



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Histórias de suicídios não consumados: Um estudo sobre os significados construídos em torno da tentativa de suicídio

Marisa Isabel Valido Santos

Orientação: Professora Doutora Sofia Tavares

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2014



ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Histórias de suicídios não consumados: Um estudo sobre os significados
construídos em torno da tentativa de suicídio**

Marisa Isabel Valido Santos

Orientação: Professora Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2014

AGRADECIMENTOS

Para ser fiel ao meu coração, preciso de demonstrar o reconhecimento das pessoas que honraram as inúmeras contribuições que recebi ao longo desta caminhada e sem as quais a elaboração deste trabalho não teria sido possível.

Em primeiro lugar, agradeço profundamente à minha família, onde saliento os meus pais, irmão, prima Carmen, e namorado José, pelo amor, apoio incondicional, força e oportunidade de crescimento. Muito obrigado, por estarem sempre comigo e nunca me deixarem desistir!

Sendo o dom de repassar o conhecimento único não poderia deixar de apresentar, os meus sinceros agradecimentos à minha orientadora de dissertação, Professora Sofia Tavares, não só pela partilha de conhecimentos, mas também pela disponibilidade, exigência e motivação demonstrada, inspirando muito o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço igualmente a todos os profissionais e técnicos de saúde que através dos caminhos da clínica e da saúde, da pesquisa e da amizade, viabilizaram a realização deste estudo, de entre os quais destaco: o Dr.^o Paulo Simões (psicólogo clínico do Serviço de Oncologia do Hospital Espírito Santo – Évora), a Dr.^a Sara Santos (psicóloga clínica da Cruz Vermelha de Vila Viçosa), a higienista oral Paula Caeiro, e a técnica de análises clínicas Elsa Lopes, do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz.

Por fim, um agradecimento particular aos participantes que inspirados na sua vida e motivados pela sua coragem, partilharam generosamente comigo as suas histórias.

Histórias de suicídios não consumados: Um estudo sobre os significados construídos em torno da tentativa de suicídio

RESUMO

Partindo do pressuposto que os seres humanos constroem significado para as suas experiências de vida através da narração de histórias (para si e para os outros), neste estudo analisamos narrativas de tentativas de suicídio com o objetivo de aceder aos significados sobre os quais os sujeitos edificam este comportamento. A sua evocação foi feita através de um guião de entrevista semiestruturado realizado a 12 pessoas, residentes na região do Alentejo e que fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio. Os dados assim obtidos foram submetidos a uma análise temática e os principais resultados indicam que as tentativas de suicídio narradas estão associadas com a ocorrência de acontecimentos de vida como, problemas de saúde, perdas, problemas conjugais, relacionais e decorrentes do processo de envelhecimento. Os motivos apontados para este ato foram o sofrimento, ausência de sentido para a vida, desesperança e infelicidade. A maioria das tentativas de suicídio ocorreu nas próprias habitações com a presença física de familiares, sendo a ingestão de medicamentos o método mais utilizado. Após as tentativas, o arrependimento é o sentimento mais relatado pelos participantes.

Palavras-chave: Suicídio, narrativas, significado, tentativa de suicídio, análise temática.

Stories unconsummated suicide: A study of the meanings constructed around the suicide attempt

SUMMARY

Assuming that humans construct meaning for their life experiences through storytelling (for yourself and others), this study analyzed narratives of suicide attempts in order to access the meanings of which the subjects build this behavior. Its evocation was made through a script of semistructured interview conducted on 12 people, residents of the Alentejo region and made at least one suicide attempt. The data thus obtained were subjected to a thematic analysis and the main results indicate that narrated suicide attempts are associated with the occurrence of life events such as, health problems, loss, marital, relational and problems arising from the aging process. The reasons for this act were suffering, lack of meaning in life, hopelessness and unhappiness. Most suicide attempts occurred in their own homes with the physical presence of family, and the intake of the drugs most commonly used method. After attempts, repentance is the most often reported by participants feeling.

Keywords: Suicide, narratives, meaning, suicide attempt, thematic analysis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	3
1. Comportamentos suicidários.....	3
1.1. Definição e diferenciação de comportamentos suicidários	4
1.2. Fatores de risco associados aos comportamentos suicidários	10
2. Tentativa de suicídio.....	17
2.1. Tentativa de suicídio: um subtipo de comportamento suicidário	17
2.2. Estudos sobre a tentativa de suicídio	26
3. Narrativas de tentativa de suicídio	47
3.1. A metáfora do narrador motivado de histórias	48
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	53
1. Natureza do estudo	53
2. Objetivos e questões de investigação	53
3. Caracterização da amostra.....	54
4. Instrumentos	56
4.1. Pedido de colaboração a profissionais de saúde	56
4.2. Entrevista semiestruturada	56
5. Procedimentos gerais	57
5.1. Procedimentos de recolha de dados.....	57
5.2. Procedimentos de análise de dados	58
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
1. Apresentação dos resultados.....	63
2. Discussão dos resultados	71
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	91
Anexo I – Pedido de colaboração a profissionais.....	93

Anexo II – Declaração de consentimento informado	97
Anexo III – Guião de entrevista semiestruturada.....	101
Anexo IV – Tabelas por unidades de registo.....	105

Índice de Quadros

Quadro 1. Síntese de estudos sobre o contexto sociocultural e económico	31
Quadro 2. Síntese de estudos sobre perturbações psicopatológicas	37
Quadro 3. Síntese de estudo sobre o desejo de morrer	39
Quadro 4. Síntese de estudos sobre a história familiar de tentativas de suicídio e traumas de infância	41
Quadro 5. Síntese de estudos sobre o significado atribuídos às tentativas de suicídio	46
Quadro 6. Caraterização dos participantes	55

Índice de Figuras

Figura 1. Síntese das subcategorias da categoria “Contextualização da tentativa na história de vida”	64
Figura 2. Síntese das subcategorias da categoria “Descrição da tentativa”	66
Figura 3. Síntese das subcategorias da categoria “Consequências da tentativa”	68
Figura 4. Perspetiva global das categorias e subcategorias de análise	70

INTRODUÇÃO

Dadas as elevadas taxas de mortalidade por suicídio em Portugal, nomeadamente na região do Alentejo, este é um tema que desafia cada vez mais investigadores de diferentes áreas do conhecimento. Embora sejam vários os estudos que se têm realizado em torno dos comportamentos suicidários – de forma a obter-se uma maior compreensão dos mesmos, a desenvolver ações mais eficazes e a estabelecer novas políticas, - poucos são aqueles que nos permitem aceder aos significados atribuídos pelos indivíduos, às suas experiências de (tentativas de) “suicídio”.

As tentativas de suicídio, enquanto uma das formas de comportamento suicidário, poderão ser entendidos como um ato heroico, condenável ou irrelevante. Para uma pessoa sem expectativas num futuro melhor, pôr fim à sua vida poderá ser um ato imediato, sem questionamento sobre o que virá depois. Portanto, consoante os indivíduos, o momento e circunstâncias de vida, e os grupos sociais, as tentativas de suicídio poderão ter diferentes conotações.

Partindo do pressuposto que as narrativas revelam a verdade, não uma verdade objetiva, mas a verdade da experiência, neste sentido, acreditamos que os significados sobre os quais a narrativa de vida é construída, refletem a experiência do narrador (Teixeira, 2004). Assim, neste estudo procura-se, através da análise de um conjunto de 12 narrativas de tentativas de suicídio, aceder a estes significados, com o objetivo de compreender diferentes dimensões implicadas neste comportamento. Julgamos que a intervenção nestas situações e a sua prevenção só podem ser efetiva se para além dos números e das taxas, conhecermos a forma como as pessoas diretamente implicadas nestas os experienciam e quais os significados que lhes atribuem.

Desta forma, e visto se tratar de uma temática que necessita de estudo, considerámos pertinente investigar as histórias de suicídios não consumados. Para tal, foram delineados como principais objetivos de investigação: explorar os significados construídos em torno da tentativa de suicídio, tendo por base a compreensão de acontecimentos de vida, da respetiva descrição da tentativa e dos possíveis motivos que conduziram á mesma. Neste sentido, pretendeu-se também, contribuir para o aumento do conhecimento sobre este tipo de comportamento suicidário na microcultura alentejana.

Tendo em consideração os objetivos supracitados, propusemo-nos a desenvolver um estudo exploratório de natureza qualitativa, que remete para a exploração do significado atribuído pelos próprios sobreviventes de tentativas de suicídio. A opção por este tipo de método justifica-se a partir das questões de investigação.

Deste modo, o presente trabalho de investigação encontra-se estruturado por quatro capítulos.

Relativamente ao primeiro capítulo, apresenta-se a revisão da literatura, onde num primeiro momento são abordados os tipos de comportamentos suicidários e os fatores de risco associados aos mesmos, a tentativa de suicídio enquanto um subtipo de comportamento suicidário, fazendo-se também referência a um conjunto de estudos associados a este ato e, num último momento, damos ênfase à importância das narrativas de tentativas de suicídio, enquanto construtoras de conhecimento e da experiência.

No segundo capítulo ostenta-se a fundamentação metodológica do presente estudo, onde se apresenta a natureza e os objetivos que norteiam a investigação, e posteriormente, a caracterização da amostra, instrumentos utilizados e os procedimentos gerais. Já o terceiro capítulo compreende a apresentação e a respetiva discussão dos resultados do estudo.

Por fim, as conclusões refletem as contribuições específicas que este estudo poderá fornecer quanto à compreensão das histórias de suicídios não consumados, bem como, as suas possíveis limitações.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

“A autodestruição surge após várias perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, ruturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa nesse momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente.”

(Sampaio, 2000, p. 42)

1. Comportamentos suicidários

Não é possível ficar-se indiferente à vontade e desejo de um indivíduo de morrer por iniciativa própria. As atitudes ou comportamentos suicidários veiculam um intolerável sofrimento interior, tornando-se uma forma de o comunicar. Por vezes, a pessoa sente-se profundamente desesperada e não vislumbra objetivos concretizáveis nem uma alternativa válida para a vida, sendo que, não raras vezes cometeu já anteriores tentativas de suicídio antes incompreendidas, ignoradas ou mal entendidas (O’ Connor & Sheehy, 2000; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Sampaio, 2000).

Representando anualmente cerca de um milhão de mortes, com uma taxa global de 16 por 100 mil habitantes (OMS,2002), o suicídio revela-se um fenómeno complexo e universal de grande relevância na atualidade, patente em todas as culturas, classes sociais e idades. Projeções desta mesma organização prevê que em 2020 cerca de 1,5 milhões de mortes ocorrerão mundialmente, por suicídio.

Embora as maiores taxas de suicídio sejam atualmente observadas nos países desenvolvidos, estima-se também, um significativo aumento da mortalidade nos países em desenvolvimento nas próximas décadas, nomeadamente, em decorrência das mudanças socioeconómicas e comportamentais que se verificam nestes países (Goldney, 2005).

Em Portugal, as zonas que refletem maiores taxas de suicídio são o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa. O Alentejo é considerado a zona crítica por ocorrer um número elevado de suicídios em relação às outras zonas (Werlang & Botega, 2004).

De acordo com a literatura existem fatores associados ao suicídio no Alentejo como: a baixa densidade populacional; menor grau de integração; existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social; a população

maioritariamente composta por idosos, havendo uma grande solidão no meio em que se vive (Saraiva, 2006). Segundo este autor, o número de suicídios nesta população assume particular dramatismo, particularmente em pessoas idosas com 65 ou mais anos, do sexo masculino. Por conseguinte, Mezuk e colegas (2008) no seu estudo referem que a percentagem dos suicídios cometidos por idosos do sexo masculino é de 62%, sendo os métodos de suicídio utilizados mais graves e, frequentemente usados em combinação, para aumentar as probabilidades de um desfecho fatal (Mezuk, Prescott, Tardiff, Vlahov & Sandro, 2008). No mesmo sentido, Chen e colaboradores (2009) defendem que poderá haver duas razões para que os idosos raramente mostrem sinais de alerta precoce: uma delas é a depressão, que é mais facilmente ignorada no idoso do que na população mais jovem, devido ao enfraquecimento fisiológico e às doenças inerentes ao envelhecimento; a outra é que uma vez que os idosos decidem cometer suicídio, preferem escolher formas altamente letais e executar o suicídio secretamente (Chen, Chen, Ho, Lee, Chung, & Wang, 2009).

Todavia, apesar de se verificar um número mais elevado de suicídio em idosos no nosso país, constata-se que a população mais jovem tem colocado cada vez mais fim à sua vida, particularmente, na faixa etária dos 15 aos 24 anos entre os anos 1980-2000 (Mitchell, Garand, Dean, Panzank & Taylor, 2005). Sublinha-se que em 2011, as taxas de suicídio no nosso país, por 100.000 habitantes, no sexo masculino foram de 15,5% e no sexo feminino de 4,1% (OMS, 2013).

O estudo do suicídio envolve e implica assim, múltiplos aspetos – a nível individual, familiar, social ou ideológico – exige o esforço e a cooperação entre especialistas de diversas disciplinas e ramos científicos, de modo a que seja alcançada uma visão ampla e, não meramente parcelar da realidade (Collett, 2003; Kaplan, Adanek & Martin, 2001). Desta forma, os comportamentos suicidários tornam-se uma estratégia, podendo ser encarados como uma recusa à vida, em que transparece a vontade firme e clara de não ser (ou desaparecer para) o que se tem sido (Sampaio, 2000).

1.1. Definição e diferenciação de comportamentos suicidários

Os comportamentos suicidários representam atualmente um verdadeiro desafio, nomeadamente no que respeita à compreensão dos fatores que os

predispõem e precipitam, (Lopes, Barreira & Pires, 2001) não sendo igualmente fácil categorizá-los (Oliveira et al., 2001).

De acordo com alguns autores (e.g. Holmstrand, Niméis & Tråskman-Bendz, 2006; Macente, Santos & Zandonade, 2009), por comportamento suicidário entende-se todas as ações implementadas pelos indivíduos com a pretensão de causar uma lesão a si mesmo - independentemente do grau de letalidade das mesmas, das intenções ou das motivações que lhes subjazem, – vistas como forma de procurar uma rutura radical libertadora de uma dor psíquica insuportável. Skogman e colegas (2004) consideram que os comportamentos suicidários nas suas mais variadas formas, possuem uma história e são parte de um processo contínuo, que vai desde a ideação suicida até ao suicídio consumado, passando pelo parasuicídio e pela tentativa de suicídio, que continuam a representar na sociedade e na clínica psiquiátrica atual, um grande problema de carácter social (Skogman, Alsén & Öjehagen, 2004).

Na avaliação do risco de suicídio, é assim fundamental recolher a história atual e anterior dos comportamentos suicidários, incluindo ideação suicida, tentativas de suicídio, intencionalidade, planeamento, comunicação, letalidade, acesso e escolha de métodos (Bisconer & Gross, 2007; Mitchell, Garand, Dean, Panzak & Taylor, 2005).

A ideação e intencionalidade suicida são fatores que podem estar presentes de maneira relacionada ou independente num contexto de risco. A ideação suicida, sendo potencialmente um prelúdio para tentativas de suicídio e do próprio suicídio, é encarada como um indicador tanto do sofrimento atual como de futuros riscos (Brown, Jones, Betts & Wu, 2003). Segundo Kutcher e Chehil (2007), este tipo de comportamento suicidário engloba pensamentos, fantasias, rumações e preocupações sobre a morte, que podem constituir graus distintos de intenção de morte. A sua intensidade e duração são indicadores de um risco acrescido, mais do que a sua frequência (Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999).

A ideação suicida consiste assim, na decisão consciente de terminar com a vida e refere-se à expectativa e ao compromisso do indivíduo em morrer. Pode ser identificada pelo grau de lucidez dos processos de planeamento, preparação e objetivação do comportamento autodestrutivo. A força da intenção pode ser refletida na crença subjetiva de letalidade do método escolhido, mesmo que não corresponda à letalidade objetiva do mesmo (Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004). Porém, existem graus diferentes de consciência e certeza no comportamento suicidário, geralmente marcado pela ambivalência. Este facto torna muito mais difícil a avaliação da intencionalidade. Portanto, conforme afirmam Werlang e Botega (2004) é

preciso estar atento às várias possibilidades que podem conduzir a um comportamento autodestrutivo concreto.

Os sintomas suicidários relacionados com o planeamento de um suicídio – i.e. coragem para tentar, plano específico, preparação, viabilidade e oportunidade de implementar o método e, a duração e intensidade dos planos – merecem, segundo Joiner e colegas (1999), maior ênfase na avaliação do risco do que a ideação e a intencionalidade. Quanto mais detalhado, específico, viável e letal for o plano suicida maior será o risco de morte. Assim, alguns aspetos do plano suicida, tais como os passos adotados para executar o mesmo (i.e. preparação do método, data, local que diminua as chances de socorro) e a preparação individual para a morte (i.e. distribuição de bens, reconciliação com pessoas, realização de testamento, bilhetes ou cartas de despedida) sugerem risco imediato. Por conseguinte, quando a pessoa toma a decisão de pôr fim à sua vida, todo o caos poderá ser repentinamente substituído por uma fase temporária de tranquilidade, visto deslumbrar uma solução aparente para os seus conflitos internos (Kutcher & Chehil, 2007).

O papel da comunicação da deteção e diferenciação dos comportamentos suicidários é ao mesmo tempo um sinal de alerta para prevenir os comportamentos suicidários, uma vez que, na maioria das vezes, antecedem a uma tentativa letal. A expressão da intenção de morrer poderá ocorrer de maneira direta ou indireta e revela a desesperança e o sofrimento psíquico do indivíduo (Werlang & Botega, 2004).

Poucos estudos têm realizado uma análise profunda sobre a forma como os indivíduos comunicam a sua ideação suicida, bem como são estas comunicações interpretadas por outros significativos. Posto isto, Rudestam (1971, cit. Owen, Belam, Lambert, Donovan, Rapport & Owens, 2012) explora as respostas de familiares e amigos próximos de sujeitos com ideação suicida e descobre que apesar de estas comunicações desencadearem sentimentos de preocupação, que são também encaradas com ceticismo, negação e indiferença.

Para além destas dificuldades, existem barreiras de carácter cultural, social e psicológico que interferem nessa comunicação, sendo as mais comuns: a) o tabu e preconceito social face aos comportamentos suicidários – que contribuem para o silêncio e isolamento social; b) as falhas na procura ou receção da ajuda – que conduzem a sentimentos de frustração, desesperança e falta de confiança; 3) o receio por parte da pessoa de que o relato de sentimentos e ideação suicida interfira na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde – muitas vezes, consubstanciadas por atitudes destes profissionais; e 4) a falta de conhecimento e

atenção por parte dos profissionais de saúde sobre os comportamentos suicidários (Kutcher & Chehil, 2007; Shea, 2002). A este propósito Joiner e colegas (1999, p.449) consideram que “a forma como as pessoas respondem à comunicação suicida de outra, poder-se-á encarar como um fator de proteção ou como um estimulador do comportamento suicidário”.

Apesar de ser possível encontrar várias definições de suicídio, é consensual que se trata de “terminar com a própria vida”, tendo associados conceitos relacionados com motivação, intencionalidade e letalidade do ato (Macente, Santos & Zandonade, 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio pode ser encarado como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal”, sendo a sua causalidade multivariada, englobando tanto aspetos biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, como também, culturais e ambientais (OMS, 2000). Por sua vez, Kral (1994) sugere que o suicídio não é influenciado apenas pela vida psicológica do indivíduo, como também, pelas suas crenças e normas sociais. Assim, podemos considerar que este comportamento suicidário resulta de um leque variado de acontecimentos e atribuições negativas, bem como, da desesperança do indivíduo face à sua vida (Kral, 1994 cit. Marques - Teixeira, 2010).

Por cada suicídio consumado estima-se que haja cerca de 20 /30 outras formas de comportamento suicidário, sendo que só um quarto tem contato com os serviços de saúde (OMS,2002). Deste modo, a tentativa de suicídio enquanto ato intencional, autodestrutivo, que não resulta em morte, torna-se um forte preditor do suicídio consumado (Macedo & Werlang, 2007). Porém, esta definição é ainda tida por alguns investigadores como imprecisa, visto que a intenção de morrer, subjacente aos atos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar. A gravidade do gesto suicida poderá relacionar-se com um “ponto sem retorno”, «ligado à maior ou menor rapidez do método utilizado e à sua reversibilidade, tendo em atenção a possibilidade de uma intervenção salvadora» (Oliveira et al., 2001).

As tentativas de suicídio, enquanto comportamento suicidário, têm sido entendidas como um sinal de alarme, uma vez que são o principal preditor de novas tentativas, especialmente quando se trata de tentativas sérias com intenção convicta, consequências adversas, uso de métodos altamente letais e a realização de precauções para evitar a descoberta (Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004).

Na tentativa de compreender a distinção entre suicídio e tentativa de suicídio o estudo de Joiner et al (1999) aponta para a existência de grupos de pacientes com características demográficas, epidemiológicas e psicopatológicas diferentes. Segundo estes autores, foram encontradas diferenças clínicas importantes entre três grupos de pessoas com história de comportamentos suicidários: com ideação suicida, com uma tentativa de suicídio anterior e com múltiplas tentativas. O grupo de pessoas com múltiplas tentativas apresentou um nível de risco continuamente mais elevado que os outros decorrentes da severidade, da cronicidade e da psicopatologia.

O'Connor e Sheehy (2000) defendem a este propósito, que as tentativas de suicídio são mais comuns entre os jovens de sexo feminino, enquanto os suicídios são mais frequentes em idosos de sexo masculino. Estes últimos foram apontados como sendo associados a perturbações psicológicas ou a um significativo isolamento social.

Porém, num estudo francês realizado com 51 idosos, com idade superior a 60 anos, internados por tentativa de suicídio, os autores (Lebret, Perret-Vaille, Mulliez, Gerband & Jalenques, 2006) concluem que a maioria dos homens que realizam pelo menos uma tentativa de suicídio, 66% são casados ou vivem em união de facto, enquanto 48,5% das mulheres apresentam maior probabilidade de serem viúvas. A maioria das tentativas de suicídio tem como método a intoxicação medicamentosa, especialmente no sexo feminino. No que respeita aos motivos para a tentativa, foram encontrados vários, mas a doença física do idoso ou do cônjuge, os conflitos com o cônjuge ou familiar próximo e o isolamento social e/ou solidão, mostram ser os maiores fatores de risco. No caso das mulheres, estas parecem sofrer sobretudo de isolamento social, enquanto os indivíduos do sexo masculino tendem a ser influenciados sobretudo pela doença física – eventualmente mais difícil de lidar. Quase um quarto dos doentes apresenta uma combinação de pelo menos dois motivos para a sua tentativa de suicídio. O diagnóstico psiquiátrico na admissão é principalmente depressão, seguido pelos estados de ansiedade e doenças demenciais do Eixo I. Há também uma forte predominância de perturbações da personalidade do Eixo II.

Embora o grau de intenção de morte e a gravidade do gesto autodestrutivo sejam variáveis, é importante considerar que as tentativas de suicídio constituem sempre momentos de crise individual (Sampaio, 2000).

O parassuicídio (ou comportamento parassuicida) corresponde, de acordo com a OMS (2000), a um ato ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual, levado a cabo por um indivíduo que não tem clara intenção de morrer, mas que se

arrisca a causar danos a si mesmo (mais ou menos graves), caso não exista a intervenção de outrem.

O parassuicídio está associado a comportamentos de risco, sendo os mais frequentes o abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psicostimulantes; conduzir em excesso de velocidade, alcoolizado, drogado ou em contramão; vivência de uma sexualidade não controlada ou com relações de risco, adoção de comportamentos mais arriscados (Oliveira et al., 2001). O parassuicídio compreende também os comportamentos de automutilação (ou de autoagressão), no sentido de uma autolesão deliberada (Sampaio,2000). Definida como «o ato de danificar seriamente, cortando ou alterando uma parte essencial do corpo» na maioria dos casos de automutilação, a “parte essencial” que é danificada é a pele, que é cortada (com uma faca ou lâmina), arranhada ou raspada (com tesouras, garrafas, vidros ou outros materiais abrasivos) (Oliveira et al., 2001). De acordo com Sampaio (2000), a manifestação mais usual é o corte superficial do pulso ou do antebraço, sendo as feridas frequentemente escondidas ou não expostas.

Noutros casos, a pele é seriamente agredida, através de queimaduras, por recurso ao ferro quente, cigarro e isqueiro ou ainda com detergentes e outros químicos irritantes. O indivíduo que se autoagride espera afastar os seus medos, aliviar a tensão e sentir-se reconfortado ou gratificado. Procura na dor um efeito suavizante transitório para um estado psicológico doloroso ou perturbado até que os medos regressem. Nesta altura a vergonha e o receio de poder não ser aceite socialmente, fá-lo tentar esconder as feridas (Oliveira et al., 2001).

De um modo geral, é possível afirmar que tanto os comportamentos de automutilação como os comportamentos de risco surgem por vontade própria e não visam a morte. Contudo, nos comportamentos de automutilação existe a intenção por parte do indivíduo de se magoar, mas este gesto não costuma colocar outras pessoas em perigo. Trata-se no fundo da tentativa de cessar ou substituir uma dor psicológica ilimitada e intolerável por outra física, localizada e palpável. Já nos comportamentos de risco, a pessoa não costuma ter a intenção de se magoar a si própria, mas em algumas situações atenta não só contra a sua vida, como coloca também em risco a vida de outras pessoas. Nestes casos, a pessoa pretende desafiar a morte, mas não morrer (Sampaio,2000).

Sendo a adolescência um período em que os indivíduos se confrontam com grandes dúvidas e certezas, com avanços e recuos, em que as emoções e as representações ambivalentes sobre a vida e a morte se encontram potenciadas, o

parassuicídio tem surgido como um comportamento cada vez mais comum entre os adolescentes nas sociedades contemporâneas, sobretudo nos meios urbanos (Kaplan et al., 2001; Rothschild, 1997; Werlang & Botega, 2007).

Na literatura alguns autores (e.g. Fleischmann, Bertolote, Wasserman, De Leo, Botega, Phillip, Värnik, Vijayakumar, Bolhari, Schlebusch, De Silva & Tuong, 2005) revelam que a falta de esperança aliada à depressão e à ideação suicida, se constituem como fortes potenciadores do comportamento parassuicida. Neste, o nível de intencionalidade suicida é inferior ao da tentativa de suicídio, constituindo a principal diferença entre estes dois comportamentos (Goldney, 2005).

Em síntese, são fortes as convicções quanto à prevalência e o impacto negativo dos comportamentos suicidários nos nossos dias. Apesar de não se conseguir prevenir todos estes atos, a capacidade de lidar com os mesmos, através de abordagens adequadas e cuidadas, sobretudo junto das pessoas em maior risco de suicídio, poderá fazer a diferença.

Esta perspetiva é de particular importância para a suicidologia, uma vez que a diminuição da morbilidade (e.g. ideação suicida e tentativa de suicídio) poderá conduzir à diminuição da mortalidade (Quintão, Costa, & Gusmão, 2010). Deste modo, espera-se então, uma eficaz combinação de esforços quanto à prevenção destes tipos de comportamentos suicidários, não só quanto à melhoria da assistência clínica ao indivíduo que já luta contra as ideias suicidas, aquele que precisa de atendimento médico por tentativa de suicídio, como também, relativamente à implementação de abordagens que possam reduzir a probabilidade de ocorrer suicídio em pessoas mais vulneráveis (Wasserman, 2001).

1.2. Fatores de risco associados aos comportamentos suicidários

A investigação em suicidologia têm-se dedicado a identificar fatores de risco e de proteção dos comportamentos suicidários, com vista a proporcionar informação de base para programas preventivos e medidas de intervenção na população clínica e em geral. No entanto, é importante considerar que o impacto destes fatores pode variar, dado que estes comportamentos (como aliás quaisquer outros) são compostos por inúmeras variáveis sociais e culturais, somáticas, genéticas e psicológicas (Malkesman, Pine, Tragon, Austin, Henter, Chen, & Manji, 2009).

- Fatores sociais e relacionais

A perspectiva social e relacional defendida por Rogers (2001) - e primariamente descrita por Durkheim (1951), - defende que os comportamentos suicidários refletem a qualidade e disponibilidade de suporte social recebido pelo indivíduo, bem como o impacto de acontecimentos de vida traumáticos (especialmente, aqueles que se referem à perda de pessoas íntimas, separação conjugal, desemprego) experienciados pelo mesmo (Durkheim, 1951 cit. Durkheim, 1986; Rogers, 2001 cit. Rogers, Bromley, McNally, & Lester, 2007). Vários estudos (e.g. Macente, Santos & Zandonade, 2009) têm demonstrado que os acontecimentos de vida negativos poderão predispor ao desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, designadamente perturbações do humor ou agravar problemas existentes na ausência de apoio social adequado.

Pesquisas realizadas com adolescentes e jovens adultos (Beevers & Miller, 2004; Lopes et al., 2001) apontam os acontecimentos de vida negativos e a ausência de apoio social como fatores de risco para as tentativas de suicídio. Cassorla (1984) ao comparar jovens sem história de tentativa de suicídio anterior com jovens que haviam tentado o suicídio, observa maior frequência de desemprego, de migrações e de problemas na escola, no grupo que havia tentado o suicídio (Cassorla, 1984 cit. Cruz, 2003). Já Prieto (2002) através do estudo de casos clínicos de adolescentes com história de tentativa de suicídio recente verifica que, os acontecimentos de vida traumáticos têm uma elevada importância na história de desenvolvimento desses indivíduos. Estes caracterizam-se por terem tido uma infância marcada por indicadores de negligência emocional, violência física, verbal e sexual intrafamiliar. Os acontecimentos que assumiram a função de precipitantes destas tentativas terão sido conflitos relacionais graves e separações recentes (Prieto, 2002 cit. Cruz, 2003).

No mesmo sentido, uma investigação desenvolvida junto de estudantes do ensino superior da África do Sul revela que um número significativamente elevado (73,8%) de estudantes do sexo feminino tinha experienciado um ou mais acontecimentos traumáticos no ano anterior à tentativa de suicídio. O acontecimento de vida traumático mais frequentemente relatado por estas jovens é a morte de um ente significativo, na sequência de acidentes de viação ou por suicídio (Hoffmann, Myburgh & Poggenpoel, 2010).

- Fatores somáticos

As doenças do foro físico, principalmente as que conduzem a comprometimentos funcionais ou cognitivos, degeneração, dependência de terceiros e com mau prognóstico, estão associadas a um risco mais elevado de suicídio. De um ponto vista somático, as motivações para o suicídio assentam em condições biológicas, tais como doenças crónicas e neurológicas, tumores malignos e HIV; ou seja condições que de algum modo comprometem a qualidade de vida do indivíduo (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004). Posto isto, outros autores defendem que os pacientes com doenças crónicas apresentam elevadas taxas de ideação suicida, de tentativas de suicídio e que 50% destes consideram seriamente a hipótese de consumir o suicídio devido à dor resultante da sua doença (Smith, Edwards, Robinson & Dworkin, 2004). Por conseguinte, um estudo recente realizado nos Estados Unidos da América e Austrália revela que o cancro enquanto doença crónica encontra-se significativamente associado ao aumento das taxas de suicídio, dando-se importância à presença de outros fatores de risco, como a depressão e a dor (Holland, 2010 cit. Horesh, Levi & Apter, 2012). Assim, a pessoa estará motivada para terminar com a sua vida na tentativa de evitar a dor e o sofrimento, bem como forma de responder à necessidade de preservar a sua dignidade face à debilitação física (Rogers et al., 2007).

- Fatores psicológicos

Alguns investigadores em suicidologia (e.g. Shneidman, 1993 cit. Cruz, 2003) defendem que os fatores psicológicos têm uma influência determinante tanto na predisposição de futuros comportamentos suicidários, como na eclosão das crises suicidas atuais. De acordo com a abordagem psicológica, todos os indivíduos possuem necessidades psicológicas que têm que ser satisfeitas. Quando tal não se verifica, experiencia-se dor psicológica que consequentemente resultará em restrição cognitiva, ou seja, numa capacidade diminuída de resolução de problemas, percecionando o suicídio como forma de aliviar esta dor (Rogers et al., 2007).

A explicação da etiologia da maioria dos comportamentos suicidários, do ponto de vista psicológico, reside numa combinação de acontecimentos de vida negativos precoces com determinadas características pessoais (Werlang & Botega, 2004). Neste

caso, depreende-se que a história do indivíduo contém fatores predisponentes que possibilitam a compreensão da motivação ou das razões psicológicas para o suicídio.

Antecedentes familiares de perturbações psicopatológicas ou de suicídio aumentam o risco de maneira importante, seja por razões genéticas, familiares por modelamento ou por carências relacionais. Segundo Agebro e colegas (2002), os jovens que cometem suicídio têm frequentemente uma história de perturbação psicopatológica na família, de comportamento suicidário ou de experiências disfuncionais, como sejam: divórcio conflituoso, negligência ou adversidade socioeconómica (Agebro, Nordentoft & Mortensen, 2002). Desta perspetiva, acontecimentos negativos num período precoce da vida tornam a pessoa mais suscetível ou vulnerável, dificultando a sua capacidade de responder adaptativamente aos acontecimentos de vida (Fremouw et al., 1990).

Perante o exposto, a combinação de acontecimentos precoces negativos com determinadas características dos indivíduos estimula o aparecimento de esquemas cognitivos disfuncionais, que passam a ter um efeito pervasivo duradouro sobre a forma como as pessoas interpretam e interagem com os acontecimentos de vida significativos. Segundo esta leitura, o que determina num momento posterior o comportamento suicidário, será um estado suicida caracterizado por elevados níveis de dor psicológica (provocada pela frustração de necessidades tidas como vitais, sentimentos intensos de isolamento e um processo de constrição cognitiva), que deixa de permitir que outras alternativas sejam consideradas, perante a convicção de que a cessação da vida é a única saída para o mal-estar atualmente experienciado (Cruz, 2003).

- Fatores religiosos

Os comportamentos suicidários são atos de difícil compreensão para a sociedade, estando constantemente associados a categorias como a fraqueza, egoísmo e até mesmo pecado. Durkheim (1986) na sua teoria sobre o suicídio defende que a religião promove valores compartilhados, interação e limites sociais fortes, que evitam que o indivíduo se sinta isolado, constituindo-se por estas razões um fator protetor contra o suicídio (Durkheim, 1986).

Sendo a religião um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, com o intuito de facilitar a proximidade com o sagrado ou o transcendente (Sisask, Varnik, Ivesae, Bertolote, Bolhari, Botega, Fleischmann, Vijayakumar & Wasserman, 2010), pertencer a um grupo religioso torna-se uma importante fonte de

apoio social e emocional pelo que a participação em atividades religiosas poderá contribuir para a diminuição de comportamentos suicidários.

Apesar de vários estudos apoiarem estas constatações, outros autores (e.g. Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006 cit. Sisask, et al.,2010) consideram que o domínio espiritual possibilita também compreender as motivações que impulsionam o indivíduo a desejar pôr fim à sua vida. Neste sentido, é possível que a pessoa possa encarar estes comportamentos como um mecanismo para estar próximo de Deus, de um ente querido ou como uma forma de autopunição às transgressões percebidas contra Deus (Rogers et al., 2007).

- Fatores psicopatológicos

Tem-se tornado evidente que a presença de perturbações psicopatológicas é dos fatores de risco mais importantes, associados ao suicídio e aos restantes comportamentos suicidários. Por sua vez, este risco difere de acordo com o diagnóstico específico, sexo e idades dos indivíduos, sendo cada vez mais importante considerar estas variáveis, visto fornecerem informações valiosas para a tomada de decisões e a redução dos comportamentos suicidários entre a população de alto risco (Qin, 2011).

As pessoas diagnosticadas com perturbações psicopatológicas com antecedentes de internamento psiquiátrico apresentam um risco de suicídio particularmente maior, sendo as perturbações de humor as mais comuns – verificadas em mais de um terço dos casos (Beevers & Miller, 2004; Bisconer & Gross, 2007; Blaauw, Kerkhof & Hales, 2005). Neste sentido, Qin (2011) afirma na sequência dos seus trabalhos empíricos que as perturbações psicopatológicas, particularmente a depressão, constitui um risco acrescido de suicídio em ambos os sexos e em quase todas as faixas etárias.

Estudos clínicos demonstram que a depressão, enquanto uma perturbação de humor, se caracteriza por mudanças de humor acompanhadas de baixa autoestima, perda de interesse e prazer por atividades diárias normalmente consideradas como agradáveis. Por conseguinte, estas condições incapacitantes poderão afetar a dinâmica familiar, a vida profissional e social e, o estado geral de saúde do indivíduo, que aliadas a determinadas características da personalidade e a acontecimentos de vida stressantes, constituem um forte preditor à ocorrência de suicídio consumado (Allen, Chessick, Miklowitz, Goldberg, Wisniewski, Miyahara, Calabrese, Marangell, Bauer, Thomas, Bowden & Sachs, 2005; DSM-IV-TR in APA, 2002; Qin,2011).

Beevers e Miller (2004) através de um estudo levado a cabo junto de pacientes internados com depressão verificam que os níveis elevados de perfeccionismo, bem como os padrões cognitivos negativos, encontram-se associados a uma maior desesperança e à ocorrência de ideação suicida nos 6 meses seguintes à alta.

A depressão tem demonstrado ser um fator particularmente significativo para os comportamentos suicidários, nomeadamente entre idosos e adolescentes. O aumento de pensamentos negativos e a intensificação da autocrítica contribuem decisivamente para o comportamento suicidário. Nos processos cognitivos relacionados com a depressão, os indivíduos muitas vezes veem o suicídio como a única solução possível para situações extremas de desespero e desesperança (OMS, 2000; Reifman & Windle, 1995).

No que diz respeito às perturbações bipolares, 10% a 15% das pessoas morrem por suicídio e quase 60% relatam ideação suicida (Allen et al., 2005;). De acordo com Kutcher e Chehil (2007), as perturbações de humor, nomeadamente as perturbações depressivas estão mais associadas à ideação suicida e ao suicídio consumado do que as perturbações maníacas em indivíduos bipolares.

Os comportamentos suicidários são igualmente comuns em pessoas com perturbações de ansiedade, estando a ansiedade presente em 20% dos suicídios. O risco é mais elevado quando há comorbidade com depressão, perturbações de personalidade, consumo de álcool e outras substâncias (Kutcher & Chehil, 2007). Estudos revelam que as perturbações alimentares, especialmente a anorexia e bulimia, estão também relacionadas com o aumento da frequência de comportamentos suicidários (Wasserman, 2001; Werlang & Botega, 2004).

Na literatura poucos são os estudos de grandes dimensões que abordam a relação entre os comportamentos suicidários e as perturbações de personalidade. Porém, os resultados do estudo de Qin (2011) sugerem que este tipo de perturbações representam um fator de risco significativo para a ocorrência de suicídio em ambos os sexos. As perturbações de personalidade são definidas como um modelo persistente de experiências emocionais e de comportamentos que se desviam acentuadamente do que é culturalmente esperado e, incluem uma variedade de condições e padrões de comportamentos de grande significado clínico. O diagnóstico das perturbações da personalidade, ainda que um pouco subjetivo assinala um comportamento inflexível e uma incapacidade funcional geral, que muitas vezes gera graves dificuldades pessoais e sociais e, conseqüentemente conduz a comportamentos suicidários (Qin, 2011).

O suicídio é a principal causa de morte prematura entre esquizofrénicos, acometendo 10% dos casos. Aproximadamente metade dos indivíduos diagnosticados com esta perturbação podem tentar o suicídio durante um determinado período da doença, apesar de ser mais comum nos primeiros anos (Harris & Barraclough, 1997 cit. Qin, 2011).

O estudo de Qin (2011) corrobora esta mesma ideia ao demonstrar que um aumento significativo da esquizofrenia é 10 vezes superiores no sexo masculino e 20 vezes no sexo feminino. Presencia-se uma maior vulnerabilidade em indivíduos jovens, solteiros, desempregados, com boa percepção, bom funcionamento pré-mórbido e que apresentam depressão pós-psicótica ou ideias paranóides, com desconfiança e delírio (OMS, 2000). Por sua vez, a presença de perturbações de personalidade, nomeadamente do tipo antissocial ou borderline, relaciona-se com pelo menos 5% dos suicídios consumados (Kutcher & Chehil, 2007). Comportamentos de automutilação, observados na perturbação de personalidade borderline, bem como traços de impulsividade ou de agressividade, característicos das personalidades histriônica e narcisista, apontam para um padrão de autoagressão e intolerância à frustração que conduz a atitudes drásticas perante situações que mobilizam grande tensão (Kutcher & Chehil, 2007).

De acordo com o anteriormente exposto é possível de compreender que o comportamento suicidário tende ser mais comum em certas circunstâncias devido a determinados fatores de risco (e.g. sociais, biológicos, psicopatológicos, religiosos), quer devido a processos psicológicos subjacentes. Desta forma, perspetiva-se que as perturbações psicopatológicas, particularmente a depressão, é amplamente reconhecida como um dos principais potenciadores do suicídio consumado. Assim, estes indícios associados aos atos suicidários, não devem ser de modo algum desprezados, devendo ser tidos em consideração por todos nós (Rothschild, 1997).

2. Tentativa de suicídio

“De que te serve o teu mundo interior que desconheces?
Talvez, matando-te o conheças finalmente...
Talvez, acabando, comeces...
E de qualquer forma, se te cansa seres,
Ah cansa-te nobremente,
E não cantes, como eu, a vida por bebedeira,
Não saúdes como eu a morte em literatura!”

(Pessoa, 1954, p.22)

2.1. Tentativa de suicídio: um subtipo de comportamento suicidário

O suicídio tem-se revelado como uma das ações mais pessoais que um indivíduo pode cometer ao longo da sua vida (Werlang & Botega, 2004). Não somente em números absolutos, mas também em termos económicos e de sofrimento humano, o fenómeno das tentativas de suicídio, tem-se revelado um problema de saúde pública de primordial importância, particularmente, entre adolescentes e jovens adultos (Goldney, 2005).

Vários são os estudos sobre tentativas de suicídio e fatores associados a este tipo de comportamento suicidário, que têm vindo a seduzir clínicos e investigadores, conforme o demonstra a literatura acerca da variedade de trabalhos publicados sobre este assunto (Smith, Edwards, Robinson & Dworkin, 2004). É óbvia a importância destas pesquisas, não só por possibilitarem o aumento do conhecimento a respeito deste ato, como também, por permitirem o desenvolvimento de condições para a sua prevenção e controle, medidas essas de alcance social e humano, indiscutíveis.

Apesar dos muitos fatores de risco abordados, as variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas, a história de tentativa de suicídio anterior e as perturbações psicopatológicas, nomeadamente a depressão, revelam-se os principais potenciadores à ocorrência de tentativas de suicídio (Fonseca, Abelha, Lovisi & Legay, 2010).

Apelando para a importância das variáveis sociodemográficas e clínicas, uma quantidade crescente de investigações sugere as diferenças de género como variáveis relevantes à compreensão dos comportamentos suicidários. Neste sentido, contacta-se uma maior prevalência de tentativa de suicídio entre o sexo feminino (2 a 3 vezes mais), comparativamente ao suicídio consumado, o qual é mais frequente no sexo oposto (Macente, Santos & Zandonade, 2009; Toprak et al., 2010).

Holmstrand e colegas (2006) citam a este propósito, que as tentativas de suicídio são mais frequentemente observadas em jovens mulheres, solteiras, desempregadas, com baixo nível educacional, consumo de álcool ou drogas durante a tentativa e tratamento psiquiátrico anterior. A ingestão de medicamentos é o método mais utilizado.

Perante o atual cenário, várias questões se colocam: será que estas constatações são transversais a todas as pessoas que tentam pôr fim á sua vida? O que torna então, as tentativas de suicídio o comportamento suicidário mais característico do sexo feminino? Estas pertinentes interpelações constituem um verdadeiro desafio para os investigadores.

Atualmente, a comunidade científica parece consensual quanto ao fato da tentativa de suicídio ser mais comum nas mulheres. O que não parece ainda muito claro, são as razões pelo qual este tipo de comportamento suicidário ser mais evidente no sexo feminino, do que no sexo masculino.

De acordo com a proposta de alguns autores (Brown, Steer, Henriques, Beck, 2005; Macente, Santos & Zandonade, 2009; Toprak et al., 2010) a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída a vários fatores, tais como à sua maior religiosidade, ao envolvimento social e o desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres conseguem reconhecer mais precocemente sinais de risco associados à depressão, suicídio e perturbação psicopatológica, procurando ajuda em momentos de crise e participando em mais redes de apoio social. Já os homens, estes desempenham comportamentos que predispõem ao suicídio (e.g. como a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a métodos letais), sendo ainda mais sensíveis às instabilidades económicas, como o desemprego e a pobreza, fatores estes que poderão conduzir ao suicídio consumado.

Neste sentido, Gunnell (2000, cit. Macente, Santos & Zandonade, 2009) afirma que o suicídio é um comportamento mais característico no homem do que na mulher, visto que o homem procura no ato extremo do suicídio a solução drástica para o seu fracasso pessoal, nomeadamente, sob o prisma socioeconómico, enquanto a mulher tenta por meio do suicídio remediar condições adversas de natureza essencialmente afetiva.

A importância da história de tentativa de suicídio anterior surge igualmente na literatura, como um forte preditor de novas tentativas de suicídio (Fleischmann et al., 2005; Skogman et al., 2004).

Segundo Skogman e colegas (2004), a presença de antecedentes de tentativa de suicídio expressam de um modo agudo a vivência de um sofrimento intenso, resultante de fenómenos psicossociais complexos. Ponderando que aproximadamente 50% das pessoas que morrem por suicídio possuem pelo menos uma tentativa prévia, então aqueles que têm antecedentes de tentativa tendem a realizar uma investida mais letal da segunda vez, conseguindo muitas vezes, cometer o suicídio ao longo dos três meses seguintes. Assim, as pessoas com múltiplas tentativas anteriores possuem um risco mais elevado de novas tentativas, comparativamente aquelas sem história de tentativas de suicídio (Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004).

As perturbações psicopatológicas, especialmente a presença de depressão, constitui uma ponte para a ocorrência de tentativas de suicídio (Lopes et al., 2001).

É relevante observar que atualmente, em muitos países industrializados do mundo, a maior prevalência de perturbações depressivas está entre os adolescentes e jovens adultos e que, nas últimas décadas, a idade de início do uso de substâncias psicoativas tem declinado paralelamente com a diminuição da idade de início das perturbações depressivas (Cruz, 2003). A este propósito, Crumley (1982, cit. Cruz, 2003) aponta as perturbações depressivas, com grande diferença, como as perturbações mais frequentemente observadas nos adolescentes com tentativas de suicídio, seguidos das perturbações associadas ao consumo de substâncias, nomeadamente de álcool e drogas. Estes fatos poderão então explicar, as tendências crescentes das taxas de tentativas e de suicídio consumado a nível mundial, sobretudo, entre estas faixas etárias.

Posto isto, Beck e colaboradores (1993) constataam que a presença de constructos como a desesperança e pessimismo aliados à depressão, constituem um forte preditor da ocorrência de tentativas (Beck, Steer & Newman, 1993 cit. Cruz, 2003). Segundo estes mesmos autores, as pessoas aparentemente propensas ao pessimismo e à desesperança tendem a sofrer mais frequentemente de depressão e, quando deprimidas, tendem a perceber o suicídio como a saída mais adequada – ou mesmo a única - para o seu estado de sofrimento psicológico.

Em conformidade com o estudo anterior, a pesquisa de Horesh e colegas (2012), sugerem uma amostra de 102 participantes, com dois perfis distintos de indivíduos que tentaram o suicídio. O primeiro grupo é caracterizado por dor psicológica, desesperança e depressão, revelando a angústia e o sofrimento emocional como impulsionadores de pensamentos e comportamentos suicidários. O perfil deste grupo encontra-se fortemente ligado ao desejo e à expectativa de morrer,

ênfatizando a ideia de que a aliança entre a dor psicológica e a depressão são os principais fatores subjacentes às tentativas de suicídio (Horesh, Levi & Apter, 2012).

Apesar das características deste grupo representarem uma percentagem significativa de tentativas de suicídio, são menos relacionadas com a letalidade e o planeamento das mesmas. Já o segundo grupo de indivíduos, maioritariamente do sexo masculino, apresenta poucas capacidades de comunicação, dificuldades relacionais, rede de apoio social pobres e isolamento social. É um grupo que revela dificuldades comunicacionais como um importante fator à ocorrência de tentativas de suicídio e, uma possível razão justificativa para o aumento das taxas de suicídio no sexo masculino, visto estes possuírem mais dificuldades em comunicar as suas intenções e sentimentos do que o sexo feminino (Horesh, Levi & Apter, 2012). Da mesma forma, Misson (2010) observa que indivíduos com história de tentativa de suicídio grave, apresentam menos capacidades de comunicação com outras pessoas acerca do seu ato e evitam ao máximo a descoberta antes e durante o mesmo. Posto isto, estes indivíduos encontram-se em maior risco de cometer futuramente suicídio consumado, comparativamente aqueles com história de suicídio não grave (Misson, 2010 cit. Horesh, et al., 2012).

Visto que as perturbações depressivas estão entre os mais poderosos preditores das tentativas de suicídio, alguns autores afirmam ainda, que o risco acresce mais, quando existe comorbidade com o consumo excessivo de outras substâncias e a presença de outros fatores de risco, tais como, possuir um baixo nível socioeconómico, relação familiar disfuncional e viver em zonas rurais (Toprak et al., 2010).

Embora a maioria dos modelos teóricos sobre o suicídio sugiram que as tentativas de suicídio resultam da interação de diferentes fatores de risco como os anteriormente descritos, grande parte destes estudos têm testado apenas associações entre os fatores de risco individuais e os respetivos comportamentos suicidários (Nock & Kessler, 2006).

Deste modo, o estudo de Dour e colaboradores (2011) foi concebido para tentar resolver esta limitação. Com uma amostra constituída por 87 adolescentes e jovens adultos de duas universidades da Turquia, os autores procuraram testar o efeito da emoção e cognição na interação com as tentativas de suicídio.

Os resultados revelam que os jovens ao experienciarem intensas reações emocionais e ao possuírem uma baixa capacidade de resolução de problemas

apresentam uma maior probabilidade de realizar tentativas de suicídio (Dour, Cha & Nock, 2011 cit. Palmier-Claus, Taylor, Varese, & Pratt, 2012).

Alguns dos modelos teóricos que corroboram com a existência de interação entre emoção e cognição e como esta relação poderá impulsionar a ocorrência de um comportamento suicidário, permite explicar que as pessoas atentam contra a sua própria vida porque experimentam elevados níveis de emoção quando estão perante situações desafiadoras e aversivas. Neste sentido, demonstram-se incapazes de implementar soluções adaptativas e estratégias de *coping* para resolverem estas mesmas situações, devido à baixa capacidade de controle cognitivo. Assim, é possível evidenciar através desta investigação, que o elo de ligação entre emoção e cognição proporciona uma visão mais ampla dos processos que poderão conduzir a um comportamento suicidário, como a tentativa de suicídio em jovens (Dour et al., 2011 cit. Palmier-Claus et al., 2012).

À luz da perspetiva anteriormente referida – quanto ao papel da comunicação na deteção de tentativas de suicídio, - em Inglaterra desenvolveu-se um projeto referente a estratégias de prevenção do suicídio (OMS,2013). Segundo este, a maioria dos indivíduos que tentam o suicídio não possuem contato com os serviços de saúde mental, mas comunicam as suas ideias e intenções suicidas - diretamente ou indiretamente, - aos membros das suas redes sociais, antes do ato (Hawton, Houston & Shepperd, 1999; Wolk – Wasserman, 1986).

Este fato faz ponderar que a tentativa de suicídio tem assim, repercussões no meio social e que a reação da sociedade a este acontecimento, sobretudo de familiares, amigos e profissionais de saúde, poderá funcionar tanto como um fator de risco, como um fator de proteção.

Após uma tentativa, é comum que a família reaja dando mais atenção àquele que tentou, desenvolvendo nele a sensação de que tudo será melhor do que antes. Com as mudanças, todos podem deixar de reconhecer a importância de ajuda profissional especializada para superar a crise e, desenvolver questões que predispõem ao risco. Por sua vez, as dinâmicas relacionais e os conflitos poderão tender a retomar os padrões disfuncionais anteriores, elevando o risco de uma nova tentativa. Esse é um dos motivos pelos quais, as taxas de repetição das tentativas de suicídio são mais elevadas três meses após a primeira tentativa (Macente & Zandonade, 2009; O' Connor & Sheehy, 2000).

Isometsa (2001) através dos seus estudos sobre autópsias psicológicas, observa que aproximadamente um terço das pessoas que realizam o suicídio

consumado tinha comunicado, meses antes, a familiares próximos, a intenção de pôr fim à vida (Isometsa, 2001 cit. Owen et al., 2012). É de se sublinhar que este número cresce claramente quando as comunicações realizadas de modo indireto, também são incluídas.

No mesmo sentido e tendo em consideração o aumento de taxas de suicídio no Exército dos Estados Unidos da América realizou-se uma investigação, com base em 237 casos de suicídios consumados na população militar, com idades compreendidas entre os 29 e 65 anos, do sexo masculino e, na sua maioria casados (50%) (Cox, Holloway, Greene, Bakalar, Schendel, Nademin, Jobes, Englert & Kindt, 2011).

Sendo submetidos à realização de autópsias psicológicas, os indivíduos revelam possuir mais frequentemente diagnóstico de perturbações depressivas (10,2%) e perturbações de abuso e dependência de substâncias, sobretudo de álcool (5,1%). Posteriormente, os familiares destes indivíduos suicidas, foram sujeitos a uma entrevista, de modo a descrever a personalidade do falecido e das circunstâncias do seu suicídio.

Desta forma, através dos resultados constata-se que 98 militares, antes de cometerem suicídio consumado, tentaram transmitir as suas intenções através de notas suicidas - comunicação não-verbal - dirigidas a familiares. Relativamente aos motivos, observa-se que estes associam-se sobretudo, à desesperança (35,7%) e à dificuldade em lidar com a demasiada pressão exigida (31,6%). Já os sujeitos que comunicaram verbalmente as suas intenções de pôr termo à vida, na sua maioria, mostram sentimentos de frustração (29,6%) (Cox et al., 2011). Assim, estes dados corroboram com os estudos anteriormente expostos, realçando a ideia que muitas vezes, o objetivo destas comunicações é pensado enquanto um “grito de socorro” após tentativas anteriores de comunicação terem sido quebradas (Cox et al., 2011; Owen et al., 2012). “Dar voz” a estas pessoas, será importante não só para se conseguir prevenir como atenuar o elevado número de tentativas de suicídio.

Além destas variáveis, outras têm sido indicadas por diversos investigadores como sendo também relevantes para o estudo das tentativas de suicídio. Brown e colegas (2005) apontam a letalidade, ou seja, a gravidade do ato suicida e o grau de intencionalidade do mesmo, como fatores importantes para a compreensão do comportamento suicida (Brown, Steer, Henriques & Beck, 2005).

A letalidade de um método consiste no grau de prejuízo que a tentativa de suicídio ocasiona ao indivíduo. Apesar de qualquer método poder conduzir à morte, métodos mais violentos (e.g. arma de fogo, enforcamento, precipitação de locais

elevados) caracterizam-se como sendo mais letais. Desta forma, alguns estudos defendem que quanto maior for a letalidade da tentativa de suicídio, maior será a probabilidade de se concretizar o suicídio consumado (Malfent et al., 2010).

No que concerne aos meios utilizados para pôr fim à vida, tem-se observado que a escolha de um método suicida tem uma estreita relação com a sua disponibilidade, aceitação sociocultural e letalidade, sendo assim, fatores importantes para se compreender a constituição do suicídio entre homens e mulheres (Denning, Conwell, King & Cox, 2000). Porém, outras pesquisas têm destacado o gênero, a educação, a história familiar e o conhecimento específico quanto aos mesmos, como variáveis igualmente associadas à escolha dos métodos (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield & Mishara, 2011; Denning et al., 2000).

Baptista e Borges (2005) observam entre o ano 2000-2005, através de casos de vítimas de suicídio, que os meios mais utilizados pelos homens foi o enforcamento (56% dos casos), a arma de fogo (24%) e a intoxicação por veneno (7,2%). Já os meios mais utilizados pelas mulheres foi o enforcamento (39,3%), seguido de intoxicação por veneno (21,4%) e queimaduras (17,9%) (Baptista & Borges, 2005 cit. Macente et al., 2009). Neste sentido, Lopes (2007) evidencia através do seu estudo sobre diferenças de gênero no suicídio, que os homens utilizam mais frequentemente a estrangulação e a arma de fogo para se suicidar, enquanto as mulheres optam pela asfixia por carbono, envenenamento e a queda de um lugar mais elevado, visto procurarem uma morte mais “lenta e doce”.

Relativamente às tentativas de suicídio, cita-se os dados obtidos por Meneghel e colaboradores (2004), os quais encontram maior incidência da problemática afetiva no sexo feminino, enquanto no sexo masculino verifica-se a problemática socioeconômica, tal como referido anteriormente. Entre os métodos utilizados nas tentativas de suicídio evidencia-se como método mais utilizado, o envenenamento por substâncias tóxicas, sólidas ou líquidas (Meneghel et al., 2004 cit. Macente, Santos & Zandonade, 2009). Através do estudo de Schmitz (1992) identificou-se que das substâncias utilizadas nas tentativas de suicídio, os psicofármacos são os mais usados, seguidos dos agrotóxicos e pesticidas veterinários (Schmitz et al., 1992 cit. Macente et al., 2009).

Em 1999, Vansan verifica que o método mais utilizado pelos adolescentes nas suas tentativas de suicídio, em ambos os sexos, é o envenenamento em 93,9% dos casos, predominantemente por ingestão de medicamentos (73,8%). Porém, verifica-se uma frequência mais elevada no sexo feminino (79,8%) do que no sexo masculino

(56,0%). É um fato também neste estudo, que a maioria das tentativas de suicídio com medicamentos envolva a sua prescrição, sendo os tranquilizantes e os sedativos os mais comumente utilizados (Vansan,1999 cit. Macente et al.,2009).

É importante de ressaltar que na maioria dos casos, após a prescrição da medicação, esta é usada pelo paciente para executar o comportamento suicidário, momento em que o mesmo se encontra em estado de ansiedade, depressão, associado com dificuldades interpessoais e sociais (Daigle et al., 2011). Por conseguinte, o papel significativo dos medicamentos enquanto métodos mais frequentemente utilizados nas tentativas de suicídio, é indicado também por Cassorla (1981), ao observar que os medicamentos são comumente utilizados nas tentativas de suicídio, sendo tomados por familiares ou pelos próprios indivíduos suicidas e que, algumas vezes, foram comprados especialmente para o ato autodestrutivo (Cassorla, 1981 cit. Lopes et al., 2001).

O controlo de acesso a meios letais poderá ser pensado como um fator de proteção importante num momento de crise. Consiste num conjunto de medidas de carácter social, que poderá ser implementado coletivamente, dificultando a tentativa de suicídio. A regulamentação do comércio, armazenamento e uso de medicamentos e produtos tóxicos agrícolas ou domésticos, o controlo de posse e acesso a armas de fogo e a instalação de barreiras em sítios mais elevados potencialmente perigosos, são exemplos de medidas que dificultam a atuação de uma crise suicida, dando tempo para que o contexto interno e externo que conduziu a pessoa a essa crise, se modifique e a vida continue com novas oportunidades de crescimento (Goldney, 2005).

Por outro lado, este controlo é encarado como uma das estratégias mais eficazes, de menor custo e de impacto mais efetivo na diminuição de taxas de suicídio em curto-prazo. Barreiras de acesso a determinados métodos provocam, comprovadamente, a redução sensível de outras formas de tentativa. Assim, mesmo nos casos em que a intencionalidade persiste, a dificuldade de encontrar o método mais letal, faz com que a pessoa recorra a outros meios menos nocivos, com mais possibilidades de socorro e menores taxas de fatalidade (Macente et al., 2009).

Podendo a letalidade do método escolhido estar igualmente associada a uma maior possibilidade de acesso às informações, bem como, à intenção da pessoa em terminar com a sua vida (Malfent et al., 2010), existe ainda alguma controvérsia por parte de autores, quanto a uma possível associação entre a letalidade e a intenção suicida (Hjelmeland & Groholt, 2005 cit. Malfent et al., 2010).

A intenção suicida é definida como a gravidade ou a intensidade do desejo da pessoa em pôr fim à vida, que de um modo geral, antecede ao plano suicida, podendo ocorrer concomitantemente. Neste sentido, novas evidências sugerem a existência de mais estudos sobre o papel da intenção suicida nas tentativas de suicídio, nomeadamente, a necessidade de distinguir sujeitos com e sem intenção de morrer, uma vez que, aqueles com real intenção suicida demonstram envolver-se em atos mais letais (Nock & Kessler, 2006).

De acordo com Sá (1988), é necessário estimar-se cuidadosamente o potencial do indivíduo suicida, não devendo subestimar as manifestações dos seus impulsos autodestrutivos (Sá, 1988 cit. Mósciki, 2001). Deste modo, algumas circunstâncias sugerem a presença de maior intencionalidade suicida, tais como: a comunicação prévia da intenção em terminar com a vida, carta ou notas de despedida, execução de providências finais (e.g. realização de testamento), letalidade do método escolhido, a existência de um plano detalhado, precauções para que o ato não seja descoberto e a ausência de pessoas por perto que possam socorrer (Kutcher & Chehil, 2007).

Poucos são ainda os estudos que têm examinado a relação entre a letalidade de um método e a intenção suicida nas tentativas de suicídio. Posto isto, destaca-se a investigação de Kessler e colegas (1999), que ao inquirirem 272 indivíduos que tentaram o suicídio, constatam que quase metade das suas tentativas foram um “grito de socorro”, 13% afirmam ter uma real intenção de morrer mas não tinham conhecimento que o método utilizado não era letal e, 39,3% apresentam intenção de morrer mas foram salvos por sorte (Kessler, Borges & Walters, 1999 cit. Mósciki, 2001), não se aferindo associações entre estas duas variáveis. Já Andrews e Lewinsohn (1992) ao realizarem um estudo detalhado junto de 1710 pacientes adolescentes com perturbações psicopatológicas, que tentaram o suicídio em cinco comunidades do oeste de Oregon, verificam que as taxas de tentativas no sexo feminino (10,1%) são significativamente superiores às do sexo masculino (3,8%). Por conseguinte, 0,7 % dos 121 adolescentes demonstram maior letalidade no seu ato e, 0,35% apresentam maior intenção de morrer. Assim, a letalidade e a intenção suicida mostram ser significativamente correlacionadas, não havendo diferenças de género quanto à letalidade do ato neste estudo (Andrews & Lewinsohn, 1992 cit. Mósciki, 2001).

Perante o exposto, algumas questões fundamentais se colocam: Será que a letalidade do método suicida, reflete a intenção de morrer? A utilização de um método pouco letal será indicador de que a pessoa não tinha intenção de pôr fim à sua vida?

Apesar das poucas pesquisas recolhidas na literatura sobre esta temática defenderem que existe uma possível associação entre a escolha do método suicida e a real intenção em morrer. Estas são questões que geram ainda muita discussão por parte de investigadores.

Em suma, sendo a tentativa de suicídio encarada como um fenómeno complexo, percecionada por muitos como a única solução para pôr fim ao sofrimento, desespero e angústia consequentes das adversidades da vida, considera-se importante ter em conta as várias perspectivas associadas a este comportamento suicidário. Assim, torna-se necessário ponderar como principais fatores de risco da tentativa de suicídio: as diferenças de género, a presença de história anterior de tentativa de suicídio e de perturbações psicopatológicas e, a escolha e a letalidade do método suicido. Visto ser foco de interesse para muitos pesquisadores, a tentativa de suicídio deverá ser reconhecida como englobando pessoas com experiências únicas e necessidades próprias, cujo significado atribuído deverá ser igualmente compreendido (Saraiva, 2006).

2.2. Estudos sobre a tentativa de suicídio

Esta secção é dedicada à análise e compreensão do conhecimento empírico acumulado sobre a tentativa de suicídio, enquanto um subtipo de comportamento suicidário. Os estudos neste tópico encontram-se organizados em função de alguns aspetos que permitem caracterizar estes comportamentos, tais como: a importância do contexto sociocultural e económico, as perturbações psicopatológicas, o desejo de morrer, a história familiar de tentativas de suicídio e traumas de infância e o significado atribuído às tentativas de suicídio.

Dada a importância deste tipo de comportamento suicidário, pretendemos assim, salientar a contribuição de estudos mais contemporâneos, por forma a representar os seus últimos desenvolvimentos.

- Contexto sociocultural e económico

A falta de uniformidade das taxas de suicídio nos diversos grupos culturais apontam para a importância de se incorporar fatores culturais no estudo da suicidologia (Chu, Goldblum, Floyd & Bongar, 2010).

Tendo sido a década de 80 demarcada pelo ressurgimento do interesse em compreender as circunstâncias e experiências de vida que impulsionam as pessoas a tentarem o suicídio, constata-se através de alguns estudos (e.g. Chu et al., 2010; Zayas, Gulbas, Fedoravicius & Cabassa, 2010) que as adolescentes latinas possuem um risco mais elevado de realizar comportamentos suicidários, comparativamente a outros grupos sociais e étnicos.

Investigadores têm desde então verificado, que os conflitos ou rupturas familiares, nomeadamente com os pais e cônjuges, são encarados como os principais fatores desencadeantes das tentativas de suicídio, particularmente em mulheres latinas. Porém, a opinião de alguns autores difere, considerando que a discórdia familiar não é suficiente para demonstrar uma relação causal, uma vez que a maioria das jovens latinas experimentam conflitos nas famílias, mas poucas se tornam suicidas (Zayas et al., 2010).

Apesar de não existir consenso, muitos estudiosos têm focado a sua atenção numa possível associação entre as tentativas de suicídio nas jovens latinas e a sua relação com os pais. Razin e colegas (1991) mostram através do seu estudo realizado junto de 122 adolescentes e de 105 pais, que de um modo geral, as relações destas adolescentes com os pais carecem de vínculo afetivo, comunicação e orientação (Razin, O'Down, Nathan, Rodriguez, Goldfield & Martin, 1991 cit. Zayas et al., 2010). Por conseguinte, o contexto sociocultural onde ocorrem as tentativas de suicídio deste grupo social é também uma variável importante a ter em consideração. Assim, observa-se uma população com elevados níveis de pobreza, desemprego e poucas condições de saúde. Com a pobreza, estas pessoas deparam-se com a carência de condições sociais, tais como, habitações precárias, escolas inadequadas, gravidez na adolescência, consumo de drogas e de álcool, poucas oportunidades de emprego para jovens e vitimização (LeBlanc, 2004 cit. Zayas et al., 2010).

O estudo qualitativo de Zayas e colaboradores (2010), realizado a 27 adolescentes latinas que viviam em Nova Iorque, entre Julho de 2005 e Julho de 2009, corrobora com os estudos anteriormente citados. Com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, as adolescentes foram divididas em dois grupos distintos - aquelas que possuem uma real intenção de morrer (Grupo 1) e as que não demonstram intenção de morrer (Grupo 2). Deste modo, com o objetivo de explorar as suas experiências emocionais, cognitivas e físicas associadas às tentativas de suicídio, bem como, compreender o contexto social em que ocorreram, ambos os grupos foram entrevistados.

No que diz respeito ao grupo de adolescentes latinas que afirmam possuir intenção de morrer (Grupo 1), caracterizam-se como deprimidas, tristes, inúteis e experienciam culpa e solidão. Por outro lado, as jovens que não demonstram intenção de pôr fim à vida (Grupo 2), apresentam padrões de raiva, frustração, ódio, tristeza e algum *stress*. Apesar de ambos os grupos apresentarem perfis preocupantes, constata-se que o Grupo 1 apresenta ainda disforia, desesperança e baixa autoestima, associando-se à presença de depressão. Já o Grupo 2 apesar de também manifestar sintomas depressivos, evidenciam um maior autocontrole das emoções, canalizando-as de modo mais adequado do que o grupo de adolescentes anteriores (Zayas et al., 2010).

Os resultados deste estudo revelam que as tentativas de suicídio cometidas pelas adolescentes latinas relacionam-se sobretudo, com preocupações e problemáticas tais como, as mudanças na estrutura familiar, os conflitos com e entre os pais, abuso sexual e intimidação com o grupo de pares. Perante um padrão consistente de instabilidade, tensão, angústia, conflitos e vitimização, estas jovens tornam-se mais vulneráveis e suscetíveis a realizar este tipo de comportamento suicidário, perspetivando os pais como sendo incapazes de compreender e de menosprezar a sua dor e sofrimento (Zayas et al., 2010). Contudo, o fato de consistir num estudo de natureza qualitativa com uma amostra de pequena dimensão e sem a existência de um diagnóstico psiquiátrico aprofundado constituem as principais limitações desta investigação.

Torna-se também pertinente fazer referência aos grupos de minorias sexuais - travestis, bissexuais, gays e lésbicas, - visto possuírem taxas de suicídio superiores às dos heterossexuais. Por sua vez, verifica-se um risco acrescido de tentativas de suicídio entre jovens gays (Chu et al., 2010). Dados recentes sugerem que indivíduos transsexuais possuem também, um elevado risco de suicídio, assumindo que 1/3 destes, já tentaram o suicídio pelo menos uma vez na vida. De um modo geral, os fatores de risco associados aos grupos de minorias sexuais relacionam-se particularmente, com a negação e ocultação da sua identidade sexual (Chu et al., 2010).

Apesar de se constatar um crescente corpo de literatura sobre como os comportamentos suicidários são influenciados pela variação cultural, étnica e pelas minorias sexuais, considera-se necessárias mais pesquisas acerca desta temática (Chu et al., 2010).

Com o aumento do desemprego um pouco por todo o mundo, aumenta também a vulnerabilidade aos comportamentos suicidários (Ostalmo, Lahelma & Lonnqvist, 2001).

Neste sentido, alguns estudos têm mostrado associações positivas entre as taxas de desemprego e a ocorrência de tentativas de suicídio, notando-se uma maior prevalência deste comportamento suicidário em indivíduos desempregados comparativamente àqueles que se encontram empregados (Hawton & Rose, 1986 cit. Ostalmo et al., 2001). Contudo, apesar de ainda não ser claro para muitos autores, observa-se que algumas pessoas desempregadas, possuem antecedentes de história de tratamento psiquiátrico e/ou alcoolismo, atribuindo a responsabilidade da sua tentativa de suicídio a este último fator. Neste sentido, Platt (1984) considera que as entrevistas realizadas a sobreviventes de tentativas de suicídio raramente apontam para o desemprego enquanto preditor, realçando os problemas relacionais como principal causa (Platt, 1984 cit. Ostalmo et al., 2001).

Poucos têm sido os estudos que têm avaliado uma possível relação entre o desemprego e tentativas de suicídio, especialmente em contextos de mudanças económicas. Deste modo, a grave recessão económica na década de 90, na Finlândia, forneceu uma excelente oportunidade para os investigadores Ostalmo e colegas (2001) examinarem a associação entre o desemprego e este comportamento suicidário.

Com uma amostra constituída por 2495 indivíduos que tentaram o suicídio entre 1989-1994 na Finlândia, com idades superiores a 15 anos de idade, os objetivos específicos do estudo foram os seguintes: 1) examinar as taxas de tentativas de suicídio associadas ao desemprego; (2) investigar as mudanças na situação de emprego entre aquelas pessoas que tinham sido admitidas nos cuidados de saúde devido à tentativa de suicídio; (3) compreender a associação entre as variáveis (e.g. sexo, idade, estado civil, tipo de família e nível de escolaridade) e as transições ocorridas entre a situação de emprego para desemprego, antes das tentativas de suicídio (Ostalmo et al., 2001).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, destaca-se que 25% dos sujeitos do sexo masculino e 30% do sexo feminino eram casados e, mais de metade das tentativas de suicídio foram realizadas por pessoas com menor nível de escolaridade. Neste sentido, apenas 5% dos homens e 9% das mulheres possuíam um nível de escolaridade mais elevado. Assim, quanto maior o nível de escolaridade menor o risco de desemprego (Ostalmo et al., 2001).

Verificou-se que as taxas de tentativas de suicídio foram mais elevadas entre pessoas desempregadas, com uma prevalência superior nos homens de 46%, comparativamente aos 42% que se observou nas mulheres. No que se refere à população em geral, faz-se referência a 7% dos indivíduos do sexo masculino e 3% do sexo feminino que tentaram pôr termo à vida em 1989, quando estavam em situação de desemprego (Ostalmo et al., 2001).

Os autores do presente estudo constatam igualmente, que quanto maior a idade do indivíduo, maior a probabilidade deste tornar-se pensionista. Por outro lado, indivíduos com idades inferiores a 45 anos, empregados, com poucas qualificações educacionais, apresentam maior viabilidade de ficarem desempregados durante a recessão económica (Ostalmo et al., 2001).

Desta forma, as variáveis demográficas como o sexo, a idade e o nível de escolaridade encontram-se fortemente associados com o estar desempregado. Já o estado civil, não demonstrou possuir qualquer efeito significativo.

Ostamo e colaboradores (2001) evidenciam através da análise destes casos de tentativas de suicídio que homens empregados, ficam significativamente mais cedo desempregados durante a recessão, do que as mulheres. Destaca-se que a prevalência de tentativas de suicídio no sexo masculino comparativamente à do sexo feminino, no primeiro ano, foi três vezes superior e no segundo e terceiro ano, duas vezes superior.

O fato de ter-se realizado a monitorização das tentativas de suicídio entre os períodos de amostragem e, de se desconhecer quando a pessoa cometeu a sua primeira tentativa de suicídio, contribuiu para que a relação temporal entre o desemprego e as tentativas de suicídio não pudessem ser bem estabelecidas, constituindo as limitações deste estudo (Ostalmo et al., 2001).

Apesar dos baixos recursos económicos, fracos contatos sociais, relações disfuncionais com a família, sentimentos de solidão, desesperança e depressão resultante do desemprego, poderem funcionar como antecedentes de uma tentativa de suicídio (Runeson & Wasserman, 1994 cit. Ostalmo et al., 2001), os resultados da presente investigação sugerem que o desemprego nem sempre antecede a tentativa de suicídio, podendo ser encarado como um simples marcador entre os vários problemas existentes numa sociedade. Assim, torna-se importante também considerar, que existem pessoas que apresentam mais vulnerabilidade aos comportamentos suicidários, independentemente do tipo de economia do seu país (Ostalmo et al., 2001).

Investigadores	n	Principais resultados
Razin, O'Down, Nathan, Rodriguez, Goldfield & Martin (1991 cit. Zayas et al., 2010)	122	Observam que as tentativas de suicídio nas adolescentes latinas relacionam-se com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A carência de vínculo afetivo, comunicação e orientação com os seus pais. ▪ O contexto sociocultural: elevados níveis de pobreza, desemprego, poucas condições de saúde, habitações precárias, escolas inadequadas, gravidez na adolescência, consumo de drogas e álcool e vitimização.
Zayas, Gulbas, Fedoravicius & Cabassa (2010)	27	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ao compararem dois grupos de adolescentes latinas – as que tinham intenção de morrer (Grupo 1) e as que não possuíam intenção de morrer (Grupo 2) - descobriram que as suas tentativas de suicídio relacionam-se com: as mudanças na estrutura familiar, conflitos com e entre os pais, abuso sexual e intimidação com o grupo de pares.
Ostalmo, Lahelma & Lonnqvist (2001)	2495	Constatam durante a recessão económica na Finlândia (década de 90): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quanto maior o nível de escolaridade menor o risco de desemprego; ▪ Maior prevalência de tentativas de suicídio em indivíduos do sexo masculino (46%), desempregados, comparativamente ao sexo feminino (42%).

Quadro 1. Síntese de estudos sobre o contexto sociocultural e económico

- Perturbações psicopatológicas

As tentativas de suicídio nas pessoas com doença mental têm vindo a tornar-se uma relevante preocupação ao nível de saúde em muitos países. De acordo com estudos clínicos, a presença de psicopatologia e a história de tentativas de suicídio anteriores, constituem fortes fatores de risco para a ocorrência do suicídio (Bi, Tong, Liu, Wei, Li, Hou, Tan, Chen, Jia, Liu, Dong, Qin & Phillips, 2010; Qin, 2011).

O diagnóstico da prevalência de perturbações psicopatológicas nos que tentam pôr fim à sua vida, é um passo crucial para o desenvolvimento de estratégias de tratamento das pessoas em risco (Canetto, 2008 cit. Bi et al., 2010).

De entre os estudos, destaca-se a investigação de Bi e colegas (2010), que compararam as características de indivíduos internados em serviços de emergência de hospitais na China, na sequência de tentativas de suicídio (com ou sem o

diagnóstico de perturbações psicopatológicas). A amostra é constituída por 239 sujeitos, 77,8% do sexo feminino e 22,2% do sexo masculino. Os indivíduos pertencentes ao Grupo 1 não possuem perturbações psicopatológicas e têm idades compreendidas entre os 15 e 24 anos de idade. Já os do Grupo 2 apresentam perturbações psicopatológicas com idades compreendidas entre os 25 e 44 anos. Ambos os grupos foram submetidos à realização de uma entrevista, que inclui: a) um questionário estruturado para avaliar as características sociodemográficas dos pacientes (e.g. idade, sexo, situação profissional, estado civil, residência, situação de renda anual da família, escolaridade e crenças religiosas), descrição do momento da tentativa (e.g. método utilizado, uso de álcool no momento do episódio, relato do motivo, notas de suicídio, o tempo considerado antes de agir e procura de ajuda antes de tentativa) e as narrativas de histórias de tentativas anteriores e/ou de história de suicídio na família; b) escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) com o objetivo de avaliar a intensidade das atitudes, comportamentos e planos suicidas daqueles que tentam o suicídio; c) escala de Hamilton para a Depressão (HRSD), um questionário com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos no mês anterior à tentativa de suicídio e seis características destes no momento da tentativa em si (e.g. saúde física, saúde psicológica, situação económica e profissional, as relações familiares e com outros) d) por sua vez, o diagnóstico psiquiátrico foi feito de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), quarta edição (Bi et al., 2010).

Deste modo, os resultados do presente estudo mostram que os pacientes - com e sem perturbações psicopatológicas - possuem características semelhantes em termos de género, escolaridade, crenças religiosas e renda familiar anual, mas diferentes em termos de idade, estado civil, situação de emprego e situação de vida. Porém, os indivíduos que evidenciam perturbações psicopatológicas (Grupo 2) mostram ser mais velhos, mais suscetibilidade em ser divorciados ou viúvos e, uma maior probabilidade de estar desempregados e de viverem sozinhos, comparativamente ao Grupo 1 (Bi et al., 2010).

Constata-se igualmente, que o método mais comumente utilizado nas tentativas de suicídio em ambos os grupos, é o autoenvenenamento, nomeadamente a ingestão de substâncias psicoativas. Por conseguinte, 27,1% dos pacientes com perturbações psicopatológicas (Grupo 2) e 17,8% dos sujeitos sem perturbações (Grupo 1) apresentam história anterior de tentativas de suicídio. Bi et al (2010) revelam ainda, que a maioria das tentativas de suicídio em pacientes adolescentes sem

perturbações psicopatológicas, apresentam traços de impulsividade e encontram-se associados ao desejo de querer ameaçar e fazer com que os outros se sintam culpados, exibindo uma maior necessidade de obter ajuda, o que corrobora com o estudo de Zhang e Zhoug (2009).

Posto isto, observa-se que 69,5% dos indivíduos preenchem os critérios para um transtorno do eixo I. Neste sentido, as perturbações de humor são as mais frequentemente diagnosticadas em ambos os géneros - 62,2% entre os homens e 62,8% entre as mulheres. Já as perturbações psicóticas e perturbações associadas ao consumo de substâncias são mais comuns entre o sexo masculino, enquanto as perturbações de ansiedade mostram-se mais frequentes no sexo feminino. Estes dados sugerem que na China, os jovens que tentam o suicídio têm menor prevalência de possuir perturbações psicopatológicas (Bi et al.,2010).

Através da aplicação da escala de Hamilton para a Depressão (HRSD), foi possível atestar maiores taxas de sintomas depressivos no Grupo 2 comparativamente ao Grupo 1. A sua presença em indivíduos que demonstram falta de esperança e problemas aparentemente insuperáveis constituem um factor preditivo quanto ao aumento da ocorrência de comportamentos suicidários (Conner, Phillips & Meldrum, 2007 cit. Bi et al., 2010).

Apesar do estudo fornecer evidências úteis para a compreensão das características das tentativas de suicídio na China e da sua respetiva prevenção, verifica-se que o fato dos resultados basearem-se numa amostra relativamente pequena - colocando-se em questão a generalização dos mesmos, - a existência de poucos dados sobre tentativas de suicídio não incluídas nesta pesquisa, bem como, o focar-se apenas na avaliação de perturbações psicopatológicas do Eixo I, revelam-se as limitações desta investigação (Bi et al.,2010).

Com o objetivo de constatar possíveis ligações entre os fatores de risco associados a indivíduos de meia-idade ou idosos e, o modo como foi realizado o planeamento das suas tentativas de suicídio, destaca-se a investigação de Conner e colaboradores (2007). Esta foi realizada junto de 117 pacientes internados em unidades psiquiátricas do hospital de Monroe County, em Nova Iorque, com idades superiores a 50 anos de idade e diagnosticados com depressão major, após terem participado numa entrevista semiestruturada realizada por um psicólogo e psiquiatra. Uma vez que tinham tentado o suicídio há um mês, os pacientes - na sua maioria do sexo feminino e divorciados/viúvos, - foram submetidos à Escala de Intenção Suicida de Beck (BSI), para avaliar a extensão da motivação e planeamento do

comportamento suicida. Em consideração estiveram ainda, preditores como o seu estado funcional, doença física, funcionamento cognitivo, desesperança e o facto de viver sozinho (Conner, Duberstein, Beckman, Heisel, Hirsch, Gamble & Conwell, 2007).

Deste modo, os resultados revelam que 52,1% dos indivíduos já tinham realizado anteriormente duas ou mais tentativas de suicídio e que, 78,9% foi por ingestão de medicamentos (Conner et al., 2007).

Vários estudos apoiam a existência de uma possível relação entre um fraco funcionamento cognitivo de um indivíduo e o facto das suas tentativas de suicídio serem menos planeadas (Beautrais, 2002 cit. Conner et al., 2007). Neste sentido, os resultados da presente pesquisa reforçam a mesma ideia, salientando o fato de indivíduos com menos capacidades cognitivas terem demonstrado menos competências básicas de autocuidado e, conseqüentemente, ao possuírem menos recursos, o planeamento das suas tentativas de suicídio foi igualmente menor.

Por outro lado, as conclusões relativamente ao facto de se residir sozinho demonstram-se ambíguas. Viver sozinho é muito comum entre os idosos deprimidos, o que poderá ser fácil relacionar este preditor ao comportamento suicida nesta população (Coryell & Young, 2005 cit. Conner et al., 2007). Por conseguinte, os resultados desta pesquisa sugerem que são necessários mais estudos sobre o viver sozinho e grau de planeamento de atos de suicídio em meia-idade e idosos.

Quanto à presença de doenças físicas, verificou-se que de um modo geral, estão associadas a menor planeamento do comportamento suicidário, nomeadamente, em pacientes totalmente comprometidos pela doença, ou seja, que necessitam de assistência para realizar as suas atividades básicas. Desta forma, estes resultados sugerem a necessidade de novos estudos futuros, onde se distinga os diversos aspetos da doença e o seu funcionamento nos indivíduos (Conner et al., 2007). Ao contrário do que os autores ponderavam inicialmente, a desesperança não se conseguiu relacionar à forma como se planeia o comportamento suicidário nesta faixa etária.

No que diz respeito às limitações do presente estudo, verificou-se um possível comprometimento quanto à generalização dos dados, devido à pequena dimensão da amostra e, o fato do estudo ter avaliado apenas os pacientes que foram capazes de narrar as suas histórias de tentativas de suicídio, excluindo assim, aqueles pacientes cognitivamente incapazes (Conner et al., 2007).

A pesquisa recente de Huisman e colegas (2010) permite examinar a relação de um diagnóstico psiquiátrico com o método escolhido para pôr fim à vida. Com uma

amostra constituída por 505 casos de suicídio, formada por 280 homens e 225 mulheres, com 46 e 47 anos de idade, obtidos a partir dos serviços de cuidados de saúde mental da Inspeção da Holanda e, com posterior consentimento do Ministro da Saúde. A amostra foi selecionada tendo em consideração o método de suicídio utilizado, as características dos pacientes, como a idade, o sexo, o diagnóstico psiquiátrico - relatado pelo psiquiatra envolvido – e, se encontravam em regime de internamento ou ambulatório. No que diz respeito aos métodos de suicídio, estes foram agrupados em seis categorias: a) saltar para a frente de um comboio; b) enforcamento; c) saltar de um lugar alto; d) afogamento; e) autoenvenenamento (por substâncias líquidas ou sólidas); f) outros meios não especificados ou desconhecidos (Huisman, Houwelingen & Kerkhof, 2010).

Desta forma, os dados obtidos revelam que os diagnósticos mais comuns são as perturbações depressivas, observadas em 43,2% das pessoas e, as perturbações psicóticas, nomeadamente a esquizofrenia, em 27,9% das mesmas. Por sua vez, 8,1% dos indivíduos apresentam perturbações associadas ao consumo de substâncias - abuso/dependência de álcool e drogas e 7,1% perturbações bipolares. Deste modo, verifica-se uma menor taxa de perturbações de ansiedade e de outras perturbações mentais. De todos os casos analisados, 30% são pacientes internados e 70% são pacientes em estado ambulatório. Por conseguinte, os métodos de suicídio mais frequentemente utilizados são o enforcamento, em 34% das pessoas, o autoenvenenamento, em 19%, o saltar para a frente do comboio, em 17% dos indivíduos, o saltar de um lugar alto, em 15% e o afogamento em 8% dos mesmos. Já 1% dos indivíduos usam para se suicidar uma arma de fogo e, um paciente saltou para a frente de um carro.

Deste modo, constata-se que os métodos suicidas mais frequentemente utilizados por pacientes com perturbações psicóticas são o enforcamento, realizado por 28% dos indivíduos e, o saltar de um sítio alto, por 25 % dos mesmos. Já menos comum nestes pacientes, é o afogamento que se observa apenas em 7% destes.

Por sua vez, nos pacientes com perturbações depressivas, 38% utilizam o enforcamento e, 22% o autoenvenenamento, sendo o afogamento o método menos frequente para pôr fim à vida. Relativamente às pessoas com perturbações bipolares, 33% mostram suicidar-se mais frequentemente através de enforcamento e 28% ao saltar para a frente de um comboio, sendo o autoenvenenamento o método menos comum, observado em 8%. O mesmo não se verifica em indivíduos com perturbações associadas ao consumo e abuso de substâncias, cujas taxas de autoenvenenamento

foram de 32% e de enforcamento 27%, utilizando o afogamento e o saltar para a frente de um comboio como os métodos menos empregues para terminar com a vida.

Os pacientes com perturbações de ansiedade mostram utilizar mais frequentemente como método suicida o enforcamento, nomeadamente 32% destes, o autoenvenenamento em 23% e, o afogamento em 14% das mesmas. Por fim, verifica-se na categoria de outras perturbações mentais, que os métodos mais usados são o enforcamento e o autoenvenenamento, observando-se o afogamento o menos comum, em apenas 4% dos indivíduos (Huisman et al., 2010).

Torna-se importante de referir que pelo menos 2/3 dos casos de pessoas que utilizam o método de autoenvenenamento como método para pôr fim à vida, usam na sua maioria, a medicação que fora prescrita por profissionais de saúde. Em alguns casos houve mesmo, a combinação com a medicação não prescrita e drogas, sendo mais frequentemente observada a utilização deste método no sexo feminino. Já o enforcamento foi o método mais comum no sexo masculino (Huisman et al., 2010).

Denning e colaboradores (2000), através do seu estudo, reforçam as ideias anteriormente expostas, ao verificar que com a mesma intenção de suicídio, os homens em comparação às mulheres, tendem a usar métodos de suicídio mais violentos, como o enforcamento e o uso de armas. Já as mulheres utilizam mais frequentemente o autoenvenenamento (Denning et al., 2000). No entanto, apesar de o saltar para a frente de um comboio ou saltar de um sítio alto revelarem-se como métodos suicidas, não são observadas diferenças significativas entre géneros, corroborando com os resultados de outros estudos (e.g. Kposowa & McElvain, 2006 cit. Huisman et al., 2010).

O facto do presente estudo ser desenvolvido com indivíduos acompanhados em serviços de saúde mental, permite supor que as associações encontradas entre as perturbações psicopatológicas e o método de suicídio poderão ser diferentes para aqueles que não recebem quaisquer cuidados de saúde mental, podendo ser aspetos importantes a refletir (Huisman et al., 2010).

Investigadores	n	Principais resultados
Bi, Tong, Liu, Wei, Li, Hou, Tan, Chen, Jia, Liu, Dong, Qin & Phillips (2010)	239	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificam a ocorrência de tentativas de suicídio em indivíduos com e sem perturbações psicopatológicas. ▪ O método mais utilizado por ambos os grupos é o autoenvenenamento (e.g. ingestão de substâncias psicoativas). ▪ 27,1% dos indivíduos com perturbações psicopatológicas e 17,8% dos indivíduos sem perturbações psicopatológicas apresentam história anterior de tentativa de suicídio. ▪ A maioria das tentativas é encarada como um impulso, uma necessidade de chamar a atenção de outrem.
Conner, Duberstein, Beckman, Heisel, Hirsch, Gambel & Conwell (2007)	117	<p>Pacientes com idade superior a 50 anos e com depressão major:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 52,1 % dos indivíduos possuem história anterior de tentativa de suicídio, sendo a ingestão de medicamentos o método suicida mais utilizado. ▪ A presença de doença física e menos capacidades cognitivas associam-se a um menor planeamento de tentativas de suicídio.
Huisman, Houweling & Kerkhof (2010)	505	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisa a relação entre perturbações psicopatológicas e a escolha do método suicida. ▪ As perturbações depressivas e psicóticas são as mais frequentemente diagnosticadas. ▪ As perturbações depressivas encontram-se mais relacionadas com o método de enforcamento (38%) e de autoenvenenamento (22%). ▪ Já os métodos suicidas mais utilizados nas perturbações psicóticas são o enforcamento (28%) e o saltar de um sítio alto (25%).

Quadro 2. Síntese de estudos sobre perturbações psicopatológicas

- O desejo de morrer

Poucos são os estudos que se têm centrado na importância de existir desejo de morrer, enquanto um possível preditor de tentativas de suicídio (Baca-Garcia, Rodriguez, Orquendo, Keyes, Hasin, Grant & Blanco, 2011).

O desejo de morrer muitas vezes, é conceituado como a ideação suicida passiva. Este é encarado por alguns autores, como um elemento importante à ocorrência de comportamentos suicidários, uma vez que, as pessoas que tentam colocar fim às suas vidas, experimentam frequentemente uma luta interna entre o desejo de morrer e de viver (Brown et al.,2005). Assim quando o desejo de morrer é superior do que o desejo de viver, a severidade da intenção suicida durante uma tentativa de suicídio, poderá ser maior (Kovacs & Beck,19 97 cit. Baca-Garcia et al., 2011).

Porém, muitas são as pesquisas sobre comportamentos suicidários que não evidenciam o desejo de morrer como um possível pronúncio destes atos, focando-se principalmente, em indivíduos com ideação suicida (Kessler, Berglund, Borges, Nock & Wang, 2005 cit. Baca-Garcia et al., 2011). Por tal, sublinha-se o estudo recente de Baca-Garcia e colaboradores (2011), cujo objetivo consiste em comparar a existência de desejo de morrer e a ideação suicida, como marcadores clínicos para as tentativas de suicídio. Entre 1991-1992 foi recolhida uma amostra constituída por 42862 (NLAES) e entre 2001-2002 outra de 43093 (NESARC), formada por indivíduos residentes nos EUA, com idades superiores a 18 anos de idade.

Os participantes de ambas as amostras, foram antecipadamente informados por escrito sobre a natureza da pesquisa, do aspeto voluntário da sua participação, bem como, da confidencialidade do estudo. Posteriormente foram submetidos a uma entrevista, com o objetivo de diagnosticar e avaliar a presença de comportamentos suicidários na sua vida.

Deste modo, dividiu-se os sujeitos em grupos: aqueles que não apresentam desejo de morrer nem de ideação suicida (Subgrupo 0), os indivíduos com desejo de morrer mas que não apresentam ideação suicida (Subgrupo 1); os com ideação suicida mas que não demonstram desejo de morrer (Subgrupo 2); e aqueles que em simultâneo possuem desejo de morrer e ideação suicida (Subgrupo 3) (Baca-Garcia, et al., 2011).

De acordo com os resultados, constata-se na amostra de NLAES, uma maior prevalência de tentativas de suicídio entre os participantes que mostram tanto desejo de morrer como ideação suicida (Subgrupo 3). Por sua vez, aqueles que possuem desejo de morrer mas não ideação suicida (Subgrupo 1), ostentam uma percentagem de tentativas de 5,41%, que apesar de ser maior, não é significativamente diferente da encontrada entre os inquiridos com ideação suicida mas sem desejo de morrer (Subgrupo 2) é de 2,75%. Já a menor prevalência de tentativas de suicídio observa-se

entre os indivíduos que não demonstram desejo de morrer nem ideação suicida (Subgrupo 0). Entre os 1086 indivíduos que relatam já ter tentado pôr fim à vida pelo menos uma vez no passado, 13,2% não possuem ideação suicida e 6,7% não demonstram desejo de morrer.

Relativamente à amostra do NESARC, verifica-se mais tentativas de suicídio nos sujeitos que mostraram tanto desejo de morrer como ideação suicida (Subgrupo 3) e menor prevalência nos inquiridos com nenhum de desejo de morrer nem ideação suicida (Subgrupo 0). Contudo, as percentagens de tentativas entre os entrevistados que possuem desejo de morrer mas não ideação suicida, é significativamente menor no Subgrupo 1 do que o Subgrupo 2, que demonstram ideação suicida e não desejo de morrer. Entre os 1074 indivíduos que relatam já ter tentado pôr fim à vida, pelo menos uma vez no passado, observa-se que 5,8% não possuem ideação suicida e 5,1% não demonstram desejo de morrer (Baca-Garcia et al., 2011).

Assim, o surgimento de desejo de morrer poderá ser encarado como uma variável que influenciará o indivíduo a avançar no sentido de cometer uma tentativa de suicídio. Verifica-se através das duas amostras, que a combinação de desejo de morrer e ideação suicida são os melhores marcadores para a ocorrência de tentativas, uma vez que, não há diferenças significativas entre os indivíduos com desejo de morrer sem ideação suicida e, aqueles que possuem ideação suicida mas não desejo de morrer. Tomados em conjunto, estes resultados sugerem que a ideação suicida não é o único ponto de partida para ocorrer uma tentativa de suicídio. Assim, avaliar o desejo de morrer em pessoas que não possuem pensamentos suicidários, será clinicamente útil (Oquendo, Baca-Garcia, Mann & Giner, 2008 cit. Baca-Garcia et al., 2011).

Investigadores	n	Principais resultados
Baca-Garcia, Rodriguez, Orquendo, Keyes, Hasin, Grant & Blanco (2011)	42862(NLAES) 43093(NESARC)	<ul style="list-style-type: none"> Verifica-se em ambas as amostras, que a combinação da existência de desejo de morrer e de ideação suicida são fortes preditores para a ocorrência de tentativas de suicídio.

Quadro 3. Síntese de estudo sobre o desejo de morrer

- História familiar de tentativas de suicídio e traumas de infância

Há uma necessidade crescente de tentar identificar os indivíduos com maior risco de comportamentos suicidários. A história familiar de tentativas de suicídio e traumas de infância constituem dois importantes fatores de risco para a ocorrência destes comportamentos (Roy,2011).

A exposição a traumas de infância tem vindo a ser reconhecida como uma das variáveis associadas ao aumento da ocorrência de comportamentos suicidários.

Neste sentido, MacMillan e colegas (1997) realizam um estudo no Canadá a 9953 indivíduos de ambos os sexos, que já tinham tentado o suicídio. A amostra é constituída por 31% de homens e 21% de mulheres que relatam história de abuso físico, enquanto 13% das mulheres e 4% dos homens afirmam ter sofrido abuso sexual durante a infância (MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong, Racine, 1997 cit. Roy,2011).

Da mesma forma, um estudo desenvolvido a gémeos numa comunidade australiana demonstra existir uma relação significativa entre traumas de infância e a ocorrência de tentativas de suicídio (Nelson, Health, Madden, Cooper, Dinwiddle, Bucholz, Glowinski, McLaughlin, Dunne, Statham, Martin, 2002 cit. Roy, 2011). Por sua vez, estudos clínicos têm evidenciado que os traumas de infância encontram-se também relacionados a pacientes com perturbações psicopatológicas (Roy, 2011).

A presença de história familiar de tentativas de suicídio tem vindo a ser encarada como um forte fator de risco, face aos comportamentos suicidários. Dados clínicos revelam que pacientes com antecedentes de história de tentativas de suicídio na família possuem uma maior probabilidade de tentar pôr fim à vida, comparativamente aqueles sem história familiar de tentativas (Roy, 2011). Por conseguinte, estima-se que aproximadamente 40% a 50% dos comportamentos suicidários possuem a influência de fatores genéticos (Glowinski, Bucholz, Nelson, Fu, Madden, Reich, Heath & Reich, 2001 cit. Roy, 2011).

Salienta-se o estudo desenvolvido por Roy (2011), a 281 pacientes dependentes de substâncias que apresentam traumas de infância. Com uma amostra constituída por 212 indivíduos do sexo masculino e 69 do sexo feminino, estes foram submetidos ao Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), com o objetivo de avaliar itens como o abuso físico, emocional e sexual, negligência física e emocional. Posteriormente foram entrevistados sobre a existência de história de comportamentos suicidários na sua vida.

Sendo 87,5% dos indivíduos majoritariamente do sexo feminino, os resultados do estudo revelam que 79,1% dos pacientes já tinham tentado pôr fim à sua vida e, apresentam índices mais elevados de traumas de infância, comparativamente a pacientes que não tinham tentado o suicídio. Por sua vez, verifica-se uma maior prevalência de tentativas de suicídio em pessoas com antecedentes na família, sendo mais provável em descendentes do sexo feminino com perturbações de humor, abuso de substâncias, aumento da agressividade, impulsividade e história de abuso sexual (Roy,2011).

Foi passível de evidenciar também, um aumento acrescido de tentativas de suicídio quando os pacientes possuem mutuamente traumas de infância e história familiar de tentativas de suicídio. Estes dados são dignos de nota, visto que, o melhor indicador de que uma pessoa está em risco de realizar um comportamento suicidário, é de um modo geral, a presença de antecedentes de tentativas de suicídio (Roy,2011).

Assim, é possível perspetivar através desta investigação a importância da combinação da existência de traumas de infância e história familiar de tentativas de suicídio como possíveis potenciadores de tentativas de suicídio, contribuindo para a sua futura prevenção.

Investigadores	n	Principais resultados
MaCMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong & Racine (1997 cit. Roy, 2011)	9953	<p>Constatam que os indivíduos que tentam o suicídio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 31% dos homens e 21% das mulheres sofrem de abuso físico. ▪ 13% das mulheres e 4% dos homens sofreram de abuso sexual durante a sua infância.
Roy (2011)	281	<p>Observa que a amostra é constituída majoritariamente por indivíduos do sexo feminino (87,5%) sendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 79,1% já tinham tentado pôr fim à sua vida, apresentando índices mais elevados de traumas de infância, comparativamente a pacientes que não tinham tentado o suicídio. ▪ Maior prevalência de tentativas de suicídio: em indivíduos com história familiar de tentativas, com perturbações de humor e/ou de abuso de substâncias, aumento de agressividade e impulsividade e com história de abuso sexual.

Quadro 4. Síntese de estudos sobre a história familiar de tentativas de suicídio e traumas de infância

- Significado atribuído às tentativas de suicídio

Embora se perceçione um corpo substancial de literatura sobre as tentativas de suicídio em jovens, poucos são ainda os estudos que fornecem uma análise detalhada do significado atribuídos aos comportamentos suicidários, nesta faixa etária.

As tentativas de suicídio enquanto comportamento suicidário, só se tornam possível na medida em seja possível dar-lhes significado e sentido, seja como uma decisão, como um último recurso ou como uma declaração ao desespero vivenciado.

Tendo em conta que o efeito dos significados sociais podem influenciar a probabilidade de uma pessoa se envolver num comportamento suicidário, (Cato & Canetto, 2003 cit. Roen, Scourfield & McDermott, 2008) compreender como os jovens perspetivam, dão significado e sentido à tentativa de suicídio, torna esta pesquisa qualitativa bastante útil e convidativa.

De entre os estudos, destaca-se a investigação de Roen e colegas (2008). A amostra constituída por 69 jovens, com idades compreendidas entre os 16 e 24 anos, foram recrutados de zonas rurais e urbanas no norte de Inglaterra e País de Gales, pertencendo a várias etnias e orientações sexuais. Posteriormente foram submetidos a entrevistas em grupo, com o intuito: a) abordar temáticas associadas aos comportamentos suicidários com outros jovens; b) demonstrar as tentativas de suicídio como algo acessível a esta faixa etária; c) evidenciar o desejo de racionalizar o comportamento suicidário; e d) definir sujeitos suicidas em termos de relação com os outros.

Deste modo, os dados revelam que a maioria dos participantes entendem o indivíduo que tenta pôr fim à vida, como um “indivíduo racional” que fez “uma escolha”, que é “visto mas não ouvido”. Por sua vez, encaram a tentativa de suicídio como ocupando uma posição paradoxal do ser humano, enquanto um ato horrível e inexplicável, podendo ser entendida em termos relacionais como “um grito de socorro”, um ato de extrema rejeição psicossocial ou como uma resposta à vergonha sentida por não se sentir incluído na sociedade em que vive (Roen et al., 2008). A tentativa de suicídio é entendida assim, como uma resposta a um dilema psicossocial, associada à extrema necessidade de aceitação e relação com os outros.

Outros estudos (e.g. Bourke, 2003 cit. Roen et al., 2008) sugerem que é um determinado contexto sociocultural específico, que conduz a uma carência de sentido e a sentimentos de inutilidade, que podem fundamentar os comportamentos suicidários nos jovens. Segundo alguns autores, o facto de a juventude transportar consigo várias conotações negativas, poderá contribuir para que os jovens não

experienciem sentimentos de pertença e de valorização, proporcionando em si desespero e sofrimento.

Parece também útil reconhecer, que de acordo com os pontos de vista de alguns jovens entrevistados, que a tentativa de suicídio foi relacionada como sendo a resposta mais “razoável” para alguns problemas de vida. O suicídio é assim visto, como uma reação lamentável para alguns problemas comuns da vida (Roen et al., 2008).

Desta forma, considera-se que os resultados deste estudo facultam a estes jovens uma boa oportunidade para discutir e extrair as próprias perspectivas e significados atribuídos à tentativa de suicídio, possibilitando tanto a prevenção como a intervenção de outros comportamentos suicidários (Roen et al., 2008).

Numa revisão mundial sobre comportamentos suicidários, Diekstra (1993) constata que as maiorias das tentativas de suicídio são realizadas por pessoas com idades inferiores a trinta e cinco anos (Diekstra,1993 cit. Everall,2000). Com o mesmo propósito, um estudo desenvolvido no Canadá, mostra que 10% dos adultos já tinham realizado uma tentativa de suicídio durante a sua vida, enquanto 13% tinham planeado o seu suicídio (Ramsay & Bagley, 1985 cit. Everall,2000). Apesar destas taxas e da quantidade de pesquisas realizadas neste campo, surpreendentemente pouco se sabe sobre a experiência de se ser suicida.

Sendo o comportamento suicidário nos jovens adultos um importante problema de carater social e psicológico e, a necessidade de se compreender como o suicídio se torna uma opção, destaca-se o estudo qualitativo de Everall (2000). Com o intuito de explorar o significado e as experiências de tentativas de suicídio nesta faixa etária, o autor recrutou uma amostra constituída por 19 participantes, através de anúncios de serviços públicos, propagandas de televisão e jornais regionais, sendo submetidos então a uma entrevista.

Após a entrevista, a amostra do presente estudo ficou constituída apenas por 5 indivíduos - quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, - com idades compreendidas entre os 24 e 27 anos, uma vez que nove dos participantes foram excluídos por relutância em discutir as suas experiências de vida, dois por apresentarem pensamentos e sentimentos suicidas em curso e, três por se recusarem a participar sem razões especificadas. Salienta-se que os participantes da amostra final tinham tentado o suicídio entre os 21 e 24 anos de idade. Um era casado e tinha um filho, outra estava grávida e três eram solteiros. Quatro destes, haviam concluído o ensino médio e o outro estava a completar um curso de pós-graduação, estando todos

a trabalhar. Por sua vez, dois participantes tinham sido sujeitos a abuso sexual por parte de familiares, quatro tinham assistido ao divórcio dos pais e dois foram diagnosticados com perturbações psiquiátricas (Everall,2000).

Tendo em consideração os dados da presente pesquisa, foi possível identificar temas comuns e significados pessoais que caracterizam as experiências de tentativas de suicídio realizadas por estes jovens adultos. Destaca-se: a) experiências familiares (e.g. perda de familiares e incapacidade de desenvolver relacionamentos com significativos); b) interações na adolescência (e.g. sentimentos de perda de função no núcleo familiar, sensação de perda de segurança, distanciamento na relação com pais e irmãos); c) experiências emocionais (e.g. término de relações amorosas que contribuíram especialmente para um determinado isolamento social, alienação e angústia emocional); d) comportamentos autodestrutivos; e) depressão; f) falta de autocontrolo (e.g. desespero).

Por conseguinte, os participantes deste estudo expressam claramente que o seu comportamento suicidário se desenvolveu a partir de um aglomerado de acontecimentos stressantes e angustiantes, ao longo da sua vida. Todos relatam que as suas vidas não possuem qualquer sentido ou significado, sentindo-se como indivíduos falhados e incapazes de lidar com o *stress* e angústia resultantes das suas vidas. Estes acreditam que a resolução dos seus problemas seria unicamente da sua responsabilidade, mas fora do seu alcance, o que vai ao encontro da investigação de Hendin (1993) (Hendin,1993 cit. Everall,2000).

Assim, as tentativas de suicídio são percecionadas como um processo contínuo, que engloba uma visão individual do mundo e das experiências de vida, invés de acontecimentos isolados. Este resultado é consistente com Pulakos (1993) que descreve o comportamento suicidário como sendo adquirido ao longo do tempo e, que resulta da instabilidade e falta de capacidade de resolução da pessoa, quanto aos problemas pessoais e subjacentes (Pulakos, 1993 cit. Everall,2000).

Compreender a tentativa de suicídio enquanto comportamento suicidário multideterminado, fornecerá certamente um espetro mais amplo e permitirá desenvolver estratégias de intervenção e de tratamento terapêutico mais eficazes (Everall,2000).

Embora definido de várias formas pela literatura, falar-se em sentido da vida poderá associar-se à busca e à presença de dar significado à vida, relacionando-se com o aumento do bem-estar psicológico do indivíduo (McMahan & Renken,2011 cit. Kleiman & Beaver,2013). Apesar da escassez de pesquisas, existem estudos que

fundamentam o significado da vida enquanto um fator de resiliência dos comportamentos suicidários.

A análise das construções individuais quanto à presença e busca de sentido da vida torna-se cada vez mais importante, pois poderá apresentar possíveis relações com a diminuição da ideação suicida e das tentativas de suicídio. Além disso, tem-se verificado que as intervenções que visam o sentido e significado da vida, reduzem eficazmente o risco de suicídio consumado (Kleiman & Beaver,2013).

Tendo em consideração a Teoria Interpessoal do suicídio de Joiner et al (2009), o desejo de morrer por suicídio é resultado das crenças que a pessoa interioriza, como sentir-se um “fardo para os outros” e não sentir que pertence a um grupo social (Joiner, Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis, Rudd, 2009 cit. Kleiman & Beaver,2013), defendendo-se a ideia de que estas variáveis preveem a diminuição do sentido da vida.

Assim, o presente estudo têm como principal objetivo avaliar o sentido da vida como um preditor de ideação suicida e de tentativas de suicídio. Com uma amostra constituída por 670 alunos graduados, estes foram submetidos por duas vezes, durante oito semanas, ao Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) através de um site online (Kleiman & Beaver,2013).

Considerando as variáveis demográficas (e.g. género, idade, e raça) e potenciais fatores de risco (e.g. sintomas de ansiedade e de depressão, apoio social recebido, sentimentos de pertença, de frustração e de gratidão, ideação suicida e história de tentativas de suicídio anterior), observa-se que o sexo feminino não mostra qualquer correlação com o fator sentimentos de frustração, mas encontra-se positivamente correlacionado com os sentimentos de gratidão, o apoio social e a presença de sentido na vida. Já a variável idade, mostra relação com as variáveis presença de sentido na vida e histórias de tentativa de suicídio anterior, não se observando correlação com os fatores associados a sentimentos de frustração e de pertença. Por sua vez, observa-se uma relação significativamente positiva, entre a existência de psicopatologia e a presença de sentido de vida.

Kleiman e Beaver (2013) revelam igualmente, que a presença de significado e sentido na vida dos indivíduos encontra-se associado à diminuição de ideação suicida e, ao decréscimo da ocorrência de tentativas de suicídio ao longo do tempo. Estes resultados demonstram ser especialmente interessantes, visto que uma pessoa que perceba a sua vida como possuindo significado, será mais improvável de querer pôr fim à sua vida. Neste sentido, a presente pesquisa realça a importância de

intervenções mais adaptativas a sujeitos suicidas que apresentem um baixo significado de vida.

Investigadores	n	Principais resultados
Roen, Scourfield & McDermott (2008)	69	<p>A tentativa de suicídio, enquanto um tipo de comportamento suicidário, é encarada como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Um ato horrível e inexplicável, associada à extrema necessidade de aceitação social e relação com os outros.
Everall (2000)	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A tentativa de suicídio é encarada como um processo contínuo, influenciado pelos acontecimentos e experiências de vida. ▪ Significados pessoais atribuídos às experiências de tentativas de suicídio: as experiências familiares, as interações na adolescência, as experiências emocionais, comportamentos autodestrutivos, a presença de depressão e a falta de autocontrole.
Kleiman & Beaver (2013)	670	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indivíduos que dão sentido e significado à vida demonstram menor probabilidade de pôr fim à mesma.

Quadro 5. Síntese de estudos sobre o significado atribuídos às tentativas de suicídio

Em síntese, através do leque variado de estudos anteriormente citados, tentou-se abordar a necessidade de aumentar o conhecimento sobre a tentativa de suicídio. Desta forma, através da revisão da literatura realizada, constata-se ser mais frequente, investigações sobre os contextos socioculturais e económicos propícios à ocorrência de tentativa, as perturbações psicopatológicas mais frequentemente associadas, a importância da existência de desejo de morrer e de história familiar de tentativas de suicídio e traumas de infância e, estudos que possibilitam obter uma melhor compreensão do significado atribuído a este comportamento suicidário. Neste sentido, apesar do aumento da prevalência de tentativas de suicídio, é passível de considerar que deparamo-nos ainda com uma escassez de estudos sobre possíveis fatores que poderão também ser utilizados para prevenir o suicídio consumado (Cruz, 2003).

3. Narrativas de tentativa de suicídio

“A narrativa constitui a matriz fundamental de construção do conhecimento ao impor significação à textura da experiência diária. Vivemos num espaço e numa temporalidade dos quais nos damos conta através de narrativas (...)”

(Gonçalves,1998, p. 21)

“As histórias estão em todos os lugares” (Howard, 1991, p. 188). Desde que nascemos, muito do que vivemos, do que pensamos, do que nos é dito, é-nos apresentado sob a forma de narrativas. Para Howard (1991) a abordagem narrativa é definida como uma doutrina filosófica que encara as pessoas como contadoras de histórias, narradores das suas vidas, como autores do conhecimento, onde dar significado à vida, surge como uma questão fulcral. A constante necessidade de compreender o que nos rodeia, estimula-nos a atribuir frequentemente, significado às nossas experiências de vida, aos nossos comportamentos.

Olhar para o passado pode ajudar-nos a compreender os nossos comportamentos. Isto é, ao narrar as histórias de vida o narrador reconstrói os acontecimentos significativos da mesma. Assim, enquanto seres humanos procuramos compreender e organizar os acontecimentos pessoais, as experiências de vida recorrendo a histórias. Neste sentido, através do ato de narrar organizamos as nossas recordações de forma contextualizada – no espaço e no tempo – possibilitando então a sua compreensão (Hermans,1999).

Deste modo, torna-se importante perspetivar a narrativa como construtora de conhecimento e de significado, visto que as histórias associam-se com a forma como nos relacionamos, pensamos e construimos o conhecimento. Neste sentido, uma interessante forma de caracterizar o modo como as pessoas dão forma e sentido às suas vidas, é através da metáfora do narrador motivado de histórias (Hermans & Hermans-Jasen,1995).

Neste tópico, exploramos de modo resumido, como o estudo das narrativas pode contribuir para a compreensão dos processos envolvidos na construção de significado, nomeadamente das tentativas de suicídio.

3.1. A metáfora do narrador motivado de histórias

A importância da história, bem como o ato de a narrar, nem sempre teve o reconhecimento da psicologia enquanto área de estudo. A evolução científica de natureza objetivista, positivista e empiricista dominou durante muito tempo a investigação nesta área, tendo inicialmente como principal objeto de estudo a consciência, nomeadamente, as suas estruturas e funções, o comportamento no início do século XX e, mais recentemente, a cognição e o pensamento (Neimeyer, 2000).

Tendo-se o modernismo focado no conhecimento racional, objetivo e científico, esta perspetiva de conhecimento tem vindo a ser alvo de críticas por diversos investigadores do pós-modernismo. Segundo Bruner (1990 cit. Kwee, 2003) a psicologia dever-se-á centrar naquilo que as pessoas narram, designadamente na exploração linguística da sua experiência. Deparamo-nos assim, com uma nova forma de investigação que tem marcado as psicoterapias cognitivas, onde a metáfora da narrativa é cada vez mais reconhecida enquanto organizadora do conhecimento e da existência humana.

Posto isto, é possível distinguir duas características do pensamento pós-moderno: a ideia de que a realidade não é independente do observador e, por outro lado, a ideia da linguagem enquanto construtora do conhecimento e da experiência. Neste sentido, numa abordagem construtivista, a narrativa resulta da necessidade de cada um atribuir significado à experiência, bem como, a si próprio e ao meio. Já o construcionismo social encara a narrativa como uma forma de construção social da experiência, sendo o significado partilhado através da linguagem. Ambas as perspetivas defendem uma realidade construída através da linguagem, possível na interação com os outros (ao invés de uma realidade objetiva) (Kwee, 2003).

Hermans e Hermans-Jasen (1995) introduziram a metáfora do narrador motivado de histórias para simbolicamente representar a forma como as pessoas constroem significado para as suas vidas. Esta metáfora desenvolve-se em torno de três pressupostos: a história/narrativa, o ato de narrar e a motivação.

A primeira componente – a narrativa – evolui a partir de Sarbin (1986, cit. Hermans & Hermans-Jansen, 1995) que considera que as narrativas são uma forma alegórica de descrever os nossos comportamentos. Segundo este autor, o narrador de uma história assume o papel de Eu (I), podendo ser perspetivado como o “autor” da narrativa, que tem o Mim (Me), enquanto “ator”, personagem. Isto é, a forma como experienciamos e nos comportamos enquanto atores da nossa própria história, está de

acordo com a forma como nos organizamos enquanto narradores da mesma (Teixeira, 2004). Através da narrativa, o Eu (I) tem a capacidade de reconstruir as suas memórias passadas, organizar as suas fantasias, medos e perspetivar o futuro enquanto protagonista (Me) (Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Já para McAdams (1993) a narrativa possibilita a construção da identidade, uma vez que a nossa história pessoal engloba vários acontecimentos de vida, desde a nossa infância. Porém, estes acontecimentos de vida ao serem influenciados pelos padrões sociais e culturais onde nos encontramos inseridos, para serem compreendidos têm que ser contextualizados. Isto é, um determinado acontecimento só poderá ser compreendido se estiver integrado num determinado contexto de espaço e de tempo (McAdams, 1993 cit. Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

O pressuposto de que a narrativa pessoal depende do contexto (Hermans & Hermans-Jansen, 1995) pode ser facilmente compreendido se pensarmos que as pessoas contam diferentes histórias acerca de si, a diferentes pessoas (e a si próprias) em diferentes situações. Neste sentido, os acontecimentos de vida possuem um caráter histórico e cultural, visto que o seu verdadeiro significado surge da localização da pessoa num determinado momento da sua vida e no espaço relacional onde ocorre. Ou seja, numa situação presente a pessoa constrói a sua história associando os acontecimentos que surgem com as lembranças passadas e os projetos futuros. Assim, as pessoas estruturam as suas experiências de vida com o momento e o contexto da sua ocorrência e, vão edificando então, a sua história de vida. É ao narrar os acontecimentos de vida – para si e para os outros – que a pessoa reflete sobre si própria, organizando a sua história pessoal. Assim, compreende-se que é possível narrar diferentes histórias, tendo em conta a passagem do tempo, da mudança da situação e nomeadamente, da natureza do encontro com outros significativos (Teixeira, 2004).

No que diz respeito à segunda componente, o ato de narrar implica a presença de dois intervenientes que interagem: aquele que narra a história e o que escuta. As narrativas autobiográficas são encaradas como construções identitárias, nas quais as pessoas nos contam quem são e como têm vivido as suas vidas. Assim, através da sua narração abre-se caminhos para compreender os trajetos de vida, num determinado tempo e espaço, envolvendo o antes, o durante e o depois (Rubinstein, 1988 cit. Botella, 2001). À medida que a história de vida vai sendo narrada, há episódios de vida específicos que se destacam pelo seu caráter positivo, negativo ou ambivalente e, que vão sendo organizados tendo em consideração a

situação da pessoa no espaço relacional. Assim, pode-se encarar o ato de narrar como um processo dinâmico, interativo e flexível (Hermans, 1999).

Porém, não é toda a experiência que é apresentada na narrativa, visto o seu relato ser na verdade, um fragmento de vida. Neste sentido, não temos acesso direto à experiência do outro, lidando apenas com a representação e perspectiva dessa experiência por meio do ouvir contar, da interação que se estabelece e das interpretações realizadas (Neimeyer, 2000). Ou seja, através do relato da história de vida, a pessoa revela a forma como se vê, sente, avalia e compreende a mesma.

Deste modo, o passado não será lembrado como aconteceu, visto que a recordação que temos dos vários acontecimentos de vida irá depender dos acontecimentos posteriores, vistos do presente. Ao narrar acontecimentos passados a pessoa lembra, seleciona e relata as experiências que apresentam algum significado num determinado contexto (Oberg & Ruth, 1995 cit. Botella, 2001).

De acordo com Lalive d' Epinay (1995 cit. Neimeyer, 2000) a forma como experienciamos a nossa vida, é organizada tendo por base as representações e significados que atribuímos ao que nos rodeia. Vivenciar uma história de vida é assim, uma experiência subjetiva, organizada de acordo com as crenças, valores e representações que se atribui. Portanto, para se compreender as narrativas autobiográficas de pessoas que tentaram o suicídio é necessário ter em consideração o conceito e o conhecimento que se tem acerca de nós próprios e deste tipo de comportamento suicidário.

Por fim, é considerada ainda uma dimensão motivacional na narrativa integrada no processo de organização e construção de significados, uma vez que o narrador de uma história é encarado como um ser intencional, motivado para atingir determinados objetivos, organizadores das suas narrativas (Hermans, 2007).

A escolha da abordagem narrativa como enquadramento teórico do nosso estudo permite-nos olhar a tentativa de suicídio como experiência pessoal de construção de significado, reconstruída no momento da sua narração, segundo influência do contexto social, histórico, cultural e relacional. Deste modo, as narrativas das tentativas de suicídio podem ser consideradas um importante recurso metodológico, porque permitem apreender pelo relato as construções/reconstruções de significado subjacentes ao comportamento suicidário (Featherstone, 1992 cit. Bassit, 2002).

Segundo Mattos (1990) existem diferenças significativas no modo como as pessoas relatam as suas experiências de vida, associadas às suas vivências e

recursos culturais/sociais, nomeadamente linguísticos (i.e. os significados partilhados por uma dada comunidade). Os testemunhos das pessoas que cometeram tentativas de suicídio sobre as suas experiências de vida (e.g. necessidades, eventos críticos, motivações/intenções/objetivos) favorecem a compreensão de uma cultura de suicídio que, ao ter em consideração a diversidade e complexidade dos trajetos de vida daqueles que compõem este grupo, pode ampliar este campo de conhecimento e suscitar novos problemas de investigação (Mattos, 1990 cit. Botella, 2001).

Oberg e Ruth (1995) consideram que a forma pela qual uma vida é vivida irá refletir-se nos significados atribuídos às tentativas de suicídio, assim como as histórias de vida podem contribuir para a compreensão deste tipo de comportamento suicidário. Para estes autores, as histórias autobiográficas têm uma importância especial, uma vez que tornam visíveis diferentes maneiras de significar as experiências de vida (Oberg & Ruth, 1995 cit. Botella, 2001).

Em conclusão, podemos considerar que as narrativas construídas ao longo da vida são continuamente reconstruídas. Os nossos comportamentos e atitudes transportam sempre um significado, visto que perante um determinado acontecimento de vida, somos levados a reinterpretar constantemente a realidade, em busca da sua compreensão e, tendo em vista os significados sociais e culturais disponíveis em cada contexto.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Este capítulo pretende descrever e explicar as opções metodológicas realizadas ao longo do presente trabalho de investigação. Inicialmente reportar-se-á ao tipo de estudo e aos objetivos a atingir com o mesmo e posteriormente, aos processos realizados para a sua concretização, particularmente, a seleção de participantes, a caracterização do instrumento de recolha de dados e os procedimentos de recolha e análise de dados obtidos.

1. Natureza do estudo

O atual reconhecimento da abordagem qualitativa pela comunidade científica aliado ao facto de o nosso estudo possuir como objetivo o de explorar um aspeto particular da experiência humana (i.e. tentativa de suicídio), a sua dinâmica e complexidade, o paradigma qualitativo afigurou-se como o mais adequado.

Através da investigação qualitativa pretende-se desta forma, substituir as noções de explicação, previsão e controlo, pelas de compreensão, de significado e ação através dos quais se procura penetrar no mundo pessoal dos sujeitos (Coutinho, 2004), e “saber como eles interpretam as diversas situações e que significado lhes dão” (Latorre et al., 1996 cit. Coutinho, 2004), tentando compreender o mundo complexo do vivido a partir do ponto de vista de quem vive. Existe assim, um interesse em compreender o modo como as pessoas dão sentido ao mundo e como vivenciam nele determinados acontecimentos de vida.

2. Objetivos e questões de investigação

Não sendo fácil encontrar uma definição clara de investigação qualitativa, podemos considerar que, em termos conceptuais, o objetivo de estudo consiste em “investigar ideias, descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo” (Coutinho, 2011, p.26). A relação que o investigador estabelece com a realidade que estuda, permite que a construção teórica se realize, de modo intuitivo e sistemático, a partir do contexto à medida que os dados empíricos emergem (Creswell, 1994, cit. Coutinho, 2011). Desta forma, a teoria “surge à *posteriori* dos factos e a partir da análise dos dados, fundamentando-se na observação dos sujeitos, na sua interpretação e significados próprios e não nas conceções prévias do investigador” (Coutinho, 2011, p.26).

No nosso estudo, procuramos aceder aos significados sobre os quais os sujeitos constroem o seu comportamento suicidário, de forma a contribuir para o aumento do conhecimento sobre o fenómeno do suicídio em geral e, na microcultura Alentejana em particular.

Perante estes objetivos, orientamos o nosso estudo com base nas seguintes questões de investigação:

- 1) Quais os aspetos da história pessoal e acontecimentos de vida as pessoas associam à tomada de decisão de tentar suicídio?
- 2) Como descrevem as pessoas o momento da tentativa de suicídio?
- 3) Como descrevem as pessoas a forma como tentaram o suicídio?
- 4) A quem/ao quê atribuem as pessoas a responsabilidade pelas suas tentativas de suicídio?
- 5) O que é que permitiu que a pessoa tivesse sobrevivido à tentativa de suicídio?
- 6) Qual o significado ou intenção que as pessoas atribuem às suas tentativas de suicídio?
- 7) Que mudanças as pessoas identificam na sua vida na sequência da tentativa de suicido?

3. Caraterização da amostra

Considerando que os estudos qualitativos se interessam pelo estudo do fenómeno em profundidade, o critério subjacente à seleção da amostra populacional reside na qualidade do informante e não propriamente na quantidade (Guerra, 2006). De acordo com Coutinho (2011) e Fortin (1999) é preferível questionarmos em que medida os sujeitos selecionados para o estudo são suscetíveis de fornecer dados válidos e completos, do que perguntarmo-nos se são representativas da população.

Pelo que, mais do que ter uma amostra representativa da população, o que se ambicionou na seleção dos participantes foi a qualidade da informação que os mesmos poderiam facultar em relação aos objetivos do estudo. Desta forma foi constituída uma amostra não probabilística, de amostragem por conveniência.

Na seleção dos participantes do presente estudo, foram ainda tidos em consideração os seguintes critérios de inclusão:

- a) Indivíduos residentes na região do Alentejo que tentaram o suicídio;

b) Indivíduos com história anterior de pelo menos uma tentativa de suicídio.

O Quadro 6 sintetiza o perfil desses sujeitos a partir dos dados obtidos na primeira parte da entrevista. Nesse quadro são relacionados os participantes pela ordem de entrevista, reunindo-se informações individualizadas a respeito: do género, da idade, do estado civil e ainda, da atividade profissional no momento da tentativa. Participaram nesta investigação 12 indivíduos do sexo feminino, residentes na região do Alentejo.

Sujeitos	Sexo	Idade	Estado civil	Atividade profissional no momento da tentativa
E1	F	60	Casada	Doméstica
E2	F	62	Casada	Doméstica
E3	F	19	Solteira	Estudante
E4	F	20	Solteira	Auxiliar de limpezas
E5	F	40	Casada	Bancária
E6	F	23	Solteira	Estudante universitária
E7	F	38	Casada	Aposentada por invalidez
E8	F	50	Casada	Funcionária pública
E9	F	48	Casada	Doméstica
E10	F	31	Casada	Trabalhadora rural
E11	F	79	Viúva	Reformada
E12	F	40	Casada	Funcionária pública

Quadro 6. Caraterização dos participantes

Com idades compreendidas entre os 19 e os 79 anos, sendo a média igual a 43 anos, verifica-se quanto ao estado civil, que oito das participantes são casadas, três solteiras e uma viúva. Já no que diz respeito à atividade profissional, nomeadamente, na altura em que decorreu a tentativa de suicídio, constata-se que

três das entrevistadas são domésticas, duas são estudantes, uma é auxiliar de limpeza, uma bancária, uma encontra-se aposentada por invalidez, duas são funcionárias públicas, uma é trabalhadora rural e outra, encontra-se já reformada.

4. Instrumentos

Perante a natureza qualitativa do estudo, foi utilizado como instrumento de recolha de dados uma entrevista semiestruturada. A opção por este instrumento recaiu no fato de ser o tipo de entrevista que melhor se adequava ao estudo, visto conferir ao entrevistado a possibilidade de adaptar ou formular questões adicionais.

Desta forma, este tipo de instrumento é utilizado quando se pretende obter dados “comparáveis de diferentes participantes” (...) e o seu objetivo é “sempre o de explicar o ponto de vista dos participantes, como pensam, como interpretam ou explicam o seu comportamento no contexto natural em estudo (Coutinho,2011 p.291).

4.1. Pedido de colaboração a profissionais de saúde

Consta na apresentação de um documento destinado neste caso, a profissionais de saúde, que visa divulgar o estudo em desenvolvimento, no sentido de dar a conhecer a investigação, seus objetivos e procedimentos, bem como, solicitar a sua colaboração e referência de potenciais participantes (Anexo I).

4.2. Entrevista semiestruturada

Sendo a entrevista semiestruturada uma forma de obtenção de dados, emergiu a necessidade de elaborar um guião de entrevista (Anexo III). Neste sentido, tendo em consideração o que é defendido pela generalidade dos autores (e.g., Fortin 1999; Guerra, 2006), partiu-se de uma série de questões abertas, exploratórias, facilitando os estilos narrativos de cada participante e possibilitando a exploração mais detalhada dos conteúdos. Assim, pretendeu-se através deste tipo de instrumento, obter dados e informações quanto: aos acontecimentos de vida associados à tomada de decisão de tentar o suicídio; à descrição do momento/ forma como tentaram o suicídio; a quem atribuem a responsabilidade, pelas suas tentativas; ao significado ou intenção que atribuem às mesmas, bem como, às mudanças que identificam na sua vida na sequência deste comportamento suicidário.

Deste modo, o guião possibilitou orientar o decorrer da entrevista para os objetivos do estudo, permitindo atingir a abertura necessária para compreender e interpretar as histórias e narrativas de suicídio não consumado.

A realização de cada entrevista teve duração média de uma hora. Por conseguinte, com o intuito de otimizar a recolha dos dados, as entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

5. Procedimentos gerais

5.1. Procedimentos de recolha de dados

Inicialmente o acesso aos participantes deu-se mediante indicações e encaminhamentos realizados por profissionais de saúde de diferentes serviços e instituições, principalmente do Serviço de Oncologia do Hospital Espírito Santo de Évora, da Delegação da Cruz Vermelha de Vila Viçosa e do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz, sendo solicitado atempadamente, o seu pedido de colaboração no âmbito da investigação.

O primeiro contato com os participantes foi realizado por telefone ou pessoalmente, tendo-lhes sido explicado que consistia num estudo sobre histórias de suicídios não-consumados, realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade de Évora e para o qual se solicitou a sua colaboração. Aferiu-se igualmente, dados como o sexo, a idade, o estado civil e a atividade profissional, bem como, a sua disponibilidade e interesse em participar no estudo. Durante esta primeira etapa, informou-se ainda, que a colaboração na investigação passaria pela realização de uma entrevista gravada.

Após o contato do participante ser bem-sucedido, procedeu-se ao agendamento de um encontro para a realização da entrevista, sendo efetuado em horário e local previamente combinado. Antes do início da entrevista propriamente dita, foram explicados e lembrados os objetivos da investigação, os procedimentos e as condições de divulgação de resultados. Foi ainda solicitado o preenchimento do consentimento informado (Anexo II) através do qual, cada participante concordou em participar de modo voluntário no presente estudo, sendo-lhes garantido que a informação proveniente dos dados recolhidos seria unicamente utilizada para os fins desta investigação, assegurando assim, o anonimato dos dados recolhidos. Após o esclarecimento de dúvidas ou questões levantadas pelos participantes, estes

assinaram a declaração de consentimento informado quanto à participação na investigação.

De salientar, que durante a realização das entrevistas aos participantes, houve sempre a preocupação em se respeitar as técnicas de comunicação, tais como, manter uma postura de escuta ativa, dar espaço e tempo para o participante refletir e responder e, intervir apenas para clarificar a questão ou validar a informação dada pelos participantes. As entrevistas decorreram em salas de instituições hospitalares, de serviços de saúde e nas próprias casas dos participantes, com vista a garantir condições físicas e de confidencialidade necessárias. A duração global de cada entrevista foi variável, de acordo com o tempo que cada entrevistado necessitava para se expressar, oscilando entre 15 e 50 minutos.

A realização das entrevistas decorreu maioritariamente entre os meses de Maio e Dezembro do ano 2013. Porém, por questões de agendamento e dimensão da amostra obtida inicialmente, surgiu a necessidade de se realizar ainda algumas entrevistas em Janeiro de 2014.

Posteriormente à realização de cada entrevista, os entrevistados foram codificados com a letra (E) e numerados de 1 a 12, correspondendo a cada entrevistado um número sequencial por ordem de realização das entrevistas, respeitando desta forma o anonimato e o carácter confidencial das informações prestadas. As entrevistas foram transcritas para suporte de papel, tendo o cuidado de respeitar na íntegra as palavras utilizadas pelos participantes do estudo.

Para proceder à apresentação, análise e discussão dos dados utilizou-se outros códigos linguísticos, nomeadamente a reticência entre parênteses, para indicar que uma parte dos dados foi retirada, por não serem relevantes para a análise em causa.

5.2. Procedimentos de análise de dados

Tendo em consideração as características do estudo, cujo interesse se situa num quadro de carácter exploratório com uma abordagem qualitativa, importa descrever os critérios que nortearam aos procedimentos de análise dos dados, não esquecendo que esta análise “depende fundamentalmente das capacidades integradoras e interpretativas do investigador” (Coutinho, 2011, p.290).

Os dados obtidos nas entrevistas foram examinados através de análise temática. Para Braun e Clarke (2006 cit. Joffe, 2011), a análise temática enquanto método de análise qualitativa, permite identificar e analisar padrões de significado num

determinado conjunto de dados, incluindo tanto dimensões afetivas, cognitivas como também simbólicas. Neste sentido, no presente estudo, a análise temática do discurso dos participantes permitiu aceder aos significados associados às experiências de tentativas de suicídio por estes.

De acordo com Stirling (2001), a análise temática efetua-se em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados. Assim, numa primeira fase delineasse o trabalho através de procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Já a segunda fase consiste no cumprimento das decisões anteriormente tomadas e, finalmente na última fase, o investigador apoiado em resultados brutos, procura torná-los significativos e válidos.

Na análise realizada, as categorias de análises foram criadas após as entrevistas terem sido realizadas ou mais precisamente após a sua transcrição integral. A partir das transcrições das entrevistas e da sua leitura flutuante, procurou-se sistematizar as respostas dos participantes, identificando e classificando as categorias e subcategorias mais significativas. Segundo Taylor e Ussher (2001 cit. Braun & Clarke, 2006) entende-se por leitura flutuante, uma leitura clara do material, aberta a todas as ideias e reflexões que surgirem. Desta forma, a análise de dados propriamente dita, iniciou-se com a transcrição das entrevistas realizadas aos participantes, e posterior leitura e releitura. Este processo, embora possa ser encarado como demorado e frustrante, revela-se uma boa forma de nos familiarizarmos com os dados obtidos, possibilitando a busca de significados e padrões comuns (Riessman, 1993 cit. Braun & Clarke, 2006). Através da transcrição das narrativas, foi possível manter o discurso original, conseguindo-se informações mais precisas e uma maior compreensão dos dados obtidos.

Após uma compreensão global dos dados obtidos, foi realizada uma listagem inicial de ideias, emergindo a produção de códigos iniciais. Segundo Boyatzis (1998), estes referem-se a “elementos ou informações dos dados brutos que podem ser avaliados de forma significativa em relação ao fenómeno em estudo” (Boyatzis, 1998 cit. Braun & Clarke, 2006). Por conseguinte, realizou-se manualmente a codificação das respostas dos participantes às questões da entrevista. Tendo como critério a representatividade de uma ideia, as narrativas foram decompostas em unidades de registo formais (neste estudo, a frase). Para facilitar este processo, utilizaram-se diferentes cores para representar potenciais padrões e ideias no material textual decorrente da entrevista com cada participante. Foram ainda criadas colunas paralelas à descrição das entrevistas, com um espaço vazio à direita, onde se foi registando as

unidades de análise observadas, que foram codificadas pela ordem com que surgiam nas entrevistas.

Num momento posterior, submeteu-se à classificação dos elementos do conjunto anteriormente registado. Deste modo, pretendeu-se impor uma nova organização às narrativas, distinta do discurso original, emergindo as categorias de análise (Joffe, 2011). Neste processo de criação de categorias foram tidas em consideração propriedades tais como: a exaustividade (i.e. deve incluir todo o conteúdo na classificação); a exclusividade (i.e. um elemento/unidade de registo só deverá pertencer a uma categoria); a pertinência (i.e. os documentos devem ser adequados enquanto fonte de informação, para corresponderem ao objetivo do estudo) e a objetividade (i.e. clareza das categorias) (Braun & Clarke, 2006). O processo de contato com os dados, tendendo a identificar categorias, desenvolveu-se sem a utilização de qualquer *software*.

O momento de análise final dos dados e última etapa da análise temática – i.e. a interpretação dos resultados - permitiu, a partir da reflexão sobre as categorias e subcategorias extraídas, identificar temas emergentes. Uma vez que, “descoberto um tema nos dados é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças entre eles” (Coutinho, 2011, p.196). Isto é, torna-se importante verificar e compreender se os diferentes temas constituem um padrão coerente face ao fenómeno em estudo. Segundo Clara Coutinho (ibidem), durante a interpretação dos dados, há que recorrer aos referenciais teóricos importantes à investigação, já que são eles que dão o suporte e significação ao estudo (Coutinho, 2011, p.196). Assim, as categorias de análise foram elaboradas a partir de uma exploração progressiva do material e foram agrupadas por temas que não só permitiu identificar, analisar, como também, descrever os diversos padrões e temas presentes nas narrativas dos sujeitos (Braun & Clarke, 2006).

Importa referir, que a metodologia utilizada no presente estudo, permitiu aliar o rigor e a criatividade na interpretação e conceptualização dos dados; suportar a sensibilidade teórica, conferindo sentido e significado aos dados; e possibilitar a formulação de questões, de modo a criar abertura para desafiar os próprios pressupostos, aprofundando a experiência e indo mais além da literatura e da teoria preexistente, possibilitando autonomia ao investigador no processo de elaboração, exploração e produção do conhecimento (Vala, 1986).

Em suma, a análise temática enquanto procedimento de análise de dados, permitiu detetar os padrões de significado mais marcantes nas narrativas de pessoas que tentaram pôr termo à vida, emergindo categorias de análise. Tal como outros métodos qualitativos, a análise temática possibilita o conhecimento do significado de um determinado fenómeno em estudo, fornecendo bases necessárias para o desenvolvimento de modelos válidos sobre o pensamento, sentimentos e comportamento humano (Stirling, 2001).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise das entrevistas. Pretende-se assim, organizar e sintetizar os dados com o objetivo de responder às questões iniciais de investigação.

Como resultado da análise de conteúdo das transcrições das entrevistas emergiram três temas principais:

- Antecedentes da tentativa de suicídio;
- A tentativa de suicídio;
- Consequências da tentativa de suicídio.

No que concerne à primeira categoria, os **Antecedentes**, remetem para os relatos dos sujeitos em torno de acontecimentos de vida, experiências e dificuldades pessoais, associadas à tomada de decisão de se suicidar.

Tendo em consideração as unidades de registo, os componentes do discurso foram integrados numa categoria: **1) Contextualização da tentativa na história de vida.**

Categoria 1. Contextualização da tentativa na história de vida

Todas as subcategorias inseridas nesta categoria referem-se a elementos percecionados como possíveis fatores de vulnerabilidade para a ocorrência de tentativa de suicídio, referidos pelos sujeitos entrevistados (Figura 1). Deste modo, a presente categoria, foi dividida em nove subcategorias: **1) Tentativas anteriores de suicídio; 2) Acontecimentos de vida críticos; 3) Estado afetivo limite; 4) Outros significativos; 5) Ausência de autonomia; 6) Solidão; 7) Perturbação mental; 8) História familiar de suicídio; e 9) História familiar de perturbação mental.**

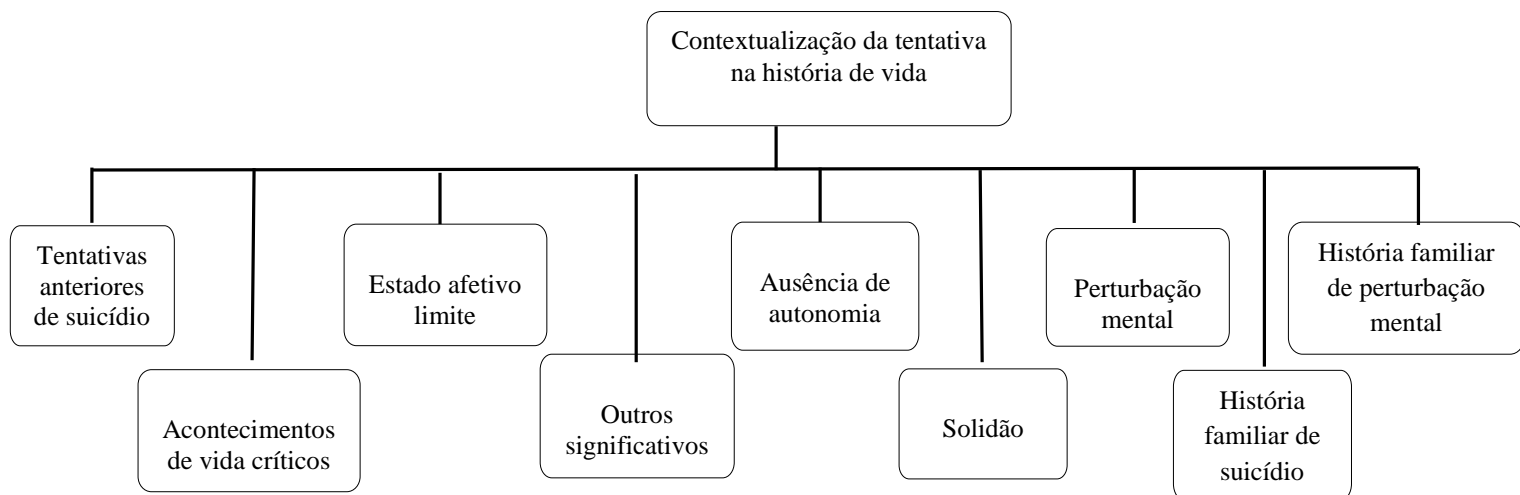


Figura 1. Síntese das subcategorias da categoria “Contextualização da tentativa na história de vida”

No que diz respeito à subcategoria Tentativas anteriores de suicídio, as verbalizações centram-se no relato de tentativas de suicídio anteriormente realizadas pela pessoa – e.g. “já tentei duas vezes, por causa desta vida” (E2) “tenho andado muito em baixo por causa disso e já tentei outra vez... Já foram duas vezes” (E3).

Relativamente à subcategoria Acontecimentos de vida críticos, o discurso centra-se na descrição de episódios críticos da vida dos entrevistados, estritamente relacionados com problemas relacionais, de saúde e perdas – e.g. “quando tentei o suicídio, foi como resultado dos tumores que tive... depois na altura já tinha também fibromialgia” (E1), “comecei a entrar no outro mundo... o mundo da anorexia” (E6), “era raro o sábado em que já não levava dele, por isto ou por aquilo”(E7).

Quanto à subcategoria Estado afetivo limite, os discursos remetem para sentimentos e emoções intensos, experienciados pelos participantes no momento da tentativa de suicídio, que contribuíram para a concretização da mesma – e.g. “a minha história de tentativa de suicídio foi um desespero muito grande e de muito sofrimento também”(E1); “a tentativa resultou do desespero e da angústia que estava a viver naquele tempo” (E7); “a minha razão para a tentativa de suicídio é um vazio interior que não consigo preencher de maneira nenhuma, uma tristeza e angústia constante” (E9).

Na subcategoria Outros significativos, as verbalizações dos entrevistados correspondem à influência do comportamento de outrem, designadamente familiares, namorados e maridos, na realização da tentativa de suicídio – e.g. “cheguei lá, ele

[namorado] não reagiu da maneira como eu gostava que reagisse e cheguei a casa e pronto chorei, chorei, chorei e fiz” (E3); “o que eu queria era que ele voltasse [namorado], tanto que eu só o fiz aquilo para o chamar a atenção e com o intuito de agora vou fazer isto e ele vai voltar... queria que ele tivesse pena de mim” (E5); “era para chamar a atenção... como o meu pai era e é um pouco agressivo, talvez quisesse chamar a atenção para ele ver que os outros sofriam com a maneira dele” (E8); “uma mágoa por toda a situação que vivíamos e por ele [o marido] andar com outras... e fiz o que fiz” (E12).

A subcategoria Ausência de autonomia, corresponde aos discursos dos participantes que atribuem a responsabilidade das suas tentativas de suicídio, à falta de autonomia e independência, podendo apresentar dificuldades em tomar as suas próprias decisões – e.g. *“acabei o curso e comecei a ficar mesmo no fundo do poço, pois não tinha emprego, voltei para a aldeia (para a casa dos meus pais), enfim sem perspectivas nenhuma, foi o caos” (E5); “pensava que era um meio, talvez dele ter medo e olhar um bocadinho para os meus sentimentos...que também sabia pensar por mim, sabia agir por mim” (E8); “sentia-me a mais, um fardo para eles [filho e nora] ... têm as vidinhas deles querem lá saber da velha... depois não me deixam estar na minha casa, que lá é que estava bem” (E11).*

Já a subcategoria Solidão, diz respeito às verbalizações dos entrevistados que atribuem a responsabilidade das suas tentativas de suicídio à existência de isolamento, ao facto de se sentirem sós – e.g. *“eu não era compreendida, não me sinto uma mulher amada... sempre sozinha! As minhas filhas casaram mas sinto-me sozinha” (E2); “ficava sozinha os dias inteiros lá em casa” (E11).*

Na subcategoria Perturbação mental, os discursos dizem respeito à presença de doenças que provocam alterações do ponto de vista físico, comportamental, emocional e/ou cognitivo. Estas poderão ter acarretado dificuldades no desempenho de papéis sociais (e.g. familiares, relacionais, atividades do quotidiano), que se poderão ter tornado incapacitantes – e.g. *“levou-me a arranjar uma depressão, da qual eu não me tenho visto livre já há muitos anos” (E2); “foi quando demos que era uma depressão que eu tinha” (E3); “para dormir tinha que tomar qualquer coisa para dormir e passava o tempo todo a chorar, foi então que me receitaram uns antidepressivos” (E4); “juntou-se ali aquelas condicionantes todas, propícias às depressões” (E5); “nem ela, nem eu sabíamos que era esquizofrenia” (E9).”*

Na subcategoria História familiar de suicídio, as verbalizações remetem para o relato de suicídios na família – e.g. “*também tenho na família casos de suicídio, inclusive o meu pai, para além de tios diretos e primos em segundo grau*” (E1) “*a minha avó é que se matou com comprimidos porque o anel do esófago fechou*” (E3).

Quanto à subcategoria História familiar de perturbação mental, as verbalizações que a integram dizem respeito à presença de perturbações psicopatológicas no seio familiar – e.g. “*a minha mãe também já teve uma grande depressão mas nunca lhe deu para isto*” (E3).

No que se refere ao segundo tema, a **Tentativa de suicídio**, este engloba os excertos narrativos alusivos ao processo de suicídio, nomeadamente, a descrição factual da tentativa de suicídio em si, bem como, a forma com esta foi experienciada pelos entrevistados. Assim, os componentes do discurso foram decompostos em duas categorias: 1) Descrição da tentativa; e 2) Fatores de sobrevivência.

Categoria 1. Descrição da tentativa

As subcategorias inseridas nesta categoria dizem respeito à contextualização da tentativa de suicídio, incidindo o relato dos entrevistados sobre o plano de suicídio, dando-se especial relevância à descrição do local e ao método escolhido para pôr fim à vida (Figura 2). Assim, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: 1) Local de ocorrência; e 2) Método utilizado.

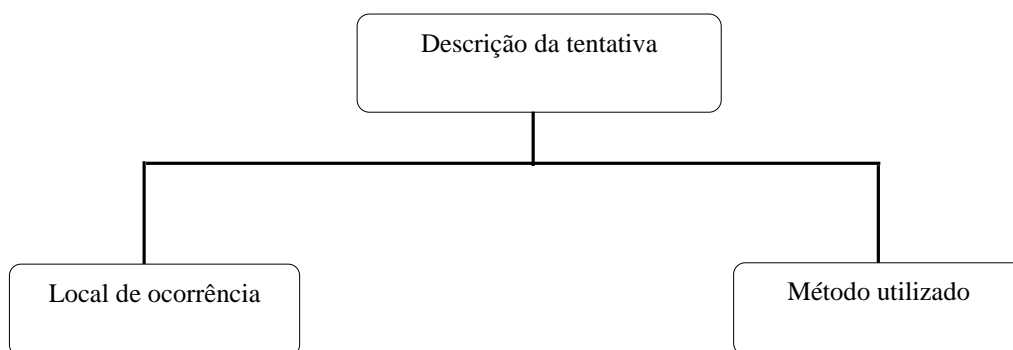


Figura 2. Síntese das subcategorias da categoria “Descrição da tentativa”

Relativamente à subcategoria Local de ocorrência, os discursos remetem para a caracterização do sítio onde decorreu a tentativa de suicídio – e.g. *“fui para o quarto e ingeri daquilo, mas antes lembro-me de tomar dois comprimidos daqueles para dormir e colocar-me debaixo da minha cama”* (E1); *“foi em casa, mais concretamente na cozinha que era o sítio onde me encontrava naquele momento”* (E8); *“apanhei-me sozinha lá no monte e tomei coragem”* (E10); *“estava em casa sozinha, lembro-me que foi no Verão passado”* (E11).

Quanto à subcategoria Método utilizado, as verbalizações permitem perspetivar o procedimento usado pelos entrevistados para pôr fim à vida, bem como, obter uma maior compreensão da sua respetiva escolha – e.g. *“como é que aquilo se chama, pexanol. Uma forma mesmo brusca... era o que tinha à mão”* (E1); *“tomei comprimidos do meu pai, era o que estava mais à mão de semear. Foi o que era mais fácil de conseguir. Nos outros métodos nem pensei”* (E5); *“o que não faltam lá são cordas, foi só escolher. E eu queria mesmo pôr fim à minha vida, e sabia que assim morria mesmo”* (E10).

Categoria 2. Fatores de sobrevivência

A categoria fatores de sobrevivência, remete para a perceção dos entrevistados sobre os aspetos instrumentais que lhes permitiram sobreviver à tentativa de suicídio, nomeadamente o conhecimento de que teriam alguém por perto para os socorrer e/ ou a deteção da sua ausência por parte de familiares – e.g. *“o meu marido começou a estranhar a minha ausência e foi à minha procura, ele diz que me custou a encontrar porque estava debaixo da cama”* (E1); *“foi quase um milagre eu estar aqui, se não tivesse sido logo auxiliada. A minha mãe foi quem me socorreu, que estava em casa”* (E3); *“os meus cunhados apareceram entretanto e acudiram-me logo”* (E10); *“a minha genra veio a casa buscar não sei o quê e deu comigo já caída no chão da cozinha”* (E11); *“foi o meu filho ter vindo mais cedo da escola e dar comigo”* (E12). Não foram constituídas subcategorias para a presente categoria.

O terceiro e último tema remete para as **Consequências da tentativa de suicídio** e reúne as unidades de análise sobre vivências pessoais e interpessoais que sucederam à tentativa de suicídio e que as pessoas associam a este acontecimento, nomeadamente o relato das emoções e sentimentos mais predominantes após a mesma. Tendo em consideração as unidades de registo, os componentes do discurso

foram divididos em duas categorias: 1) Significado/intenção e 2) Consequências da tentativa.

Categoria 1. Significado/Intenção

A presente categoria remete para os discursos dos entrevistados, quanto à intenção e propósitos associados às tentativas de suicídio, especificamente, se estas foram concretizadas por impulso, de modo incontrolável ou por necessidade de atrair a atenção de outrem – e.g. *“o motivo, eu não sei explicar pronto, porque entrei em desespero e parecia que não sabia o que estava a fazer”* (E3); *“foi mesmo ali naquele momento, porque foi mesmo um acumular de coisas que já estava mesmo cheia, mesmo a transbordar... surgiu e foi assim... não foi nada planeado”* (E4); *“chamar a atenção dele, porque eu gostava muito dele e aquilo que eu queria era que ele voltasse...tanto que eu só fiz aquilo para o chamar a atenção e com o intuito de agora vou fazer isto e ele vai voltar”* (E5); *“hoje vejo que foi uma forma também de o chamar à atenção do quanto me estava a magoar...chamar a atenção dele naquele momento já que não me estava a dar atenção devida, amor e carinho”* (E7). Neste sentido, não se verifica o emergir de subcategorias na presente categoria.

Categoria 2. Consequências da tentativa

Todas as subcategorias incluídas nesta categoria dizem respeito às consequências da tentativa de suicídio, refletindo os acontecimentos, pensamentos e sentimentos a que esta experiência de suicídio não-consumado deu origem (Figura 4). Assim, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: 1) Consequências emocionais; e 2) Consequências interpessoais.

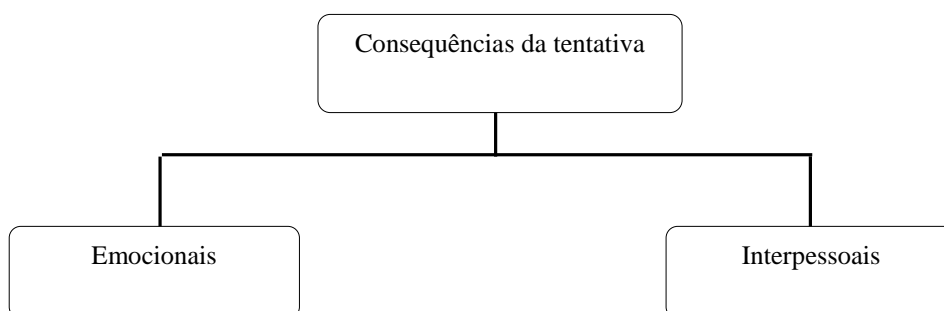


Figura 3. Síntese das subcategorias da categoria “Consequências da tentativa”

No que diz respeito à subcategoria Consequências emocionais, os discursos centram-se no relato de emoções e sentimentos que emergiram na sequência da tentativa de suicídio, salientando-se a predominância de sentimentos de arrependimento, resignação, culpa e vergonha nos entrevistados – e.g. *“arrependi-me um tempo depois e até considero para mim, acho que isto em relação ao morrer que a gente só morre quando tem que morrer”* (E1); *“arrependo-me sobretudo porque sei que fiz sofrer alguém, que foram os meus pais”* (E5); *“chorava de vergonha porque parece que caí em mim e pensava no que as pessoas iam comentar, mais em relação aos meus cunhados porque assistiram”* (E10); *“senti arrependimento e um pouco de vergonha por os meus filhos”* (E12).

Relativamente à subcategoria Consequências interpessoais, as verbalizações remetem para trechos discursivos sobre a forma como os outros significativos e/ou a comunidade, reagiram à sua tentativa de pôr fim à vida – e.g. *“depois quando isso aconteceu, mais tarde ele procurou-me arrependido”* (E4); *“por outro lado, acho que foi um “abre-olhos” para ele e, parece que resultou porque nunca mais me tocou e apesar de nunca ter aceitado se curar, tem feito para beber menos... tentei construir novamente o meu casamento”* (E7); *“já me deixam ir mais vezes à minha casa e continuo a ir dormir à do meu filho, mas pelo menos não fui para aquela escuridão dos lares”* (E11).

De seguida apresenta-se um esquema-síntese das categorias e subcategorias anteriormente analisadas (Figura 4) e que emergiram da análise temática.

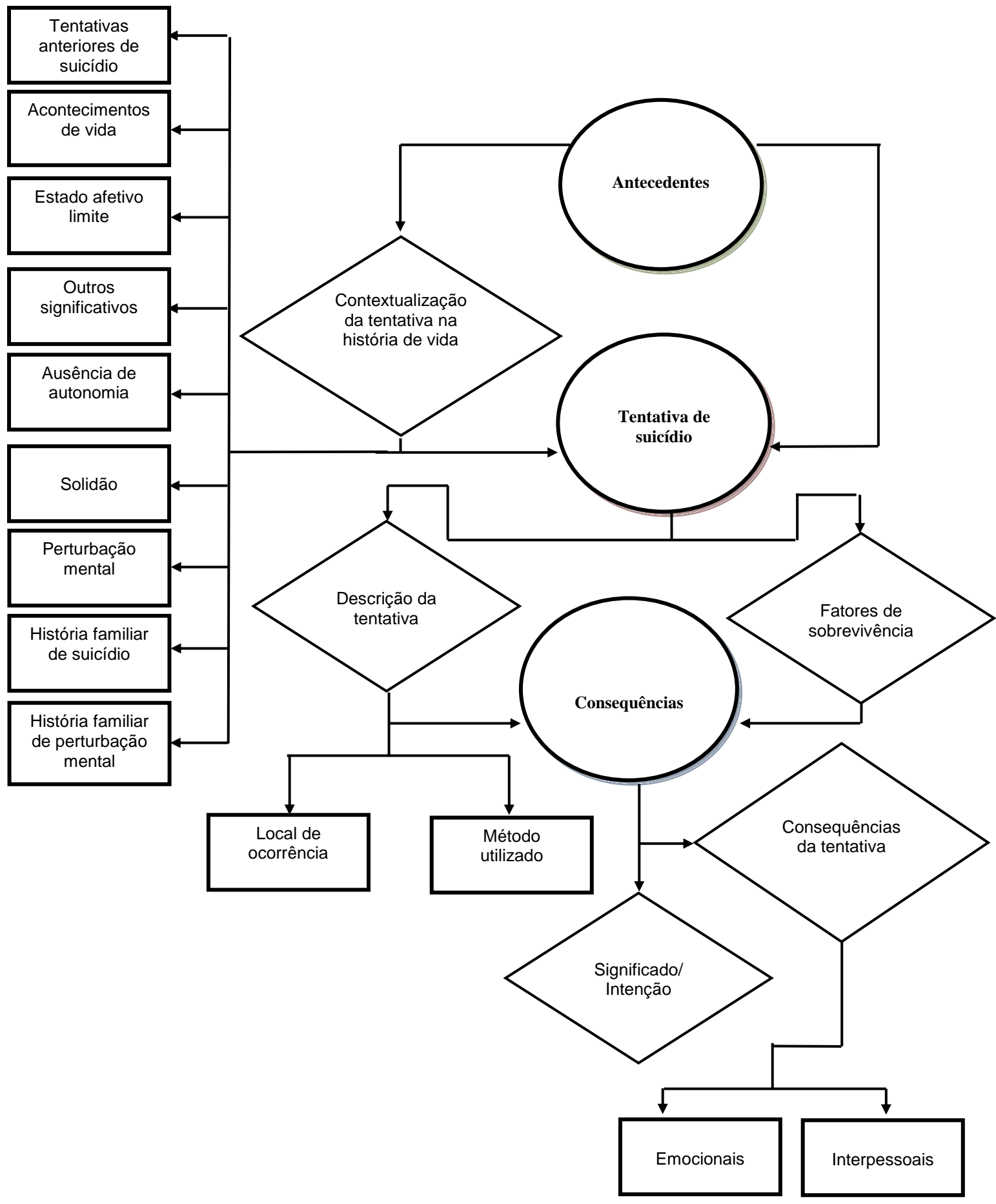


Figura 4. Perspetiva global das categorias e subcategorias de análise

2. Discussão dos resultados

Após a análise dos dados, torna-se importante ponderar acerca desses mesmos resultados, tendo como foco as categorias e subcategorias identificadas. Deste modo, a discussão dos resultados encontra-se organizada tendo em consideração os objetivos que o presente estudo se propõe atingir.

a) Antecedentes de tentativa de suicídio

O primeiro tema – antecedentes da tentativa de suicídio — engloba por um lado, o testemunho de tentativas anteriores de suicídio, a presença de perturbação mental no próprio indivíduo, a história de suicídios e de perturbação mental na família e, por outro lado, a perspetiva das pessoas entrevistadas sobre quais terão sido os acontecimentos de vida ou incidentes críticos que terão contribuído para a tomada de decisão de tentar pôr fim à sua vida.

Relativamente às tentativas anteriores de suicídio, estas elucidam-nos quanto ao facto da pessoa já ter tentado o suicídio mais do que uma vez na sua vida. Foi possível de constatar a sua presença no discurso de algumas entrevistadas (e.g. E2 e E3), que afirmam já ter tentado pôr termo à vida por duas vezes. Neste sentido, tendo em consideração que os indivíduos com história anterior de tentativas de suicídio tendem a realizar uma investida mais letal na segunda vez, conseguindo muitas vezes, cometer o suicídio consumado após alguns meses, tal como demonstra a literatura (Malkesman, et al., 2009; Shea, 2002), considera-se então, que estas pessoas apresentam um risco mais elevado de realizar novas tentativas, comparativamente às restantes sem história de tentativas de suicídio.

Da análise efetuada, depreende-se que o sofrimento, a desesperança, a mágoa, a angústia, o desespero e vazio, bem como, a necessidade de atrair a atenção de outro, experienciados pela maioria dos participantes, estão na base das tentativas de suicídio. Assim, ao tentarmos contextualizar a tentativa de suicídio na história de vida, encontrámos ainda como principais fatores motivacionais: o experienciar um estado afetivo limite (e.g. E1, E3, E7, E9 e E12), o comportamento de outros significativos (e.g. E2, E3, E4, E5, E7, E8, E10, E11 e E12), a ausência de autonomia (e.g. E5, E8 e E11) e a solidão (e.g. E2 e E11).

No que diz respeito à presença de perturbação mental nos próprios indivíduos, verificou-se nesta investigação, que a tentativa de suicídio é um sinal claro de doença mental, sendo a depressão, a anorexia nervosa e a esquizofrenia as mais relatadas. Assim, apesar de as perturbações mentais serem apontadas como um dos fatores de risco que mais exacerbam os comportamentos suicidários, é importante notar que nem todos os indivíduos com patologias decidem pôr fim à sua vida (Quin, 2011), bem como o facto de nem todos os indivíduos que tentam terminar com a sua vida sofrem de doença mental

Por sua vez, a perturbação mental na família é um fator igualmente reconhecido como estando associado aos comportamentos suicidários, nomeadamente à tentativa de suicídio (Quin, 2011). Assim, constatou-se no presente estudo, o relato da presença deste preditor em familiares de alguns entrevistados (e.g. E3, E6 e E9), constituindo a depressão, o alcoolismo e a esquizofrenia, as patologias mais frequentemente narradas. Por conseguinte, a história de suicídio na família revelou-se uma variável relevante quanto à ocorrência das tentativas de suicídio cometidas pelos participantes (e.g. E1, E2 e E3), dando-se real destaque à primeira entrevistada que relata múltiplos casos de suicídio na família - “ *tenho na família casos de suicídio inclusive o meu pai, para além de tios direitos e primos em segundo grau* ” (E1).

Compreender a relação entre as experiências ocorridas ao longo da vida e o seu impacto no indivíduo tem-se revelado um fator importante na compreensão da tentativa de suicídio. McLean e Link (1994) defendem que os acontecimentos de vida, poderão ser encarados de duas formas distintas: por um lado, como um fenómeno discreto, descontínuo e transversal à vida da pessoa e, por outro lado, como uma mudança ou uma alteração no seu trajeto de vida. Porém, estas alterações afetam o equilíbrio da pessoa de um modo geral, exigindo-lhe uma readaptação. Neste sentido, de acordo com os dados obtidos, é possível de constatar que as narrativas de tentativas de suicídio descritas no presente estudo, relacionam-se sobretudo, com mudanças que estas pessoas experimentaram no decurso da sua vida. Nos casos analisados a ocorrência de acontecimentos de vida tanto ao nível de saúde física (e.g. doença oncológica e fibromialgia; depressão; esquizofrenia; anorexia nervosa), como em termos interpessoais (e.g. problemas conjugais; fim de relação amorosa; violência doméstica; carência de vínculo afetivo com a figura paternal; traições; e envelhecimento e suas múltiplas exigências) profissionais (e.g. abandono da escola

para trabalhar; desemprego e problemas financeiros), constituem-se como exemplos. Ou seja, pode-se considerar que os comportamentos suicidários, neste caso a tentativa de suicídio, refletem o impacto de acontecimentos de vida experienciados como traumáticos pelo indivíduo (Rogers, Bromley, McNally, & Lester, 2007).

Desta forma, ponderar sobre os antecedentes associados à tentativa de suicídio, permite-nos refletir não só sobre as experiências pelas quais estas pessoas passaram, mas também acerca delas próprias e o que as torna mais vulneráveis ao suicídio. Foi possível observar através das entrevistas realizadas, que são pessoas que tendem a superestimar as contrariedades da vida, ou seja, que têm dificuldade em encontrar solução para os problemas, denotando falta de confiança para lidar com os mesmos. O encarar o “terminar com a própria vida” como a única solução, revela a sua falta de esperança quanto a um futuro melhor, percecionando-se – a si e aos outros – de modo negativo. Deste modo, os dados obtidos permitem ir ao encontro dos de Kutcher e Chehil (2007), que defendem a importância de se conhecer os fatores que predispõe ao suicídio consumado, uma vez que, a sua sinalização e compreensão, poderá ser um auxílio clínico útil na avaliação do risco e, conseqüentemente auxiliar também do desenvolvimento de estratégias preventivas.

b) Tentativa de suicídio

A compreensão de como decorreu a tentativa de suicídio e sua respetiva descrição foi organizada tendo em consideração: o local de ocorrência e método utilizado para pôr fim à vida. Foi possível compreender também neste momento, os fatores que permitiram a sobrevivência dos indivíduos, após as suas tentativas de suicídio.

Relativamente ao local de ocorrência das tentativas de suicídio, na sua maioria teve lugar nas próprias habitações, exceto uma das tentativas que ocorreu na residência de um filho (e.g. E11). Neste sentido, é possível considerar que a escolha do domicílio pelos entrevistados, como local para terminar com a vida, poder-se-á revelar como um importante fator de sobrevivência. Ou seja, a escolha das próprias casas como local para tentar o suicídio, poderá ser encarada como um “grito de socorro” ou um pedido de ajuda. Por outro lado, também poderá ser tida como uma informação importante no momento de diferenciar uma verdadeira tentativa de suicídio de um parassuicídio.

No que diz respeito aos métodos utilizados, através dos discursos dos participantes, constatou-se que o mais comum foi a ingestão de medicamentos (e.g. E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11), seguido de enforcamento (e.g. E10, E12) e ingestão de pexanol (e.g. E1). Estes resultados parecem corroborar a ideia defendida por vários autores, de que o sexo feminino é mais propenso a utilizar métodos menos violentos e letais, tais como o envenenamento ou a intoxicação farmacológica, sendo este último, o utilizado com mais frequência nas tentativas de suicídio (Daigle et al., 2011; Malfent et al., 2010).

Pelos testemunhos dos participantes parece possível constatar que a acessibilidade e a letalidade são as razões da escolha destes métodos para pôr fim à vida, o que parece estar em consonância com Macente e colaboradores (2009). Estes autores defendem que o método escolhido por uma pessoa para se suicidar é muitas vezes determinado pela sua disponibilidade, letalidade e grau de intencionalidade do ato suicida. Deste modo, tendo em consideração que os casos analisados são todos do sexo feminino, que na sua maioria optou por métodos menos letais e por cometer a tentativa de suicídio em casa ou em locais onde seriam facilmente encontradas, fica a dúvida se estes casos serão verdadeiras tentativas de suicídio ou parassuicídios.

Recorda-se que o parassuicídio é caracterizado como sendo um ato não fatal, através do qual a pessoa protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outrem, causando lesões a si próprio, mas onde não existe uma verdadeira intenção de morrer (Oliveira et al., 2001). Pela nossa análise consideramos que nos casos em que as pessoas optaram por métodos mais letais (e.g. E1, E10 e E12) fará sentido falar de tentativa de suicídio. Quanto aos fatores que terão permitido a sua sobrevivência, a maioria dos participantes relata a presença de familiares no momento das suas tentativas de suicídio. Este facto faz-nos questionar uma vez mais, a verdadeira intenção destas pessoas em pôr fim à vida, visto terem conhecimento da existência da proximidade de pessoas que as pudessem socorrer no momento das suas tentativas de suicídio.

No entanto, sublinha-se o facto de três das tentativas de suicídio não terem resultado em morte do próprio devido ao aparecimento de familiares, que não se encontravam no local no momento (e.g. E10, E11 e E12). Por outro lado, em E5 e E7 não foi possível compreender o que permitiu a sobrevivência dos sujeitos à sua tentativa de suicídio.

c) Consequências de tentativa de suicídio

O último tema pretendia perspetivar o significado/intenção atribuído às tentativas de suicídio e suas respectivas consequências.

No discurso dos entrevistados percebemos que os comportamentos suicidários têm origem em situações ou factos perante os quais as pessoas se sentem “sem saída”, sendo o suicídio ou a sua encenação encarados como eventuais soluções. Percebemos através dos casos narrados, que por vezes a tentativa de suicídio surge como um impulso perante um sentimento insuportável sem premeditação. Estas pessoas revelaram que as suas tentativas ocorreram num momento de desespero, o que corrobora a reflexão de Cruz (2003) de que, muitas vezes, o suicida não deseja morrer, mas sim fugir de um sofrimento insuportável. Essa mesma observação foi feita pela OMS (2000), a qual aponta como característica daquele que pensa em suicidar-se a impulsividade, que pode ser desencadeada por acontecimentos negativos do dia-a-dia.

Desta forma, podemos observar como este comportamento surge em resposta à vivência insuportável de um sofrimento que a pessoa não conseguiu resolver ou elaborar de outra forma. Tal experiência soa como uma tentativa de lidar com essa dor, mesmo que racionalmente não seja entendida dessa maneira. Muitos descrevem-na como algo que ainda não pôde ser compreendido plenamente por eles próprios, demonstrando mesmo perplexidade com tal escolha.

No que diz respeito às consequências das tentativas de suicídio, foi possível organizá-las segundo dois domínios: o domínio emocional e o domínio interpessoal. Deste modo, torna-se interessante perceber a presença do sentimento de arrependimento como o mais predominantemente nos relatos, acompanhado de resignação, culpa e vergonha. Nas narrativas analisadas, observamos os conflitos internos vividos por estas pessoas, a vergonha de assumir um ato tão extremo mas também a tristeza por ter tentado o suicídio por causa de outra pessoa, o que resulta em sentimentos de culpa. Contudo, não se encontraram consequências a nível emocional no relato de três dos participantes (e.g. E3, E9, E11).

Relativamente ao domínio interpessoal, e visto que este se associa à forma como os outros significativos e/ou a comunidade reagiram ao comportamento suicidário, destaca-se o conseguir provocar arrependimento ao ex-namorado (E4), a reconciliação do casamento (E7), o fim de casamento (E10 e E12) e o não ir para um

lar de idosos (E11). Desta forma, podemos especular que, pelo menos para algumas pessoas, a tentativa de suicídio compreenderá outros objetivos que não a morte.

Em síntese, a investigação aponta as tentativas de suicídio como os mais importantes preditores do suicídio consumado, pelo que estas devem ser alvo de cuidada análise na tentativa de compreender os significados a esta associada. É importante compreender que cada experiência de tentar o suicídio é única e particular. Uma vivência que se processa de diferentes maneiras em cada indivíduo e que certamente é motivada pela forma particular, como este perspectiva os vários acontecimentos da sua vida.

Através das histórias de tentativas de suicídio estudadas nesta investigação, constatamos que enquanto comportamento suicidário, a tentativa de suicídio é um fenómeno multideterminado. Ou seja, não há apenas um fator que determina a tentativa de suicídio em si, mas a interação de diversos aspetos que integram a vida da pessoa, que a fazem optar por esta resposta.

Visto que todas as experiências de vida, desde a nossa infância, contribuem para a formação na nossa identidade, dependendo da maneira como estas vivências são internalizadas e significadas (Malkesman et al., 2009), as várias narrativas de vida apresentadas, revelaram a necessidade de se refletir sobre a tentativa de suicídio como algo mobilizador da resignificação da vida, possibilitando refletir sobre a vida e o nosso modo de viver.

Contudo, a presente investigação revelou algumas limitações. O preconceito associado ao suicídio, bem patente na população em geral, acompanhados com os sentimentos de culpa, impotência e ressentimento experienciados pelos sobreviventes, foram encarados como obstáculos à sua realização. Para mais, averiguou-se que muitos casos de suicídio não são sinalizados adequadamente, o que a identificação de indivíduos que tenham tentado o suicídio, constituiu o maior desafio do presente estudo.

Por conseguinte, é importante salientar também, que a validade das narrativas dos participantes poderá estar comprometida, visto que algumas pessoas apresentaram dificuldades em lembrar concretamente os acontecimentos, principalmente se no momento da tentativa estavam sob a influência de algum psicofármaco. Pode-se também supor, que as entrevistadas possam ter tentado esconder as suas verdadeiras intenções para tentar evitar internação psiquiátrica ou minimizar a importância dos seus comportamentos passados. Por outro lado, podem ter reconstruído igualmente, a sua própria interpretação da experiência, por causa da

pressão sentida em desejar responder de forma socialmente aceite, negando, minimizando ou exagerando os fatos.

Deste modo, parece-nos necessário tentar desenvolver esforços no sentido de aprofundar conhecimentos e de algum modo contribuir para uma melhor compreensão desta temática, particularmente com foco em populações diferenciadas, pois apenas assim será possível subsidiar as intervenções profissionais, de forma a aproximá-las o máximo de uma realidade local, a qual é multifacetária e complexa, possibilitando assim, o desenvolvimento de medidas de prevenção mais eficazes (Werlang & Botega,2004).

Outra questão importante de se evidenciar, diz respeito à implementação de um rigoroso controlo sobre a prescrição e a distribuição de medicamentos (principalmente psicofármacos), medidas fundamentais para uma diminuição das taxas de tentativas de suicídio.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo global, procurou-se através do presente estudo, explorar as histórias de suicídios não-consumados, nomeadamente, as percepções e os significados construídos em torno da tentativa de suicídio, na região do Alentejo. Assim, a partir da revisão da literatura dos estudos encontrados acerca do tema, bem como, dos dados obtidos nesta investigação, é nos possível tecer algumas considerações.

Tendo em consideração as entrevistas, constatamos a complexidade da temática aqui abordada. Por tal, tentámos compreender através das suas narrativas, que cada caso é particular, único, podendo ser só entendido a partir da história de vida do indivíduo, do seu contexto de vida, dos aspetos culturais e sociais com os quais está envolvido. O modo de ser no mundo (ou de não querer estar) é refletido no seu diário de experiências de vida (Gonçalves, 2000).

Nas doze entrevistas que compuseram o nosso quadro de análise, vários fatores integrados favoreceram a compreensão das tentativas de suicídio, embora o nosso foco estivesse direcionado, primordialmente, aos significados associados a este comportamento suicidário. Desta forma, explorar as percepções, histórias e experiências de vida dos participantes, permitiu obter uma compreensão mais rica, do processo de tornar-se suicida.

Para aqueles que participaram neste estudo, foi evidente a interação entre os fatores cognitivos, afetivos e sociais e o seu impacto na sua vida pessoal, e como os conduziu a acreditar na crença de que o suicídio era uma opção viável. Passaram a acreditar que eram insuficientes e incapazes para ultrapassar as diversas adversidades com que se deparavam, perspetivando o terminar com a vida como a única solução (Cruz, 2003).

Os resultados do presente estudo indicaram que obter a compreensão de possíveis fatores de risco associados à ocorrência de tentativas de suicídio torna-se necessário. Assim, foram identificados em alguns entrevistados história anterior de tentativas, história familiar de suicídio e de psicopatologia.

Por conseguinte, constou-se igualmente que este comportamento suicidário foi desencadeado por uma série de acontecimentos de vida negativos, associados sobretudo a problemas de saúde, perdas, problemas conjugais, relacionais e de envelhecimento. Estes foram significados pela maioria dos participantes com sofrimento, ausência de sentido pela vida, desesperança e infelicidade.

No momento de suas tentativas de suicídio, surge a incapacidade destas pessoas, que não alcançavam saída para a sua insatisfatória situação de vida, encararem a morte como a única possibilidade. O suicídio significava a saída (Macedo, & Werlang, 2007).

Contudo, tendo presente que quase a totalidade da amostra realizou a sua tentativa nas próprias casas e grande parte por meio de psicofármacos e com a presença de familiares por perto, podemos colocar em causa que o objetivo destas pessoas tenha sido realmente a morte, parecendo-nos mais um pedido de ajuda, comunicado de forma que os seus recursos internos possibilitam.

Por conseguinte, nos indivíduos entrevistados, encontrou-se a resolução de acabar com a vida por diversos motivos: fuga ao sofrimento causado pela doença, mágoa face ao fim de relações amorosas, perda de um significativo ou a nível interpessoal, problemas (e.g. conjugais, violência doméstica, traições do cônjuge), e sentimentos de inutilidade como reflexo do envelhecimento. Sublinha-se a necessidade de a maioria dos participantes, em atrair a atenção do outro com a concretização deste tipo de comportamento suicidário, sendo possível colocar uma vez mais em questão, a sua real intenção de morrer. Indo ao encontro da ideia defendida por Goldney (2005), que a busca pela morte é muitas vezes, um pedido de ajuda.

Reconhecer e aceitar as experiências vividas, poderá ser um passo importante após as tentativas de suicídio (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Deste modo, os resultados da presente investigação indicaram a presença do sentimento de arrependimento, assim como, de resignação, culpa e vergonha, como as consequências emocionais mais frequentemente relatadas pelos participantes, após as suas tentativas de suicídio. Por outro lado, emergiram também algumas consequências de ordem interpessoal, dando ênfase à reconciliação e término de casamentos, ao conseguir provocar arrependimento ao ex-namorado e o não ir para um lar de idosos.

Neste sentido, é possível de culinar que o impacto destas histórias de tentativas de suicídio, deixaram ecos em nós. A proximidade da morte de outro trouxe aspetos de indagações sobre a própria existência e sobre o sentido da morte e da vida. São sentimentos que forneceram a oportunidade de ressignificar o sentido da existência, a busca de boas respostas para lidar com os desafios postos pelas intempéries do viver (Cruz, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agebro, E., Nordentoft, M., e Mortensen, B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in Young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, 325 (13), 74-77.

Allen, H., Chessick, A., Miklowitz, J., Goldberg, F., Wisniewski, R., Miyahara, S., Calabrese, R., Marangell, L., Bauer, S., Thomas, R., Bowden, L., e Sachs, S. (2005). Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 35(6), 671-680.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.

Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M., Keyes, K., Oquendo, M., Hasin, D., Grant, B., Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134, 327-332.

Bassit, A. (2002). Histórias de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: Minayo. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Coimbra, 175- 189.

Bi, B., Tong, J., Liu, L., Wei, S., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Jia, X., Liu, Y., Dong, G., Qin, X., e Phillips, M. (2010). Comparison of patients with and without mental disorders treated for suicide attempts in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *General Hospital Psychiatry*, 32, 549- 555.

Beevers, G., e Miller, W. (2004). Perfectionism, Cognitive Bias and Hopelessness as Prospective Predictors of suicidal ideation. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 34 (2), 126 -137.

Bisconer, S., e Gross, M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric Hospital. *Professional Psychology: Research and practice*, 38 (2), 143-149.

Blaauw, E., Kerkhof, A., e Hales, M. (2005). Demographic, criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 35, 63-75.

Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtiva. In M. M. Gonçalves & O.F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. (pp. 91-124). Coimbra: Quarteto Editora.

Braun, V. e Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77 – 101.

Brown, S., Jones, R., Betts, E., e Wu, J. (2003). Improving suicide risk assessment in a managed-care environment. *Crisis*, 24 (2), 49-55.

Brown, K., Steer, A., Henriques, R., Beck, T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live: a risk factor for suicide. *Am.J.Psychiatry*, 162, 1977-1979.

Chen, W. J., Chen, C. C., Ho, C. K., Lee, M. B., Chung, Y. T., Wang, Y. C. (2009). The suitability of the BSR5-5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1151-1157.

Chu, J., Goldblum, P., Floyd, R., e Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14, 25-40.

Collett, B. (2003). Ten-Year Review of Rating Scales. VI: Scales Assessing Externalizing Behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1143-1170.

Conner, K., Duberstein, P., Beckman, A., Heisel, M., Hirsch, J., Gamble, S., e Conwell, Y. (2007). Planning of suicide attempts among depressed in patients ages 50 and over. *Journal of Affective Disorders*, 97, 123-128.

Coutinho, C. (2004). Quantitativo versus qualitativo: Questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação. Atas apresentadas no XVII Colóquio ADMEE- Europa sobre a avaliação de competências. Reconhecimento e validação das aprendizagens adquiridas pela experiência, Universidade do Minho.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cox, D., Holloway, M., Greene, F., Bakalar, J., Schendel, C., Nademin, M., Jobes, D., Englert, D., Kindt, M. (2011). Suicide in the United States Air Force: Risk factors communicated before and at death. *Journal of Affective Disorders*, 133, 398-405.

Cruz, P. (2003). Modelo cognitivo da conduta suicida, *Studia*, (4), 343-385.

Daigle, M., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., e Mishara, B. (2011). Suicide Attempts: Prevention of repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-630.

Denning, G., Conwell, Y., King, D., e Cox, C. (2000). Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life-Threat Behav.*, 30, 282-288.

Durkheim, E. (1986). *Le suicide*. Paris: PUF.

Everall, R. (2000). The Meaning of Suicide Attempts by Young Adults. *Canadian Journal of Counselling*, 34 (2), 111-125.

Fleischmann, A., Bertolote, J., De Leo, D., Botega, N., Phillips, M., Vijayakumar, L., Malakouti, K., Schlebusch, L., De Silva, D., Nguyen, T., & Wasserman, D. (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 35 (10), 1467 – 1474.

Fonseca, D., Abelha, L., Lovisi, G., e Legay, L. (2010). Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado num hospital de emergência do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colect*, 18(2), 217-228.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fremouw, J., Perczel, M., & Ellis, E. (1990). *Suicide Risk: assessment and response guidelines*. USA, Pergamon Press.

Goldney, R. (2005). Suicide Prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*, XXVI (3): 128-140.

Gonçalves, O. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Campinas: Editoral Psy.

Gonçalves, O. F. (2000). *Viver Narrativamente: A Psicoterapia como Adjectivação da Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa de Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Parede: Principia.

Hawton, K., Houston, K., e Shepperd, R.(1999).Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25years, based on coroners' and medical records. *British Journal of Psychiatry*, 175,271-276.

Hermans, M. (1999). Self- narratives as meaning construction: The dynamics of self- investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1193 – 1211.

Hermans, M. e Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Hoffmann, W., Myburgh, C., e Poggenpoel, M. (2010). The lived experiences of late- adolescent female suicide survivors: 'A part of me died'. *Health SA Gesondheid*, 15 (1), 1-9.

Holmstrand, C., Niméis, A., e Tråskman – Bendz, L. (2006). Risk factors of future suicide in suicide attempters: A comparasion between suicides and matched survivors. *Nord Psychiatry*, 60, 162 – 167.

Horesh, N., Levi, Y., e Apter, A. (2012). Medically serious versus non- serious suicide attempts: Relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 136, 286-293.

Howard, G. S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology and psychotherapy. *American Psychologist*, 46(3), 187-197.

Huisman, A., Houwelingen, C., e Kerkhof, A. (2010). Psychopathology and suicide method in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 121, 94- 99.

Joffe, H. (2011). Thematic Analysis. In Harper D, Thompson AR (Ed.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy*, 209-223: Wiley- Blackwell.

Joiner, E., Walker, L., Rudd, M., e Jobes, A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and practice*, 30 (5), 447-453.

Kaplan, H., Adanek, M., e Martin, J. (2001). Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 728-734.

Kleiman, E., e Beaver, J. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210, 934–939.

Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. Massachusetts, USA: Lundbeck Institut.

Kwee, M. (2003). Construtivismo e prática clínica da rebiografia narrativa. In Abreu, C. N. & Roso, M. (orgs.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista. Novas fronteiras da prática Clínica*, 5, 69-88.

Lebret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerband, L., & Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters: characteristics an outcome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1052-1059.

Lopes, H. (2007). Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. *Educ Rev*, 29, 241-57.

Lopes, P., Barreira, D., e Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 47 – 57.

Macedo, M., & Werlang, B. (2007). Tentativa de suicídio: O traumático via Ato - Dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (2), 185 – 194.

Macente, L., Santos, E., e Zandonade, E. (2009). Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (4), 238-244.

Malfent, D., Wondrak, J., Kapuska, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 843-849.

McLean, E. e Link, G. (1994). Unravelling Complexity: Strategies to Refine Concepts, Measures, and Research Designs in the Study of Life Events and Mental Health in AVISON, W.R. e GOTLIB, I.H. (eds.), *Stress and Mental Health*. Contemporary Issues and Prospects for the Future, New York, Plenum Press.

Malkesman, O., Pine, S., Tragon, T., Austin, R., Henter, D., Chen, G., e Manji, K. (2009). Models of suicide-trait-related behaviors. *Trends Pharmacol Science*, 30(4): 165-173.

Marques – Teixeira, J. (2010). Razões para viver, razões para morrer – Uma abordagem fenomenológica do suicídio. *Revista Psiquiatria Hoje*, 16-21.

Mezuk, B., Prescott, M. R., Tardiff, K., Vlahov, D., & Sandro, G. (2008). Suicide in older adults in long-term care: 1990–2005. *Journal of American Geriatrics Society*, 56, 2107–2111.

Mitchell, M., Garand, L., Dean, D., Panzank, L., e Taylor, V. (2005). Suicide assessment in Hospital Emergency Departments – Implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), 302 – 312.

Mósciki, E. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310–323.

Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions and the construction of the self. In R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington, DC: APA Press.

Nock, M., e Kessler, R. (2006). Prevalence and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 616 – 623.

O'Connor, R., e Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. London: British Psychol. Society.

Oliveira, A., Amâncio, L., e Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 509-521.

Ostamo, A., Lahelma, E., Lonqvist, J. (2001). Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Social Science & Medicine*, 52, 1741- 1750.

Owen, G., Belam, J., Lambert, H., Donovan, J., Rapport, F., e Owens, C. (2012). Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Social Science & Medicine*, 75, 419-428.

Palmier-Claus, J., Taylor, P., Varese, F., e Pratt, D. (2012). Does unstable mood increase risk of suicide? Theory, research and practice. *Journal of Affective Disorders*, 143, 5-15.

Pessoa, F. (1954). *Poesias de Álvaro de Campos*, Lisboa: Ática.

Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1445-1452.

Quintão, S., Costa, S., & Gusmão, R. (2010). *A epidemiologia da suicidalidade em adolescentes e jovens adultos em Portugal*. Comunicação apresentada no XVIII Encontro da adolescência, Lisboa.

Reifman, A., e Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychologist*, 23 (3), 329.

Roen, K., Scourfield, J., e McDermott, E. (2008). Making sense of suicide: A discourse analysis of young people's talk about suicidal subjecthood. *Social Science & Medicine*, 67, 2089-2097.

Rogers, J., Bromley, J., McNally, C., e Lester, D. (2007). A content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *Journal of Counseling and Development*, 85, 182-188.

Rothschild, A. (1997). Suicide Risk Assessment. *Acute care psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, 202- 218.

Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 130, 205- 208.

Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Editorial Caminho.

Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio e comportamentos suicidários em Portugal*.

Shea, C. (2002). *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Sisask, M., Varnik, A., Ivesae, K., Bertolote, J., Bolhari, J., Botega, J., Fleischmann, A., Vijayakumar, L., Wasserman, D. (2010). Is Religiosity a Protective Factor Against Attempted Suicide: A Cross-Cultural Case-Control Study. *Archives of Suicide Research*, 14, 44-55.

Skogman, K., Alsén, M., e Öjehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide - a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39 (2), 113 – 120.

Smith, M., Edwards, R., Robinson, R., Dworkin, R. (2004). Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain*, 111, 201-208.

Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 3, 385 – 405.

Teixeira, F. (2004). *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra, Editora Quarteto.

Toprak, S., Cetin, I., Guven, T., Can, G., e Demircan, C. (2010). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research*, 187, 140 - 144.

Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In Silva, A. S., & Pinto, J. M. (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Wasserman, D. (2001). *Suicide – an unnecessary death*. Stochholm: Martin Dunitz.

Werlang, G., e Botega, J. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.

Werlang, G., e Botega, J. (2007). Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) em casos de suicídio. In: Humberto Corrêa; Sérgio Perez Barreto. (Org.). *Suicídio: uma morte evitável*. Atheneu, São Paulo, 187-196.

Wolk-Wasserman, D. (1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and the responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 481- 499.

World Health Organization (2000). *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002). World Suicide prevention day. Acedido a 15 de Junho. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html

World Health Organization (2013). *Suicide prevention*. Acedido a 25 de Novembro. Disponível em:

http://www.who.it/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Zayas, H., Gulbas, E., Fedoravicius, N., & Cabassa, J. (2010). Patterns of distress, precipitating events, and reflections on suicide attempts by adolescent Latinas. *Social Science & Medicine*, 70, 1773-1779.

Zhang, J., Zhou, L. (2009). A case control study of suicides in China with and without mental disorder. *Crisis*, 30(2), 68-72.

ANEXOS

Anexo I – Pedido de colaboração a profissionais

Pedido de colaboração no âmbito de investigação

Ex.mo(a) Senhor(a),

Este documento tem por objetivo informá-lo sobre uma investigação atualmente em curso na Universidade de Évora e para a qual solicitamos a sua colaboração.

A investigação em causa insere-se no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e tem por título: “*Histórias de suicídios não consumados: Um estudo sobre os significados construídos em torno da tentativa de suicídio*”. Pretende-se com esta contribuir para aumentar o conhecimento científico sobre o fenómeno do suicídio na região do Alentejo, através do estudo das narrativas de quem tentou o suicídio.

Ora, para que tal seja possível, necessitamos de aceder a esta população. Tendo em consideração as especificidades da mesma e as questões éticas que rodeiam a sua abordagem, vimos solicitar a sua colaboração na sinalização de pessoas que tenham tentado o suicídio e com as quais mantenha contacto profissional. Pedimos-lhe que, neste(s) caso(s), lhe(s) apresente o nosso estudo e afira a disponibilidade da(s) pessoa(s) para participar no mesmo, ou seja, para responder a algumas questões colocadas em entrevista agendada para uma hora/dia da sua conveniência. Asseguramos-lhe que a entrevista será conduzida num ambiente de cuidado, respeito e empatia, e que todas as informações recolhidas estarão sujeitas a critérios de confidencialidade e anonimato.

Queremos ainda dizer-lhe que só com o seu empenho e ajuda este estudo poderá ter sucesso. Gratas por toda a atenção disponibilizada, receba os nossos sinceros cumprimentos.

A investigadora Dra. Marisa Santos (mivs_27@hotmail.com)

A orientadora Prof^a. Doutora Sofia Tavares

Anexo II – Declaração de consentimento informado

Consentimento Informado

Este consentimento surge no âmbito de um estudo de mestrado, a decorrer na Universidade de Évora, em torno do fenómeno do suicídio na região do Alentejo. A participação, que agora lhe solicitamos, consiste na resposta a algumas questões colocadas sob a forma de entrevista e que se centram na tentativa de suicídio que cometeu.

Por questões metodológicas seria importante a gravação áudio da entrevista. Asseguramos a confidencialidade do conteúdo da mesma, que será unicamente utilizado para os fins da investigação supra mencionada. Em momento algum a sua identidade será revelada.

Grata pela sua atenção e certa de que esta solicitação merecerá de si toda a atenção, lhe endereço os meus melhores cumprimentos.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como eventuais esclarecimentos que me foram facultados. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do participante:

Data: ____/____/____

Anexo III – Guião de entrevista semiestruturada

Guião da entrevista

Esta entrevista insere-se num projeto de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde a decorrer na Universidade de Évora e que tem por objetivo contribuir para aumentar a compreensão sobre o fenómeno do suicídio no Alentejo, através da recolha e análise das narrativas de pessoas que cometeram tentativas de suicídio.

Como vamos iniciar a entrevista, se houver algo que queira perguntar pode fazê-lo agora. Ao longo da entrevista, se lhe ocorrer alguma questão pode também colocá-la. Todos os comentários, reflexões ou considerações acerca da sua experiência são válidos. Aquilo que pretendemos é precisamente a sua versão desta experiência.

Vamos então dar início à entrevista.

I. Antecedentes

1. Gostaria de lhe pedir que me contasse a história da sua tentativa de suicídio.
2. O que estava a acontecer na sua vida por essa altura? (Explorar: situação familiar, profissional, sentimental, social,...)
3. Como se sentia? Quais os pensamentos mais frequentes por essa altura? Consegue precisar o momento em que decidiu suicidar-se? (Explorar: o que estava a fazer? Onde? Com quem? O que estava a sentir? O que pensou exatamente?)

II. Tentativa

1. No que consistiu a sua tentativa de suicídio? (Explorar o método adotado para pôr fim à vida e porquê: acesso fácil, letalidade,...)
2. Quando e onde ocorreu? (Explorar a descrição do local e do momento: porquê?)
3. No momento que cometeu a tentativa, estava alguém por perto?

4. Quando [introduzir o método usado; e.g. ingeriu aquela quantidade de medicamentos] pensou mesmo que ia morrer? (caso diga que “não”, questionar o porquê então de tentar o suicídio).
5. O que é que permitiu a sua sobrevivência?
6. Que significado atribui a esta experiência?

III. Consequências

1. Após a tentativa de suicídio, o que pensou? O que sentiu? O que fez?
2. Que papel teve esta experiência na sua vida? Há algo que tenha mudado na sequência da sua tentativa de suicídio?
3. Atualmente como percebe o que aconteceu? (O que pensa sobre tudo isto?)

Chegámos ao fim da nossa entrevista. Quero dizer-lhe que me sinto profundamente grata por se ter disponibilizado a partilhar esta importante experiência da sua vida comigo. A sua participação foi fundamental para o sucesso deste estudo. Muito obrigada!

Anexo IV – Tabelas por unidades de registro

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo (UR)
Contextualização da tentativa na história de vida	Tentativas anteriores de suicídio	<p>E2 “Sim já tentei duas vezes, por causa desta vida...”</p> <p>E2 “... quando andava pior é que fiz essas coisas, duas vezes que fiz isso...”</p> <p>E3 “... tenho andado muito em baixo por causa disso e já tentei outra vez... Já foram duas vezes...”</p> <p>E3 “... a última vez foi há uma semana...”</p>
	Acontecimentos de vida	<hr/> <p>E1 “Porque eu quando tentei o suicídio, foi como resultado dos tumores que tive... tinha tido um primeiro numa mama...e em 2005 tive um tumor no cólon do útero... Depois foi-me detetado um tumor no estômago, foi-me tirado o estômago todo. Tive um internamento muito prolongado no hospital, porque as coisas não correram lá muito bem...”</p> <p>E1 “ Eu fazia radioterapia e quimioterapia tudo ao mesmo tempo ... eram doses muito elevadas e era complicado porque não tinha estômago... e depois ia caminho de Carnaxide fazer o resto dos tratamentos. Mas aquilo de ir de ambulância e depois vir, aquilo é tão horrível...”</p> <p>E1 “...depois na altura já tinha também fibromialgia... era mais o meu sofrimento em que eu estava, que é muito doloroso. Muito, fisicamente e mentalmente...”</p> <p>E2 “...o meu casamento nunca deu certo porque o meu marido é totalmente o meu oposto... Então começou assim, com este feitio dele...”</p> <p>E2 “... Eu não era compreendida, não me sinto uma mulher amada, não... sempre sozinha”</p> <p>E2 “... por causa desta vida com ele que não dá certo e às vezes via-me aflita...”</p> <p>E2 “...É derivado ao estado de depressão em que a gente se encontra e vermo-nos sem esperança e sem sabermos para onde havemos de lutar... a vida já não tinha sentido, não tinha significado nenhum...”</p> <p>E2 “...É muito sofrimento... Não sei o que vai ser da minha vida... mas isto não me dá gosto pela vida pronto. Estou a</p>

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>Acontecimentos de vida</p>	<p>viver a minha vida mas não estou feliz!...”</p> <p>E3 “... fiquei muito nervosa porque o meu namorado tinha terminado comigo e naquele dia não me respondia já às mensagens que lhe enviava... fui a casa dele para ver se ele estava em casa...cheguei lá e ele não reagiu da maneira pronto como eu gostava que ele reagisse...”</p> <p>E3 “... é tudo, é o trabalho, é a vida em si! Foi uma mudança muito grande da escola para o trabalho, é diferente...Antes era uma rapariga que saía, de repente é aquela vida casa/trabalho, trabalho/casa e perdi a vontade de sair”</p> <p>E3 “...Desaparecer... A vida não faz nenhum sentido, não faço cá falta... Às vezes na vida ando cá por... andar. Não é aquele gosto que a gente deve ter...”</p> <p>E4 “...andava envolvida com um rapaz, a gente já namorava há algum tempo e ele começou a afastar-se e começou a dizer que já não queria andar comigo...ele estava constantemente a dizer coisas que me faziam sentir mal e que me baixavam a autoestima...”</p> <p>E4 “...só me foquei mesmo no que ele me disse e como me magoou. O resto parece que deixou de existir... Raiva, sentia-me mal comigo própria pelo que ele me dizia. Deixou de fazer sentido a vida...”</p> <p>E5 “...Tinha acabado a Universidade, estava sem emprego... voltei para a aldeia da Cumeada, para a casa dos meus pais, enfim sem perspetivas nenhuma, foi o caos... queria era trabalhar e ser independente Não tinha independência ... depois de estar cinco anos na Universidade onde a pessoa tem uma vida independente”</p> <p>E5 “... E depois tinha uma relação com um rapaz, que também não tinha assim muito futuro... terminei a relação com o rapaz, foi logo a gota de água...”</p> <p>E5 “... posso dizer que foi infantilidade, acho que o desgaste, o desespero... Porque é assim o que eu me sentia... não tinha nada para me agarrar...”</p> <p>E5 “...Se calhar também é um bocadinho de egoísmo,</p>
---	-------------------------------	---

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>Acontecimentos de vida</p>	<p>porque é a parte mais simples é fazer isto...”</p> <p>E6 “...eu e o meu irmão ficamos só com a minha mãe quando ele [o pai] morreu... só a minha mãe a trabalhar para pagar as despesas todas tornou-se complicado e o meu irmão era o mais velho, teve que começar a trabalhar cedo para ajudar a minha mãe...”</p> <p>E6 “... comecei a entrar no outro mundo... o mundo da anorexia... Deixei de gostar de mim e do meu corpo...”</p> <p>E6 “... era o querer ser como as outras raparigas e não me ver assim, de ter comida à frente e só me dar ânsias ...”</p> <p>E6 “...É isso mesmo, um sofrimento psíquico de chegar a ter nojo do meu corpo... acabar com tudo, estava farta de sofrer!”</p> <p>E6 “...sentia-me desesperada, muito perdida...sozinha nesta vida e sem fazer falta a ninguém. Só queria desaparecer... nada me fazia sentido...estava mesmo num grande sofrimento e só vi aquilo...”</p> <p>E7 “... estávamos a discutir ele dá-me uma bofetada e estava grávida de 8 meses da Ana... Era raro o sábado em que já não levava dele, por isto ou por aquilo...”</p> <p>E7 “...isto ainda durou 3 anos da minha vida até eu conseguir pôr um fim à pancadaria...”</p> <p>E7 “...As coisas não me faziam sentido pronto, foi um desespero de real tamanho... A vida deixou de fazer sentido e apenas queria terminar com o meu sofrimento...”</p> <p>E7 “...Foi o desespero de não ver como acabar com todo o sofrimento e dor pelo que estava a passar... Eu não era feliz!...”</p> <p>E8 “... o meu pai era um bocado agressivo, nem ele podia pensar que o rapaz ou outros olhavam para mim... tinha medo não fizesse alguma coisa mal e o meu pai soubesse. Porque o meu pai batia na minha mãe...”</p> <p>E8 “... era uma vida tão cheia de medo, cheia de vergonha de ouvir aquelas gritarias, ouvi-lo a ele com aquelas coisas todas ...nunca tive uma conversa aberta com o meu pai...”</p>
---	-------------------------------	---

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>Acontecimentos de vida</p>	<p>Não tinha relação de pai e filha...”</p> <p>E8 “...Era infeliz! Sentia-me por vezes à parte...”</p> <p>E9 “... desde que comecei a andar à escola primária sempre tive muito medo. Medo, medo de enfrentar a vida, medo do dia... Nunca me senti criança... sentia-me diferente das outras pessoas... não era capaz de me dedicar a nada...”</p> <p>E9 “... longe de saber que isto se tratava de um problema, de uma doença. Nem ela, nem eu sabíamos que era esquizofrenia...”</p> <p>E9 “... para conseguir preencher este vazio que eu tinha resultante da doença... nessa altura os médicos diziam-me que talvez com a gravidez, me ajudasse... não houve um único dia que eu não chorasse durante essa gravidez... não tinha alegria, não era capaz de ser feliz...”</p> <p>E9 “... Eu acho que esta doença é pior, porque a pessoa não sabe o que é, não sabe de onde vem e sofre, sofre muito... Que não me deixa ser ninguém...”</p> <p>E9 “... uma espécie de uma angústia no dia-a-dia e que não me deixava viver em paz. Não me deixava ser feliz ... já andava tão desesperada, tão desesperada...”</p> <p>E9“...um vazio que se sente aqui dentro, é uma instabilidade, a gente olha para tudo e tudo é triste. Isto é verdade, não faz sentido, o que é que ando a fazer nesta vida?”</p> <p>E9“...sentia sempre esta instabilidade, tristeza, uma angústia!... a vida para mim não faz sentido...”</p> <p>E9 “....Há momentos que tenho momentos de euforia, canto e danço e de repente estou a chorar, estou na cama e não me apetece levantar... Acordar de manhã e ter medo de enfrentar o dia, medo de enfrentar cada passo que se dá...Não sei se faz parte dos esquizofrénicos...”</p> <p>E10 “...as coisas com o meu marido não estavam muito boas... descobri que ele andava a enganar-me com outra...”</p> <p>E10 “...um dia apanhei duas mensagens da outra no telemóvel dele a combinarem encontrar-se... Caiu-me tudo</p>
---	-------------------------------	---

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>Acontecimentos de vida</p>	<p>aos pés!...”</p> <p>E10 “...só via a outra à frente! Custa muito... um vazio imenso, uma tristeza que se apoderava de mim, deixei de me valorizar enquanto mulher... não tinha disposição para nada...”</p> <p>E10 “... A vida não estava com sentido nenhum... Vi-me como já não valendo nada...”</p> <p>E10 “... tornou-se algo insuportável para mim, sentia muita raiva de estar a ser enganada... só queria desaparecer e deixar de sofrer...”</p> <p>E11 “... quando vamos para velhos já estamos a mais... E eu sentia-me a mais na casa do meu filho...”</p> <p>E11 “...ouvi eles a dizerem que tinham que me meter num lar dos velhos... a minha genra trabalha lá no lar e queria ver-se mas é livre de mim...Depois não me deixam estar na minha casa, que lá é que estava bem...”</p> <p>E11 “... Já vivi tudo o que tinha a viver menina, já criei os meus filhos, já perdi o meu marido, também tem que chegar a minha altura...”</p> <p>E11 “...A gente devia morrer antes de entrar para estas coisas... Nada como a nossa casa... que faz uma pessoa cá quando é um fardo para os outros, sem utilidade, sem nada?”</p> <p>E12 “...Tenho 3 filhos menores e descobri que o meu marido me traía, não querendo saber de mim nem dos filhos... eu sei por fonte segura que ele continua a andar ai com outras mulheres... ”</p> <p>E12 “...tanto eu como ele, nem sempre tínhamos trabalho, bem que pode imaginar como as coisas ficavam às vezes ao fim do mês...estava sem trabalho e ele igual, queríamos dar de comer aos miúdos e não conseguíamos...”</p> <p>E12 “...Sentia-me mal... saturação da vida, não via sentido nenhum! Só queria terminar com todo este sofrimento e angústia...”</p>
---	-------------------------------	--

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>Estado afetivo limite</p>	<p>E1 “... a minha história de tentativa de suicídio foi um desespero muito grande e de muito sofrimento também...cheguei à conclusão que não valia a pena estar se calhar em sofrimento para nada pronto, olhe foi mesmo o desespero...”</p> <p>E3 “...entrei em desespero...”</p> <p>E7 “...a tentativa resultou do desespero e da angústia que estava a viver naquele tempo...”</p> <p>E9 “...A minha razão para a tentativa de suicídio é um vazio interior que não consigo preencher de maneira nenhuma, uma tristeza e angústia constante...”</p> <p>E12 “...Eu sentia-me tão desesperada e um vazio tão grande apoderava-se de mim...”</p> <hr/>
	<p>Outros significativos</p>	<p>E2 “...Então começou assim, com este feitio dele eu nunca serei feliz porque a minha vida tem sido um inferno, um martírio... Até agora!”</p> <p>E2 “... com ele assim em casa nunca consigo ter melhoras porque ele é totalmente o meu oposto... o que me levou a fazer isso é derivado ao feitio dele que não dá com o meu!”</p> <p>E3 “...fiquei muito nervosa porque o meu namorado tinha terminado comigo e naquele dia não me respondia já às mensagens que lhe enviava. Então fui a casa dele para ver se ele estava em casa...cheguei lá, ele não reagiu da maneira como eu gostava que ele reagisse e cheguei a casa e pronto chorei, chorei, chorei e fiz...”</p> <p>E4 “...E o motivo foi mais ou menos o mesmo. Tinha sido por causa de outro namorado, que eu até estive junta com ele e tudo, mas as coisas não correram bem...”</p> <p>E5 “...hoje vejo que foi um bocadinho para chamar a atenção dele [do namorado], porque eu gostava muito dele e aquilo que eu queria era que ele voltasse...O que eu queria era que ele voltasse, tanto que eu só o fiz aquilo para o chamar a atenção e com o intuito de agora vou fazer isto e ele vai voltar... Queria que ele tivesse pena de mim...”</p>

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>Outros significativos</p>	<p>E7 "... Mas hoje vejo que foi uma forma também de o chamar a atenção do quanto me estava a magoar... Foi isso, chamar a atenção dele [do marido] naquele momento já que não me estava a dar atenção devida, amor e carinho..."</p> <p>E8 "... porque por força que achava que era o meio pelo qual o meu pai ficasse melindrado para conseguir o namoro, pronto... Era para chamar a atenção... como o meu pai era e é um pouco agressivo, talvez quisesse chamar a atenção para ele ver que os outros sofriam com a maneira dele ser..."</p> <p>E8 "...a tentativa foi um motivo de abano para o meu pai, para ele saber que eu era viva e que tinha sentimentos..."</p> <p>E10 "...estava num sofrimento enorme e estava muito magoada por ter sido traída e por ele [o marido] não nos ligar..."</p> <p>E11 "...eu fiz o que fiz, quando ouvi dizer que a tia Estrudes que é aqui vizinha tinha ido para o lar onde os velhos estão e eles [o filho e nora] disseram logo que qualquer dia ia eu. Ai sim? Ai vais mas é para debaixo da terra e pronto... A gente sentir-se a mais na vida da outra gente não é para mim..."</p> <p>E12 "... uma mágoa por toda a situação que vivíamos e por ele [o marido] andar com outras... e fiz o que fiz!"</p>
	<p>Ausência de autonomia</p>	<p>E5 "... E depois era o querer acabar com tudo... acabei o curso e comecei a ficar mesmo no fundo do poço, pois não tinha emprego, voltei para a aldeia (para a casa dos meus pais), enfim sem perspectivas nenhuma, foi o caos..."</p> <p>E8 "... a minha intenção não era morrer, era para conseguir que o meu pai me deixasse namorar com o rapaz... pensava que era um meio, talvez dele ter medo e olhar um bocadinho para os meus sentimentos..."</p> <p>E8 "... Que também sabia pensar por mim, sabia agir por mim..."</p>

Contextualização da tentativa na história de vida	Ausência de autonomia	<p>E11 “...Sentia-me a mais, um fardo para eles! Eles têm as vidinhas deles querem lá saber da velha... que faz uma pessoa cá quando é um fardo para os outros, sem utilidade, sem nada? Depois não me deixam estar na minha casa, que lá é que estava bem...”</p> <hr/>
	Solidão	<p>E2 “...Eu não era compreendida, não me sinto uma mulher amada... sempre sozinha! As minhas filhas casaram mas sinto-me sozinha...”</p> <p>E11 “...eu ficava sozinha os dias inteiros lá em casa...”</p> <hr/>
	Perturbação mental	<p>E2 “...levou-me a arranjar uma depressão, da qual eu não me tenho visto livre já há muitos anos... Então a depressão é crónica, acho eu porque eu ainda nunca a consegui curar...”</p> <p>E3 “... foi quando demos que era uma depressão que eu tinha...”</p> <p>E4 “... Para dormir tinha que tomar qualquer coisa para dormir e passava o tempo todo a chorar, foi então que me receitaram uns antidepressivos...”</p> <p>E5 “... juntou-se ali aquelas condicionantes todas, propicia às depressões...”</p> <p>E6 “... comecei a entrar no outro mundo... o mundo da anorexia. Deixei de gostar de mim e do meu corpo...”</p> <p>E9 “... longe de saber que isto se tratava de um problema, de uma doença. Nem ela, nem eu sabíamos que era esquizofrenia...”</p> <hr/>
História familiar de suicídio	<p>E1 “...E para além disso, também tenho na família casos de suicídio, inclusive o meu pai, para além de tios direitos e primos em segundo grau...”</p> <p>E2 “... Pronto, o meu pai também se suicidou mas também por problemas ... E então nessa altura o meu pai já se tinha suicidado... há quem diga que isso contribui, mas não foi por isso, foi pelo que já disse...”</p>	

<p>Contextualização da tentativa na história de vida</p>	<p>História familiar de perturbação mental</p>	<p>E3 "...Só que a minha avó é que se matou com comprimidos porque o anel do esófago fechou..."</p> <hr/> <p>E3 "... A minha mãe também já teve uma grande depressão mas nunca lhe deu para isto..."</p> <p>E6 "...O meu pai morreu tinha eu 8 anos, como resultado da bebida..."</p> <p>E9 "... E o meu irmão também tem esquizofrenia, até andamos agora a tratar das coisas a ver se o conseguimos internar..."</p>
<p>Descrição da tentativa</p>	<p>Local da ocorrência</p>	<p>E1 "... o meu marido estava a ver o telejornal na sala e eu aproveitei aquele momento fui para o quarto e ingeri daquilo, mas antes lembro-me de tomar dois comprimidos daqueles para dormir e colocar-me debaixo da minha cama..."</p> <p>E2 "... Sim! Lembro-me que as duas vezes que fiz a tentação foi na minha casa..."</p> <p>E3 "... cheguei a casa e pronto chorei, chorei, chorei e cheguei ao desespero e fiz..."</p> <p>E4 "...Eu houve uma altura em que já tinha sido com isso lá em casa que tentei acabar com a minha vida..."</p> <p>E5 "...Houve um dia que discutimos, já tínhamos terminado mesmo a relação, mas nesse sábado de manhã discutimos ao telefone e não sei o que me deu na cabeça e fi-lo lá em casa..."</p> <p>E6 "... Escrevi uma carta a umas amigas... enviei a carta para os emails e fui para a casa de banho..."</p> <p>E7 "...Dias após o ter ameaçado... estava tão desorientada, cansada da minha vida porque estava a cuidar dos meus filhos em casa e tudo aquilo que só me apetecia desaparecer.... Então fui para a casa de banho e pronto fiz o que tinha a fazer..."</p> <p>E8 "...Foi em casa, mais concretamente na cozinha que era o sítio onde me encontrava naquele momento. E depois</p>

<p>Descrição da tentativa</p>	<p>Local da ocorrência</p>	<p>lembro-me que me fui deitar. Quando me comecei a sentir meio tonta, foi quando eu disse à minha mãe... Queria-me despedir dela...”</p> <p>E9 “...Foi em casa, estava sozinha em casa...”</p> <p>E10 “...Até que um dia, apanhei-me sozinha lá no monte... e tomei coragem... Então decidi fazer o que fiz naquele dia, ele tinha-me telefonado antes a dizer que ia para a poda para outro monte e eu sabia que era mentira ... Estava sozinha, o meu filho estava à da minha mãe...”</p> <p>E11 “...Estava em casa sozinha, lembro-me que foi no Verão passado... e deu comigo já caída no chão da cozinha...”</p> <p>E12 “...Quando o fiz estava sozinha, esperei que os miúdos estivessem na escola e que ele saísse... em casa, foi em meados de Setembro...”</p>
	<p>Método utilizado</p>	<hr/> <p>E1 “... Ai como é que aquilo se chama, pexanol. Uma forma mesmo brusca... era o que tinha à mão, quer dizer o meu filho é caçador, quer dizer na altura, e tinha lá na minha casa dois cães com que caçava, então tinha lá dessas coisas numa arrecadação e foi com o que tentei por fim...”</p> <p>E2 “... na primeira tentativa e na segunda foram logo comprimidos... era a coisa que me vinha mais à ideia, depois cheguei à conclusão de que com os comprimidos não se morre...”</p> <p>E3 “...Eu tentei o suicídio foi com comprimidos... a última vez foi há uma semana... mas em menos quantidades...”</p> <p>E4 “...estive ligada às máquinas e tudo, tiveram que me fazer uma lavagem ao estômago...Pronto, essa por acaso foi com comprimidos... porque foi a primeira coisa que me veio à mão, não foi nada planeado...”</p> <p>E5 “...Tomei comprimidos do meu pai... era o que estava mais à mão de semear. Foi o que, era mais fácil de conseguir não sei. Nos outros métodos nem pensei...”</p> <p>E6 “...tomei comprimidos, nem sei do que eram só sei que</p>

<p>Descrição da tentativa</p>	<p>Método utilizado</p>	<p>foi o que apanhei... Era já o que tinha pensado e depois achei que tomando aquilo morria logo...”</p> <p>E7 “... agarrei lá nuns comprimidos que para lá tinha e tomei uma boa quantidade. Foram tantos que só acordei no hospital e já me tinham feito a lavagem ao estômago... Sabia que não tinha coragem para meter uma corda ao pescoço e dai ter pensado logo em tomar comprimidos, pelo menos não sentia dor, não sentia nada...”</p> <p>E8 “... tentei o suicídio com comprimidos... era o que havia lá em casa...e pensei nisto também para não morrer. Quer dizer, com 15 anos não pensava em poços nem em cordas, nem nada disso. E como havia lá comprimidos para dormir que era Loreni, tomei 15...Olhe era o que estava mais à mão...”</p> <p>E9 “...tomei uma data de comprimidos ...era o que eu tinha à mão. Eram uns calmantes que a minha mãe me dava e que normalmente eu tinha na mesinha de cabeceira e quando me sentia assim mais nervosa eu recorria a eles... Quer dizer, quando recorria tomava um ou dois por dia. E nesse dia lembrei-me de tomar uns 10 ou 15...”</p> <p>E10 “...peguei numa corda e comecei a atá-la a uma oliveira que lá está com uns troncos grossos, perto do monte. Não sei onde fui a tanta coragem... Fui buscar um banquinho que estava debaixo da chaminé, fiz o nó e meti-me lá em cima... vivo num monte e o que não faltam lá são cordas, foi só escolher. E eu queria mesmo pôr fim à minha vida, e sabia que assim morria mesmo...”</p> <p>E11 “...Então um dia tomei medicamentos para ver se acabava com a minha vida... nem sei quantos bebi... Foi o que apanhei, nem sei para o que eram. Foi pô-los na boca e para baixo...”</p> <p>E12 “...tentei enforcar-me em casa... Coloquei a corda no corrimão da escada que é de alvenaria, aquelas que dizem para o 1º andar... Então subi as escadas e enrolei a corda ao pescoço e depois... foi encontrar a coragem para dar um</p>
--------------------------------------	-------------------------	--

		salto... Queria morrer, estava demasiada cansada da vida e sabia que assim conseguia...”
<p style="text-align: center;">Fatores de sobrevivência</p>		<p>E1 “...O meu marido começou a estranhar a minha ausência foi à minha procura, ele diz que me custou a encontrar porque estava debaixo da cama, mas deve ter visto o frasco no chão ou isso e lá me encontrou e trouxeram-me logo para o hospital...”</p> <p>E2 “... porque quando o fiz ele estava a trabalhar. Só que depois quando chegou a casa é que viu e socorreu-me logo...”</p> <p>E3 “...Na primeira foi mesmo...Foi quase um milagre eu estar aqui, se não tivesse sido logo auxiliada... A minha mãe foi quem me socorreu, que estava em casa...”</p> <p>E4 “...tinha desmaiado ou não sei bem como foi a coisa, por isso não vi o desenrolar da situação, não vi quando os meus pais me acharam e isso...”</p> <p>E6 “...A sorte foi a minha mãe que estava em casa e estranhou eu não aparecer na sala e foi à casa de banho e lá chamou o 112...”</p> <p>E8 “...o facto de ter ido ter com a minha mãe e contar-lhe que tinha ingerido os comprimidos. Toda a vida gostei muito da minha mãe e... talvez tenha sido com o medo de a perder...”</p> <p>E9 “...Na altura dos 15 anos foi a minha mãe que foi dar comigo...”</p> <p>E10 “...Mas pronto, não correu como pensava, pois os meus cunhados apareceram entretanto e acudiram-me logo... Foram logo a correr e como eu fiquei com uma ferida na garganta do aperto, levaram-me logo para o Centro de Saúde... Depois dali mandaram-me para um médico da cabeça em Évora...”</p> <p>E11 “...mas por sorte ou azar, a minha genra veio a casa buscar não sei o quê e deu comigo já caída no chão da cozinha, com as carteiras vazias, dos comprimidos. Pronto depois lá carregou comigo para o Centro de Saúde... e</p>

<p>Fatores de sobrevivência</p>		<p>terem posto um tubo por as goelas a baixo... Dali fui para o hospital e fiquei lá uns dias para me verem...”</p> <p>E12 “...foi o meu filho ter vindo mais cedo da escola e dar comigo...e com todo o aparato... Chamou logo o 112 coitadinho e eu fui logo para o hospital de Évora onde fiquei internada ainda 2 semanas...”</p>
<p>Significado/ Intenção</p>		<p>E3 – “...o motivo, eu não sei explicar pronto, porque entrei em desespero e parecia que não sabia o que estava a fazer...”</p> <p>E4 – ... foi mesmo ali naquele momento porque foi mesmo um acumular de coisas que já estava mesmo cheia, mesmo a transbordar. Surgiu e foi assim... não foi nada planeado...”</p> <p>E5 – “Eu hoje vejo que foi um bocadinho para chamar a atenção... Chamar a atenção dele, porque eu gostava muito dele e aquilo que eu queria era que ele voltasse...tanto que eu só fiz aquilo para o chamar a atenção e com o intuito de agora vou fazer isto e ele vai voltar...”</p> <p>E7 – “...hoje vejo que foi uma forma também de o chamar à atenção do quanto me estava a magoar... Foi isso, chamar a atenção dele naquele momento já que não me estava a dar atenção devida, amor e carinho...”</p> <p>E8 – “...Era para chamar a atenção... talvez quisesse chamar a atenção, para ele ver que os outros sofriam com a maneira dele ser. Para conseguir alguma coisa, porque a gente com ele não conseguia nada...Porque a minha intenção não era morrer, era para conseguir que o meu pai me deixasse namorar com o rapaz...”</p> <p>E10 – “... eu estava num sofrimento enorme e estava muito magoada por ter sido traída e por ele não nos ligar...”</p> <p>E11 – “... eu fiz o que fiz, quando ouvi dizer que a tia Estrudes que é aqui vizinha tinha ido para o lar onde os velhos estão e, eles [o filho e nora] disseram logo que qualquer dia ia eu...”</p>

<p>Consequências da tentativa</p>	<p>Emocionais</p>	<p>E1 “...Estou arrependida sou sincera. Arrependi-me um tempo depois e até considero para mim, acho que isto em relação ao morrer que a gente só morre quando tem que morrer... estou muito arrependida porque não vale a pena...”</p> <p>E2 “...mas agora vejo que não há nada no mundo que justifique a gente fazer seja porque for... penso que não há nada no mundo que valha a pena a gente fazer isto porque não leva a nada... Não há nada que justifique fazer essas coisas... E hoje arrependo-me e tenho pedido tantas vezes, tantas vezes, perdão a Deus...”</p> <p>E4 “...Gosto muito do meu pai, da minha mãe também mas pronto nessa altura vi mesmo que tinha feito asneira...Estou arrependida, por ter visto o estado do meu pai naquele momento, que passou a noite inteira à minha procura e pronto nem dormiu nem nada... e eu prometi-lhe que nunca mais o fazia...”</p> <p>E5 “...a parte mais simples é fazer isto. Os outros que fiquem cá com as coisas, com o sofrimento... e arrependo-me! Arrependo-me sobretudo porque sei que fiz sofrer alguém, que foram os meus pais...”</p> <p>E6 “...Sim estou muito arrependida por ter feito isto! Sobretudo porque dei muito trabalho à minha mãe e vi que lhe custou muito...”</p> <p>E7 “...Estou arrependida porque depois daquilo, podia nunca mais ver os meus filhos e acompanhar o seu crescimento...”</p> <p>E8 “...não fiz mais, porque depois vi que não valia a pena estar a fazer isso, que estava-me a prejudicar só a mim e às pessoas que eu gostava, que era a minha mãe, porque ele nunca ia quebrar. Vi que não valia a pena, que ele não mudava... estava-me a prejudicar e sobretudo à minha mãe, que é o amor da minha vida...”</p> <p>E10 “... Mas os outros apareceram... Mas também lhe digo,</p>
--	-------------------	--

<p>Consequências da tentativa</p>	<p>Emocionais</p>	<p>hoje agradeço por isso, que foi a minha sorte... Naquele momento só via aquilo, mas hoje arrependo-me muito, porque iria fazer sofrer muito o meu filhinho que não tem culpa nenhuma... Hoje consigo ver que não se justifica uma coisa destas, sobretudo porque o meu filho não merecia ficar sem mãe e precisa muito de mim... Ele sim é importante para mim...”</p> <p>E10 “... chorava de vergonha porque parece que caí em mim e pensava no que as pessoas iam comentar, mais em relação aos meus cunhados porque assistiram...isto tudo parece que foi um “abre olhos” para mim, de que tinha que mudar a minha vida e que não há nada que justifique terminar com a nossa vida por causa de um homem...”</p> <p>E12 “... Hoje estou muito arrependida! Os meus filhos são tudo para mim... Apesar de a vida não continuar fácil, agora já começo a pensar de outra forma... Penso nos meus filhos em primeiro...Senti arrependimento e um pouco de vergonha por os meus filhos...”</p>
	<p>Interpessoais</p>	<hr/> <p>E4 “...Depois quando isso aconteceu, mais tarde ele procurou-me arrependido, só que pronto ai já nem deixei aproximar...”</p> <p>E7 “...mas por outro lado, acho que foi um “abre-olhos” para o Pedro e parece que resultou porque nunca mais me tocou e apesar de nunca ter aceitado se curar, tem feito para beber menos... E apesar de tudo isto, tentei construir novamente o meu casamento com o Pedro com todas estas condições e no fundo amo o meu marido...”</p> <p>E10 “...Olhe já não estou com ele, separei-me o que para mim foi a melhor coisa que fiz! E hoje sem dúvida que penso mais no meu filho, vivo para ele...”</p> <p>E11 “...ao menos não fui para o lar com as outras desgraças que lá estão... só que me tinha livrado de ir para o lar e... nunca mais ouvi dizer nada nem ao meu filho nem à minha genra... já me deixam ir mais vezes à minha casa e continuo</p>

Consequências da tentativa	Interpessoais	a ir dormir à do meu filho, mas pelo menos não fui para aquela escuridão dos lares...” E12 “...apesar de tudo isto fiquei ainda mais unida aos meus filhos, e deixei-o...”
-----------------------------------	---------------	--