



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Representações do Suicídio no Alentejo

Joana Costa

Orientador:
Prof^a. Doutora Sofia Tavares

Dezembro | 2013

Resumo

Estima-se que em Portugal ocorram aproximadamente mil suicídios por ano, sendo que o Alentejo é a região do país onde as taxas de suicídio são as mais elevadas. Ao ser importante conhecer o contexto social e cultural onde o fenómeno ocorre e adquirir significado, este estudo procura apreender os campos semânticos associados ao suicídio no Alentejo e compreender se a perceção das pessoas é modelada pelo nível de escolaridade, situação profissional, religiosidade e/ou contacto com alguém que tenha cometido suicídio. Para tal 271 adultos, residentes nos distritos de Portalegre, Évora e Beja foram confrontados com os estímulos: *O Suicídio faz-me pensar em...; O suicídio faz-me sentir...; As pessoas que se suicidam...* Dos dados recolhidos, submetidos a uma análise fatorial de correspondência, conclui-se que os alentejanos têm a representação de que o suicídio se encontra associado a perturbações psicológicas e fortes emoções negativas (e.g. desespero, sofrimento). No que respeita à imagem que têm das pessoas que cometem suicídio, os alentejanos divergem entre a coragem e o egoísmo. As implicações destes resultados são discutidas em termos das suas implicações para a compreensão do suicídio e desenvolvimento de programas de prevenção deste fenómeno psicossocial.

Palavras-chave: Suicídio, Alentejo, Representações, Análise Fatorial de Correspondência

Abstract

Representations of Suicide in Alentejo

It is estimated that about one thousand suicides can occur each year in Portugal, being the suicide rates in Alentejo much higher than in other regions. While it is important to know the social and cultural context where the phenomenon occurs and acquires meaning, the present study seeks to capture the semantic fields associated with suicide in Alentejo and to understand whether people's perception is modelled by education level, employment status, religion and/or contact with someone who has committed suicide. For this 271 adults, living in districts of Portalegre, Évora and Beja were confronted with stimuli: *Suicide makes me think of...*; *Suicides makes me feel...*; *People who commit suicide....* From the data collected, submitted to a factorial analysis of correspondence, it is concluded that alentejanos have a suicide representation associated with psychological distress, and strong negative emotions (e.g. despair, suffering). Regarding the image people have in concerns to suicide, alentejanos differ between courage and selfishness. The implications of these results are discussed in terms of their implications for the understanding of suicide and the development of prevention programs of this psychosocial phenomenon.

Key-Words: Suicide, Alentejo, Representations, Factorial Analysis of Correspondence

Agradecimentos

Apesar de ser um trabalho individual, esta dissertação não seria possível sem a participação de pessoas imprescindíveis à sua consecução. Embora os trilhos que percorremos ao longo da vida sejam opções nossas, não os percorremos sozinhos. Sem a ajuda e o apoio de pessoas especiais não sentiríamos tanta motivação e empenho na busca da felicidade e de algo que nos preencha e nos faça sentir realizados. Pode parecer injusto, mas é impossível agradecer a todas as pessoas que contribuíram para que o meu navio chegasse ao cais, mesmo àquelas que criaram dificuldades.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Prof^a. Doutora Sofia Tavares, por reunir em si todas as características que sempre pensei que uma verdadeira orientadora deveria ter. Obrigado pela sua disponibilidade e por tudo o que me ensinou ao longo de todo este processo, bem como pelo incentivo e ânimo.

Aos meus pais, por me proporcionarem a concretização de um sonho, por correrem para mim sempre que precisei, por estarem sempre ao meu lado, por todo o apoio e amor incondicional. Por serem os meus pilares durante estes 5 anos.

À minha avó Mena, por toda a força e coragem que sempre me deu para enfrentar os desafios da vida, e por me ajudar sempre a ser mais e melhor.

Aquela pelas quais todas as palavras do mundo são efémeras, Ana Cartaxo. Obrigado pelos conselhos amadrinhados, pelos infinitos desabafos e por nunca me deixares cair. Obrigado por mesmo longe, estares bem juntinho a mim... Sem a tua amizade, apoio e carinho, com certeza estes 5 anos teriam sido mais difíceis.

À Doutora Vânia Cunha, obrigado por me ter apoiado e encorajado, por fazer muito mais do que a sua obrigação, e por se mostrar sempre disponível para me ouvir. Obrigado por *não me dar o peixe, mas ensinar-me a pescar*. Obrigado pela sua amizade.

Aos meus amigos e namorado, pelo apoio e encorajamento, pela aceitação dos meus dias menos bons e pela paciência para o constante tema. Obrigado pelos pequenos miminhos, pelas gargalhadas, pelo ombro amigo, pelos conselhos. Obrigado por fazerem com que esta melodia tocasse de forma mais suave e harmoniosa e por me fazerem feliz.

Um sincero e profundo obrigado por fazerem todos os dias parte desta construção!

Lista de Abreviaturas

ACM – Análise de Correspondência Múltipla

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice

Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos	iv
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	5
I. Do Conceito à Epidemiologia do Suicídio	5
1. Noção de Suicídio.....	6
2. Breve História	7
3. Comportamentos Suicidários: Suicídio, parassuicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida	9
4. Modelos Explicativos do Suicídio	11
5. Epidemiologia do Suicídio.....	17
6. O Suicídio em Portugal e no Alentejo	19
II. Representações Sociais	23
1. Noção de Representação Social.....	24
2. O carácter construído e o carácter social das Representações Sociais	26
3. Processos Sociocognitivos	29
4. Função das Representações Sociais.....	31
5. O estudo do Suicídio no âmbito da Teoria das Representações Sociais	32
Estudo Empírico	35
III. Objetivos.....	36
IV. Metodologia.....	36
1. Participantes.....	36
2. Instrumento.....	37
3. Procedimento	37
V. Resultados	40
VI. Discussão dos Resultados	61
Principais Conclusões e Implicações Futuras	66
Referências Bibliográficas	71

Índice de Anexos

Anexo I – Questionário *Representações do Suicídio no Alentejo*

Anexo II – Tabela Completa das Palavras relativas ao estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

Anexo III – Quantificações das Categorias do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

Anexo IV – Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

Anexo V - Tabela Completa das Palavras relativas ao estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

Anexo VI – Quantificações das Categorias do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

Anexo VII – Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

Anexo VIII – Tabela Completa das Palavras relativas ao Estímulo *As pessoas que se suicidam...*

Anexo IX – Quantificações das Categorias do estímulo *As pessoas que se suicidam...*

Anexo X - Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo *As pessoas que se suicidam...*

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características dos participantes do estudo38

Tabela 2: Principais inércias e percentagens explicadas e acumuladas do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*43

Tabela 3: Medidas de discriminação das variáveis do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*44

Tabela 4: Agregação das categorias por dimensão do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*44

Tabela 5: Principais inércias e percentagens explicadas e acumuladas do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*50

Tabela 6: Medidas de discriminação das variáveis do estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	50
Tabela 7: Agregação das categorias por dimensão do estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	51
Tabela 8: Principais inércias e percentagens explicadas e acumuladas do estímulo <i>As pessoas que se suicidam...</i>	57
Tabela 9: Medidas de discriminação das variáveis do estímulo <i>As pessoas que se suicidam...</i>	58
Tabela 10: Agregação das categorias por dimensão do estímulo <i>As pessoas que se suicidam...</i>	59

Índice de Quadros

Quadro 1	
Respostas ao estímulo <i>O Suicídio faz-me pensar em...</i>	42
Quadro 2	
Respostas ao estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	49
Quadro 3	
Respostas ao estímulo <i>As pessoas que se suicidam...</i>	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 2) do estímulo <i>O Suicídio faz-me pensar em...</i>	45
Gráfico 2: Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 3) do estímulo <i>O Suicídio faz-me pensar em...</i>	46

Gráfico 3: Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 4) do estímulo <i>O Suicídio faz-me pensar em...</i>	46
Gráfico 4: Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 5) do estímulo <i>O Suicídio faz-me pensar em...</i>	47
Gráfico 5: <i>Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo O Suicídio faz-me pensar em</i>	48
Gráfico 6: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 2) do estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	52
Gráfico 7: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 3) do estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	52
Gráfico 8: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 4) do estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	53
Gráfico 9: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 5) do estímulo <i>O Suicídio faz-me sentir...</i>	53
Gráfico 10: <i>Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo O Suicídio faz-me sentir...</i>	54
Gráfico 11: Continuação da <i>Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo O Suicídio faz-me sentir...</i>	55
Gráfico 12: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 2) do estímulo <i>As Pessoas que se suicidam...</i>	60
Gráfico 13: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 3) do estímulo <i>As Pessoas que se suicidam...</i>	60

Gráfico 14: Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 4) do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*61

Gráfico 15: Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes *do estímulo As Pessoas que se suicidam...*62

Introdução

*Breaking laws,
Knocking doors
But there's no one at home
Make your bed,
Rest your head
But you lie there and moan
Where to hide,
Suicide is the only way out
Don't you know what it's really about
(Ozzy Ousborne in Suicide Solution)*

Tristeza, dor, perda, morte, suicídio. São palavras vigorosas e incômodas, que nem sempre estamos preparados para ouvir ou para proferir abertamente. Até mesmo pensar nestas realidades é difícil, pelos sentimentos e emoções que despertam e que, por vezes, nos revoltam (Oliveira, 2003). O modo como as percebemos interfere com as nossas reflexões e povoa o nosso imaginário ideológico e simbólico ligado, de alguma forma, às nossas representações acerca da vida, às atitudes, práticas, relacionamentos e posicionamentos que mantemos, tanto ao nível social como psicossocial (Oliveira, 2003).

Na nossa História, desde há muito que o suicídio causa grande questionamento, curiosidade e inquietação (Bayard, 1993; Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Morin, 1988; Oliveira, 1999 cit. *in* Oliveira, 2003). Contudo, o homem comum não tem como hábito alimentar a sua vida interior na literatura, na poesia, na filosofia, na pintura, na arte. A arte mais procurada é outra. É *aquela* que é mais rápida e facilmente consumível, agradável e que não incomoda nem perturba o *equilíbrio psicológico* do ser humano (Oliveira & Araújo, 1999). Refletir sobre a morte e no que poderá estar para além dela, implica olhar e questionar muitas das nossas crenças, ideologias, valores e atitudes, assim como nós próprios, o nosso comportamento, o nosso modo de pensar, sentir e agir, seja isoladamente ou em grupo, numa sociedade que atravessa uma grave crise de morte e de vida (Kübler-Ross, 1991).

A investigação em representações sociais permite entender a forma como os indivíduos apreendem o mundo envolvente, num esforço para o compreender e resolver os seus problemas, sejam eles de ordem emocional, existencial, relacional, ou de qualquer outra ordem. Estudam-se seres humanos que pensam, elaboram questões e tentam encontrar respostas, daí que se afirme que os indivíduos e os

grupos se movem numa *sociedade pensante*, que eles próprios produzem através das comunicações que estabelecem entre si (Moscovici, 1981).

O modo de representarmos a morte reflete, de uma forma metafórica, os nossos pensamentos, sentimentos e motivações mais profundas. A atual *crise da morte* - como referido anteriormente -, revela os nossos grandes conflitos psicossociais e retransmite a *crise da vida* transposta no fracasso do nosso projeto de modernidade (Oliveira, 2003). A morte torna-se, então, interdita e ainda que aconteça num contexto social público é silenciada e vivenciada no isolamento.

Quaisquer que sejam as representações sociais que se lhe associem e o contexto social em que ocorra, o gesto suicida revela um fracasso do indivíduo, veiculando um insustentável sofrimento e desespero (Sampaio, 1991). De um problema individual a um problema social, de um ato consciente a desvio psíquico, de uma ação pecaminosa a um ato corajoso, foram várias as posições tomadas face a esta realidade (Campos & Leite, 2002).

Não é fácil categorizar as condutas ditas autodestrutivas. Sabe-se que as ideias de morte, as ideias do suicídio, os comportamentos de risco e as tentativas de suicídio, como numa escala sequencial, gradual, com repetição de atos ou ocorrências cada vez mais graves, se sucedem no tempo (Sampaio, 1991) e nem sempre são compreendidos. Por conseguinte, o que se pensa acerca do suicídio e as ideias sobre morte estão inevitavelmente ligadas às sociedades modernas caracterizadas por inúmeros paradigmas, eventos e fatores (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a).

Neste âmbito, podem-se investigar as representações sociais do suicídio numa perspectiva psicossocial. Ainda que o suicídio seja um ato individual, é objetivado de múltiplas formas e revela profundas ancoragens psicológicas, sociais e psicossociais. Frente a objetos sociais, como é o caso do suicídio, não se pode conceber as representações como construções individuais, dado que estas estão sempre coligadas às pertenças e aos posicionamentos sociais dos indivíduos, que introduzem particularidades nas suas formas de pensar, sentir e agir; e que por sua vez ajudam a caracterizar os grupos sociais em análise, enquanto representações sociais emancipadas (Moscovici, 1988 cit. *in* Oliveira, 2003).

Sendo o suicídio um objeto social extremamente complexo, multideterminado e difícil de investigar, a relação entre estas representações e outras de ordem histórica e cultural, transversais aos diversos grupos, é um importante indicador de como os sujeitos se procuram situar nestes universos simbólicos. Moscovici (1961) defende que as representações são partilhadas de modo diverso e numa intensidade variável pelos

vários grupos sociais, modelando os comportamentos a que se referem e aos quais dão sentido (cit. *in* Oliveira, 2003). É com base neste pressuposto que acreditamos que conhecendo os significados que as pessoas associam ao suicídio, ou seja, a forma como o representam, estaremos a contribuir para compreender a elevada incidência de comportamentos suicidários na região do Alentejo. Esta investigação justificasse na Universidade de Évora, não só pela ausência de estudos recentes como de estudos conduzidos com amostras da comunidade sobre a perceção do fenómeno, mas porque esta é também a única universidade pública localizada na região do Alentejo, onde é mais preocupante a taxa de suicídios no nosso país.

O trabalho começa com um capítulo (Capítulo I) onde se procura definir e delimitar alguns conceitos relacionados com os comportamentos suicidários, tais como sejam suicídio, ideação suicida, tentativa de suicídio e parassuicídio, sendo que ainda neste capítulo se procura compreender como o conceito de suicídio se tem desenvolvido. Neste âmbito, apresenta-se ainda uma resenha dos principais modelos teóricos e explicativos do suicídio, com início no trabalho pioneiro de Durkheim. O Capítulo termina com a caracterização epidemiológica do fenómeno.

No capítulo seguinte (Capítulo II), expõem-se o quadro teórico das representações sociais, no qual se inscreve o estudo empírico. Dentro deste, aborda-se a noção de representação social, originalmente proposta por Moscovici, a construção de conceitos, os processos sociocognitivos de ancoragem e objetivação. Por fim, reflete-se sobre como tem sido o suicídio abordado no âmbito das representações sociais.

Os restantes capítulos são dedicados ao processo de investigação empírica. Começa-se por explicar as opções metodológicas adotadas, seguido da apresentação do método. Os resultados são apresentados e discutidos na sequência desta exposição. O trabalho termina, como não poderia deixar de ser, com uma síntese conclusiva onde se procura realçar os aspetos mais relevantes desta investigação.

Esta página foi
propositadamente deixada em
branco pelo autor

Enquadramento Teórico

I. Do Conceito à Epidemiologia do Suicídio

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

Shneidman

1. Noção de Suicídio

A morte, receada pela maioria dos indivíduos surge, de forma paradoxal, como um desejo, um objetivo ou uma forma de resolução de problemas para outros (Ventosa, 2008). O indivíduo que se suicida procura na morte uma saída para a vida, trazendo neste ato a implícita questão de vida versus morte, de presença versus ausência, fazendo com que o desencadear do ato permaneça enigmático (Justus, 2003). Desta forma, quando se fala de suicídio aborda-se, inevitavelmente, a vida, o modo de viver e morrer, assim como as ideias sobre a validade da vida e do sofrimento (Daolio & Silva, 2009)

A suicidalidade é um conceito que engloba todos os fenómenos que vão desde os desejos de morte, ideação suicida e de planeamento, à tentativa de suicídio e ao suicídio consumado (Scocco & Leo, 2002 cit. in Almeida, 2011); os quais remetem para instâncias da vida – expectativas, doença e sofrimento – que se tornam difíceis de suportar (Grek, 2007 cit. in Almeida, 2011). Ainda assim, não se pode afirmar com precisão a existência de uma causa para o suicídio, dado que este é habitualmente o culminar de uma série de fatores de ordem ambiental, cultural, biológica, psicológica e política, que se encontram acumulados na biografia do indivíduo (Daolio & Silva, 2009). Estes fatores unilaterais conduzem, igualmente, a resultados unilaterais, o que torna difícil a compreensão do ser humano e, mais especificamente, do suicídio, em toda a sua complexidade (Daolio & Silva, 2009). Ao representar uma rutura radical com a dor psíquica insuportavelmente sentida, este ato extremo decorrente da vivência de situações traumáticas (Macedo & Werlang, 2007 cit. in Morais & Sousa, 2011), aproxima o indivíduo da vivência de morte, o qual encontra no suicídio a saída para pôr fim aos conflitos e à angústia que a ameaçam a integridade do eu (Morais & Sousa, 2011).

Etimologicamente, a palavra suicídio provem do latim e deriva de *sui* – de si – e *caedere* – matar, designando a morte de si próprio (Rothes, 2006). A sua história concetual começa em 1717, quando pela primeira vez Desfontaines utilizou este termo para designar o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a sua própria morte (Lopes-Cardoso, 1986). Mais tarde, no final do século XIX, como fruto do progresso, da industrialização, da instrução e da civilização, o francês Émile Durkheim, através de um estudo de caso sobre o suicídio, definiu o fenómeno como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pelo indivíduo” (Braz Saraiva, 2010, p. 3), ato pelo qual

a vítima saberia como produzir este resultado (Rothes, 2006). Esta definição surgiu com o objetivo de apresentar uma explicação eminentemente social, de forma a agrupar, dentro dos diversos tipos de morte, aquelas cometidas pelos próprios indivíduos, desde que conscientes das consequências dos seus atos (Rodrigues, 2009).

O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e perturbadores, trazendo consigo um conjunto de sentimentos negativos, uma vez que é caracterizado pela irremediável autodestrutividade (Morais & Sousa, 2011). Prova disso é a afirmação proferida por Prats (1987) em que diz que “o suicídio não cabe nas malhas apertadas do saber psiquiátrico, quer na sua vertente psicológica, quer na biológica” (p. 181). Vaz Serra (1971 *in* Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001, p. 510) define o suicídio como: “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir esse fim”.

Diversas têm sido também as formas como o suicídio tem sido encarado ao longo do tempo, assim como as posições tomadas face a esta realidade. A atitude da sociedade perante este problema, ao longo do tempo, reflete a mentalidade, os valores e as ideologias associadas à vida e à morte (Campos & Leite, 2002).

2. Breve História

A posição da sociedade relativamente ao suicídio tem-se transformado ao longo do tempo. Como adverte Prats (1987, p. 182), “não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o significado do após morte”.

Na Roma clássica, o suicídio era visto de um modo neutro ou mesmo positivo. Foi no século IV que Santo Agostinho tomou a posição radical de rejeitar o suicídio, mudando profundamente o modo de encarar este fenómeno (Sampaio, 1991). No século XIII, esta ideia, característica do período medieval, foi retomada por S. Tomás de Aquino, ao afirmar que apenas Deus tem o direito de dar e tirar a vida – ideia que ainda é afirmada atualmente (Campos & Leite, 2002). O corpo do suicida não tinha direito ao enterro cristão e era exposto em praças públicas como forma de dissuasão. Para além de conduzir a que muitos indivíduos fossem criticados e perseguidos pelo

facto de terem atentado contra a própria vida (Sampaio, 1991), esta visão marcou igualmente e de modo profundo as atitudes e representações em toda a Europa, contribuindo com medos, crenças e superstições (Oliveira, 2003).

Ainda que as resistências por parte da autoridade não tenham desaparecido, entre os séculos XVI e XVIII, o suicídio tornou-se, gradualmente, um fenómeno social, alvo de discussão pública e controvérsia, entre o *ser ou não ser*, levando a que alguns ousassem reivindicar a liberdade de cada homem para poder responder, infletindo a sua atitude (Minois, 1998 cit. in Oliveira, 2003).

É no século XVIII, que o tema central da discussão acerca do suicídio se modifica por Jean-Jacques Rousseau. Este filósofo francês que defendeu a condição natural do homem afirmou que é a sociedade que o torna mau e criminoso, e deste modo chamou a atenção para as condições sociais da existência humana. Conquanto, e apesar de todos os esforços e da discussão gerada, apenas em meados do século XIX, o corpo do suicida deixa de ser exposto em praças e outros locais públicos, como vinha sendo hábito. A recusa do enterro religioso também deixou de ser aplicada, desde que fosse reconhecida a doença ou perturbação mental do suicidado aquando do atentado contra a própria vida (Stengel, 1980 cit. in Oliveira, 2003). Esta nova *mentalidade* permitiu que o suicídio evoluísse para um vergonha que a família tenta ocultar, ao invés de um pecado ou crime. Este carácter repressivo fez com que se formassem as reflexões iniciadas no Renascimento, tornando o *ser ou não ser* uma questão desnecessária (Oliveira, 2003). A morte deixou de ser um acontecimento social, tornou-se privada e, maioritariamente, solitária. Ao disfarçar a morte por suicídio, a sociedade estaria (estará?) a cultivar, desde cedo, a opressão, a culpabilidade e o terror pela dor, a morte e o morrer e, em rigor, pelo prazer, a vida e o viver (Oliveira, 2006).

Os séculos XIX e XX revelaram, quer o dever de viver, quer uma proliferação de títulos, artigos e comunicações nas áreas das ciências sociais, humanas e médicas, tentando explicar o suicídio (Oliveira, 2003). Em 1977, o inglês David Hume escreve o ensaio *Sobre o Suicídio*, considerado o primeiro trabalho que discute a autodestruição longe da ideia de pecado e crime. Porém, a discussão sobre o suicídio ganha especial relevo com a contribuição de Emile Durkheim, Sigmund Freud e Karl Menninger. O trabalho *O Suicídio*, publicado por Durkheim em 1897, abre caminho às teorias sociológicas sobre o fenómeno, assim como as obras de Freud entre 1881 e 1939 e o estudo de Menninger, *Man against Himself* (1938) são a base do pensamento psicanalítico sobre o suicídio (Sampaio, 1991).

Se hoje o suicídio se constitui como um objeto de estudo importante tanto no campo da psicologia como no campo sociológico, delimitar essa fronteira no século XIX não foi fácil (Rodrigues, 2009). Embora, a posição atual partilhada defenda a colaboração interdisciplinar para o estudo do suicídio (OMS, 1984 cit. *in* Sampaio, 1991), este ainda é considerado um fenómeno complexo, multifacetado, que necessita de esforços coordenados e unidos através de uma metodologia de intervenção objetiva. No entanto, a dificuldade surge com a própria definição do fenómeno, uma vez que comportamentos bastante diferenciados são considerados *suicidários* (e.g. alcoolismo, enforcamento, excesso de velocidade na condução automóvel) (Sampaio, 1991), como será discutido de seguida.

3. Comportamentos Suicidários: Suicídio, parassuicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida

A atitude ou gesto suicida transmite um intolerável tormento interior e é sempre um meio de comunicar – após eventuais tentativas antes incompreendidas, ignoradas ou mal-entendidas – por parte de alguém que sente um penetrante desespero e não vislumbra objetivos concretizáveis nem uma alternativa válida pela vida (e.g. Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a; Sampaio, 1991).

Devido à dificuldade em caracterizar as condutas autodestrutivas, a literatura refere que o suicídio deve ser considerado como um ponto num *continuum*: de um lado está a certeza de pôr fim à vida e do outro lado está o desejo de viver. A condição *sine qua non* do suicídio é uma morte em que o indivíduo é ao mesmo tempo o agente passivo e ativo da vítima (Costa, 2010), em que estão implícitos o desejo de morrer, de ser morto e de matar (Sampaio, 1991). Por conseguinte, é importante captar estes comportamentos de modo a agir atempadamente, tendo em vista a prevenção. A vários níveis, esta constitui uma necessidade essencial, na tentativa de evitar possíveis suicídios, uma vez que os comportamentos de risco, os atos de automutilação e as atitudes suicidas são um fenómeno social grave (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a).

Como referido anteriormente, a palavra suicida provém da expressão latina *sui caedere*, designando a morte de si próprio. Por vezes, designado de *morte voluntária*, *morte intencional* ou *morte autoinfligida*, na língua portuguesa, esta palavra significa a autodestruição provocada por um ato executado pelo indivíduo com a intenção de pôr

termo à vida (Silva & Sampaio, 2011). Importa ainda referir que, para se distinguir os suicídios efetivos das tentativas de suicídio, mesmo as quase-mortais, utiliza-se a expressão de suicídio consumado (Oliveira, 2003).

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

A noção de parassuicídio é introduzida por Kreitman, Philip, Greer e Bagley, em 1969, surgindo na sequência de trabalhos anteriores de diversos autores que ao debruçarem-se sobre as características das tentativas de suicídio, se depararam com dificuldades concetuais (Rothes, 2006). Segundo Saraiva (1999, cit. *in* Rothes, 2006), o parassuicídio é um ato autodestrutivo deliberado, que imita um gesto suicidário mas, cuja intenção não é conduzir à morte. Por exemplo, na categoria de um suicídio frustrado estaria uma jovem que se incendeia e no parassuicídio uma jovem que toma cinquenta aspirinas (Kaysen, 2001 cit. *in* Rothes, 2006).

Dentro dos designados comportamentos parassuicidários, inserem-se os comportamentos de risco e de automutilação (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a). Nos primeiros, entre outros, incluem-se o abuso de substâncias psicoativas e álcool, assim como o conduzir em excesso de velocidade ou em contra mão (Rothes, 2006), a vivência de uma sexualidade e relações de risco, ou escolha de desportos perigosos (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a). Estes indivíduos não visam a morte, mas antes jogar com ela e desafia-la, provavelmente numa procura de sentido para a vida. Já as automutilações são auto-lesões, na maioria dos casos provocadas na pele, que é danificada ou cortada por objetos cortantes ou por produtos abrasivos, como os cigarros ou isqueiros. O indivíduo que se corta deliberadamente procura a dor, o sangue, e através deste gesto espera aliviar a tensão psicológica, diminuir a ansiedade, libertar-se dos medos (Rothes, 2006).

A noção de tentativa de suicídio surge na literatura como um ponto de discórdia entre os autores (Sampaio, 2002; Saraiva, 1999; cit. *in* Rothes, 2006). Em 1987, Durkheim, descreve tentativa de suicídio como ato definido para o suicídio “mas interrompido antes que a morte daí tenha esse resultado” (Rothes, 2006, p. 26). Nesta definição não é considerada a intencionalidade de morrer, o que faz com que o termo

tentativa de suicídio seja ambíguo porque encerra fenômenos diferentes: o suicídio frustrado e o parassuicídio (referido anteriormente) (Roths, 2006).

A tentativa de suicídio, ao contrário do parassuicídio, caracteriza-se por um ato levado a cabo por um indivíduo e que não resulta na própria morte (Costa, 2010). Contudo, a definição é ainda assim imprecisa, pois a intenção de morrer, subjacente aos atos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a). “Embora o grau de intenção de morte e a gravidade do gesto autodestrutivo sejam variáveis, as tentativas de suicídio constituem sempre momentos de crise individual (...) são os mais importantes preditores do suicídio” (Santos & Sampaio, 1997 cit. in Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a, p. 510).

A ideação suicida é caracterizada por pensamentos, desejos, sentimentos ou planos que o indivíduo possa ter acerca da sua (possível) autodestruição (Oliveira, 2003). Os indivíduos com ideias suicidas geralmente têm planos e desejos de cometer suicídio, contudo podem não ocorrer tentativas (Bertolote et al., s.d. cit. in Costa, 2010). Este tipo de ideias podem ser simplesmente reconhecidas através de ideias de inutilidade como *a vida não vale a pena* ou *eu queria estar morto* (Fleischmann, 2005; Saraiva, 2006a; Saraiva, 2006b; Vijayakumar, 2005; cit. in Costa, 2010). Já as ideias específicas podem conter a intenção de morrer ou um plano suicida bem elaborado (Bertolote et al., s.d.; Suominen, Isometsa & Lonnqvist, 2004; Deslandes, 2002; cit. in Costa, 2010). A desesperança é a mais relevante característica da depressão e um dos maiores preditores da ideação suicida, funcionando como uma mediadora entre depressão e ideação, assim como contribui para explicar este tipo de ideias (e.g. Oliveira, 2003).

4. Modelos Explicativos do Suicídio

“O suicídio parece ser o ato mais pessoal que um indivíduo pode praticar” (Stengel, 1980 in Oliveira, 2003, p. 68). Porém, mais do que um ato individual, tem inúmeras explicações e implicações sociais. Se as relações que o indivíduo mantém consigo mesmo, com a família, com os grupos e a sociedade podem ser determinantes para a conduta suicida, esta tem igualmente um profundo impacto social e psicossocial. O que leva a que não exista por si só uma teoria que explique a complexidade deste fenómeno (Oliveira, 2003). Segundo Fisher e Shaffer (1984 cit. in Sampaio, 1991), é possível considerar essencialmente três modelos explicativos do

suicídio: o modelo psicológico – no qual o suicídio é o resultado de um conflito interno do indivíduo; o modelo nosológico – em que o suicídio se relaciona com uma doença individual; e o modelo sociológico – no qual o suicídio é um comportamento previsível que se segue a uma determinada posição do indivíduo na sociedade e na situação vital.

a. *O modelo psicológico*

Em 1917, Sigmund Freud publica a obra *Luto e Melancolia*, na qual explica a sua perspectiva de explicação do suicídio. Essencialmente, Freud postula que assim como no processo de luto o indivíduo chora a perda do objeto amado, na melancolia o melancólico faz o luto do seu próprio eu. Nesta situação, uma parte da energia libidinal servia para estabelecer uma identificação do eu com o objeto perdido, enquanto a libido restante é reduzida em sadismo face ao próprio eu – sadismo que outrora estava dirigido ao objeto e que agora se volta para o eu, identificado com o objeto perdido. É este sadismo que constitui a chave da conduta suicida nesta perspectiva. A intenção de cometer suicídio seria deste modo “o resultado de virar contra si próprio de um impulso contra outro” (Freud, 1917 in Núñez, Núñez, Matos, Mendes & Rosa, 2008, p. 3).

Apesar da tendência para a autodestruição ser bastante discutida na obra psicanalítica, é Karl Menninger quem elabora uma explicação psicológica global do comportamento suicidário. Em primeiro lugar, considera o suicídio uma forma particular de morte na qual se misturam três desejos: o de matar, o de ser morto e o de morrer. O desejo de matar é uma reação instintiva para suprimir uma ameaça ou privação, que poderá ser combatida; o desejo de ser morto corresponde a uma forma de submissão e a uma interiorização da autoridade, em que o eu sofreria em proporção direta da agressividade que desenvolve para o exterior; e o desejo de morrer corresponde a uma quantidade de energia autodestrutiva que se traduz pela morte final de todo o indivíduo, de um modo gradual, e que no suicida age de modo brutal, conduzindo à morte repentina. As forças de destruição, quer no desejo de matar quer no desejo de ser morto, estão erotizadas, sendo o suicídio uma manifestação de narcisismo (Sampaio, 1991). Em segundo lugar, Menninger alargou o conceito de suicídio para integrar a distinção de três tipos de suicídio: 1) o suicídio crónico que inclui comportamentos como o ascetismo, o martírio, o neuroticismo crónico e incapacitante, o comportamento antissocial e a psicose; 2) o suicídio focal, ligado a uma parte do corpo, apareceria nas automutilações, doença maligna, cirurgias

múltiplas, acidentes, impotência e friidez; e 3) o suicídio orgânico focaria componentes autodestrutivos, agressivos e eróticos da doença orgânica (Sampaio, 1991).

Apesar do ponto de vista psicanalítico não explicar todas as condutas suicidas, torna-se importante na compreensão do ato suicida, que tem de ser analisado individualmente. Furst e Ostow (1979 cit. *in* Sampaio, 1991) resumem os mecanismos que podem conduzir ao suicídio da seguinte forma: 1) situações de sofrimento intenso, nas quais indivíduo faz esforços para se libertar daquilo que julga ser a origem da sua dor; 2) a dor interna intolerável que pode implicar uma tentativa para eliminar o sítio da dor, e onde o suicídio acaba com a angústia insuportável; 3) a autodestruição que pode surgir como forma de obter uma resposta desejada daquele que se ama e que, sem esse comportamento extremo, parecia insensível; 4) a vingança face ao objeto de amor não gratificante; e identifica, por último, 5) um instinto de morte poderoso.

Shneidman (1981 cit. *in* Oliveira, 2003) identifica no suicídio um ato consciente de autodestruição, que exprime um mal-estar multidimensionado, num indivíduo fragilizado por diversos fatores, e que vê na morte a única solução ou saída possível. Numa perspectiva psicológica integrada, encontrou dez características ou aspetos comuns a todos suicídios (ou à mente suicida): o propósito (procurar uma solução); o objetivo (parar a consciência), o estímulo (dor psicológica intolerável); o *stress* (necessidade psicológica frustrada); a emoção (desesperança-desespero); o estado cognitivo (ambivalência); a percepção (constrição); a ação (fuga ou saída); o ato interpessoal (comunicação da intenção); e a consciência (inadaptabilidade aos padrões de uma vida longa).

Genericamente, a crise suicidária remete para um intervalo de curta duração, que dura em regra horas ou dias, pois ainda que se possa viver durante mais tempo de um modo autodestrutivo, não se pode ter uma arma apontada à cabeça durante muito tempo sem que a bala ou a emoção seja descarregada (Shneidman, 1979 cit. *in* Sampaio, 1991). Para além de que todos os suicidas querem e não querem morrer, pelo que a ambivalência está sempre presente, seja em maior ou menor grau, e transportam consigo um aspeto relacional, o que transforma o gesto autodestrutivo num comportamento e numa comunicação (Sampaio, 1991).

De outro ponto de vista psicológico, é possível propor ainda uma explicação etiológica dos atos suicidas através da combinação de acontecimentos de vida negativos precoces com certas características psicológicas pessoais. Esta

combinação provocará o aparecimento de esquemas e modos cognitivos disfuncionais, que têm um efeito pervasivo e duradouro sobre a forma como os indivíduos interpretam e interagem com os acontecimentos de vida com significado pessoal. Posteriormente, o que determina o momento e a forma do ato suicida é um estado suicida atual caracterizado pela elevada dor psicológica, provocada pela frustração de necessidades tidas como vitais, sentimentos intensos de isolamento e um processo de constrição negativa, em que as alternativas possíveis deixam de ser tidas em conta e surge a convicção de que o termo da vida é a única saída para o mal-estar sentido (Shneidman, 1997 cit. *in* Cruz, 2006).

b. O modelo nosológico

Este modelo relaciona o suicídio com alterações psicopatológicas surgidas no decurso da doença mental, sendo portanto um sintoma de uma condição subjacente (Núñez et al., 2008). Baechler (1975 cit. *in* Sampaio, 1991) considera que o suicídio não é hereditário nem reativo a uma dificuldade ou circunstância, mas está em relação com um comportamento que se vai desenvolvendo e que engloba a personalidade. Estes indivíduos sofreriam na infância uma série de circunstâncias que levariam a um enfraquecimento do instinto de conservação, como por exemplo a perda precoce de um ou dos dois progenitores ou doença mental na família.

Baechler (1975 *in* Sampaio, 1991, p. 43) definiria ainda o suicídio como “todo o comportamento que procura e encontra solução para um problema existencial através de atentar contra a vida do sujeito, o que faz deslocar o centro de interesse para aqueles que se suicidam, para o sentido do ato suicida e finalmente para fatores que podem influenciar a formação de problemas e de situações onde a solução suicídio será provável”. Esta interpretação pressupõe uma análise detalhada da personalidade do indivíduo e do seu meio ambiente, para se tentar compreender porque é que alguns optam por seguir este caminho.

Este autor sistematizou ainda os suicídios como: 1) afastamento, nos casos onde existe uma vontade de escapar a algo (onde inclui a fuga, o luto e o castigo); 2) agressivo, quando visa um ato agressivo contra o outro (o crime, a vingança, a chantagem e o apelo); 3) oblato, quando procura satisfazer as necessidades de outrem (o sacrifício e a passagem); e 4) lúdico, subdividido em ordálico e o jogo (como a vida) (Oliveira, 2003).

c. O modelo sociológico

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

Para realizar a tarefa de dar tratamento sociológico ao suicídio, Durkheim foi pioneiro em abdicar da estatística como forma eficaz de conceituar de forma direta o sistema de representações coletivas da sociedade. Ao estudar o suicídio como fenómeno social, diz-nos que “partimos do exterior, que nos é imediatamente acessível, com o objetivo de atingir o interior” (Durkheim, 1977 *in* Rodrigues, 2009, p. 701). Por conseguinte, Durkheim valorizaria duas grandes dimensões para a tentativa de compreender o fenómeno suicida: integração e regulação. A integração definir-se-ia como as relações que ligam o indivíduo ao grupo, enquanto a regulação elucidava os requisitos normativos ou morais exigidos para a pertença ao mesmo (Braz Saraiva, 2010). Desta forma, segundo o modelo sociológico, o suicídio depende do controlo, mais firme ou mais fraco, da sociedade sobre os indivíduos, uma vez que esta lhes impõe obrigações sociais, através dos processos de integração e regulação, moderando assim os seus objetivos e desejos, ou seja, o gesto suicida revela uma fraca integração social e um sucumbir às obrigações externas (Oliveira, 2003).

Durkheim distingue quatro tipos de suicídio: 1) o suicídio egoísta que revelaria uma baixa integração social versus 2) o suicídio altruísta, que, por seu turno, dizia respeito a uma alta integração na sociedade; e 3) o suicídio anómico versus 4) o suicídio fatalista definidos como a baixa e a alta regulação na sociedade, respetivamente (Braz Saraiva, 2010). É, assim, que a partir dos dois eixos (egoísta/altruísta e anómico/fatalista) da vida social as correntes suicidógenas se definem e, através delas, é proposta uma tipologia de suicídio, compreendendo os quatro tipos referidos (Sampaio, 1991). Um exemplo de suicídio egoísta reside no indivíduo deprimido; o suicídio altruísta seria retratado, no século XX, pelos pilotos kamikaze ou nos bombistas suicidas; e o suicídio anómico corresponderia aos desempregados e divorciados (Braz Saraiva, 2010).

Stengel (1964 cit. *in* Sampaio, 1991) fala ainda da função de apelo da conduta suicidária ao considerar que o gesto suicida seria portador de uma mensagem, em maior ou menor grau, formulada nos termos: “quero morrer/façam alguma coisa por mim” (p. 45). A certeza de Durkheim poderia, assim, ser posta em questão nos atos

suicidas em que predomina o risco, o jogo com a morte, onde surgem fatores exteriores ao controlo do indivíduo. Todavia, para o Durkheim, o importante seria a análise dos fatores determinantes do ponto de vista sociológico, o único modo de se encontrarem soluções para uma situação que, do seu ponto de vista, é claramente patológica, devido ao excesso de individualismo (Campos & Leite, 2002).

No final da sua obra *O Suicídio*, Durkheim sugere o equilíbrio social como uma das soluções para conter a desregulamentação e a desintegração sociais que estão na origem do suicídio, através de uma solução corporativa – i.e. os grupos profissionais. A via da socialização seria a única que poderia imunizar as correntes suicidógenas (Sampaio, 1991). Porém, em 1930, Halbwachs chama a atenção para a diminuição dos suicídios fatalistas e altruístas, ao mesmo tempo que considera essencial precisar os modos de vida de cada indivíduo. Isto é, não se pode afirmar que é um certo tipo de religião que leva os indivíduos a suicidarem-se mais, porque tal pode estar somente relacionado não só com o culto religioso mas também com os laços familiares, com o tipo de comunidade (rural ou urbana), com os hábitos coletivos, etc., que definem um modo de vida ou tipo de civilização (Sampaio, 1991).

Embora existam pontos de vista diferentes, Durkheim foi importante para a compreensão sociológica do fenómeno suicida, uma vez que se deve considerar, igualmente, o suicídio como um assunto pessoal ligado a uma situação particular. Nesta sequência, Rojas (1978 cit. in Sampaio, 1991) estabelece a ligação entre a visão de Freud e a de Durkheim ao considerar no suicídio a perda da integração com o ambiente, sendo a partir deste momento que se começaram a correlacionar as situações de crise global com as estruturas específicas, como a família e a sociedade.

Consequentemente, esta é a anomia do século XXI onde facilmente se compreende um desencanto e insatisfação entre as expectativas e a dura realidade política, económica e social na crise que atravessa a maioria dos países. Atualmente é possível viver com menos recursos e menos proventos, do que o era antigamente; com menos esperança e mais desespero, onde se quebram valores tradicionais, de que são exemplo as elevadas taxas de divórcios, o desemprego, a baixa nupcialidade e natalidade, o aumento da criminalidade violenta e o agnosticismo (Braz Saraiva, 2010).

A existência de diferentes orientações teóricas não obriga à manutenção de fronteiras rígidas entre as diversas disciplinas científicas. Os vários contributos interdisciplinares têm demonstrado que os fatores psicológicos e sociais podem ter

efeitos relevantes sobre os sistemas fisiológicos. Por outro lado, é possível admitir hoje que os estados de saúde e de doença, de uma maneira geral, incluem sempre interações significativas entre fatores individuais e ambientais (Quartilho, 2006).

5. Epidemiologia do Suicídio

O suicídio é um ato que gera repercussões importantes em todos os contextos, desde o familiar ao social, passando pelos profissionais de saúde, pois retrata uma situação na qual o sujeito decide acabar com a própria vida (Costa, 2010). No que respeita aos seus números, estes têm aumentado consideravelmente.

O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes (Daolio & Silva, 2009), prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020 (Costa, 2010), segundo a OMS. Cerca de um quarto destas mortes afetam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos (Collett et al., 2003; Kaplan, Adanek & Martin, 2001; Schmitt et al., 2001; cit. in Costa, 2010). Estima-se, igualmente, que o suicídio seja a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos, estando entre as primeiras causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América (Rothes, 2006).

No entanto, tem-se verificado que cada vez mais idosos cometem suicídio (Ventosa, 2008). Atualmente, o suicídio e as autoagressões entre os idosos são um grave problema de saúde pública (Lebret, Perret-Vaille, Mulliez, Gerband, & Jalenques, 2006). Nesta população, o suicídio é a 10^a causa de morte (Rothes, 2006). No passado, a gerontologia estava tradicionalmente centrada na doença e na incapacidade, mas atualmente o foco está voltado para o bem-estar dos idosos. Um importante fator psicológico proposto na manutenção da saúde e do bem-estar é a resiliência, definida como a capacidade de adaptação à mudança e a capacidade de prosperar em face da adversidade ou de recuperar de acontecimentos de vida negativos (Connor, 2006).

Vários estudos (e.g. Botega, 2007; Kaplan, Adanek & Martin, 2001; Rothschild, 1997; Saraiva, 2006a; Saraiva, 2006b; Werlang & Botega, 2007; cit. in Costa, 2010) sugerem que cerca de 3.000 pessoas cometem suicídio diariamente, o que significa que a cada 30 segundos uma pessoa põe fim à própria vida. Estima-se, ainda, que por cada pessoa que consegue suicidar-se existem 20 ou mais tentativas sem sucesso. As tentativas de suicídio são cada vez mais comuns entre os adolescentes, sobretudo nos

meios urbanos e suburbanos, sendo as raparigas quem mais o tenta (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a). De um modo geral, nos jovens, as raparigas fazem mais tentativas de suicídio usando métodos menos violentos e de menos letalidade, enquanto os rapazes se suicidam mais e recorrem a métodos letais. No que concerne a esta relação entre o sexo, importa ressaltar, que a proporção de comportamentos suicidários masculinos e femininos tem-se mantido nas faixas etárias dos adultos e dos idosos (Rothes, 2006).

É bem provável que algumas mortes por suicídio não estejam a ser contabilizadas por razões culturais, histórico-sociais ou religiosas, ou até para proteger famílias e instituições que poderiam ser consideradas culpadas. É também provável que situações por sobredosagem de drogas correspondam a suicídios e que as mortes por lesões acidentais/intencionais permaneçam duvidosas e recordem a relevância do parassuicídio (Oliveira, 2003).

Importa também referir que nos anos 60, no mundo ocidental, o comportamento parassuicida aumentou significativamente, particularmente no sexo feminino (Saraiva, 1999 cit. *in* Rothes, 2006). Os parassuicídios constituem um problema com particular incidência nos jovens, enquanto o suicídio consumado se verifica em maior número nos idosos (Rothes, 2006), como acima citado. Contudo, nos últimos tempos, parece que os comportamentos parassuicidas têm aumentado de forma preocupante em alguns países Ocidentais (Costa, 2010).

Embora não exista nenhum acontecimento ou circunstância que possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer esse ato do que outros (Vieira & Coutinho, 2008). Fatores psicológicos, como ansiedade, agressividade, solidão e baixa autoestima, têm sido associados aos comportamentos suicidas (Lau, Morse & Macfarlane, 2010) e em particular a depressão (Minayo & Cavalcante, 2010). Segundo dados da OMS, a depressão é responsável por 30% dos casos suicidas relatados em todo o mundo. Outras perturbações como o alcoolismo (18%), a esquizofrenia (14%) e a perturbação da personalidade antissocial (13%) são igualmente citados como fatores predisponentes. Apesar dos quadros psicopatológicos serem considerados, na sua maioria, a motivação do ato suicida surge também da motivação moral em si mesma, em que entre os desencadeadores se podem encontrar as causas ideológicas, motivos religiosos, vergonha, culpa, perdas amorosas (Brandão, 2004 cit. *in* Vieira, Saraiva & Coutinho, 2010).

Segundo Henriques (2006), no que concerne a fatores socioeconómicos e sociodemográficos pode inferir-se a idade, o sexo, o estado civil, o desemprego, os aspetos étnicos e a religião como fatores que podem desencadear o suicídio. No que respeita à idade, existe uma maior incidência de casos de suicídio nas faixas etárias mais novas, devido ao serem idades ativas e à maior atividade profissional. Ainda assim o suicídio ocorre em maior número em indivíduos de idade avançada, de 65 ou mais anos, que cessaram a atividade profissional. Relativamente ao sexo, o parassuicídio é mais comum no sexo feminino, por recurso a métodos menos agressivos e técnicas de manipulação, enquanto o suicídio tem maior incidência no sexo masculino. Em termos de estado civil, parecem ser os viúvos e divorciados, em comparação aos solteiros e casados, os que mais se suicidam. Um dos fatores que predispõe ao ato suicida é o desemprego, principalmente nas camadas mais baixas da população e no sexo masculino. No que se refere aos aspetos étnicos, existe maior propensão ao suicídio na etnia caucasiana do que nas restantes. Por exemplo, na etnia africana, os baixos valores encontrados parecem estar relacionados com uma maior coesão social por parte destes e a uma maior partilha de valores sociais - o que vai de encontro à concetualização de Durkheim de integração social. Por fim, relativamente à religião, os protestantes suicidam-se mais que cristãos e católicos e estes, por sua vez, mais que judeus e muçulmanos. Esta taxa mais elevada no protestantismo pode estar ligada com o enraizar de valores e de uma religiosidade mais profunda assumida nos pensamentos e condutas.

Minayo & Cavalcante (2010) dizem existir diferenças significativas sobre os fatores sociais de risco para o suicídio entre pessoas jovens, adultas e idosas. O suicídio pode acontecer em qualquer família e em qualquer grupo social. Porém, jovens e adultos que o tentam ou cometem são impelidos por problemas interpessoais (sobretudo amorosos), financeiros, legais, escolares ou laborais. Já para nas pessoas idosas, tais fatores são principalmente: a morte de cônjuges, amigos ou familiares, doença terminal, prolongamento da vida sem dignidade que acarreta problemas económicos e emocionais aos familiares, mudanças de papéis sociais ou situações de dependência física ou emocional diante dos quais o idoso se sente humilhado.

6. O Suicídio em Portugal e no Alentejo

De acordo com a OMS, em 2002, Portugal encontrava-se entre os países europeus em que se tem verificado uma diminuição das taxas de suicídio. Analisando

os óbitos decorridos entre 1970 e 2001, em ambos os sexos, verifica-se que o suicídio não representava a principal causa de morte (A. Oliveira, 2008).

Não obstante, o INE aponta que em 2000, por exemplo, o número de mortes por suicídio foi muito superior aos homicídios (525 e 97, respetivamente), sendo considerado um grave problema de saúde pública nos nossos dias (Campos & Leite, 2002). Nesse ano, pela primeira vez, as mulheres ultrapassaram os 200 suicídios e também pela primeira vez se atingiram os 60 suicídios em jovens, dos 15 aos 24 anos (Braz Saraiva, 2010).

Atualmente, estima-se que ocorram aproximadamente mil suicídios por ano em Portugal (Costa, 2010). De acordo com os dados mais recentes publicados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013), em 2011, Portugal apresentou uma taxa de suicídio igual a 9.6% por 100.000 habitantes, dos quais 15.5% se reportam a indivíduos do sexo masculino e 4.1% ao sexo feminino. No que respeita à diferenciação por sexo, há uma relação aproximada de 3 homens para 1 mulher, estável no tempo e válida para a maioria das regiões do território (Alte da Veiga, 2006). Ainda que sendo elevados, o número de suicídios em Portugal tenha vindo a diminuir ou a estabilizar, os comportamentos parassuicidiários têm vindo a aumentar (Braz Saraiva, et al., 1996).

Segundo Seabra (2006) em algumas regiões do país, nomeadamente no Alentejo e no Algarve, o número de suicídios tem assumido um peculiar dramatismo, essencialmente na população idosa com 65 ou mais anos. O padrão ascendente, em que as taxas de suicídio aumentam ao longo da idade, é o dominante na Europa. Contudo, em Portugal, este padrão acentua-se mais ainda do que nos outros países europeus devido à população maioritariamente idosa (Roths, 2006).

Segundo Braz Saraiva (2010), o perfil do suicida tem-se mantido ao longo dos anos: “homem, com mais de 50 anos, a viver na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, separado, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixos níveis de instrução, socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico (com história de passado psiquiátrico), em comorbilidade com perturbação da personalidade, psicopatologia por vezes associada a doença crónica dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos, com ideação de morte ou suicida prévias, incluindo tentativas de suicídio, que põe termo à vida por método violento como o enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento, trucidamento por comboio, na Primavera ou no Verão” (p. 8).

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

Em 1998, Natário e Carvalho conjugaram métodos estatísticos concebidos para o estudo de aglomerações, no tempo e no espaço, de doenças raras, e para testar hipóteses da aleatoriedade de casos de doença, aplicados às taxas de suicídio por 100.000 habitantes, verificados em Portugal entre 1981 e 1995. Com este trabalho salientaram que existe uma discrepância entre os distritos de Beja, Faro, Portalegre, Évora e Santarém, que apresentam valores elevados, por comparação com Porto, Braga, Aveiro, Guarda, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu que têm números mais baixos. Esta dicotomia entre norte e sul, isto é, elevadas taxas de suicídio a sul comparativamente ao norte, verifica-se também ao nível do suicídio juvenil, embora de forma menos pronunciada (Alte da Veiga, 2005 cit. *in* Rothés, 2006). Por conseguinte, é usual considerar o rio Tejo como a definição geográfica entre o norte e o sul do país. O total de taxas de suicídio é de 2 a 4 por 100.000 habitantes no Norte, e chega a 20 por 100.000 habitantes no Alentejo - a maior região a sul - onde a taxa de suicídio por homens é de 32 por 100.000 habitantes, anualmente (Alte da Veiga & Braz Saraiva, 2009). Exposto de outra forma, 75% dos suicídios ocorrem a sul do paralelo acima mencionado (Alte da Veiga, 2006). Entre 1998 e 2008, segundo dados divulgados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia, o Baixo Alentejo tinha uma média anual de 53 casos. Ainda assim, é o concelho de Odemira que detém uma das maiores taxas de suicídios a nível mundial, uma vez que em 2007 foram contabilizadas 61 mortes por cada 100.000 habitantes, com o epicentro a situar-se na freguesia de Sabóia, como um dos maiores índices de suicídio em todo o mundo.

Pelo exposto se depreende que o Alentejo é a zona crítica do país no que ao suicídio diz respeito, por ocorrer um número elevado em relação às outras zonas do país (Freitas & Botega, 2002). De acordo com a literatura, alguns dos fatores associados ao suicídio no Alentejo são: a baixa densidade populacional, um menor grau de integração, a existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social, numa população maioritariamente composta por idosos, e que conduzirão à solidão (Saraiva, 2006 cit. *in* Almeida, 2011). A ruralidade extrema que caracteriza as planícies alentejanas poderão contribuir para estes números. O resultado é, assim, o envelhecimento da população, ficando os anciãos viúvos, muitas vezes em situação de pobreza, que não puderam viver com os filhos nas cidades ou

não quiseram por não se adaptarem ao meio urbano. Também a doença dolorosa, incapacitante e incurável, converte o indivíduo num ser dependente da família ou da comunidade, impendendo-o de trabalhar e tornando-o num peso económico e emocional. Alguns autores referem ainda a monotonia da paisagem e o que esta pode provocar emocionalmente a quem a observa ou naqueles que lá vivem. O mês de Julho revela-se ainda ser o mês em que todos os anos se verificam mais suicídios, sugerindo que o calor intenso tem um importante papel na desinibição para o ato suicida (Güete Tur, Alte da Veiga, Viñas, Jacinto & Braz Saraiva, 2001).

Estes atributos podem ser eventualmente integrados num registo interacional, vistos como resultantes de uma relação particular entre os indivíduos, principalmente os idosos, e o seu ambiente. Uma relação que a certa altura é influenciada pelo vazio do horizonte, pela lembrança, pela história de vida, e sobretudo pelas perdas associadas (Areal, 1996 cit. *in* Quartilho, 2006).

Vários autores têm enfatizado o papel de uma forte herança cultural no Alentejo, onde os recursos como um personagem melancólico (bem expressa na música, danças, trajes e poesia), uma fraca tradição gregária, famílias pequenas e baixa religiosidade dariam uma certa vulnerabilidade para cometer suicídio. Frequentemente, o próprio ato suicida envolve um tipo de culto ou simbolismo (e.g. pendurado numa árvore específica) (Alte da Veiga & Braz Saraiva, 2009). É de relevar ainda que aspetos culturais são retratáveis através de comentários cruéis comuns perante um suicida no Alentejo: *desistiu de viver, renunciou à vida, deixou de sofrer*. (Braz Saraiva, 2010).

A teoria sociológica de Emile Durkheim pode, assim, enquadrar-se na situação exposta, pois os comportamentos suicidas e o suicídio representam um problema de toda a sociedade. Ao ser a sociedade que se suicida por meio do indivíduo, a incidência do suicídio de uma determinada sociedade depende do nível de integração social (Costa, 2010).

II. Representações Sociais

1. Noção de Representação Social

A ênfase dada ao estudo teórico do indivíduo isolado limita uma análise mais profunda a qualquer problema de uma determinada comunidade. Ainda assim, todo o conhecimento que parta da vida quotidiana das pessoas, por meio do senso comum, elaborado socialmente, baseado no pensar e no agir sobre a realidade, muito tem a contribuir para a elaboração de estudos e políticas sociais (Daolio & Silva, 2009).

A intervenção em representações sociais consiste em *dar voz*, em identificar a forma como o mundo é representado pelos próprios sujeitos, e especialmente como essa representação é progressivamente construída e transformada, uma vez que a metodologia envolve a interpretação dos significados manifestos na interação humana (Jesuino, 2012). “A ideia subjacente é que as pessoas nascem no interior dos discursos correntes, com uma presença material e continuada. A experiência do mundo é estruturada através das formas como os discursos conduzem a segmentar o mundo em unidades e divisões. Os discursos estruturam o mundo e ao mesmo tempo estruturam as subjetividades, conferindo-lhes uma determinada identidade social e um modo de estar no mundo” (Jesuino, 2012, p. 10).

A representação é entendida como uma tradução construtiva do real, uma imagem global, subjetivamente apropriada e sempre percebida como coletiva. Os fenómenos, factos ou aspetos da vida, quando interiorizados, apresentam características particulares ao mesmo tempo em que se assemelham às concepções coletivas (Dias & Teresinha, 2011). Destas concepções surge a integração entre a experiência pessoal e a coletiva/histórica armazenada na cultura e redistribuída em cada espírito através da educação (Morin, 1980, 2005a cit. *in* Dias & Teresinha, 2011).

As representações sociais, propriamente ditas, são sociais por serem partilhadas mas também porque o são na sua essência. Embora na sua construção estejam envolvidas atividades cognitivas e processos intrapsíquicos (mecanismos de projeção, identificação e emoções), dependem da pertença categorial do sujeito, dos seus contextos de vida e de interação, do seu lugar na estrutura social e evidenciam-se como uma forma de ler o real, dando sentido à vida dos grupos e organizando-os em torno de interesses comuns (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000). Desta forma, a ligação entre as representações e as realidades é cada vez mais uma questão psicossocial (Moscovici, 1998b cit. *in* Oliveira & Araújo, 1999).

As representações sociais tiveram como precursor Serge Moscovici que, na década de 1960, fez renascer o seu conceito a partir das representações coletivas de

Durkheim, focalizando a interação entre o individual e social (Sá, 2002 cit. *in* Morais & Sousa, 2011). Nesta sequência, a representação social refere-se à maneira do indivíduo pensar e interpretar o seu quotidiano, ou seja, constitui um conjunto de imagens e é dotada de um sistema de referência que o permite interpretar a sua vida e a ela dar sentido (Vieira & Coutinho, 2008). Assim, para Moscovici, a representação social é, então, um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida quotidiana no curso das comunicações interpessoais dos indivíduos. Trata-se da expressão dos pensamentos de uma dada coletividade sobre um determinado objeto (Coelho & Falcão, 2006).

Moscovici considera, ainda, primordial explicar o modo como as representações se tornam sociais, na sequência das relações mantidas entre os membros de um grupo. Neste sentido, classifica as representações em três tipos ou categorias: 1) sociais hegemónicas, aquelas que são partilhadas por um grupo fortemente estruturado (e.g. um partido político), que parece ter um carácter uniforme e que prevalece em todas as práticas simbólicas ou afetivas; 2) as sociais emancipadas pertencentes a subgrupos, que se mantêm mais ou menos em contacto, revelam a troca e a interligação de um conjunto de conhecimentos, saberes ou ideias sobre um mesmo objeto; e 3) as sociais polémicas, que se geram no decurso de conflitos, antagonismos e controvérsias entre grupos sociais e os seus respetivos membros (Neves, 2010). Por conseguinte, ao serem conjuntos estruturados modeladores, as representações sociais ligam-se tanto ao sistema de crenças grupais como à sua experiência, determinando comportamentos específicos (Di Giacomo, 1984 cit. *in* Sampaio et al., 2000). De um modo geral, estas representações permitem dar sentido aos acontecimentos, construindo convenções, ao mesmo tempo que perscrevem condutas (Moscovici, 2001 cit. *in* A. Oliveira, 2008).

Não obstante, em 1989, Jodelet propôs uma definição que reúne um maior consenso entre a comunidade científica (Rothes, 2006). Segundo a autora, as representações sociais “são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com finalidades práticas e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1989 *in* Rothes, 2006, p. 70). São, em consequência, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias) mas que não se reduzem a estes componentes. Antes contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação (Spink, 1993).

Enquanto sistemas de interpretação, as representações sociais regulam a nossa relação com os outros e orientam o nosso comportamento, intervindo em processos tão variados como a difusão e a assimilação do conhecimento, a construção de identidades pessoais e sociais, o comportamento intra e intergrupar, as ações de resistência e de mudança social (Cabecinhas, 2004). Enquanto fenómenos cognitivos, as representações sociais são consideradas como o produto duma atividade de apropriação da realidade exterior e, simultaneamente, como processo de elaboração psicológica e social da realidade (Jodelet, 1981 cit. *in* Cabecinhas, 2004).

Deste modo, as representações sociais servem como guias de ação, dado que modelam e constituem os elementos do contexto no qual esta ocorre (Moscovici, 1961 cit. *in* Cabecinhas, 2004) e desempenham funções na manutenção da identidade social e do equilíbrio sociocognitivo (Jodelet, 1989 cit. *in* Cabecinhas, 2004).

Em suma, constituindo-se como “o objeto da psicologia social e comum às ciências vizinhas” (Moscovici, 1998a *in* Oliveira & Amaral, 2007, p. 272), a teoria das representações sociais difunde-se, ajusta-se e abre-se a várias tradições, impulsionando e enquadrando uma grande diversidade de áreas de investigação (Doise, 2001; Moscovici, 1998a; cit. *in* Oliveira & Amaral, 2007).

2. O carácter construído e o carácter social das Representações Sociais

Desde os primeiros trabalhos de Moscovici que a representação social se tem desenvolvido sob a abordagem concetual e epistemológica que encara o indivíduo como tendo um papel ativo na produção do conhecimento. O sujeito, ao invés de reproduzir a realidade, reelabora-a e reconstrói-a no vivido do quotidiano, isto é, os sujeitos e os grupos elaboram os objetos sociais que os rodeiam (Rothés, 2006), sendo que a opinião sobre um objeto pressupõe já uma atividade representativa (Sampaio, et al., 2000). Nesta sequência, a noção de representação implica a existência do confronto entre atividade mental do indivíduo e o objeto representado; da elaboração mental que origina a representação faz parte a atividade simbólica. São estas representações simbólicas, mantidas entre a representação e o representado, que tornam presente o ausente, próximo o distante, e conhecido o desconhecido. São, igualmente, mantidas relações de interpretação, uma vez que as representações conferem significados aos objetos (Rothés, 2006).

Os conjuntos dinâmicos, que visam a produção de comportamentos e interações sociais, são tanto um produto como um processo. Como produto pode estudar-se o seu conteúdo que circula como versão do real, impregnando os discursos, as imagens, as opiniões e as atitudes que os diversos canais de informação veiculam. Como processo remetem para mecanismos psicológicos e sociais que estão na base da formação, organização e transformação de tais conteúdos, assim como para as suas funções e eficácia sociais (Sampaio, et al., 2000).

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

Outro dos elementos essenciais pelo qual se formam, veiculam e transforma as representações sociais, é a comunicação social. A comunicação e a linguagem, nas suas mais diversas formas, conteúdos e modos, têm um papel essencial nas trocas e interações de informações, valores, conhecimentos, opiniões, crenças e comportamento (Neves, 2010). O conjunto de conhecimentos compartilhados é apreendido como verdade e, ao ser interiorizado, configura o indivíduo, constitui subjetividades e favorece a ressignificação de vivências coletivas (Dias & Teresinha, 2011). Um terceiro elemento, não menos importante, é a inserção social dos sujeitos, dado que a posição, estatuto, função social, produzem experiências pessoais diversificadas que condicionam a relação com o objeto representado, assim como a natureza do conhecimento que se alcança sobre ele (Neves, 2010).

Em suma, os indivíduos constroem representações sociais sobre a própria estrutura social e as clivagens sociais, e é no quadro das categorias oferecidas por essas representações que se autoposicionam e desenvolvem redes de relações, no interior das quais se formam e transformam as representações (Cabecinhas, 2004). Nesta sequência, estudam-se seres humanos que pensam, elaboram questões e tentam encontrar respostas, daí afirmar-se que os indivíduos e os grupos se movem no contexto de uma sociedade pensante, que eles próprios produzem através das comunicações que estabelecem entre si (Moscovici, 1981). Assim, “os indivíduos não se limitam a receber e a processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social” (Vala, 2002 *in* Neves, 2010, p. 86). O social está sempre presente na construção e utilização das representações, e estas, como

fatores produtores da realidade, repercutem-se quer no modo de interpretação do que acontece ao próprio e à sua volta, quer na explicação que se elabora para responder ao que se julga ter acontecido. Após construída uma representação, os indivíduos procuram criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação (Moscovici & Hewstone, 1984 cit. *in* Oliveira, 2003). Mesmo em simples conversas, as pessoas recorrem a ideias e valores recolhidos nas mais diversas fontes e experiências pessoais ou grupais, emitem opiniões ou julgamentos ou explicações mais elaboradas; teorias de senso comum, ciências *sui generis* pelas quais se interpretam, articulam e constroem as realidades sociais (Oliveira, 2003).

A compreensão da evolução e da organização de uma representação exige a sua integração na dinâmica social, isto é, considerá-la como determinada pela estrutura da sociedade onde se desenvolve (Moscovici, 1961 cit. *in* Cabecinhas, 2004). Um dos fatores responsáveis pelo carácter hegemónico das representações sociais são os meios de comunicação social, nomeadamente a televisão. Uma representação só adquire foros de verdade e de realidade quando é partilhada e as ideias de consenso já estão veiculadas, o que facilita o conformismo. Por outro lado, as representações vivem de metáforas, o que permite corresponder a cada palavra um rosto, a cada ideia uma imagem. Os meios de comunicação envolvem um mundo de rostos, imagens e símbolos, nos quais se inscrevem as ideias mais abstratas, conferindo-lhes a materialidade de que necessitam para viver, reproduzir-se e tornar-se realidade (Vala, 1993).

A elaboração do pensamento social é determinada pelas pertenças grupais e respetivos valores, normas e ideologias. A pertinência de estudar as diferenças de representação, em função das especificidades das partilhas de que cada grupo social faz de determinado objeto social, é fundamentada pelo facto das representações sociais se inscreverem no seio das pertenças grupais e dos campos psicossociais (Roths, 2006). Estas revelam posicionamentos construídos e adotados pelos grupos sociais, que se exprimem em modos de pensar, estar e agir (Maia et al., 1992 cit. *in* Oliveira, 2003).

3. Processos Sociocognitivos

O campo da representação está diretamente relacionado com a organização e hierarquia dos conteúdos representacionais, a estruturação figurativa das informações e os elementos que o constituem (e.g. julgamentos, opiniões, avaliações). Esta dimensão organiza-se a partir de um núcleo central ou esquema figurativo, que constitui a parte mais resistente e estável da representação, sendo significativamente articulado (Neves, 2010). Este núcleo figurativo é formado pelo sentir e o perceber, ou como diz Moscovici, a objetivação e a ancoragem (e.g. Cabecinhas, 2004; Morais & Sousa, 2011).

É através da dinâmica destes processos sociocognitivos que os sujeitos e grupos constroem um conhecimento social da realidade e este conhecimento, por sua vez, implica transformações no sistema de pensamentos dos sujeitos e dos grupos (Roths, 2006). Além dos processos estarem intrinsecamente ligados, são igualmente modelados por fatores sociais (Cabecinhas, 2004), o que faz emergir a oportunidade de tornar familiar o que era distante ou desconhecido (Rodrigues, Oliveira & Sampaio, 2010) numa realidade conhecida e institucionalizada (Morais & Sousa, 2011).

Em traços gerais, Neto (1998, cit. in A. Oliveira, 2008) distingue estes dois mecanismos, afirmando que a ancoragem reflete a *intervenção da representação no social*, e a objetivação consiste na *intervenção do social na representação*, isto é, a objetivação torna real e visível o que não é palpável. Tal facto contribui para que, ao estudo das representações sociais, se encontre subjacente a assunção de que o indivíduo não responde a uma realidade concreta, objetiva, quantificável, mas sim a uma realidade construída, modificada de acordo com esquemas pré-existentes, resultante de toda uma história desenvolvimental, em que a socialização tem um papel determinante (Jodelet, 1989 cit. in A. Oliveira, 2008).

a. Objetivação

A objetivação permite transformar os conteúdos abstratos e conceptuais relativos ao objeto em imagens (Neves, 2010), através da transferência do que está na mente para coisas que existem no mundo físico, ou seja, pela materialização dos elementos da representação (Roths, 2006). Concretamente, a objetivação é o processo pelo qual o indivíduo reabsorve um excesso de significações, materializando-as, isto é, é o processo de construção formal de um conhecimento pelo indivíduo (Vieira & Coutinho, 2008).

Segundo alguns autores (e.g. Oliveira, 2003; Vala, 2000 cit. *in* Rothes, 2006), existem três fases ou momentos da objetivação: a construção seletiva, a esquematização e a naturalização. A construção seletiva permite, perante uma grande quantidade de informação acerca do objeto a representar, selecionar um grupo mais restrito de elementos a considerar. Simplifica as informações, mantendo as componentes consideradas relevantes relativas ao objeto, e construindo um todo coerente que implica que apenas uma parte da informação disponível seja considerada útil. A esquematização consiste na organização dos elementos constituintes da representação. Compreende uma dimensão imagética ou figurativa, isto é, para cada elemento existe uma imagem correspondente, sendo isto que permite a materialização dos conceitos e a evocação dos objetos representacionais. Por fim, pela naturalização, os conceitos e as respetivas relações constituem-se como categorias naturais e adquirem materialidade. Através das imagens e metáforas, o abstrato dá lugar ao concreto e os conceitos tornam-se realidade.

Em síntese, “a objetivação permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos” (Vala, 2002 *in* Neves, 2010, p. 97).

a. Ancoragem

A ancoragem classifica uma representação numa rede de categorias pré-existentes, ou seja, integra a representação num contexto de referência conhecido e, através deste, a representação constitui-se num organizador das relações sociais (Rothes, 2006). Como instrumento do saber, a ancoragem permite compreender como os elementos da representação não só exprimem relações sociais mas contribuem, igualmente, para construí-las, assegurando o elo entre a função cognitiva de base da representação e a sua função social, e fornecendo à objetivação os elementos imaginativos que irão servir para a elaboração de novas representações (Vieira & Coutinho, 2008). Segundo Moscovici (2001 cit. *in* A. Oliveira, 2008), a ancoragem consiste na integração da informação em categorias, em esquemas pré-concebidos, que facilitam a nomeação de objetos e acontecimentos, a sua classificação, na medida em que se lhes atribui determinada polaridade (contribui, portanto, para a interpretação de factos e construção de opiniões).

O processo de ancoragem precede, por um lado, a objetivação e, por outro, situa-se na sua sequência. Enquanto precedente da objetivação, a ancoragem refere-

se ao facto de qualquer tratamento da informação exigir pontos de referência, ou seja, é a partir das experiências e dos esquemas já estabelecidos que o objeto da representação é pensado. Enquanto sequente, a ancoragem refere-se à função social das representações, nomeadamente permite compreender a forma como os elementos representados contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (Cabecinhas, 2004).

4. Função das Representações Sociais

Nas últimas décadas, a teoria das representações sociais surge como forma inovadora de interpretar o comportamento individual e social (Morais & Sousa, 2011). Jodelet (2002 cit. *in* Moraes & Sousa, 2011) define as representações como uma forma de conhecimento elaborado e compartilhado socialmente, com o objetivo prático de contribuir para a construção de uma realidade comum a conjunto social.

No modelo desenvolvido por Moscovici, as representações podem ser operacionalizadas e analisadas segundo três dimensões: atitudes, informação e o campo da representação. De facto, qualquer representação tem sempre um conteúdo (informação, imagem, opinião, atitude) relativo a um objeto (e.g. um trabalho, uma pessoa (Oliveira, 2003). Quando a representação social apresenta um carácter difuso, porque os indivíduos não possuem informação sobre o objeto, as atitudes têm um função reguladora e orientadora do sujeito para ação. Desta forma, Moscovici salienta que a função principal das representações sociais é permitir que o não familiar se transforme em familiar. Os indivíduos, perante o que lhes é estranho, experimentam o desconforto associado à perda de significado e tendem a recuperar a segurança procurando anular a intermissão introduzida (Rothés, 2006). Por conseguinte, no que concerne à sua funcionalidade, as representações sociais servem de diagnóstico e de ação-intervenção, oferecendo programas para a comunicação e ação relativamente aos objetos que constituem interrogações para um grupo (Neves, 2010).

São as características do grupo, nomeadamente as suas normas e valores, que determinam a dinâmica das representações sociais. Por outras palavras, o funcionamento do grupo, com as suas interações incorporadas, condiciona a sua génese e a sua transformação. Pois, ao não serem constituídas de forma arbitrária, as representações sociais, cumprem funções precisas e obedecem a uma lógica própria (Rothés, 2006).

Generalizando, pode afirmar-se que as representações sociais desempenham uma função de atribuição de sentido da realidade.

5. O estudo do Suicídio no âmbito da Teoria das Representações Sociais

Pela sua abrangência e complexidade, na psicologia, a teoria das representações sociais revela grande elasticidade e vitalidade, adequando-se às mais diversas populações contextos e temáticas, com a premência de encontrar a verdade (Oliveira & Amaral, 2007). Constituir como objeto de estudo o suicídio, encarando-o como um fenómeno social, é “contribuir para a erradicação da ideia vulgar, pertinazmente conservada, de ser o suicídio um ato cujas causas se não de achar exclusivamente no foro individual” (Freitas, 1982, p. 267). Não se pretende negar a existência de uma liberdade pessoal onde as opções de morte ou de vida se tornam irreversíveis. Cada indivíduo decide-se pela eficácia da representação. Contudo, ignorar o contexto social do suicídio é perder a transgressão, feita pelo indivíduo, da norma que proíbe a autodestruição (Freitas, 1982).

O benefício de aplicar a teoria das representações sociais ao suicídio é o de depurar os suicídios na sua base social. Sendo a sociedade portuguesa resistente à mudança, como afirma Freitas (1982), estudar o suicídio neste âmbito acrescenta ao que sabemos a prova viva do discurso do povo, daquilo que é falado no senso comum. Permite compreender o porquê do estigma que envolve este fenómeno, as crenças dos alentejanos e quais são as representações que a comunidade alentejana tem relativamente àqueles que se suicidam e a forma como encaram este gesto, este ato, este fenómeno.

No estudo das representações do suicídio recorre-se, em muito, a símbolos fundados na nossa tradição histórico-social que nos ligam à vida e que permitem tornar familiar algo que à partida é estranho (Oliveira & Amaral, 2007). É difícil entender e aceitar a nossa morte e é doloroso imaginar a morte do outro, pelo que a sua chegada é sempre traumatizante. O medo e a ansiedade causados por esta ideia têm origem na existência, em nós mesmos, de um forte apego à vida e no instinto de preservação, bem como na certeza da nossa própria mortalidade (Schimel et al., 2007 cit. *in* Rodrigues, Oliveira & Sampaio, 2010).

A morte continua a ser profundamente sentida no seio familiar, porém perdeu-se o direito de a afirmar e mostrar. O que antes era obrigatório é agora proibido e a

morte, especialmente a por suicídio, converteu-se num tabu (Oliveira, 2003). Se o contacto com a morte de alguém próximo, seja ou não por suicídio, pode ou não influenciar a representação de morte, o que é transmitido através dos meios de comunicação social e do diálogo com os pares contribui, certamente para a construção da mesma (A. Oliveira, 2008).

Identificar as representações sociais acerca do suicídio é compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar a problemática veiculada à sua realidade (Vieira, Saraiva & Coutinho, 2010). Permite conhecer pensamentos, sentimentos, perceções e experiências de vida compartilhadas. Encontram-se algumas dimensões representacionais comuns, em especial em relação à morte e ao suicídio, e outras que as distinguem claramente, pelas ancoragens que suscitam, pelas suas objetivações e pelo sujeito para o qual, geralmente, nos remetem (e.g. Oliveira & Amaral, 2007). Não existem representações individuais, idiossincráticas, casuais e desenraizadas das pertenças dos indivíduos, quando estamos perante um objeto social (Amâncio, 1999 cit. *in* Oliveira & Amaral, 2007), pois as formas de pensar, sentir e agir não podem ser particularizadas.

No que respeita aos estudos sobre morte e suicídio, estes são frequentemente realizados em idades mais precoces, em etapas onde emergem novos conceitos, como por exemplo a adolescência. Num estudo realizado por Roen, Scourfield e McDermott (2008), os adolescentes percecionam o suicídio como algo proibido e vergonhoso, como uma opção que não ocorre em *boas famílias*, provocando choque, sofrimento e tristeza. Este tema é ainda considerado como sendo facilmente acessível (e.g. internet, televisão) e parece ter uma função apelativa, ao constituir uma tentativa de solucionar os problemas, de acabar com o sofrimento. Ao contextualizarem o ato suicida, os adolescentes deste estudo, dão particular relevância às relações interpessoais e ao sentido de pertença, que pode funcionar como fator preventivo ou desencadeador. Apesar de surgirem num contexto cultural e socioeconómico diferente, estas representações são comuns, em muitos aspetos, com os dados recolhidos em Portugal.

Num estudo liderado por Oliveira (2003), os jovens participantes descreveram o ato suicida como um ato desesperado que resulta na morte, sendo concebido enquanto uma forma de gerir a tristeza sentida. É ainda associado a expressões como drogas, sangue, arma, doença ou loucura, surgindo como um ato recreminável, caracterizado como estúpido, cobarde ou fraco, que provoca pena, medo, tristeza, revolta, confusão e reflexão. Já Sampaio e colaboradores (2000) ao cruzarem as

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

Ainda em Portugal, Rothes (2006) estudou a compreensão do suicídio juvenil em profissionais de saúde, nomeadamente em psicólogos, psiquiatras e médicos. Este estudo permitiu ressaltar que os profissionais deste estudo representam a explicação do suicídio e da tentativa de suicídio juvenis através de uma multiplicidade de causas e significados, destacando-se, dentro desta diversidade, a depressão. Concluiu-se, desta forma, que a estrutura dos universos de significação vai de encontro a uma perspectiva integrativa de interpretação do suicídio. Embora exista uma experiência prática, verifica-se, também, um silêncio sobre a morte nos profissionais de saúde. A forma como explicam o fenómeno, assim como o pensam, não são separáveis dos fatores que caracterizam as sociedades atuais. Segundo Rothes (2006), “contrariar a negação da morte e do sofrimento, reconhecendo que fazem parte da vida e obstar a onipotência médica da sociedade contemporânea pode ajudar à consciencialização da nossa vulnerabilidade” (p. 154).

Também Morais e Sousa (2011) estudaram a relação entre representações sociais e suicídio numa comunidade de Brasília, no Brasil, onde os índices de suicídio são os mais elevados. Deste estudo congregaram diferentes registos, como por exemplo: o suicida seria uma pessoa fraca, triste e depressiva, covarde, egocêntrica, fraca, com problemas, introvertida, descrente em Deus, não religiosa e excluída socialmente.

Dado a ausência de estudos sobre a perceção deste fenómeno na idade adulta e tendo o suicídio as suas taxas mais altas no Alentejo, procurou-se com este estudo, desta forma, apreender as perceções dos alentejanos relativamente ao suicídio.

Estudo Empírico

III. Objetivos

Em termos gerais, procura-se com este estudo apreender as dimensões significantes que estruturam as representações do suicídio na população adulta alentejana, de ambos os sexos e diferentes idades (≥ 18 anos) nos três distritos alentejanos – Portalegre, Évora e Beja.

Em termos específicos, esta investigação pretende:

1. Identificar os campos semânticos que estruturam as crenças em relação ao suicídio na população alentejana;
2. Analisar como as diferentes representações encontradas se podem aproximar, estruturar conjuntamente ou distinguir em função do género, da idade, do distrito, do nível de escolaridade, da religiosidade e da empregabilidade;
3. Verificar em que medida os conteúdos representacionais são modelados pelo contato com o suicídio.

Trata-se de um estudo exploratório, que procura conhecer as perceções que os indivíduos adultos residentes no Alentejo têm do suicídio e, desta forma, o discurso social em torno dos comportamentos suicidários, que eventualmente contribuem para a compreensão das elevadas taxas de suicídio verificadas nesta região (nomeadamente através da sua legitimação). Espera-se não só obter uma visão abrangente das semelhanças ou diferenças nos campos semânticos construídos em torno do fenómeno suicida por parte da população alentejana, mas também resultados que permitam identificar em que medida a perceção dos participantes é modelada pelo nível de escolaridade, pelo facto de estar ou não empregado, seguir ou não crenças religiosas, e pelo contacto com alguém próximo que tenha cometido suicídio.

IV. Metodologia

1. Participantes

A amostra é composta por 271 indivíduos adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, dos três distritos do Alentejo (i.e. Portalegre, Évora e Beja). Para a recolha da mesma utilizou-se o método de amostragem por conveniência. Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (66,8%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1. *Características dos participantes do estudo*

	Dimensões	<i>n</i>	%	% Acumulada
Sexo	Feminino	181	66,8	-
	Masculino	90	32,2	-
Idade	18-35	169	62,4	62,4
	36-50	70	25,8	88,2
	51-65	32	11,8	100
Distrito	Évora	60	22,1	-
	Portalegre	185	68,3	-
	Beja	26	9,6	-
Empregabilidade	Empregado	155	57,2	-
	Desempregado	116	42,8	-
Religiosidade	Religioso	218	80,4	-
	Não Religioso	53	19,6	-
Contacto com o Suicídio	Sim	140	51,4	-
	Não	131	48,3	-

2. Instrumento

Para a recolha de dados, foi utilizado um inquérito com perguntas abertas e fechadas (cf. Anexo I). Com as perguntas abertas pretendeu-se identificar os campos semânticos que estruturam as ideias, sentimentos e imagens (crenças) em relação ao suicídio, enquanto com as perguntas fechadas se inqueriu quanto às variáveis sociodemográficas, tais como: o nível de escolaridade, a religiosidade, a empregabilidade e se teve ou não contacto com alguém que se suicidou.

Desta forma, retiveram-se como variáveis dependentes as dimensões representacionais obtidas (i.e. conjuntos de palavras às quais foi atribuído um significado e um sentido no âmbito da Análise de Correspondência Múltipla – ACM) para o conceito em análise, e como variáveis independentes o nível de escolaridade, a religiosidade, a empregabilidade, o sexo, a idade, o distrito e o contacto (ou não) com o suicídio.

3. Procedimento

Os dados para este estudo foram recolhidos por associação livre de palavras através de três estímulos, baseados no estudo Oliveira e Amaral (2007): *O Suicídio*

faz-me pensar em..., *O Suicídio faz-me sentir...* e *As pessoas que se suicidam...* Cada indivíduo expressou os seus pensamentos, ideias, imagens e símbolos, bem como as emoções e sentimentos, relativamente ao suicídio, em palavras ou pequenas frases, para cada um dos três estímulos propostos. Cada sujeito dispôs de tempo suficiente para ponderar e expressar de forma anónima, livre, espontânea e aberta, com privacidade para articular as suas respostas, o que pensa e sente (Elejabarrieta, 1993; Hair, 1992; cit. in Oliveira & Amaral, 2007). Antes da conceção dos ficheiros de *input* para realizar a ACM, reduziram-se todas as palavras, pequenas frases ou produções em texto livre associadas a cada um dos estímulos considerados, sem efetuar qualquer análise de conteúdo, colocando todos os adjetivos e substantivos no masculino e no singular, assim como os verbos no modo infinitivo. Este tratamento de dados fundamenta-se, puramente, no critério da raiz etimológica de cada palavra, dado que qualquer redução em termos de significados exigiria o recurso a juízes (Amâncio & Carapineiro, 1993; cit. in Oliveira & Amaral, 2007). Esta é a razão pela qual se poderão manter as palavras com significados semelhantes ou alguns verbos cuja forma substantivada, que lhe deveria corresponder, não estava incluída nos dados recolhidos (Oliveira & Amaral, 2007). Importa ainda referir que, a maioria dos inquéritos foram aplicados por recurso à internet, de modo a que se pudesse chegar mais facilmente aos participantes alentejanos dos três distritos.

Após a análise cuidada dos inquéritos, os dados foram introduzidos no SPSS 21.0 para Windows, procedendo-se a uma análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e da distribuição das respostas aos estímulos.

Embora seja considerada uma técnica descritiva, exploratória e não confirmatória (Pestana & Gageiro, 2008), a ACM simplifica dados complexos e produz análises de informações que possibilitam conclusões a respeito das mesmas. Um dos pontos relevantes desta técnica é que não há exigência de normalidade para a resposta estudada (Knop, 2008). A ACM pressupõe a existência de uma associação entre as variáveis observáveis e as suas categorias, simplificando-se os dados através da criação de grupos homogêneos (tipologias) necessários para os descrever (Pestana & Gageiro, 2008).

Para os fins deste estudo foi utilizada a ACM com o objetivo de transformar os dados qualitativos em quantificações que permitem, não só a sua representação gráfica mas, também uma maior separação de categorias (Pestana & Gageiro, 2008).

O primeiro passo para a ACM consiste em determinar o número máximo de dimensões, obtido pela diferença entre o total de categorias em presença e o número

de variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Após este cálculo, obteve-se, através do SPSS, o valor próprio de cada dimensão. O valor próprio (*eigenvalue*), também denominado de inércia, avalia a qualidade das dimensões do gráfico (Knop, 2008) e varia entre 0 e 1, ocorrendo o 1 quando as categorias que caracterizam essa dimensão são por ela explicadas na totalidade (Pestana & Gageiro, 2008). Por conseguinte, “quanto maiores forem os valores próprios, mais importantes são as dimensões para explicar a variabilidade dos dados e melhor a solução encontrada por ser mais discriminativa” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 214).

Após verificar os valores próprios das dimensões, o passo seguinte é observar as medidas de discriminação das variáveis (*discrimination measures*). As medidas de discriminação calculam a variação das variáveis em cada dimensão e quanto mais alto for o seu valor (sendo o valor máximo igual a 1), melhor é a discriminação dos objetos em análise. Um modelo que tenha variáveis com valores próximos a 1 (numa ou outra dimensão) consegue definir melhor os grupos de objetos distintos (Knop, 2008).

Aquando da identificação das variáveis mais discriminativas por dimensão, é desejável que se verifique a quantificação das categorias das variáveis. Esta quantificação irá mostrar as associações e oposições presentes ao comparar as categorias das variáveis dos modelos (Knop, 2008). Salientam-se, assim, as categorias pertencentes às variáveis que melhor discriminam por se afastarem da origem, ao invés das que estão próximas (Pestana & Gageiro, 2008). As quantificações das categorias de diferentes variáveis aproximam-se umas das outras no caso de serem semelhantes. A proximidade entre categorias de variáveis diferentes significa que são partilhadas pelos mesmos objetos, traduzindo-se em relações de associação, isto é, quantificações do mesmo sinal. Contrariamente, o afastamento entre categorias traduzem relações de afastamento/oposição, e corresponde a quantificações de sinais contrários (Pestana & Gageiro, 2008).

Pelas suas características, assiste igualmente à ACM a capacidade de representar num espaço de menor dimensão não só as categorias que caracterizam os objetos, mas também os objetos, independentemente da sua natureza (Carvalho, 2008). A ACM designa por objeto cada caso ou unidade de análise, e a sua representação gráfica permite uma visão rápida sobre a densidade dos agregados obtidos aquando da quantificação das categorias. Os objetos são representados por girassóis ou sunflowers, onde o maior número de pétalas assinala o maior número de casos na mesma posição, e onde a menor unidade é a corola sem pétalas,

representada por uma bola. As bolas destacadas das restantes assinalam possíveis outliers (Pestana & Gageiro, 2008).

De acordo com as transformações dos dados, é sabido que da interpretação das distâncias, exibidas entre os objetos, se pode inferir sobre a maior ou menor homogeneidade dos perfis (Carvalho, 2008), isto é, a distância de cada objeto à origem reflete a variação em relação à média (Pestana & Gageiro, 2008). Para além disso, quando o número de casos é pequeno, a quantificação dos objetos permite ainda analisar para cada variável a distintividade entre as suas categorias por dimensão (Pestana & Gageiro, 2008).

Por fim, para cada um dos estímulos, foram efetuadas diferentes ACM's para verificar a relação de cada uma das variáveis independentes com o discurso dos alentejanos relativamente ao suicídio.

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

V. Resultados

Das respostas ao estímulo ***Suicídio faz-me pensar em...***, resultaram 2123 palavras e retiveram-se 140 distintas, com uma frequência mínima de 1 ocorrência. No Quadro 1 apresentam-se apenas as palavras com uma frequência mínima de 10 ocorrências (cf. Tabela completa em Anexo II). Esta opção prende-se com o facto de, por um lado se verificar uma grande dispersão nas palavras usadas pelos participantes (i.e. 140 palavras distintas usadas pelos 271 sujeitos), mas também porque 194 sujeitos utilizam pelo menos uma vez uma destas 11 palavras, o que corresponde a 71,6% dos sujeitos da amostra. Ou seja, apesar de se ter optado por analisar uma parte reduzida do universo lexical utilizado pelos participantes, esta acaba por ser representativa.

Ao ter-se em consideração as 11 palavras mais frequentes, é possível verificar que o suicídio reside, sobretudo, na ideia de um ato de desespero (palavra mencionada por cerca de 25,5% dos indivíduos) perante problemas vistos como insolúveis, associados a uma tristeza ou sofrimento insuperáveis (que redundam em doença ou depressão), e a uma solidão impossível de combater. Deste modo, o suicídio surge como o término, a morte, de uma aparente dádiva que é a vida.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. desespero, tristeza, solidão, sofrimento), causas internas/externas do suicídio (e.g. problemas, doença, depressão), e aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte ou fim da vida, a saída para algo sem solução – insolúvel).

Quadro 1. Respostas ao estímulo *Suicídio faz-me pensar em...*

Palavra	Frequência	Frequência Relativa
Desespero	69	25,5
Morte	52	19,2
Tristeza	25	9,2
Fim	23	8,5
Problemas	21	7,7
Sufrimento	19	7
Solidão	16	5,9
Doença	14	5,2
Insolúvel	12	4,4
Depressão	10	3,7
Vida	10	3,7

Seguidamente foi realizada uma análise de correspondência múltipla (ACM) com as mesmas 11 palavras com frequências de aparecimento mais elevadas ($f \geq 10$); cf. Quadro 1). Desta análise seleccionaram-se as cinco primeiras dimensões (cf. Tabela 2). Após a verificação das variáveis mais discriminativas por dimensão (cf. Tabela 3) foi possível identificar as categorias e interpretar cada dimensão (cf. Tabela 4, Anexo III).

A primeira dimensão traduz as sensações de desespero e solidão – palavras que contribuem em 24% e 22% respetivamente para a sua explicação. Integra as pessoas que associam ao suicídio sentimentos de tristeza e desespero, bem como às condições de doença e solidão (num polo), por oposição às que o vêem como morte (no outro polo).

A segunda dimensão opõe as palavras problemas (que contribui em 26% para a sua explicação) e fim a morte e sofrimento (que contribui em 26% para explicar o significado da dimensão). Existe uma oposição entre a ideia de suicídio como o fim dos problemas que perturbam o indivíduo à ideia de suicídio como termo do sofrimento.

O terceiro eixo é explicado essencialmente pelas palavras insolúvel (em 40% e que mais contribui para a sua explicação) e morte, às quais se opõe a palavra problemas. Opõe a representação de suicídio como morte na sequência de situações sem solução à percepção do gesto suicida como associado a problemas.

O quarto fator é em muito determinado pela palavra vida (que contribui em aproximadamente 47% para explicar o significado do fator) que se contrapõem ao universo semântico definido por doença, desespero e sofrimento. Contrapõe a ideia de suicídio na sequência de doença e grande sofrimento à de vida.

Por fim, a quinta dimensão traduz duas formas de entender o suicídio, num polo a ideia de suicídio associado à depressão (palavra que mais contribui com 30% para a explicação da dimensão) e à solidão, e no outro polo, à tristeza. De alguma forma, parece opor dois motivos diferentes para o suicídio, como forma de lidar com a doença/a depressão e a solidão e por outro na sequência de um sentimento de menor intensidade e normalidade, isto é a tristeza.

Tabela 2. Principais inércias e percentagens explicadas e acumuladas do estímulo O *Suicídio faz-me pensar em...*

Dimensão	Inércia	%	% Acumulada
1	0,139	13,9	13,9
2	0,115	11,4	25,3
3	0,110	11	36,4
4	0,104	10,4	46,8
5	0,096	9,6	56,5
6	0,094	9,4	65,9
7	0,081	8,1	73,9
8	0,076	7,6	81,5
9	0,068	6,8	88,3
10	0,064	6,4	94,7
11	0,053	5,3	100

Tabela 3. Medidas de discriminação das variáveis do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

Palavra	Dimensão					Média
	1	2	3	4	5	
Desespero	0,364	0,069	0,070	0,109	0,022	0,127
Morte	0,184	0,144	0,140	0,004	0,026	0,100
Tristeza	0,241	0,089	0,018	0,000	0,252	0,120
Fim	0,051	0,175	0,089	0,101	0,062	0,096
Problemas	0,003	0,329	0,205	0,002	0,000	0,108
Sufrimento	0,038	0,329	0,046	0,109	0,090	0,122
Solidão	0,336	0,000	0,002	0,000	0,107	0,089
Doença	0,197	0,030	0,027	0,179	0,057	0,098
Insolúvel	0,002	0,000	0,486	0,016	0,096	0,120
Depressão	0,091	0,092	0,100	0,089	0,316	0,138
Vida	0,025	0,001	0,032	0,537	0,029	0,125

Tabela 4. Agregação das categorias por dimensão do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

	Quantificações Negativas	Quantificações Positivas
Dimensão 1	Desespero_A Morte_P Tristeza_A Solidão_A Doença_A	Desespero_P Morte_A Tristeza_P Solidão_P Doença_P
Dimensão 2	Fim_A Problemas_A Sufrimento_P Morte_P	Fim_P Problemas_P Sufrimento_A Morte_A
Dimensão 3	Problemas_P Insolúvel_A Morte_A	Problemas_A Insolúvel_P Morte_P
Dimensão 4	Doença_A Desespero_A Sufrimento_A Vida_P	Doença_P Desespero_P Sufrimento_P Vida_A
Dimensão 5	Depressão_A Tristeza_P Solidão_A	Depressão_P Tristeza_A Solidão_P

Os grupos obtidos com base nas duas primeiras dimensões são aqueles que explicam mais variação dos dados (36,4%). Desta forma, é possível verificar que os alentejanos que associam o suicídio às condições de doença e solidão também o vêm

como o fim dos problemas, por oposição àqueles que o percebem como a morte e o sofrimento e os relacionam com os sentimentos de tristeza e desespero (cf. Gráfico 1).

A primeira e a terceira dimensão explicam conjuntamente 25% da variância. Verifica-se através desta análise que os que percebem o suicídio como desespero percebem-no na sequência de doença, solidão e tristeza, e opõe-se aos que o vêm apenas como a morte de problemas insolúveis (cf. Gráfico 2).

O cruzamento da primeira e quarta dimensões, que explicam conjuntamente 24% da variância, associam os que percebem o suicídio como morte, pelo desespero e a solidão, ao contrário daqueles que o consideram na sequência de uma vida de sofrimento, resultado da doença e da depressão (cf. Gráfico 3).

A primeira e a quinta dimensão explicam conjuntamente 23,5% de variância. Verifica-se, através desta análise, que os alentejanos associam o suicídio às condições de solidão e doença que culminam na morte de si mesmo, ao invés daqueles que o percebem na sequência de estados depressivos (e.g. tristeza e depressão) (cf. Gráfico 4).

Gráfico 1. Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 2) do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

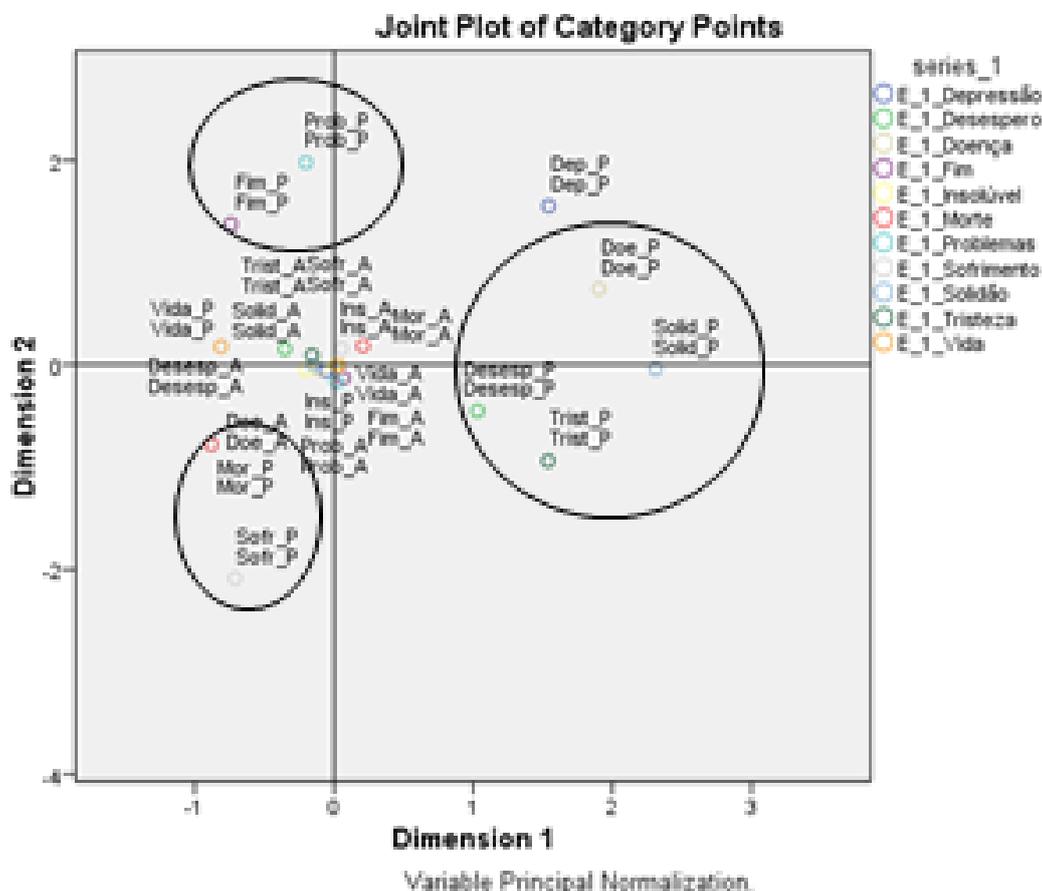


Gráfico 2. Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 3) do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

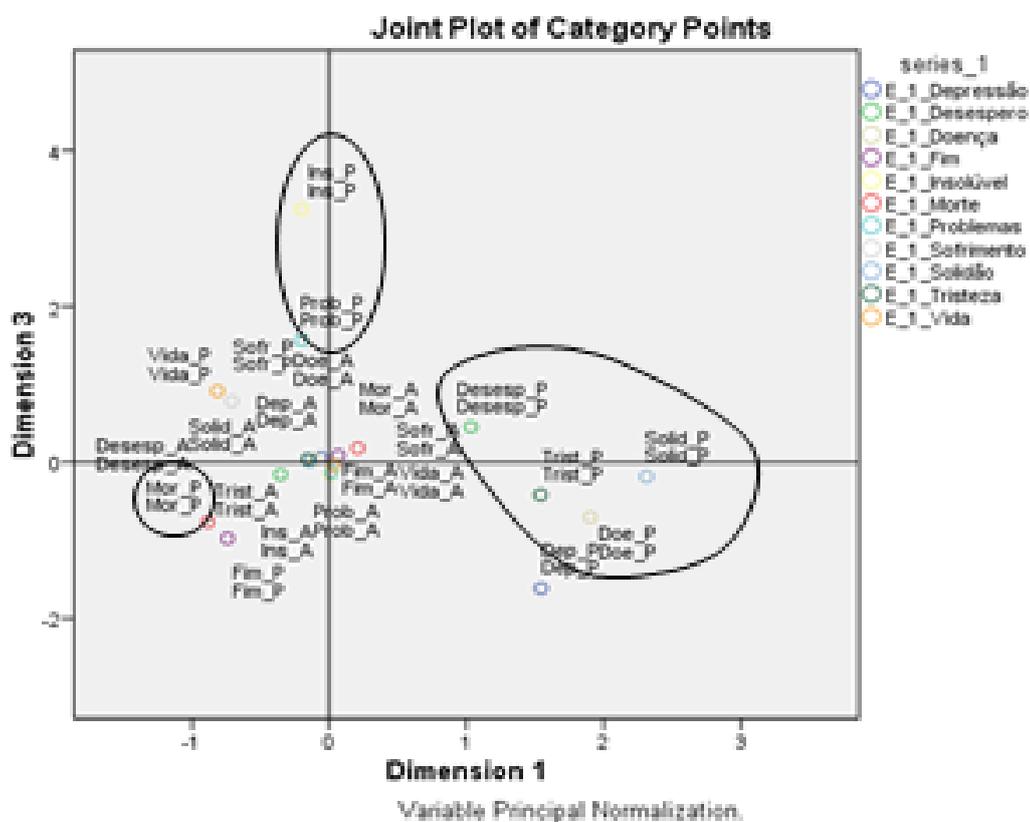


Gráfico 3. Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 4) do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*

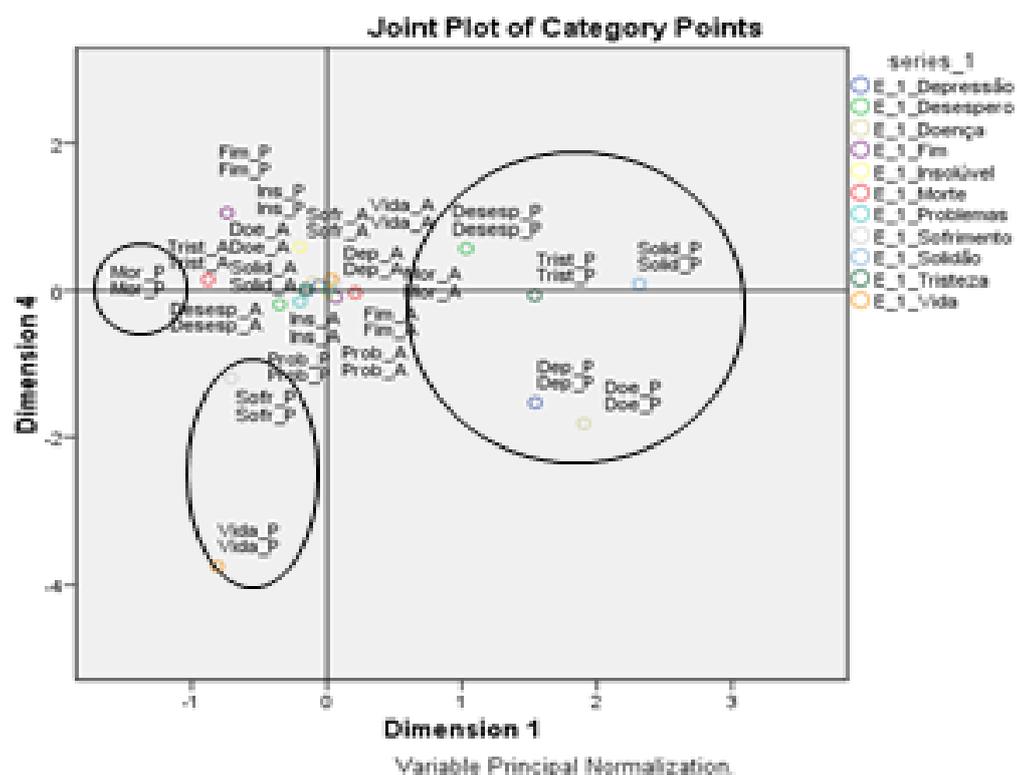
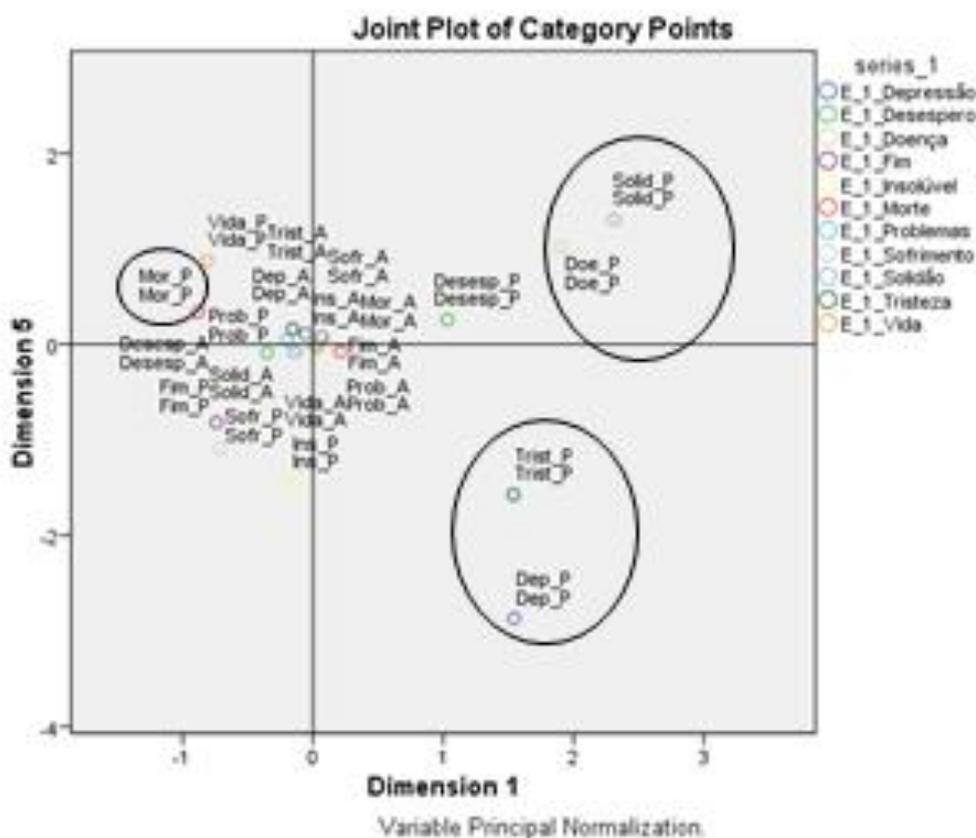


Gráfico 4. Agregado das quantificações das categorias por pares de dimensões (1 e 5) do estímulo *O Suicídio faz-me pensar em...*



Por fim foi realizada uma análise qualitativa para saber se as 11 palavras maioritariamente utilizadas pelos participantes em resposta ao primeiro estímulo seriam modeladas pelas variáveis independentes. Esta análise demonstrou que as mulheres alentejanas, religiosas, empregadas, com contacto prévio com o suicídio, com idades compreendidas entre os 36 e os 65 anos, do distrito de Portalegre, com habilitações literárias ao nível do ensino básico e superior, por oposição aos homens, percecionam o suicídio como uma associação entre sentimentos negativos (como desespero, solidão e tristeza) e psicopatologia (doença e depressão) (cf. Gráfico 5, Anexo IV).

Quadro 2. Respostas ao estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

Palavra	Frequência	Frequência Relativa
Tristeza	97	35,8
Mal	27	10
Impotente	23	8,5
Pena	20	7,4
Revolta	16	5,9
Angústia	14	5,2
Medo	13	4,8
Confuso	12	4,4

Procedendo-se, então, à ACM com as 8 palavras com frequências de aparecimento mais elevadas ($f \geq 12$; cf. Quadro 2), selecionaram-se as quatro primeiras dimensões (cf. Tabela 5). Após a verificação das variáveis mais discriminativas por dimensão (cf. Tabela 6) foi possível identificar as categorias e interpretar cada dimensão (cf. Tabela 7, Anexo VI).

A primeira dimensão traduz a sensação de mal-estar e confusão, por oposição à tristeza (sentimento que mais contribui para a compreensão da dimensão com 45%). Existe uma oposição entre sentimentos que causam apreensão e um sentimento considerado normal, a tristeza.

A segunda dimensão opõe impotente (que justifica em 32,6% o significado da dimensão) e revolta, a pena e angústia. Opõe a sensação de revolta perante a impotência que o suicídio suscita, à angústia e à pena pelo gesto suicida.

O terceiro eixo é explicado pelo sentimento de pena (em 41,4%) e revolta, que se opõem ao medo. Contrapõe o medo que o suicídio causa, à revolta pelo ato suicida e pena pelas pessoas que cometem o ato.

Por fim, o quarto fator traduz, num polo, os sentimentos de medo (que contribui em 45% para a explicação do fator) e revolta, e no outro, confusão. Desta forma, parece existir um sentimento de perturbação perante um ato que não se compreende, em oposição à revolta e ao medo sentidos quando este ocorre.

Tabela 5. Principais inércias e percentagens explicadas e acumuladas do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

Dimensão	Inércia	%	% Acumulada
1	0,159	15,9	15,9
2	0,146	14,6	30,5
3	0,134	13,4	43,9
4	0,132	13,2	57,1
5	0,127	12,7	69,9
6	0,115	11,5	81,3
7	0,114	11,4	92,7
8	0,073	7,3	100

Tabela 6. Medidas de discriminação das variáveis do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

Palavra	Dimensão				Média
	1	2	3	4	
Tristeza	0,574	0,011	0,106	0,024	0,179
Mal	0,421	0,001	0,047	0,027	0,124
Impotente	0,014	0,382	0,037	0,008	0,110
Pena	0,000	0,343	0,445	0,004	0,198
Revolta	0,004	0,213	0,185	0,137	0,135
Angústia	0,024	0,169	0,011	0,109	0,078
Medo	0,038	0,026	0,237	0,479	0,195
Confuso	0,196	0,025	0,004	0,271	0,124

Tabela 7. *Agregação das categorias por dimensão do estímulo O Suicídio faz-me sentir...*

	Quantificações Negativas	Quantificações Positivas
Dimensão 1	Tristeza_P Mal_A Confuso_A	Tristeza_A Mal_P Confuso_P
Dimensão 2	Impotente_A Pena_P Revolta_A Angústia_P	Impotente_P Pena_A Revolta_P Angústia_A
Dimensão 3	Pena_P Revolta_P Medo_A	Pena_A Revolta_A Medo_P
Dimensão 4	Revolta_P Medo_P Confuso_A	Revolta_A Medo_A Confuso_P

Ao selecionarem-se os pares de dimensões com maior variância, os grupos obtidos com base nas duas primeiras dimensões são aqueles que explicam mais a variação dos dados com 30,5% (cf. Gráfico 6). Neste caso, alguns participantes sentem-se revoltados perante a confusão e o mal-estar que o suicídio causa, assim como impotentes e tristes, ao contrário daqueles que sentem angústia e pena perante o fenómeno.

Na conjugação da primeira com a terceira dimensão – as quais explicam conjuntamente 29,3% da variância -, percebe-se que parte da comunidade alentejana se sente substancialmente mal, confusa e triste perante o suicídio, em oposição ao que sentem medo, revolta e pena (cf. Gráfico 7).

A primeira e a terceira dimensões explicam conjuntamente 29% da variância. Esta análise opõe um grupo de alentejanos que sente tristeza, confusão e mal-estar face ao suicídio, a outro que sente revolta e medo (cf. Gráfico 8).

O cruzamento entre a segunda e a terceira dimensão, que explicam conjuntamente 28% da variância, mostra que os alentejanos que sentem pena e angústia face ao suicídio se opõem aos alentejanos que se sentem revoltados com e impotentes perante o comportamento suicida (cf. Gráfico 9).

Gráfico 6. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 2) do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

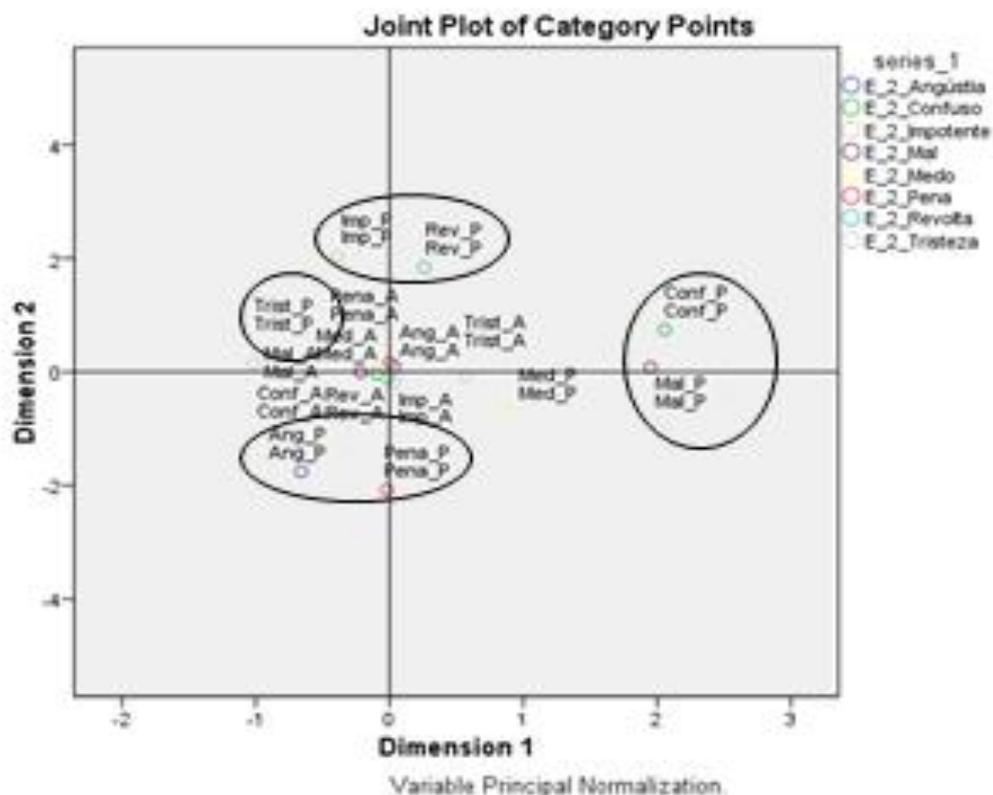


Gráfico 7. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 3) do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

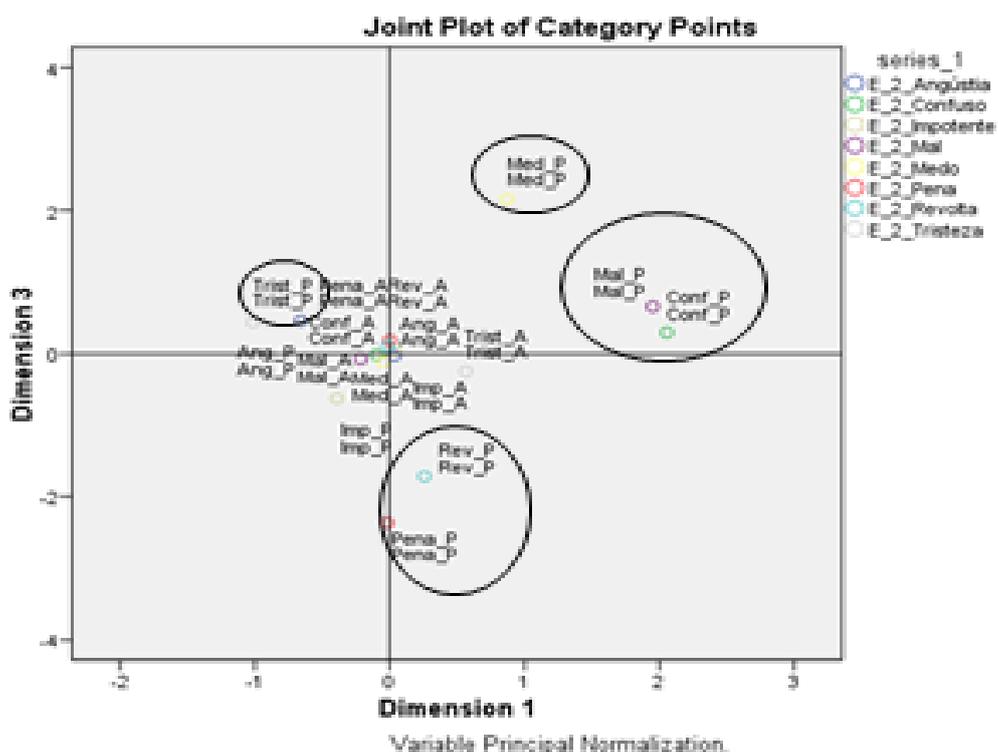


Gráfico 8. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 4) do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*

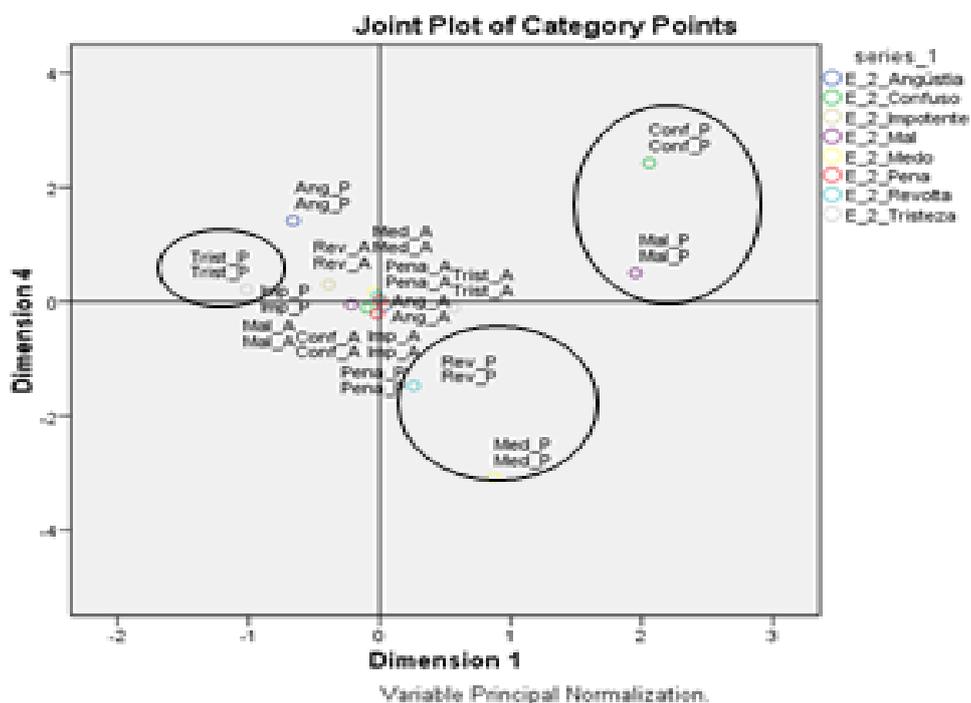
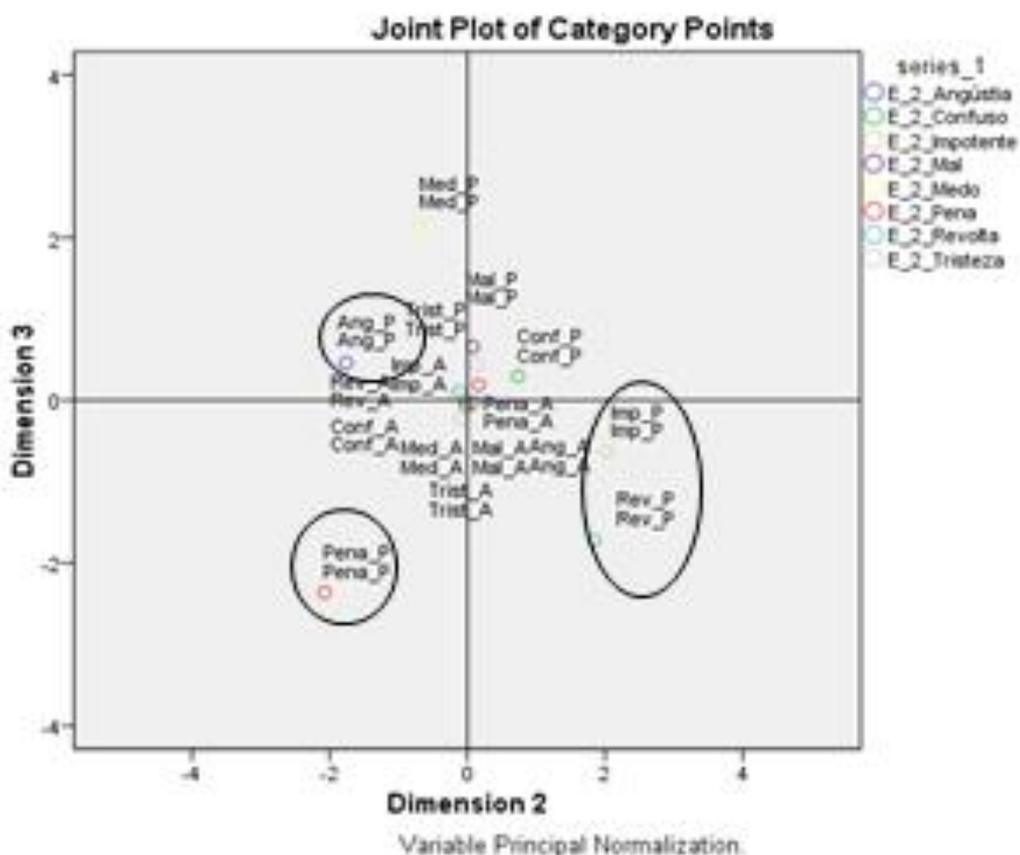


Gráfico 9. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (2 e 3) do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*



Por último, a análise simultânea de todas as variáveis relativas aos sentimentos da comunidade alentejana face ao suicídio revelou que são os homens alentejanos, não religiosos, desempregados, sem qualquer contacto prévio com o suicídio, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, dos distritos de Évora e Beja, com habilitações literárias superiores, por oposição às mulheres, que mais emitem emoções negativas (como mal-estar e medo) perante um ato difícil de compreender (confuso) e de aceitar (revolta) (cf. Gráfico 10, Gráfico 11, Anexo VII).

Gráfico 10. Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo O Suicídio faz-me sentir...

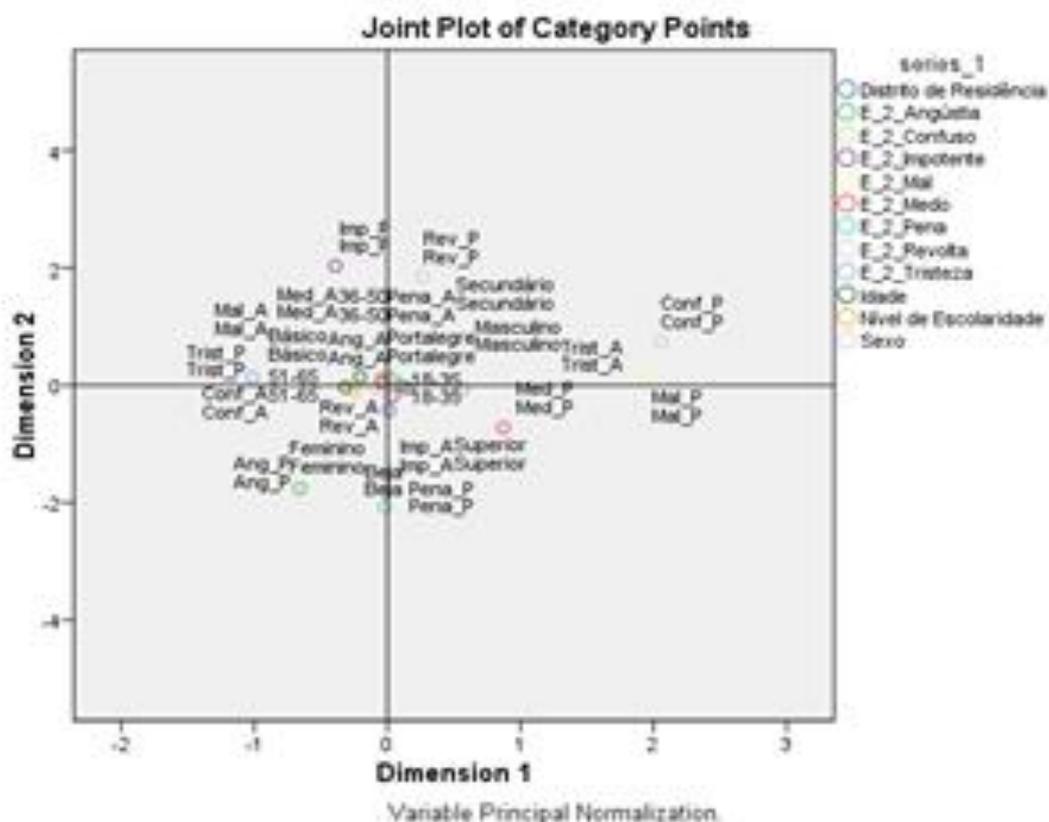
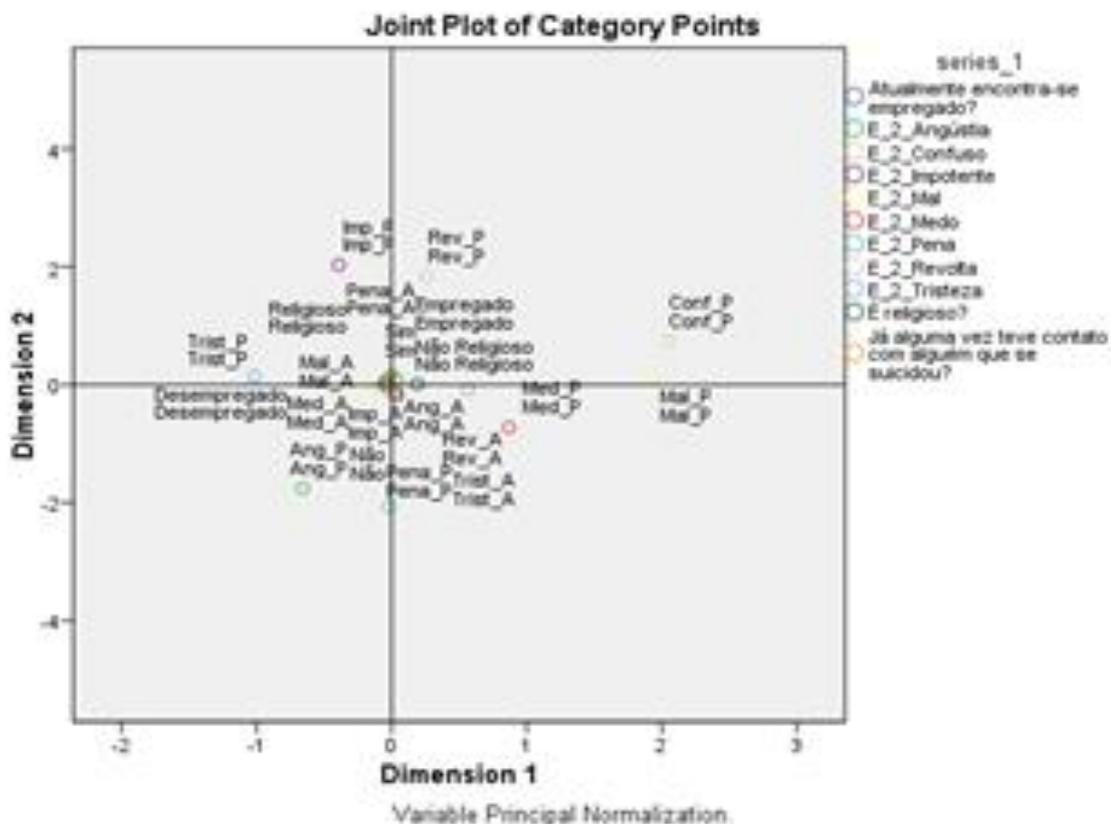


Gráfico 11. Continuação da Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo *O Suicídio faz-me sentir...*



Em resposta ao estímulo **As Pessoas que se suicidam...**, geraram-se 3238 palavras e retiveram-se 151 palavras diferentes, com uma frequência mínima de 1 ocorrência. No Quadro 3 apresentam-se somente as palavras com uma frequência mínima de 10 ocorrências (cf. Tabela completa em Anexo VIII), sendo as mesmas representativas da amostra, na medida em que foram proferidas, pelo menos uma vez, por 194 dos sujeitos que a compõem (ou seja, 71,6% da amostra).

A partir do campo semântico constituído pelas 12 palavras mais frequentes, é possível constatar que a imagem das pessoas que se suicidam âncora, substancialmente, em problemas (palavra referida por 18,5% dos participantes) que as ultrapassam, produzindo desespero e sofrimento. Os alentejanos voltam a referir-se à psicopatologia, percecionando estas pessoas como doentes, deprimidas e/ou psicologicamente afetadas, que necessitando de ajuda encontram (com coragem) no suicídio a solução para as suas fraquezas. As pessoas que se suicidam são ainda, percecionadas como autoras de um ato sem sentido e de puro egoísmo.

Quadro 3. Respostas ao estímulo *As Pessoas que se suicidam...*

Palavra	Frequência	Frequência Relativa
Problemas	50	18,5
Desespero	44	16,2
Doença	26	9,6
Psicafetadas	18	6,6
Sufrimento	17	6,3
Ajuda	15	5,5
Fraqueza	15	5,5
Coragem	13	4,8
Solução	12	4,4
Depressão	11	4,1
Egoísmo	11	4,1
Sem sentido	10	3,7

Após a realização de uma ACM com as 12 palavras maioritariamente mencionadas ($f \geq 10$; cf. Quadro 3), selecionaram-se as seis primeiras dimensões (cf. Tabela 8). Após a verificação das variáveis mais discriminativas por dimensão (cf. Tabela 9) foi possível identificar as categorias e interpretar cada dimensão (cf. Tabela 10, Anexo IX).

A primeira dimensão opõe as palavras desespero (que contribui em 21% para a explicação do significado da dimensão), sem sentido e solução, às palavras doença e fraqueza. Existe uma oposição entre a perspectiva de que as pessoas que se suicidam são fracas e estão doentes, à perspectiva de que estão desesperadas e que encontram neste ato, sem sentido, a solução para o mesmo.

A segunda dimensão coloca as palavras depressão (que explica em 20% o significado da dimensão) e ajuda em oposição às palavras coragem e problemas. Contrapõe a ideia de que as pessoas que se suicidam estão deprimidas e precisam de ajuda à imagem das pessoas que cometem suicídio como corajosas por conseguirem pôr fim aos problemas que as atormentam.

O terceiro eixo é explicado pelas palavras coragem (que contribui com aproximadamente 22% para explicar o significado do eixo) e desespero, em contraponto às palavras solução e sofrimento. Existe, por um lado, a ideia que os suicidas são corajosos por porem fim ao seu desespero, e, por outro lado, a ideia que estas pessoas encontraram solução para o seu sofrimento ao porem fim à vida.

O quarto fator é determinado por doença e ajuda, num polo, e, no outro polo, pelas palavras egoísmo (palavra que explica em 22% o significado do fator), psicafetadas e sofrimento. Contrapõe a percepção dos suicidas como pessoas doentes que precisam de ajuda, à imagem de que estas pessoas se encontram

psicologicamente afetadas e em sofrimento, sendo egoístas ao optarem pelo suicídio como forma de terminar a sua dor.

A quinta dimensão é explicada pelas palavras sofrimento (palavra que contribui com 27,5% para a explicação da dimensão) e ajuda, por oposição a problemas e psicafetadas. Nesta dimensão, as pessoas que se suicidam são vistas como estando em grande sofrimento e necessitadas de ajuda, por contraposição à ideia de que estas têm diversos problemas que as afetam psicologicamente.

Por fim, a sexta dimensão traduz duas formas de entender as pessoas que se suicidam. Num polo, o egoísmo e a ajuda - que contribuem em 39% para a explicação da dimensão – e noutro polo, a ideia de psicologicamente afetadas. De alguma forma, parece que as pessoas que se suicidam são, por um lado, egoístas por cometerem este ato e necessitam de ajuda para o evitar, e por outro, o que as leva a cometer suicídio é o facto de existirem problemas psicológicos.

Tabela 8. Principais inércias e percentagens explicadas e acumuladas do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*

Dimensão	Inércia	%	% Acumulada
1	0,111	11	11
2	0,101	10,1	21,1
3	0,096	9,6	30,8
4	0,096	9,6	40,3
5	0,087	8,7	49
6	0,083	8,3	57,3
7	0,081	8	65,4
8	0,078	7,8	73,2
9	0,078	7,7	80,9
10	0,070	7	88
11	0,061	6	94
12	0,059	5,9	100

Tabela 9. Medidas de discriminação das variáveis do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*

Palavra	Dimensão						Média
	1	2	3	4	5	6	
Problemas	0,088	0,145	0,046	0,029	0,277	0,065	0,108
Desespero	0,277	0,028	0,145	0,009	0,009	0,086	0,092
Doença	0,197	0,007	0,078	0,153	0,025	0,007	0,078
Psicafetadas	0,100	0,102	0,022	0,211	0,165	0,150	0,125
Sufrimento	0,091	0,016	0,160	0,157	0,286	0,005	0,119
Ajuda	0,000	0,208	0,056	0,146	0,132	0,130	0,112
Fraqueza	0,127	0,108	0,096	0,091	0,086	0,092	0,100
Coragem	0,006	0,238	0,252	0,001	0,001	0,008	0,084
Solução	0,221	0,001	0,228	0,023	0,027	0,012	0,085
Depressão	0,012	0,248	0,045	0,001	0,000	0,043	0,058
Egoísmo	0,060	0,012	0,019	0,257	0,007	0,389	0,124
Sem sentido	0,147	0,104	0,009	0,071	0,024	0,008	0,060

Tabela 10. Agregação das categorias por dimensão do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*

	Quantificações Negativas	Quantificações Positivas
Dimensão 1	Desespero_P Doença_A Fraqueza_A Solução_P Sem sentido_P	Desespero_A Doença_P Fraqueza_P Solução_A Sem sentido_A
Dimensão 2	Problemas_P Ajuda_A Coragem_P Depressão_A	Problemas_A Ajuda_P Coragem_A Depressão_P
Dimensão 3	Desespero_A Coragem_A Solução_P Sofrimento_P	Desespero_P Coragem_P Solução_A Sofrimento_A
Dimensão 4	Doença_A Psicafetadas_P Sofrimento_P Ajuda_A Egoísmo_P	Doença_P Psicafetadas_A Sofrimento_A Ajuda_P Egoísmo_A
Dimensão 5	Problemas_P Psicafetadas_P Sofrimento_A Ajuda_A	Problemas_A Psicafetadas_A Sofrimento_P Ajuda_P
Dimensão 6	Psicafetadas_P Ajuda_A Egoísmo_A	Psicafetadas_A Ajuda_P Egoísmo_P

Equitativamente aos dois estímulos anteriores, as duas primeiras dimensões são aquelas que mais explicam a variação dos dados (21%). Nesta sequência, os alentejanos que percebem as pessoas que se suicidam como necessitando de ajuda para resolver a sua solidão também as vêm como autoras corajosas de um ato que não tem sentido, opondo-se aos alentejanos que as olham como doentes e fracas (cf. Gráfico 12).

No cruzamento da primeira com a terceira dimensão (que explicam conjuntamente em 20,7% a variância) existe a imagem de que quem se suicida está só e desesperado, e é capaz de um ato corajoso, embora sem sentido, em contraposição à imagem de fraqueza e de doença frequentemente imputada às pessoas que se suicidam (cf. Gráfico 13).

A primeira e quarta dimensão, explicadas conjuntamente em 20,6% da variância, voltam a representar o suicida como necessitado de ajuda, para a doença, o desespero e a fraqueza que posteriormente os levará a cometer um ato sem sentido, desta vez em oposição à representação solitária, sofrida e psicologicamente afetada destas pessoas (cf. Gráfico 14).

Gráfico 12. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 2) do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*

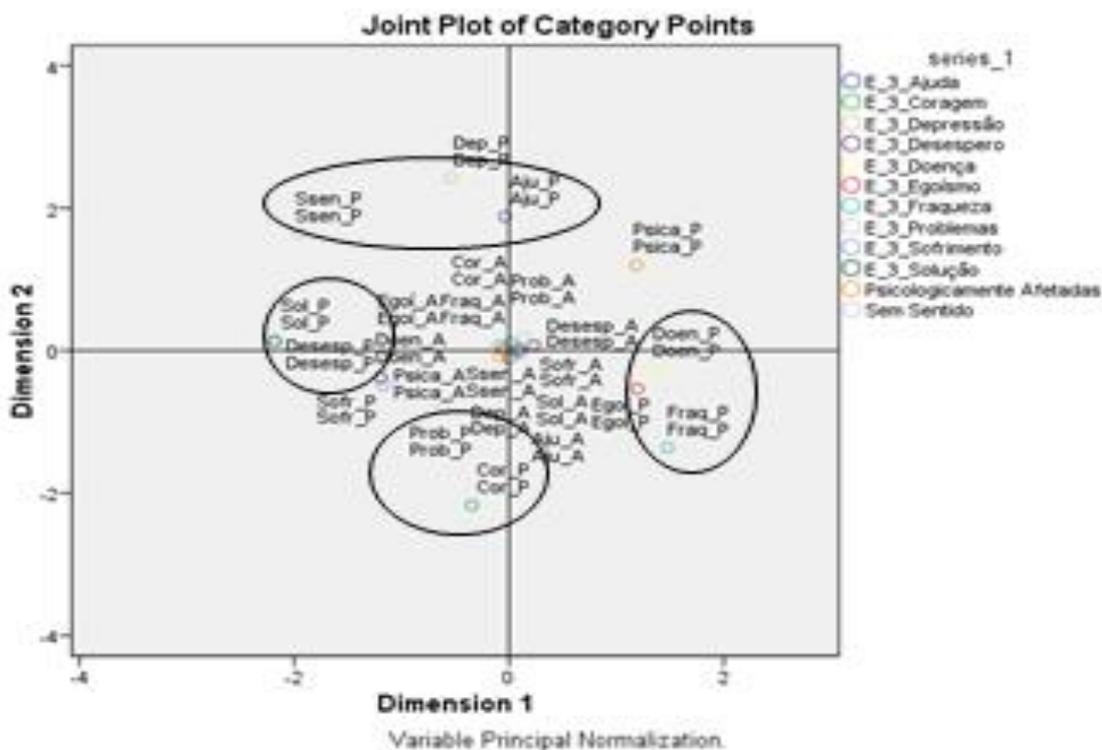


Gráfico 13. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 3) do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*

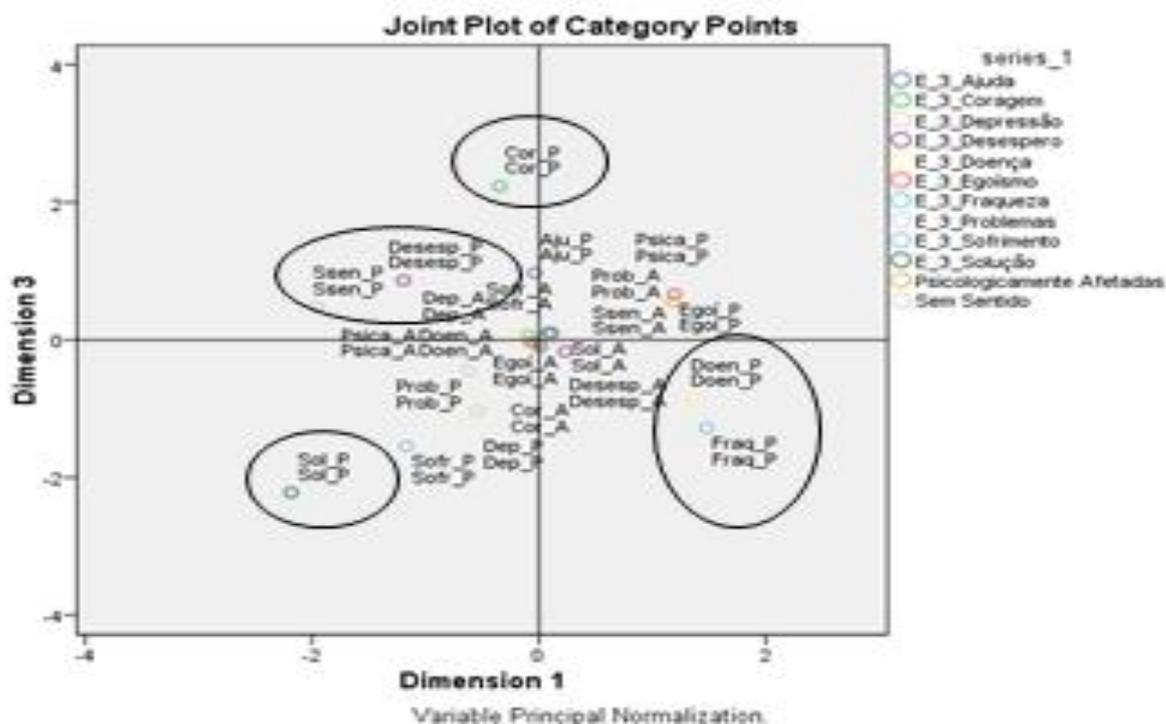
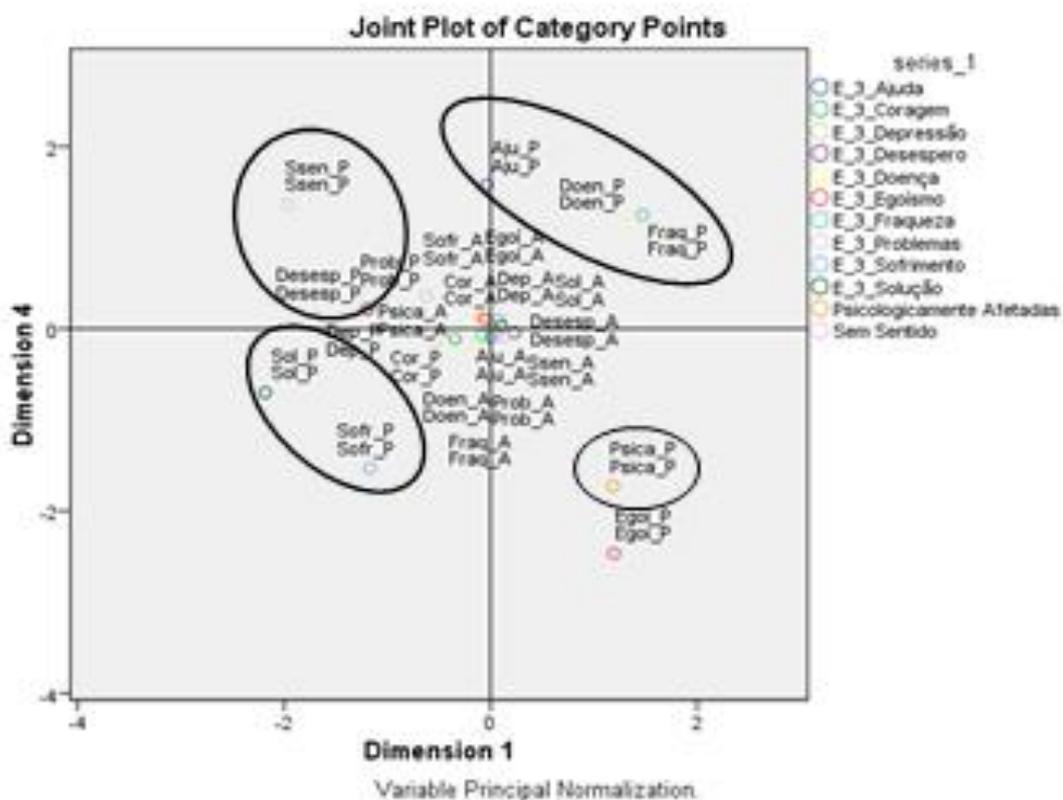
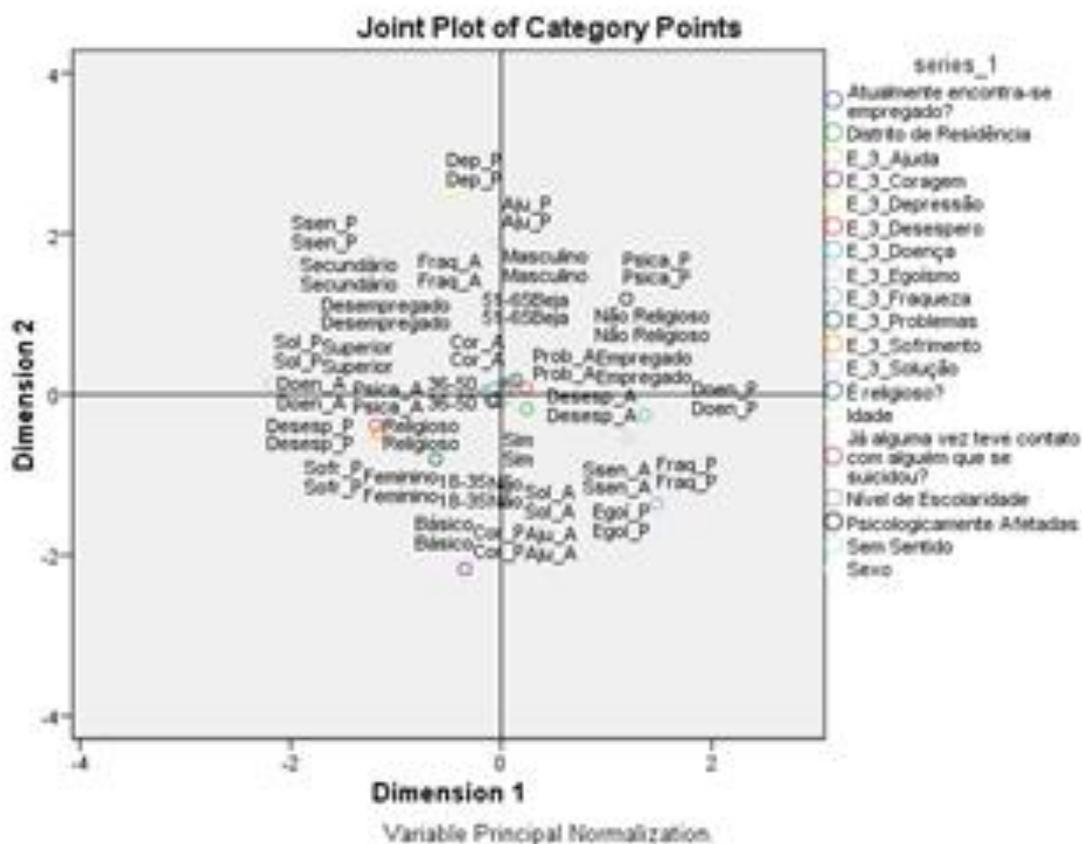


Gráfico 14. Agregado das quantificações das categorias dos pares de dimensões (1 e 3) do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*



Finalmente, a análise conjunta de todas as variáveis respeitantes à imagem que as pessoas da comunidade alentejana têm das pessoas que se suicidam conduziu ao seguinte resultado: são os homens alentejanos, não religiosos, empregados, que tiveram contacto prévio com o suicídio, com idades compreendidas entre os 36 e os 65 anos, dos distritos de Portalegre e Beja, com habilitações literárias ao nível do ensino secundário, por oposição às mulheres, que têm a imagem das pessoas que se suicidam como sendo egoístas, fracas, doentes e psicologicamente afetadas (cf. Gráfico 15, Anexo X).

Gráfico 15. Análise Simultânea das Variáveis Ativas e Independentes do estímulo *As Pessoas que se suicidam...*



VI. Discussão dos Resultados

Através das expressões obtidas pela técnica de associação livre, é possível identificar as principais crenças dos alentejanos relativamente ao suicídio. Aquando da análise dos resultados parece existir uma perceção largamente partilhada no que respeita à sua definição, que se organiza em torno de campos semânticos que estruturam o suicídio como um ato de profundo desespero, solidão e tristeza, e que está associado à doença e à depressão. Parece existir também uma atribuição do significado do suicídio associado ao fim dos problemas que não têm outra solução, o que resulta na morte da aparente dádiva que é vida. Pode ainda depreender-se que esta representação partilhada tem uma conotação negativa, por certo de influência cultural. Alte da Veiga e Braz Saraiva (2009) enfatizam uma população alentejana que quando confrontada com o suicídio retratava aspetos culturais cruéis em relação ao mesmo. Esta influência é retratada neste estudo através de respostas críticas e

negativas, como as que recorrem às palavras fraqueza e egoísmo. No que concerne às emoções, estas são predominantemente negativas (e.g. medo, tristeza, pena) na medida em que remetem para um comportamento para o qual não encontram explicação e que por isso gera alguma confusão. Estas manifestações de perturbação perante o fenómeno estão também associadas aos sentimentos de impotência e de revolta perante o ato suicida. Impotente, raiva (por não ter conseguido ajudar), tristeza e medo foram um campo semântico frequente no dicionário dos alentejanos sobre o suicídio, o que os ajuda a contextualizar as suas emoções perante um fenómeno que vêm sem sentido.

O suicídio é ainda associado aos diversos problemas da vida dos indivíduos, o que justifica a necessidade de fuga, de saída, de fim da vida. Para as pessoas que se suicidam, os alentejanos parecem reservar a imagem de alguém que necessita de ajuda na sequência de doença física e psicológica. É porém possível identificar uma dualidade na imagem que os alentejanos têm de quem comete suicídio, que por um lado é visto como corajoso (por pôr fim ao seu sofrimento), e por outro como egoísta, doente, em sofrimento e incapaz de pedir ajuda.

De uma forma geral, os três estímulos apresentados neste estudo remetem para ideias, pensamentos e imagens associados à psicopatologia, de que são exemplo as palavras depressão, tristeza e psicafetadas; e para emoções predominantemente negativas (e.g. medo, tristeza, pena) perante um ato que parece não ser compreensível (e.g. confuso), o que causa alguma revolta nos alentejanos.

Analisando estes dados em função do sexo, constata-se que são as mulheres que apontam as condições de solidão e depressão e os sentimentos de desespero e tristeza como razão para o suicídio. Já os alentejanos do sexo masculino vêm as pessoas que se suicidam como egoístas por não pensarem na família e nos amigos, e como doentes e fracas por optarem pelo suicídio.

No que diz respeito à idade, os adultos mais jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, percebem o suicídio como a morte do sofrimento e de problemas sem solução. Predominam ainda sentimentos de mal-estar, de revolta e de medo, perante um ato que causa alguma perturbação.

No que respeita ao distrito, Portalegre e Beja parecem ser aqueles em que as pessoas mais associam o suicídio à psicopatologia, com representações que se aproximam e estruturam conjuntamente. Já os residentes no distrito de Évora tem uma representação do suicídio como sendo um fim de algo confuso e revoltante para a vida, que causa mal-estar e medo. Os alentejanos do distrito de Évora detêm uma

visão do suicídio como sendo cometido por pessoas fracas (vs. doentes) que encontram no suicídio a solução para os seus problemas. De salientar que a amostra não é composta por um número equivalente de sujeitos dos três distritos, sendo maioritariamente composta por portalegrenses, o que pode ter contribuído, de algum modo, para as diferenças agora encontradas nas representações dos participantes da região alentejana.

Relativamente às habilitações literárias dos alentejanos, foi possível averiguar algumas diferenças por associação à variável sexo. Neste caso, os homens alentejanos com mais habilitações são os que sentem mais revolta e mais confusão perante o fenómeno; contrariamente às mulheres com elevadas habilitações académicas que se sentem mais tristes e impotentes por não conseguirem ajudar. Por sua vez, as mulheres com habilitações de nível básico e superior voltam a associar o suicídio à psicopatologia.

Foi também possível encontrar diferenças relevantes entre os alentejanos religiosos e os que não o são. Os que são religiosos têm a perceção que o suicídio se deve, sobretudo, a condições de vida difíceis (e.g. desespero, solidão e doença) associadas à doença e à depressão, podendo inferir-se que tentam encontrar nas exigências da vida e na doença a razão para o suicídio. Por sua vez, os alentejanos que se dizem não religiosos são mais hostis, representando as pessoas que se suicidam como fracas e egoístas. Para além disso, são estes últimos que se revelam mais confusos e revoltados perante o suicídio.

A perceção do suicídio é ainda modelada pela condição profissional (i.e. empregado ou não) da pessoa. Neste sentido, as pessoas empregadas compartilham a ideia de suicídio associado à psicopatologia e a sentimentos de tristeza, pena e angústia; enquanto os desempregados manifestam mais emoções negativas, como medo e mal-estar, e consideram estas pessoas como necessitadas de ajuda para resolverem os seus problemas. Ao observar estas representações, parece que as pessoas sem emprego nesta região são mais compreensivas e sentimentais para com quem decide suicidar-se. Eventualmente poderão até identificar-se, em alguma medida, com estas pessoas, uma vez que é sabido que o desemprego (e a pobreza) é considerado fator de risco para o suicídio (Braz Saraiva, 2010).

Os conteúdos representacionais são ainda modelados pelo contacto prévio com o suicídio. Aqueles que não tiveram qualquer contacto com o suicídio são os que se mostram mais revoltados e confusos perante este ato, que lhes causa medo e mal-estar. Para estes o suicídio é o fim de uma vida de sofrimento e de problemas

insolúveis, mas que a seu ver é uma solução sem sentido. Por sua vez, de entre os que tiveram contato com pelo menos um suicídio é possível diferenciar duas posturas diferentes. Alguns destes percebem o suicídio como resultado de condições de vida desfavoráveis (i.e. desespero, solidão e tristeza), associadas aos problemas psicopatológicos, e revelam-se tristes e impotentes por não poderem ajudar; outros consideram o suicídio um ato egoísta e doentio de alguém psicologicamente debilitado e que por isso necessita de ajuda.

Todos os indivíduos se confrontam, em algum momento das suas vidas com questões sobre o valor e o sentido da vida. Esta questão existencial não pode ser respondida sem que se considere a voz da sociedade (como um todo) e do seu grupo social mais próximo em particular (Daolio & Silva, 2009).

De um modo geral, as ideias relacionadas com o suicídio por nós encontradas assemelham-se, em vários aspetos, às representações encontradas em outros estudos, sejam eles com adolescentes (e.g. Oliveira et. al, 2001; Sampaio et. al, 2000; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001a; Oliveira & Amaral, 2007) ou com psicólogos, psiquiatras e médicos (e.g. Rothes, 2006).

Apesar do estigma que existe em torno do suicídio, o discurso dos alentejanos permitiu uma visão concetual e abrangente do mesmo. Para além da ênfase nos problemas psicopatológicos, existe claramente, nesta região, uma associação, socialmente partilhada, do suicídio a problemas dos mais diversos tipos, a uma tentativa de acabar com o sofrimento e à necessidade de ajudar estas pessoas no sentido de prevenir o recurso ao suicídio, como resposta para o seu desespero e sofrimento.

Um resultado genérico deste estudo é o de que as pessoas, quer vejam o suicídio na sequência de condições psicopatológicas, quer como um ato de fracasso e egoísmo, procuram justificar o suicídio com base ora em características personológicas (i.e. fraco, egoísta) ora em aspetos mais transitórios e patológicos (i.e. doença, depressão, tristeza, desespero).

É através do diálogo que mantemos entre as vozes internas (diferentes facetas da nossa identidade) e/ou externas (dos outros reais com quem nos relacionamos, mas também as vozes dos nossos com grupos de pertença) do nosso sistema identitário que construímos sentido para as nossas experiências de vida. Por sua vez, a elevada incidência de casos de suicídio nesta região, faz com que sistematicamente nos tenhamos que confrontar com este fenómeno, em diversos contextos, com

diferentes interlocutores num processo de construção e reconstrução de significado que sendo pessoal nunca deixa de ser social.

Principais Conclusões e Implicações Futuras

“As atitudes em relação ao suicídio estão estreitamente relacionadas com ideologias de morte. Isto explica as similaridades e diferença entre as reações de diversas sociedades perante o suicídio.”

Stengel

Ao longo deste trabalho, discutiu-se o fenômeno suicídio e utilizou-se como referencial a teoria das representações sociais. Tal escolha teórica fez-se devido ao interesse pela abordagem psicossocial, que permitiu focar tanto a participação dos alentejanos na construção da sua realidade como a influência que os mesmos recebem do seu meio social.

Num primeiro sentido, representação é o conteúdo real capturado pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento; é, em sinopse, a reprodução daquilo que se pensa (Ferreira, 1975 cit. in Spink, 1993). O conhecimento estudado pelas representações sociais é sempre um conhecimento prático, uma forma compreendida e negociada de interpretar a realidade. É uma construção do sujeito enquanto sujeito social (Spink, 1993). Tendo em conta o processo envolvido, esta construção encontra-se em constante mudança, determinada por fatores inerentes ao próprio indivíduo (Jodelet, 1989 cit. in A. Oliveira, 2008). As representações sociais, determinadas pelas interações, servem de grelha de leitura da realidade e determinam comportamentos, pelo que estas são concepções subjetivas e intersubjetivas (Sampaio, et al., 2000).

Tradicionalmente, as pessoas são concebidas como tendo uma consciência própria, como seres únicos completamente distintos e separados entre si. Os seus pensamentos e sentimentos são matéria privada, expressos através da linguagem, das ações e de outras formas simbólicas. As suas palavras tendem, em geral, a refletir os estados internos, com maior ou menor precisão, constituindo o centro das suas experiências. São elas que protagonizam as suas ações e são elas que tentam concretizar os seus objetivos. E apesar da nossa crença num mundo mental privado, a verdade é que os nossos pensamentos e emoções, a nossa vida subjetiva é muitas vezes o reflexo privado da nossa vida pública, do mundo partilhado, intersubjetivo, relacional, que serve de contexto aos nossos comportamentos (Quartilho, 2006).

Deste modo, quando inserido nos diferentes grupos sociais, o ser humano oferece-lhes toda a complexidade que o caracteriza e que está na sua essência. Ao ser confrontado com a morte, cada indivíduo reage conforme as suas especificidades, e mesmo quando o confronto é com o suicídio, essas especificidades não morrem. Contudo, o suicídio continua a ser tratado como tabu; a nossa sociedade envergonha-se de morrer, especialmente se essa morte for por suicídio. O suicídio é algo que tentamos esquecer e que quem já tentou quase sempre oculta dos outros. Ainda assim, *morrer é a condição humana* e a reflexão sobre a morte existe praticamente entre todos os povos (Rodrigues & Oliveira, 2011).

Em paralelo com a evolução da sociedade, a morte tornou-se triste e solitária numa sociedade que incita e valoriza muito mais o perfeito, o belo, os bens e os títulos. Admitimos morrer mas agimos como se fôssemos imortais (e.g. Oliveira, 2003). Talvez os mortos mais recordados sejam aqueles em que nos revemos e que consideramos como perdas cruéis, o que tem implicações futuras na construção da identidade, nas referências, e na forma como percebemos a morte.

De acordo com Lifton (1979 cit. in Rodrigues & Oliveira, 2011), representar a vida e a morte como uma unidade, como uma moeda de duas faces, implica assumir que os pensamentos sobre a morte são constantes em cada ser humano desde o nascimento. No entanto, o cérebro humano *não consegue* processar a ideia da morte. Enquanto experiência única, o nosso cérebro não é capaz de aprender e apreender a lidar com ela.

No entanto, do ponto de vista do indivíduo, o suicídio não é visto como um fim para tudo. Ao invés, é visto como a única saída possível para uma determinada situação considerada insuportável, e aparentemente sem resolução. Por conseguinte, como um fenómeno social, o suicídio tem uma complexidade enorme quando se trata de explicá-lo, pois considera-se que não só pode ser analisado como um fenómeno pessoal ou interpessoal, ou melhor, como um microfenómeno, mas também como um fenómeno socioeconómico e sociocultural (Montes Sosa & Montes Villegas, 2009).

Nesta linha de pensamento, o suicídio tem sido retratado como “um ato constituído pela tendência autodestrutiva mais extrema” (Grinberg, 2000 in Soeiro, 2006, p. 123). No que concerne à sua avaliação, a *moralidade* é um conceito fundamental que ajuda a explicar porque é que determinados suicídios são compreensíveis, enquanto outros são inexplicáveis. O suicídio torna-se perceptível no contexto do desvio, da disfunção psicológica e biológica, e é explicado como recurso ao conceito de fraqueza moral. É misterioso e inesperado quando não estão em jogo nenhum destes fatores. A ideia pré-concebida de que o suicídio é moralmente condenável e que só pode ser praticado por indivíduos *desviantes* ou *fracos* está subjacente a um sistema de representações sobre o suicídio e a morte que influencia e é influenciada pelas explicações médicas, psicológicas e de senso comum (Ordaz, 2006). Esta estigmatização pode ser compreendida no quadro da sociogénese da culpabilidade e da privatização das atitudes face à morte que se fixa a partir do século XIX. É como um gesto condenável, símbolo de uma sociedade e de um indivíduo perturbado e perturbante (Ordaz & Vala, 1997).

Ao ser considerado como um grave problema de saúde pública, o suicídio tem apresentado, ao longo da última década, regularidades quase universais: a sobremortalidade masculina, a estabilização ou diminuição das taxas de suicídio nos últimos anos, o aumento das tentativas de suicídio como uma das principais causas de morte nos grupos extremos (i.e. adolescentes e idosos), o consumo de álcool e a facilidade de acesso aos meios para cometer suicídio (e.g. armas de fogo, drogas) apresentam uma correlação positiva com o seu aumento (Campos & Leite, 2002). Aumento este que se tem observado no país, nomeadamente no Alentejo. Já na sua obra clássica sobre o suicídio, Durkheim (1897 cit. *in* Tartaro & Lester) propôs que as características sociais são determinantes na taxa de suicídio numa sociedade. Nesta sequência, interessa conhecer a forma como toda uma sociedade constrói discursivamente o suicídio, uma vez que existe uma ligação entre pensamento e ação.

A realização deste estudo representou um passo importante para a quebra do silêncio no que concerne ao suicídio, no qual os alentejanos expuseram as suas perceções e que de algum modo vão de encontro aos resultados de outros estudos já realizados em Portugal sobre as representações do suicídio. Ao analisar as representações sociais do suicídio nos alentejanos pode depreender-se que existe a ideia de que o que conduz as pessoas ao suicídio é o facto de estarem doentes, profundamente desesperadas e em sofrimento. O mesmo será dizer que, só alguém muito perturbado comete suicídio.

Para além destes resultados, consideramos o próprio exercício – i.e. dizer o que pensa sobre este fenómeno – muito interessante. O suicídio precisa de ser falado abertamente, desestigmatizado, para que também possam ser discutidas as formas de prevenção e, posteriormente postas em ação. Porém, falar sobre o assunto, *a priori*, não constitui uma tarefa conclusiva ou resolutive; no entanto, não deixa de ser uma oportunidade de as pessoas se apropriarem da magnitude do fenómeno, com o objetivo de novas ideias serem produzidas e partilhadas. Encarar o suicídio como fenómeno da esfera humana é, igualmente, uma forma de conferir um sentido mais digno à própria vida, uma vez que o tema nos relembra a própria condição do homem como ser finito e de possibilidades (Morais & Sousa, 2011). Assim, este estudo constitui-se como pioneiro para o estabelecimento do suicídio como um facto social no Alentejo. Deve-se, no entanto, ter em consideração que o estudo desenvolvido possui um carácter exploratório e descritivo, e embora a amostra seja de uma considerável dimensão (n=271), é necessário que outros estudos sejam realizados, se possível com

amostras maiores e mais diversificadas. Uma das limitações deste estudo é precisamente o facto de a amostra não ser composta por grupos equivalentes no que respeita às idades e aos distritos dos participantes. Deste modo, são necessários estudos com grupos mais homogêneos na amostra e que permitam uma captação segura das suas diferenças, assim como o cruzamento com outras variáveis, como por exemplo o estado civil. Apercebemo-nos, também, *a posteriori* que nalguns questionários os participantes relatavam ideação suicida. Este facto merece um particular cuidado de cariz ético e deontológico que eventualmente não foi tido em consideração (e.g. informar sobre linhas/consultas e outras fontes de apoio) - o que é em si mesmo uma medida de prevenção.

Mais do que isto, é desejável que haja mais estudos sobre o suicídio, que permitam uma compreensão mais alargada do fenómeno, principalmente no Alentejo – que continua a ser a região do país com taxas mais elevadas de suicídio. Isto num momento em que a sociedade se debruça sobre este fenómeno com a atual elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

É ainda necessário falar mais de suicídio, quebrar o silêncio em torno deste fenómeno, ajudar as pessoas que sofrem pelo suicídio a encontrar as respostas adequadas para as suas necessidades

Se esta investigação tiver sido bem-sucedida, despertará outras questões e outros estudos nesta área, que permitirão delinear novas estratégias de intervenção e prevenção do suicídio na comunidade alentejana.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. (2011). Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Alte da Veiga, F. (2006). Epidemiologia e metodologias de investigação dos comportamentos suicidários. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 137-150. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Alte da Veiga, F., & Braz Saraiva, C. (2009). *O suicídio em Portugal*. Retirado de <http://www.spsuicidiologia.pt>
- Braz Saraiva, C. (2010). Suicídio - De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 185-205
- Braz Saraiva, C., Alte da Veiga, F., Primavera, R., Carvalho, C., Travassos, M., Soares, L., Canhão, A., & Torres, O. (1996). Epidemiologia do parassuicídio em Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 17 (4), 291-296
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14 (28), 125-137
- Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, 81-106
- Carvalho, H. (2008). *Análise multivariada de dados qualitativos: utilização da análise de correspondências múltiplas com o SPSS* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Coelho, F., & Falcão, E. (2006). Ensino científico e representações sociais de morte humana. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-13
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 46-49
- Costa, J. (2010). Tentativa de suicídio - revisão bibliográfica. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde*. Covilhã: Universidade da Beira Interior

- Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In C. Pires (Ed.) *Stress Pós-Traumático - Modelos, Abordagens & Práticas*, pp. 50-80. Lisboa: Diferença.
- Daolio, E., & Silva, J. (2009). Os significados e os motivos do suicídio: representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista. *Centro Universitário São Camilo*, 3 (1), 68-79
- Dias, D. M., & Teresinha, E. (2011). Adolescência e morte: representações e significados. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15 (2), 273-281
- Freitas, E. (1982). O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa. *Finisterra*, XVII (34), 267-300
- Freitas, G., & Botega, N. (2002). Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. *Revista da Associação Brasileira de Medicina*, 3, 245-249
- Güete Tur, O., Alte da Veiga, F., Viñas, C., Jacinto, R., & Braz Saraiva, C. (2001). O suicídio em Portugal e Espanha - padrões e contrastes de uma geografia plural. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 49-58
- Henriques, L. L. (2006). Comportamentos suicidários e modelos sociológicos. Alguns pressupostos teóricos. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 75-102. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Jesuíno, J. C. (2012). Representações sociais: perspectivas teóricas e meta-teóricas. *11ª Conferência Internacional de Representações Sociais - As Representações Sociais em Sociedades em Mudança*. Évora: Universidade de Évora
- Justus, D. (2003). O suicídio nosso de cada dia. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. Brasil: Rio de Janeiro
- Knop, M. (2008). A escolha de curso superior dos vestibulandos da universidade federal do Rio Grande do Sul: um estudo quantitativo com utilização da análise de correspondência múltipla. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Lau, R., Morse, C., & Macfarlane, S. (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: a controlled comparison. *Journal of Women & Aging, 23*, 3-14
- Lebret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerband, L., & Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1052-1059
- Lopes-Cardoso, Á. (1986). *O direito de morrer. Suicídio e eutanásia*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Minayo, M. C., & Cavalcante, F. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública, 44* (4), 750-757
- Montes Sosa, G., & Montes Villegas, F. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 14* (2), 311-324
- Morais, S., & Sousa, G. (2011). Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes. *Psicologia, Ciência e Profissão, 31* (1), 160-175
- Moscovici, S. (1981). *A sociedade contranatura*. Amadora: Bertrand.
- Natário, I., & Carvalho, M. (1998). O suicídio em Portugal: uma análise espaço-temporal. *Revista de Estatística, 9* (3º Quad), 51-72
- Neves, S. (2010). O rosto social da morte: as representações sociais da morte no doente paliativo. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina*. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Núñez, A., Núñez, F., Matos, A., Mendes, V., & Rosa, J. (2008). Comportamientos suicidarios y su estudio práctico. *9º Congresso Virtual de Psiquiatria* (pp. 1-16). Interpsiquis
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência. Dissertação de Mestrado*. Lisboa: ISCTE

- Oliveira, A. (2006). Desafiar a própria morte para sentir a vida. O contexto (psico)social do suicídio adolescente. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 207-230. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Oliveira, A. F. (2008). Representações sociais de morte e suicídio em adolescentes. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação*. Porto: Universidade do Porto
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 2 (XXV), 271-293
- Oliveira, A., & Araújo, G. (1999). A magia de Bosch. Pertenças sociais e formas de percepção e representação da arte. *Análise Psicológica*, 2 (XVII), 339-357
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001a). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521
- Ordaz, O. (2006). A construção social do suicídio e os média. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 103-122. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Ordaz, O., & Vala, J. (1997). Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. *Análise Social*, XXXII (143-144), 847-874
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - a complementariedade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Portal do Instituto Nacional de Estatística*. (2013). Retirado de <http://www.ine.pt>
- Prats, L. (1987). Aspectos culturais do suicídio. *Psicologia*, 2, 181-187
- Quartilho, M. J. (2006). Suicídio - Aspectos sociais e culturais. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 55-74. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Rodrigues, M. (2009). Suicídio e sociedade - um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (4), 698-713

- Rodrigues, R., Oliveira, A., & Sampaio, D. (2010). O som e os outros na vida e na morte - percepções da vida e da morte na adolescência. *Psychologica*, 1 (52), 99-121
- Rodrigues, R., & Oliveira, A. (2011). What does the music I hear has to do with my death and life views – social representations of life, death and suicide. In K. McKay & J. Schlimme (Eds.). *Making Sense of Suicide*, pp. 58-68. Oxford: The Inter-Disciplinary Press.
- Roen, K., Scourfield, J., & McDermott, E. (2008). Making sense of suicide: a discourse of young people's talk about suicidal subjecthood. *Social Science & Medicine*, 67, 2089-2097
- Rothes, I. (2006). Suicídio Juvenil. Representações sociais dos médicos e dos psicólogos. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação*. Porto: Universidade do Porto
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*. (14ª Edição). Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, Graça, M., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 139-155
- Seabra, D. (2006). Idades avançadas, da solidão ao suicídio. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 247-256. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Silva, M., & Sampaio, D. (2011). Antidepressivos e suicídio nos adolescentes. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (4), 603-612
- Sociedade Portuguesa de Suicidiologia*. (2013). Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt>
- Soeiro, P. (2006). Modelos psicológicos do suicídio. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 123-136. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.

- Spink, M. J. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Caderneta de Saúde Pública*, 9 (3), 300-308
- Tartaro, C., & Lester, D. (2005). An application of Durkheim's theory of suicide to prison suicide rates in the united states. *Death Studies*, 29, 413-422
- Vala, J. (1993). Representações sociais - para um psicologia social do pensamento social. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Eds.). *Psicologia Social*, pp. 379-380. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ventosa, M. (2008). Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Faro: Universidade do Algarve
- Vieira, K., & Coutinho, M. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727
- Vieira, K., Saraiva, E., & Coutinho, M. P. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. *Psico*, 41 (2), 176-183