10 anos seguintes (Botega, Mauro e Cais, 2004, *cit in* Botega *et al.*, 2006).

Deste modo, a identificação não só dos níveis de ideação suicida e desesperança mas também da predisposição cultural dos sujeitos para a conduta suicida, numa população não clínica, conduz-nos à identificação de factores-chave, fundamentais para que se possa contrariar essa tendência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARKAR, H., SARI, O., FIDANER, H. (2004). Relationships between Quality of Life, Perceived Social Support, Social Network and Loneliness in a Turkish Sample. *Yeni Symposium*, 42(1): 20-27.

BARBOSA, A. (2008). *O Melhor do Alentejo*. Lisboa: Turismo de Portugal.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMANN, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47: 342-352.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. (1996). Hopelessness and suicidal behavior, in John T. Maltzberger & Mark J. Goldberg. *Essential Papers on Suicide*, pp.331-42. New York. New York University Press.

BEJA DIGITAL (2008). Consultado na World Wide Web a 14 de Setembro de 2008 em: <http://www.bejadigital.biz/pt/conteudos/territorial/caraterizacao+do+distrito/>

BORGES, V.R. & WERLANG, B.G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2): 195-209.

BOTEGA, N.J., WERLANG, B.S.G., CAIS, C.F.S., MACEDO, M.M.K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3): 213-220.

BRÁS, M.; CRUZ, J.P. (2008). Interações entre alguns traços de personalidade e acontecimentos de vida negativos como factores de vulnerabilidade em relação à conduta suicida, *in* I.Leal, J.L. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*: 463-467. Lisboa. ISPA Edições.

CÂMARA MUNICIPAL DE ALMODÔVAR (2008). *Concelho de Almodôvar – História*. Consultado na World Wide Web a 14 de Setembro de 2008 em: <http://www.cm-almodovar.pt/>

CÂMARA MUNICIPAL DE CASTRO VERDE (2008). *Caracterização do Concelho de Castro Verde*. Consultado na World Wide Web a 5 de Setembro de 2008 em: http://www.inesting.org/cm_castroverde/concelho/default.asp?t=historia

CÂMARA MUNICIPAL DE OURIQUE (2008). *Caracterização do Concelho de Ourique*. Consultado na World Wide Web a 8 de Maio de 2008 em: <http://cm-ourique.pt/cms/view/id/107/>

CRUZ, J.P. (2000). *Terapia Cognitiva de los Intentos de Suicidio – Cambiando Historias de Muerte por Historias de Vida*. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Facultad de Psicologia de Sevilla, na Universidad de Sevilla (documento não publicado).

CRUZ, JP. (2003). Modelo Cognitivo da Conduta Suicida. *INUAF STUDIA*. A.3 N°5: 193-230. Loulé: INUAF STUDIA - Scientie Rerum Diffusio.

CRUZ, J.P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens e Práticas*. ADFa – Associação dos Deficientes das Forças Armadas, 50-80.

DURKHIEM, E. (2001). *O Suicídio – Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.

FAWCETT, J., CLARK, D.C., BUSH, K.A. (1993). Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatry Ann*, 23: 244-256.

FOSTER, T. (2001). Dying for a drink. *British Medical Journal*, 323 (7317): 817-818.

GABINETE DO MINISTRO E DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA (2007). *Apresentação do Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança*. Lisboa: Ministério da Administração Interna.

GOMES, L.G.N. & SILVA JÚNIOR, N. (2007). Sobre a amizade em tempos de solidão. *Psicologia e Sociedade*, 19(2): 57-64.

HENRIQUES, L.L. (2006). Comportamentos Suicidários e Modelos Sociológicos. Alguns Pressupostos Teóricos. *Comportamentos Suicidários em Portugal*: 75-102. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sociologia

INE – Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal – situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Consultado na World Wide Web a 4 de Abril de 2003 em:

<http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?xestudo id=243#>

INE – Instituto Nacional de Estatística (2008). *Anuário Estatístico da Região do Alentejo – 2008*. Lisboa: INE.

KERKHOF, A.J.F.M.; SCHMIDTKE, A.; BILLE-BRAHE, U.; DE LEO, D.; LÖNNQVIST, J. (1994). *Attempted Suicide in Europe. Findings from the Multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*. Leiden. DSWO Press

KESSLER, R.C., BORGES, G., WALTERS, E.E. (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 617-626.

MAN, A.F. (1999). Correlates of suicide ideation in high school students: the importance of depression. *The Journal of Genetic Psychology*, 160(1): 105-114.

MIRANDA, M.P.B.V. (2004). *Amarras do mundo rural: implicações do isolamento social na saúde e nos projectos dos jovens*. Tese de Mestrado em Sociologia da Saúde, apresentada à Universidade do Minho (documento não publicado).

OLIVEIRA, A. (2008a). *O Desafio da Morte*. Lisboa: Âncora Editora.

OLIVEIRA, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções – Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

OLIVEIRA, K. L., SANTOS, A. A. A., CRUVINEL, M. e NÉRI, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança em grupos de idosos. *Revista Psicologia em Estudo, 11(2)*: 351-359.

QUARTILHO, M.J. (2006). Suicídio – Aspectos Sociais e Culturais. *Comportamentos Suicidários em Portugal: 55-74*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sociologia.

SAMPAIO, D. (1997). *Ninguém Morre Sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.

SANTOS, J.C. (2007). *Para-Suicídio. O que dizem as famílias – A Emoção Expressa*. Lisboa: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

SARAIVA, C.B. (1999). *Para-suicídio*. Lisboa: Quarteto.

SILVA, V.F., OLIVEIRA, H.B., BOTEGA, N.J., MARIN-LEON, L., BARROS, M.B., DALGALARRONDO, P. (2006). Factores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública, 22(9)*: 1835-1843.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA. (2006). *Cenário Suicida*. Consultado na World Wide Web a 18 de Dezembro de 2007 em: <http://spsuicidologia.pt/suicidio.php?links=Suicidio>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA. (2006). *Factores de Risco*. Consultado na World Wide Web a 18 de Dezembro de 2007 em: <http://spsuicidologia.pt/suicidio.php?links=Factores>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA. (2006). *Tentativa de Suicídio e Para Suicídio*. Consultado na World Wide Web a 18 de Dezembro de 2007 em: <http://spsuicidologia.pt/suicidio.php?links=Parasuicidio>

SOEIRO, P. (2006). Modelos Psicológicos do Suicídio. *Comportamentos Suicidários em Portugal*: 123-135. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sociologia.

SOKERO, T.P.; MELARTIN, T.K.; RYTSALA, H.J.; LESKALA, U.S.; LESTELA-MIELONEN, P.S; ISOMETSA, E.T. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 64: 1094-1100.

STENGEL, E. (1980), *Suicídio e Tentativa de Suicídio*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

TORGA, M. (1967). *Portugal*. Coimbra: Edição de Autor

TREZZA, G. R., POPP, S. M. (2000). The substance user at risk of harm to self or others: Assessment and treatment issues. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (9): 1193-1205.

VAZ SERRA, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições Minerva.

WEISHAAR, M.E.; BECK, A.T. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide, in Ronald Maris, Alan Berman, John Maltzberger & Robert Yufit. *Assessment and Prediction of Suicide*, pp. 467-84. New York. Guilford Press.

WERLANG, B.S.G., BORGES, V.R. & FENSTERSEIFER, L. (2004). Estudo de fidedignidade e validade da escala de ideação suicida de Beck. In B.S.G. Werlang & N.J. Botega (Eds.), *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.

WHO – World Health Organization (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness*. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 1-19.

WHO – World Health Organization (2005). *Suicide prevention: facing the challenges, building solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 1-6.

WICHSTROM, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5): 603-610.

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Sónia Nunes Monteiro Cândido, aluna do mestrado em Psicologia da Saúde, no Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, solicito a sua participação no projecto de investigação sobre “Cultura Suicida no Alentejo – Os factores culturais promotores de Ideação Suicida e Desesperança”. Este projecto consiste na tese final de mestrado e conta com a orientação do Prof. Doutor José Pestana Cruz.

Os dados recolhidos são de extrema importância para o desenvolvimento da investigação científica na área da conduta suicida, fundamental para promover programas de prevenção do suicídio.

Informa-se que a recolha de dados remete-se apenas para tratamento estatístico, garantindo-se, por completo, o **anonimato e confidencialidade das respostas**.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar através do e-mail soniamonteirocandido@hotmail.com, ou através do telefone 965 645 608.

Dou o meu consentimento para a aplicação das provas, após a leitura do texto e esclarecimento de eventuais dúvidas.

(Assinatura)

Local e Data: _____, ____ / ____ / _____

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Eu, Sónia Nunes Monteiro Cândido, aluna do mestrado em Psicologia da Saúde, no Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, solicito a sua autorização para que o seu encarregado de educação possa participar no projecto de investigação sobre “Cultura Suicida no Alentejo – Os factores culturais promotores de Ideação Suicida e Desesperança”. Este projecto consiste na tese final de mestrado e conta com a orientação do Prof. Doutor José Pestana Cruz.

Os dados serão recolhidos através do preenchimento de um questionário e são de extrema importância para o desenvolvimento da investigação científica na área da conduta suicida, fundamental para promover programas de prevenção do suicídio.

Informa-se que a recolha de dados remete-se apenas para tratamento estatístico, garantindo-se, por completo, o **anonimato e confidencialidade das respostas**.

Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar através do e-mail soniamonteirocandido@hotmail.com, ou através do telefone 965 645 608.

Dou / Não dou (*riscar o que não interessa*) o meu consentimento para a aplicação das provas ao meu educando, após a leitura do texto e esclarecimento de eventuais dúvidas.

(Assinatura do Encarregado de Educação)

Local e Data: _____, ____ / ____ / _____

QUESTIONÁRIO

Nas folhas abaixo ser-lhe-ão apresentadas algumas questões para serem respondidas. Este questionário é anónimo e confidencial, pedindo-se que responda a todas as questões com sinceridade. Não existem respostas correctas ou erradas.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

▪ **Idade:** _____ anos

▪ **Género Sexual:**

Feminino

Masculino

▪ **Estado civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)

Viúvo(a)

▪ **Localidade:**

Almodôvar

Castro Verde

Ourique

▪ **Profissão:** _____

▪ **No caso de ser estudante, indique ano de escolaridade que frequenta:** _____

▪ **Já reprovou algum ano?**

Sim

Não

▪ **Escolaridade Completa:**

- Sem escolaridade
- Básico
- Secundário
- Superior

▪ **Classe Social:**

- Baixa
- Média baixa
- Média
- Média alta
- Alta

DADOS FAMILIARES:

▪ **Onde vive**

- Casa familiar
- Lar / Centro de Acolhimento
- Outro: _____

▪ **Com quem vive** (pode assinalar vários)

- Sozinho
- Familiares
- Outros: _____

▪ **Tem filhos**

- Sim
- Não

▪ **Casos pessoais de tentativa(s) de suicídio**

- Sim
- Não

Se sim, quantos? _____

Quando?

- Há menos de um ano
- Entre um e cinco anos atrás
- Há mais de cinco anos atrás

Forma como tentou o(s) suicídio(s)?

- Enforcamento
- Ingestão de medicamentos/ veneno
- Tiro
- Afogamento
- Outro: _____

Teve algum tipo de acompanhamento nessa altura?

- Sim
- Não

Se sim, que tipo de acompanhamento? (Pode assinalar vários)

- Médico/ Psiquiátrico
- Psicológico
- Social/ Familiar

▪ Casos de suicídio na família/pessoas próximas

- Sim
- Não

Se sim, quantos? _____

Se Sim, quem? (Pode assinalar vários)

- Pais
- Filhos
- Cônjuge
- Irmãos
- Tios
- Sobrinhos

- Amigos
- Namorado(a)
- Vizinhos
- Outros: _____

Quando?

- Há menos de um ano
- Entre um e cinco anos atrás
- Há mais de cinco anos atrás

Forma como essa(s) pessoa(s) se suicidou(ram)?

- Enforcamento
- Ingestão de medicamentos/ veneno
- Tiro
- Afogamento
- Outro: _____

Tomou contacto com o(s) corpo(s) após o(s) suicídio(s)?

- Sim
- Não

Teve algum tipo de apoio nessa altura?

- Sim
- Não

Se sim, que tipo de apoio? (Pode assinalar vários)

- Médico/ Psiquiátrico
- Psicológico
- Social/ Familiar

Descreva os seus sentimentos quando vivenciou esse(s) suicídio(s)?

O que considera do comportamento dessa(s) pessoa(s):

(pode assinalar vários)

- Foi a única solução
- Acabou com o(s) problema(s)
- Foi um acto natural/ normal
- Nunca o devia ter feito
- Outro: _____

HÁBITOS DE VIDA**▪ Considera-se uma pessoa religiosa?**

- Sim
- Não

Se respondeu sim, considera-se:

- Religioso, não praticante
- Religioso praticante

▪ Até que ponto se considera uma pessoa sociável (gosta de sair, estar com os amigos, etc.):

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Nada sociável Muitíssimo sociável

▪ Consumiu álcool em excesso nos últimos 30 dias?

- Sim
- Não

Se respondeu sim, com que frequência?

- Diariamente
- 1 vez por semana
- De 2 em 2 semanas
- Ocasionalmente

▪ Consumiu drogas ilícitas nos últimos 30 dias?

- Sim
- Não

Se respondeu sim, com que frequência?

- Diariamente
- 1 vez por semana
- De 2 em 2 semanas
- Ocasionalmente

▪ Descreva, resumidamente, as condições em que admitiria suicidar-se:

▪ Numa frase, como caracteriza o suicídio?

▪ Numa escala de 1 a 4, diga, em que medida, concorda com as seguintes afirmações:

- _____ Só Deus pode tirar a vida.
- _____ Quem se suicida acaba com o sofrimento.
- _____ É preciso coragem para cometer suicídio.
- _____ Só os cobardes se suicidam.
- _____ O suicídio é algo natural.
- _____ Quem se suicida está doente.
- _____ Quem tenta o suicídio só quer chamar a atenção dos outros.
- _____ Só os velhos se suicidam.
- _____ A solidão é a principal causa do suicídio.
- _____ Só as pessoas que estão deprimidas é que se suicidam.
- _____ Quem se quer suicidar não diz nada a ninguém.
- _____ Quem se suicida é influenciado por outros suicídios.
- _____ Em certas ocasiões, o suicídio é a única saída.
- _____ Se eu tivesse um problema muito grave, eu também me suicidaria.
- _____ O suicídio é um acto de egoísmo.

ESCALA H

A.T. Beck

(Tradução J. Pestana Cruz)

Por favor, leia as informações que se seguem. À frente de cada afirmação assinale com um X na coluna correspondente, se ela é verdadeira ou falsa para si.

	VERDADEIRO	FALSO
1. Espero o futuro com esperança e entusiasmo		
2. Mais vale deixar andar, já que não posso melhorar a minha vida.		
3. Quando tudo vai mal, ajuda-me pensar que isso não será para sempre.		
4. Não consigo imaginar o que será a minha vida daqui a dez anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar o que mais desejo fazer.		
6. Espero, no futuro, ser bem sucedido no que mais conta para mim.		
7. O meu futuro parece-me sombrio.		
8. Espero conseguir da minha vida mais do que a maioria das pessoas.		
9. Não me sinto arrependido, nem espero vir a estar no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me adequadamente para o futuro.		
11. Espero do futuro mais desprazer do que prazer.		
12. Não espero vir a conseguir o que mais desejo.		
13. Quando penso no futuro espero ser mais feliz do que sou agora.		
14. A vida não me corre como desejo.		
15. Tenho fé no futuro.		
16. Nunca consigo o que desejo, por isso é ridículo esperar seja o que for do futuro.		
17. É pouco provável que venha a obter satisfação real no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Espero mais bons do que maus momentos no futuro.		
20. Não vale a pena esforçar-me por conseguir qualquer coisa que desejo, porque provavelmente não a vou conseguir.		

Questionário de Ideação Suicida

Reynolds (1988) – Adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela (1999)

Na lista em baixo há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve no mês passado. Utilize a seguinte escala e faça um círculo no número que melhor descreve o seu pensamento. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas.

0 = nunca tive este pensamento

1 = pensei nisto mas não no último mês

2 = cerca de uma vez por mês

3 = duas vezes por mês

4 = cerca de uma vez por semana

5 = duas vezes por semana

6 = quase todos os dias

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Pensei suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
3. Pensei na maneira como me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
4. Pensei quando me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pensei em pessoas a morrerem.	0	1	2	3	4	5	6
6. Pensei na morte.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensei em escrever um testamento.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se eu me suicidasse.	0	1	2	3	4	5	6
12. Desejei estar morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
16. Desejei ter coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
17. Desejei nunca ter nascido.	0	1	2	3	4	5	6
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0	1	2	3	4	5	6
20. Pensei em matar-me mas não o faria.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pensei em ter um acidente grave.	0	1	2	3	4	5	6
22. Pensei que a vida não valia a pena.	0	1	2	3	4	5	6
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0	1	2	3	4	5	6
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0	1	2	3	4	5	6
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0	1	2	3	4	5	6
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a)	0	1	2	3	4	5	6
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.	0	1	2	3	4	5	6
30. Desejei ter o direito de me matar.	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

J. Pais Ribeiro

Seguidamente são apresentadas um conjunto de afirmações. Assinale com um X o grau em que concorda com cada uma das seguintes afirmações, de acordo com a seguinte escala.

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO NA MAIOR PARTE	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO NA MAIOR PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.					
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.					
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
5. Estou satisfeito com o grupo de amigos que tenho.					
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.					
7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
10. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.					
11. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
12. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.					
13. Não saio com amigos tantas vezes como gostaria.					
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.					
15. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).					