



UC/FPCE-2009

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

### **Ideação Suicidária na Toxicodependência**

Maria Inês Soares Leitão (e-mail: [mariainessleitao@hotmail.com](mailto:mariainessleitao@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, subárea de especialização em Psicoterapias e Psicopatologia Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

### **Ideação Suicidária na Toxicodependência**

Resumo: A toxicodependência está identificada como um dos factores de risco para o suicídio. O presente projecto de investigação teve por base uma amostra de 30 toxicodependentes, utentes da Equipa de Tratamento de Coimbra, apresentando como objectivo essencial estudar a prevalência da ideação suicidária na toxicodependência. Pretendeu-se verificar, de entre um grupo de variáveis, aquelas em que existe maior nível de ideação suicida. As variáveis a investigar foram as seguintes: idade, sexo, estado civil, constituição do agregado familiar, grau de escolaridade, situação profissional e económica, tempo de consumo, tipo de consumo, recaídas, tratamento farmacológico (metadona ou subutex/suboxone), experiência prévia de tratamento para o consumo de droga, diagnóstico de Hepatite B ou C, tentativa prévia de suicídio, história de *overdose* e, por fim, história de abuso (físico, emocional ou sexual). Neste sentido, utilizou-se o Questionário de Ideação Suicida para avaliar a ideação suicida na amostra de toxicodependentes, por forma a comparar as respectivas pontuações para cada variável, enquanto que estas foram investigadas tendo por base um guião de entrevista.

Para a análise dos resultados optou-se pela utilização de um estudo causal-comparativo, tendo-se recorrido a testes de hipóteses para diferenças de médias e ao teste de *Mann-Whitney*. De entre as variáveis escolhidas, apenas as dimensões “situação económica baixa”, “tentativa prévia de suicídio” e “história de overdose” apresentaram diferenças significativas ao nível de significância de *0.05*.

Palavras-chave: Ideação Suicidária, Toxicodependência, Questionário de Ideação Suicida, Factores de Risco do Suicídio.

### **Suicidal Ideation in Drug Addiction**

Abstract: Drug addiction is known as a risk factor for suicide. The present study is based upon a sample of thirty individuals, which all have a drug addiction and are patients of Equipa de Tratamento de Coimbra. The aim of this study is to assess the prevalence of suicidal ideation in drug addiction. Moreover, it was pretended to, among a certain number of chosen variables, identify which are the ones with higher levels of suicidal ideation. Age, gender, marital status, familiar environment, educational level, professional and economical status, the kind of consumption and for how long, relapses, pharmacological treatment (methadone or subutex/suboxone), previous rehabilitation experiences, HIV diagnosis, Hepatitis B or C, previous suicidal attempts, overdose history and any kind of abuse in childhood (physical, emotional or sexual) are the chosen variables. For the purpose, it was used the Suicidal Ideation Questionnaire in order to evaluate each individual the sample of addicts and compare the answers for each of the variables mentioned, which were investigated based in an interview script.

The results were obtained with the help of a causal-comparative research, hypothesis tests to evaluate the mean differences and *Mann-Whitney* test. Among the chosen variables, only “low economical status”, “previous suicidal attempts” and “overdose history” show remarkable differences to the significance threshold of *0.05*.

Key Words: Suicidal Ideation, Drug Addiction, Suicidal Ideation Questionnaire, Risk Factors for Suicide.

## **Agradecimentos**

Antes de mais, queria agradecer ao Professor Doutor Eduardo Sá, pela orientação e apoio ao longo de toda a execução deste projecto, que se revelou como indispensável. Por isso, pela força e incentivo, um obrigado sincero.

Queria também agradecer ao I.D.T. pela autorização para a aplicação dos protocolos, imprescindível para a concretização deste trabalho. Queria, assim, mostrar a minha gratidão a todos os técnicos da E.T. de Coimbra que me ajudaram na recolha da amostra. Um especial obrigado ao Sr. Correia.

Ao Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira, pelo aconselhamento e pela disponibilidade.

A todos os utentes da E.T. de Coimbra que se disponibilizaram para a participação neste projecto.

Às minhas colegas de orientação da Tese de Mestrado, pelos longos e intensos momentos que, invariavelmente, marcaram a minha vida. Queria também deixar uma palavra de apreço às minhas colegas de estágio da E.T., pela ajuda, das mais variadas formas, para a realização deste projecto.

Queria ainda agradecer à Dra. Cláudia Figueiredo, pela disponibilidade e esclarecimento no tratamento estatístico dos dados.

Aos meus familiares, sobretudo aos meus pais e irmãs, pelo apoio incondicional ao longo de todos estes anos. Aos meus amigos próximos, que nunca são esquecidos.

Ao Diogo.

## Índice

INTRODUÇÃO.....	1
I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	2
Suicídio.....	2
Definições .....	2
Modelos do Suicídio.....	3
Epidemiologia do Suicídio.....	6
Factores de Risco do Suicídio .....	6
Suicídio e Adolescência .....	9
Para-suicídio e Tentativa de Suicídio.....	10
Ideação Suicidária.....	12
Toxicodependência .....	14
Definições e Caracterização .....	14
Modelos da Toxicodependência .....	17
Situação da Toxicodependência em Portugal.....	18
Toxicodependência e Ideação Suicidária.....	19
II - OBJECTIVOS.....	21
III - METODOLOGIA.....	25
Procedimentos de Investigação .....	25
Descrição da amostra .....	26
Instrumentos utilizados.....	29
Questionário de Ideação Suicida .....	29
Guião de Entrevista.....	31
IV - RESULTADOS.....	32
Procedimentos Estatísticos .....	32
Apresentação dos Resultados Obtidos .....	33
V - DISCUSSÃO .....	43
VI - CONCLUSÕES .....	49
BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	55

### **Introdução**

Os comportamentos suicidários, tais como o suicídio, o para-suicídio ou outras formas de comportamento de risco, onde se pode inscrever a própria toxicod dependência pelo risco que acarreta na vida do indivíduo, constituem um dos maiores flagelos da nossa sociedade contemporânea.

Assim sendo, tanto o fenómeno do suicídio como das toxicomanias, remetem, nos dias que correm, para um problema de saúde pública, que têm levado muitos teóricos a debruçarem-se sobre estes temas. Além disso, os dados estatísticos acerca destas realidades revelam-se como preocupantes, pelo que nunca é demais a investigação nesta área.

De acordo com a literatura, o prisma suicidário aparece como uma realidade comum no mundo das dependências. Neste sentido, estando a toxicod dependência identificada como um dos factores de risco para a presença de pensamentos e comportamentos suicidas (Proença, 2001; Saraiva, 2006), este estudo pretende, essencialmente, estudar a ideação suicidária nas toxicomanias. Além disso, dado que a própria ideação se apresenta como um estágio preliminar para que comportamentos suicidas ocorram (Kerr et al., 2008; Chamberlain et al., 2009) escolheu-se, assim, o estudo da ideação suicida na tentativa de dar a conhecer algumas características do perfil do toxicod dependente em risco de suicídio, esperando, assim, a prevenção do suicídio propriamente dito para esta população em específico.

No que diz respeito à ideação suicidária na toxicod dependência, os seus factores de risco não são facilmente identificáveis, daí a escolha deste tema. Ainda assim, segundo alguns autores, é possível apontar sintomas depressivos, distúrbios psiquiátricos, acontecimentos de vida negativos, instabilidade na situação de vida e nas relações sociais, como potenciais factores para o suicídio (Fals-Stewart et al., 1999, citados em Thompson et al., 2006). Para além disso, também algumas preocupações médicas, como o exemplo do HIV ou da Hepatite, podem constituir factores de risco para que se cometa ou pense sobre o suicídio (Hughes & Kleespies, 2001, citados em Thompson et al., 2006).

Assim, dado que a toxicod dependência e a ideação suicida se revelam como dois fenómenos em unívoca relação, espera-se ser possível detectar alguns factores que traçam o perfil do toxicod dependente com propensão para um nível de ideação suicidária significativo e, mais concretamente, factores de risco para o próprio suicídio.

## I – Enquadramento conceptual

Este capítulo, ainda em tom introdutório, dedicar-se-á a uma breve apresentação dos temas em estudo, o suicídio e a toxicodependência, bem como dos aspectos mais relevantes da investigação.

### Suicídio

O estudo do fenómeno do suicídio tem merecido, ao longo dos tempos, uma especial atenção dos mais variados ramos da ciência. Segundo Prats (1987), “o suicídio não cabe nas malhas apertadas do saber psiquiátrico, quer na sua vertente psicológica, quer na biológica” (p. 181). O estudo em torno da problemática do suicídio envolve e implica múltiplos aspectos, quer a nível individual, familiar, social ou ideológico, exigindo o esforço e a cooperação de diversas disciplinas e ramos científicos, de modo a que seja alcançada uma visão ampla, e não simplesmente parcelar, desta realidade (Sampaio, 1991).

Ainda segundo Prats (1987), o suicídio deve ser entendido como uma realidade de todas as sociedades ou microculturas, bem como de todos os períodos históricos, não em função das formas de gestão adoptadas por essas sociedades, mas sim da sua mentalidade e ideologias específicas sobre a vida e a morte. Ainda de acordo com Prats (1987) “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 após a morte” (p. 181).

Assim, o fenómeno do suicídio, pela sua complexidade, presta-se a diversas aproximações teóricas, que têm variado segundo o momento histórico, a cultura, a religião e o meio científico (Paixão, 2002). Assim, a compreensão do suicídio só pode ser tentada se forem ponderadas as diversas vertentes do seu enquadramento cultural.

Segundo Proença (2001, p. 171), o suicídio impõe-se como um problema multidisciplinar, quer seja psicológico, genético, biológico, social, económico, religioso ou filosófico. Neste sentido, é importante que se façam esforços no sentido de agir interdisciplinarmente, convergindo demais conhecimentos na medida de intervir no suicídio.

### Definições

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva de *sui* (de si) e *caedere* (matar), que designa morte de si (ou do próprio). Este termo terá sido empregue pela primeira vez por Desfontaines, ainda em 1737.

Não descurando nunca as dificuldades inerentes às aproximações teóricas do fenómeno do suicídio, pelas multiplicidades infinitas que acarreta, serão, assim, apresentadas algumas definições em torno desta problemática, no entanto, com a consciência de que não esgotam qualquer outra tentativa de definição. Aliás, ao longo dos anos, foram inúmeras as definições de suicídio que foram surgindo.

Tomando como ponto de partida Durkheim (1897), o suicídio seria definido como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia produzir esse resultado”. Não obstante, esta definição levanta, desde logo, a questão da intencionalidade do gesto suicida, que Durkheim não chega a elaborar (citado em Sampaio, 1991, p. 31). Halbwachs (1930) faz aqui um ponto de viragem, afirmando que “o que distingue um suicídio externamente de qualquer outro tipo de morte é ser realizado com instrumentos e/ou meios que nos levam a assumir que o sujeito pretendia morrer” (pp. 291-292).

Por sua vez, Vaz Serra (1971, citado em Gil & Saraiva, 2006) define o suicídio como “auto-destruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir esse fim” (p. 212).

Moron (1977, citado em Pinho, 2003), distingue o suicídio, a tentativa de suicídio e ainda a ideação suicidária. Assim, define o suicídio como o acto de se matar, a tentativa como o acto incompleto e a ideação como o esboço do acto.

De acordo com Costa (1983, citado em Paixão, 2002), o suicídio apresenta-se como um acto que visa não tanto o desejo de morrer, mas sim de reviver. Surge, então, como um acto que procura solucionar a perda no sentido transcendental da existência (p. 575).

Mendes (1973, citado em Cardoso, 2008), interpreta o suicídio como um acto de desesperança ou a anulação do sentido da existência.

Segundo Sampaio (1991), o suicídio resulta fundamentalmente de uma interacção de forças que, em determinado momento, precipita o gesto autodestrutivo. Neste sentido, “o suicídio é considerado um fenómeno complexo, multifacetado, necessitando de esforços coordenados de vários sectores, unidos através de uma correcta metodologia de intervenção, tanto quanto possível objectiva” (p. 31).

Como é possível constatar, são várias as definições do suicídio, o que faz transparecer, desde logo, a dificuldade em conciliar o acto de se matar (o suicídio propriamente dito), com a sua significação psicológica mais profunda.

### **Modelos do Suicídio**

A complexidade da conduta suicida originou uma grande variedade de teorias e modelos de explicação deste fenómeno. Segundo Fisher & Shaffer (1984, citados em Sampaio, 1991, p. 35), podem ser considerados três modelos explicativos acerca da problemática do suicídio: o modelo psicológico, o modelo nosológico e o modelo sociológico.

Tomando em consideração o **modelo psicológico**, que entende o suicídio como o resultado de um conflito interno do indivíduo, serão aqui consideradas, essencialmente, as teorias psicanalíticas.

Dentro da abordagem psicanalítica, existe mais do que uma leitura sobre o suicídio. Contudo, o maior desenvolvimento do trabalho em torno desta problemática apresenta um grande ênfase nas ideias precursoras de Freud, apesar de nunca ter elaborado uma teoria exclusiva sobre o suicídio.



Assim, este autor aproxima o fenómeno do acto suicidário à melancolia, uma vez que este surge como consequência de uma situação de perda, quer seja ela de natureza real ou imaginária. Desta forma, o indivíduo melancólico não faz o luto por um objecto externo perdido, mas sim por si próprio, de onde advém, então, um risco acrescido para o suicídio (Paixão, 2002). Assim, “o sujeito só se pode matar... se puder tratar a si mesmo como um objecto” (Freud, 1915).

Segundo Freud, uma pessoa, ao longo da sua vida, experimenta diversas perdas, o que pode conduzir, de facto, ao luto ou à melancolia. Para o suicida, as reacções consigo próprio ou com o mundo externo, perante essas perdas, deram-se, em algum momento, de forma desacetada. Freud afirma que a maior expressão da pulsão de morte, relacionada com a problemática de auto-destruição e desejo de morte, seria a agressividade. Quando esta não está dirigida para um objecto externo, pode voltar-se contra o próprio indivíduo, o que poderá culminar, no limite, no acto suicida (Senna et al., 2004). Essa agressividade constitui-se, em última análise, como um certo sadismo dirigido ao Eu.

Segundo Sá (2001, p. 128) “ninguém se mata para morrer, mas - antes - como forma desesperante de comunicar uma dor”. Segundo o mesmo autor, a defesa narcísica, se falha, pode expressar-se num comportamento suicidário através das seguintes formas: 1) desespero do abandono; 2) raiva narcísica; 3) ruminação obsessiva; 4) para destruir a dor; e por fim, 5) para destruir alguém tido como abandonico.

Através da teoria freudiana, tanto no luto como na melancolia, o Ego adquire a função de preservar o objecto perdido, com o qual o indivíduo, num primeiro momento, se identifica. No luto normal há uma percepção gradual da inexistência do objecto na realidade, o que será compensado através da instituição de um novo objecto, num processo de reinvestimento. Já na melancolia, estão presentes sentimentos de culpa e agressividade muito intensos, de forma que o objecto se torna fantasioso, alvo de ser destruído pelo próprio indivíduo (Senna et al., 2004).

É de salientar a contribuição de Menninger (1938, citado em Sampaio, 1991), que considera o suicídio como uma forma peculiar de morte, onde se fundem três elementos: o desejo de matar, que estaria relacionado com as reacções instintivas para suprimir uma ameaça ou privação, o desejo de ser morto, que corresponderia a uma forma de submissão e interiorização de uma autoridade e, por fim, o desejo de morrer, que diria respeito a uma energia autodestruidora repentina, culminando no suicídio consumado.

Outro aspecto a abordar nesta perspectiva dinâmica é a dimensão da passagem ao acto, que tem a sua origem na própria incapacidade de conter as angústias das más vivências. Segundo Marcelli & Braconnier (1988, citados em Paixão, 2002), o caso concreto da patologia *borderline* associa-se com a facilidade na passagem ao acto, facto este que se pode traduzir em frequentes tentativas de suicídio<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para além disso, é também relevante salientar que esta organização da personalidade pode incluir, ainda, o estabelecimento fácil de uma relação de dependência às drogas.

Assim, este modelo acerca da problemática do suicídio sublinha a importância das motivações instintivo-afectivas, que levam o indivíduo a uma situação social que pode conduzir ao suicídio (Ramos, 1995).

Debruçando-nos agora sobre o **modelo nosológico** do suicídio, este fenómeno aparece relacionado com uma doença individual. Este modelo associa, então, o suicídio com alterações psicopatológicas revelando-se, assim, como o sintoma de uma condição subjacente.

Tendo em linha de conta, para a análise deste modelo, as ideias de Ringel (1986, citado em Ramos, 1995), o suicídio não é considerado como hereditário nem reactivo a uma dificuldade ou circunstância. Não obstante, está em relação com um comportamento em desenvolvimento, que abrange toda a personalidade do indivíduo. Para Ringel, os suicidas teriam uma personalidade com características determinadas, expressas naquilo que designa por “síndrome pré-suicidária” que, por sua vez, é constituída por uma tríade sintomática:

- o estreitamento da esfera vital, com renúncia a certos objectivos, estagnação e regressão;
- a agressividade, bloqueada durante muito tempo, vai descarregar no gesto suicida;
- a fuga no imaginário, que permite fazer surgir na consciência tendências irresistíveis, constituindo o ponto de menor resistência onde as pulsões afluem.

Assim, a teoria de Ringel mantém a sua actualidade, ao considerar que o gesto suicida deve ser tido em conta para um único indivíduo e para uma situação específica. Neste sentido, também Baechler (1975), apresenta o suicídio como um comportamento na busca de uma solução para um problema existencial. Desta forma, esta vertente do suicídio implica uma análise da personalidade do indivíduo, bem como do ambiente em que se insere.

Por fim, no que diz respeito ao **modelo sociológico**, o suicídio apresenta-se como um comportamento previsível que decorre de uma determinada posição do indivíduo, enquanto integrado numa sociedade. Para entender este modelo, deve-se ter em conta fundamentalmente as ideias de Durkheim (1987), que abrem as portas para as teorias sociológicas acerca do suicídio. As suas formulações tiveram por base as taxas de suicídio, sendo estas consideradas como um dos indicadores de saúde mental na sociedade, que culminaram, assim, na sua obra “Le Suicide”. Esta obra situa-se não só na confluência de uma preocupação moral sobre as sociedades em que o suicídio se multiplicava, mas também num ponto de vista científico, de modo a explicar a sua causalidade. Para ele, as taxas de suicídio reflectiam o grau de organização e de inserção dos indivíduos na sociedade, variando de acordo com momentos de transformação ou de desorganização social. Assim, segundo o autor, o suicídio apresenta-se como um acto meramente social, descurando a importância da patologia mental neste fenómeno. O comportamento suicidário é interpretado, então, como um gesto voluntário e intencional, ou seja, o comportamento suicida representa sempre uma fraca integração na sociedade.

Ainda segundo mesmo autor, podem ser considerados quatro tipos de

suicídio: o anómico e o egoísta, que são provocados por defeito na integração social e, por outro lado, o altruísta e o fatalista, que advêm pelo excesso de integração social.

Ainda inscritas neste modelo, há que ter em conta as ideias de Halbwachs (1930) que, tomando como ponto de partida as estatísticas utilizadas por Durkheim, separou as causas sociais e as motivações individuais do suicídio, afastando-se, assim, do ponto de vista marcadamente moral defendido por Durkheim.

Mais uma vez se denota a complexidade e multidisciplinaridade do fenómeno do suicídio, bem como as aproximações teóricas a que se pode prestar. Além do mais, os modelos aqui descritos parecem complementar-se, na tentativa de compreender a esfera suicidária.

### **Epidemiologia do Suicídio**

Já no plano epidemiológico, actualmente o suicídio apresenta-se no conjunto das causas de morte, entre a 5ª e a 10ª causa mais importante a nível europeu. Tendo em conta a população jovem, o suicídio ocupa o 2º lugar em vários países, nomeadamente em Portugal. No entanto, é de salientar que a primeira causa de morte nesta faixa etária são os acidentes (Sampaio, 1991).

Além disso, desde a década de 60 tem-se verificado um aumento sistemático da percentagem de suicídios (Sampaio, 1991, pp. 32-33). Em todos os países europeus, o suicídio é mais frequente nos indivíduos mais velhos e do sexo masculino. No entanto, o suicídio tem vindo a aumentar nas mulheres (Sampaio, 1991).

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países de todo o mundo, sendo que dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Não obstante, presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram cerca de 60% nos últimos 50 anos (O.M.S., 2006, p. 3).

Em Portugal, as taxas de suicídio estão compreendidas entre 8 a 16 suicídios por 100.000 habitantes, tal como acontece em países como a Suécia, os Estados Unidos da América e a Austrália (Proença, 2001, p. 61).

Assim, conclui-se que o suicídio impõe-se como um grave problema de saúde pública, muito embora a sua realidade seja mais preocupante em alguns países.

### **Factores de Risco do Suicídio**

Não existe uma causa única ou motivo que explique o suicídio por si só, no entanto, é possível identificar alguns factores que, numa interacção complexa de forças, podem precipitar a conduta autodestrutiva. Esses factores podem ser biológicos, sociais, culturais, familiares e individuais, no entanto, sempre com significações diferentes perante cada situação. Cada

suicídio é singular, constituindo um acto meramente individual de alguém que decide pôr fim à própria vida.

Nesta linha, segundo Watts (1966, citado em Ramos, 1995), as causas do suicídio, descritas por ordem decrescente, seriam as seguintes: depressão psicótica, toxicodependência, desadaptação e ausência do desejo de continuar a viver, problemas judiciais e suicídios aparentemente acidentais e rituais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 2006, p.4), existem alguns factores ou situações de risco para o suicídio, que podem revelar-se mais frequentes em certas circunstâncias como: estatuto sócio-económico e nível de educação baixos, perda de emprego, stress social, problemas com o funcionamento familiar, relações sociais e sistemas de apoio, traumas, tal como abuso físico, emocional ou sexual, perdas pessoais, perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias, sentimentos de baixa auto-estima ou de desesperança, questões de orientação sexual (por exemplo, a homossexualidade), comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade), pouco discernimento, falta de controle da impulsividade e comportamentos auto-destrutivos, poucas competências para enfrentar problemas, doença física e dor crónica, exposição ao suicídio de outras pessoas, acesso a meios para conseguir fazer-se mal e, ainda, acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos).

Neste sentido, também Saraiva (2006), define alguns factores de risco. Quanto a factores sócio-demográficos, distingue: sexo masculino, dos 15 aos 24 anos ou mais de 45 anos, sobretudo acima dos 75 anos, divorciado ou viúvo, raça branca, classes sociais altas ou baixas, fragmentação social, isolamento social, profissão de risco, ausência de religião, desemprego, reforma com inactividade, emigração, cultura suicida (familiar e/ou meio). Por outro lado, distingue factores de risco clínicos, como seja a depressão, esquizofrenia, alcoolismo, drogas, pânico, bulimia, distúrbio de personalidade, distúrbio pós-stress traumático, hereditariedade e estádios pré-demenciais, factores de risco da personalidade, onde refere impulsividade, agressividade, rigidez e pensamento dicotómico, labilidade de humor, questões de honra ou humilhação, factores psicológicos, como sentimentos de culpa, ideação de sacrifício, intolerância à dor psicológica, competição excessiva, ausência de projectos de vida, insucesso escolar e crise existencial. Por fim, segundo o mesmo autor, podem ainda considerar-se factores de risco circunstanciais, como desesperança, tentativa de suicídio prévia, ameaças de suicídio, ideação suicida com plano, hospitalizações frequentes, ausência de objectivos, modelos suicida nos *media*, doença crónica incapacitante, dor crónica, doença terminal, problemas financeiros, viver só, família disfuncional, falta de apoio familiar ou social, perda precoce de pessoas significativas, acontecimentos de vida negativos ou estar preso, são alguns dos exemplos.

Também Proença (2001, p. 61) define como factores de risco demográficos do suicídio as seguintes características: sexo masculino, idade entre os 14 e 25 anos ou mais de 60 anos, viuvez ou divórcio, a raça branca,

viver só, desemprego ou problemas financeiros, acontecimento de vida adverso recente, como seja perda de emprego ou morte de alguém próximo e ainda fácil acesso a métodos de elevada letalidade, como seja o acesso a armas de fogo. Quanto a factores de risco para o suicídio de natureza clínica, o autor aponta a depressão, esquizofrenia, abuso de álcool e drogas, história prévia de tentativa de suicídio ou de ideação, sentimentos de desesperança, ataques de pânico, ansiedade, anedonia, distúrbio pós-traumático e impulsividade ou agressividade.

Analisando agora alguns factores de risco relevantes para o presente estudo de forma mais detalhada, no que diz respeito à idade, verifica-se que o suicídio é mais comum entre os 15 e os 24 anos, bem como ter mais que 45 anos e especialmente acima dos 75 anos (Saraiva, 2006). De facto, até aos 15 anos os suicídios são bastante raros, enquanto que na adolescência são mais comuns, atingindo, por sua vez, taxas mais altas a partir dos 45 anos de idade. Ainda no que respeita à idade, Freitas (1982) refere que existe uma progressão marcada no suicídio em função das classes etárias, sendo que ilustra a vincada vulnerabilidade crescente ao risco em função da idade, especialmente após os 40-49 anos, em ambos os sexos. Tendo ainda em consideração o referido autor, é legítimo colocar a questão da integração social como um factor explicativo. Em idade mais avançadas, os estudos de Frierson (1991) apontam como causa principal do suicídio problemas de foro psiquiátrico. Desta forma, verifica-se que as taxas de suicídio aumentam à medida que a idade aumenta.

No que cabe ao sexo, observa-se uma maior frequência de suicídio no homem do que na mulher (Proença 2001; Saraiva, 2006). Em contrapartida, as mulheres tentam suicidar-se mais vezes (Moscicki, 1994). Além disso, também o sexo feminino apresenta maiores índices de ideação suicidária (Borges & Werlang, 2006; Man, 2006). No entanto, segundo Retterstol (1993, citado em Pinho, 2003), o *ratio* entre os dois sexos tem vindo a diminuir.

A tentativa de suicídio, o registo de ameaça ou a ideação suicida com plano, constituem-se como factores de risco para o suicídio (O.M.S, 2006; Proença, 2001; Saraiva, 2006). Ainda de acordo com Ramos (1994), é de salientar a relação existente entre tentativa de suicídio e suicídio, já que 40 a 60% dos suicídios seguem-se a séries de tentativas de suicídio de gravidade crescente.

A situação familiar revela-se importante na medida em que poderá estar relacionada com o suicídio, sobretudo no que respeita a conflitos familiares. Segundo Vaz Serra et al. (2000, citados em Pinho, 2003), ter uma família desagregada, devido a separação, divórcio ou viuvez, pode apresentar-se como outro factor de risco para o suicídio<sup>2</sup>.

No plano dos factores sociais, o estado civil, tanto nos homens como nas mulheres, parece influenciar a conduta suicida, já que se encontra interligado com outras variáveis, desde a idade, o sexo ou o isolamento social. Assim, os casados suicidam-se em menor percentagem do que os

---

<sup>2</sup> Neste sentido, a falta de apoio (familiar ou mesmo social), que remete para questões de isolamento e solidão, pode constituir um factor de risco para o suicídio.

solteiros ou divorciados, sendo estes os que apresentam taxas mais elevadas, seguindo-se a viuvez em mulheres jovens. Na perspectiva de Saraiva (2006), no que respeita ao estado civil, os indivíduos separados e divorciados cometem mais suicídio. Kreitman (1988, citado em Saraiva, 2006), tendo por base dados escoceses, refere que os casados de ambos os sexos apresentavam taxas suicidas mais baixas em todas as idades.

Durkheim (1987) enfatiza o enquadramento sociológico do suicídio, referindo que os indivíduos integrados na sociedade estão, assim, menos propensos ao suicídio. Daqui, entende-se que uma situação profissional de desemprego e uma situação sócio-económica podem desencadear as tentativas de suicídio, apresentando-se como factores de risco para o suicídio. Também é possível, neste sentido, compreender um nível de educação baixo como um factor de risco para o suicídio (O.M.S., 2006).

No entanto, as causas do suicídio aqui apresentadas não esgotam, de todo, tantas outras de qualquer natureza, que partem da própria singularidade do fenómeno do suicídio. O acto suicida é, por excelência, um acto puramente individual.

### **Suicídio e Adolescência**

O suicídio apresenta-se como um acto de violência que surge tipicamente na adolescência. Contudo, a tentativa de suicídio não resulta de um impulso súbito e imprevisível por parte do adolescente, mas sim como consequência de uma cadeia de acontecimentos internos. Estes acontecimentos, ainda com início na infância, se problemáticos, tornam o adolescente incapaz de lidar com as transformações normais desta etapa (Schachter, 2000, citado em Mendes, 2003).

As tentativas de suicídio juvenis, muito mais frequentes do que o gesto especificamente fatal, relacionam-se com dificuldades marcadas no processo de desenvolvimento da adolescência que contribuem para dificuldades do jovem a nível individual, familiar e social (Sampaio, 1991). No caso da ideação suicida, esta aparece frequentemente na adolescência mas não significa, necessariamente, um comportamento psicopatológico (Paixão, 2002). Tendo em consideração o estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2001) sobre o suicídio adolescente, verificaram que quase metade dos inquiridos já teve ideias acerca do suicídio o que, desde logo, demonstra a sua relevância nesta fase da vida.

Um estudo levado a cabo por Sampaio e colaboradores (2000) sobre as representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário, verificou-se que os adolescentes recorrem, para explicar o suicídio, sobretudo a factores intra-individuais, como baixa auto-estima, sentimentos de perda, desilusão e insegurança, a factores de natureza interactiva, como seja a injustiça relacionada com os amigos, injustiça relacional e injustiça distributiva, a factores psicossociais (influência social/isolamento) e ainda a factores de ordem biológica.

Capuzzi (1986), apresenta como causas do suicídio adolescente factores familiares, factores sociais e estruturação da identidade própria desta fase, defendendo quatro áreas que merecem especial atenção enquanto

sinais de alarme: mudança de comportamento, pistas verbais, temas ou preocupações do jovem e traços de personalidade. Neste sentido, também Sampaio (1991, p. 231) refere que a tentativa suicida juvenil diz respeito a um triplo fracasso, quer na sua vertente individual, familiar ou social do adolescente, dado que não conseguiu realizar as tarefas maturativas inerentes a esta fase de desenvolvimento.

Além disso, verifica-se uma estreita relação entre depressão e tentativa de suicídio na adolescência o que coloca, cada vez mais, o imperativo de um diagnóstico precoce, na medida em que todos os sintomas da depressão aparecem, muitas vezes, associados a dimensões suicidas (Hawton, 1986). Também Coimbra de Matos (1986), defende que o suicídio se insere sempre numa depressão, no entanto, nem todos os deprimidos contemplam o suicídio. Segundo o mesmo autor, não há suicídio sem depressão, sendo esta última um sofrimento relacionado com o abandono afectivo, a perda de amor do objecto, quer seja real ou imaginária.

Segundo Sampaio (1991), as famílias dos adolescentes seriam marcadas pela rigidez, conflitos relacionais e dificuldades na comunicação. De acordo com o mesmo autor, o adolescente suicida, geralmente, apresenta ainda como características uma visão negativa de si próprio, dificuldades no relacionamento familiar, má integração social e menor dinamismo na integração social das famílias.

Assim, são inúmeros os factores que interpenetram o fenómeno do suicídio na adolescência, quer sejam internos, externos, ou os próprios contextos - familiares, culturais ou psicossociais (Oliveira et al., 2001).

### **Para-suicídio e Tentativa de Suicídio**

O conceito de para-suicídio entra na psiquiatria através de Kreitman e seus colaboradores, ainda no ano de 1969. De acordo com estes autores, esta noção seria entendida, fundamentalmente, como um acto cometido de forma deliberada, que se aproxima do prisma suicidário, mas que não conduz, em si mesmo, à morte. Desta forma, o para-suicídio é tido como um acto que surge da livre vontade do indivíduo (Pinho, 2003), ou seja, que mimetiza um gesto suicidário que não conduz à morte (Saraiva, 2006).

Segundo Gil & Saraiva (2006, p. 213), o para-suicídio apresenta como características fundamentais um comportamento de desfecho não fatal, realizado de forma deliberada, não sendo habitual e executado de forma directa e de dano a si mesmo, mas estando dirigido à realização ou mesmo obtenção de determinadas mudanças.

Como tal, o para-suicídio ou o comportamento para-suicida corresponde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), a um acto ou comportamento não fatal, não habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a causar danos em si mesmo (mais ou menos graves), caso não exista uma intervenção. O para-suicídio pode também verificar-se na sequência da ingestão excessiva de determinadas substâncias com o intuito de provocar alterações desejadas. É ainda de salientar que o para-suicídio pode rever-se em determinadas formas de auto-mutilação (Oliveira et al., 2001).

Este conceito relaciona-se com os designados comportamentos de risco, entre os quais são mais frequentes o abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psico-estimulantes, o conduzir em excesso de velocidade, alcoolizado, drogado ou em contra-mão, a vivência de uma sexualidade não controlada ou com relações de risco, a escolha de alguns desportos demasiado perigosos, a adopção de comportamentos mais arriscados tornando-se o adolescente propício a distrações ou acidentes, a alteração súbita de peso, na maneira de agir ou de vestir. “As taxas de suicídio e de para-suicídio são muito diferentes do ponto de vista epidemiológico, porque se as primeiras subiram ligeiramente durante o século XX, as segundas cresceram de uma forma dramática nos últimos 40 anos” (Saraiva, 1997, p. 19, citado em Oliveira et al., 2001).

O para-suicídio implica comportamentos que, embora possam causar danos, inclusive a morte, não têm a intenção concreta e deliberada de o fazer (Oliveira et al., 2001; Deus, 2002), apesar de se rever já alguma intencionalidade do acto. Enquadrado no para-suicídio, é possível identificar certo tipo de comportamentos, tal como o consumo de substâncias psico-activas.

Segundo Proença (2001, p. 61), para além dos factores biológicos que poderão estar na origem de comportamentos suicidários, são de salientar outros factores que contribuem para o suicídio, sobretudo factores demográficos e clínicos. Neste sentido, os factores de risco demográficos para o para-suicídio são fundamentalmente os seguintes: sexo feminino, idade inferior a 30 anos, percepção de ameaça de relação íntima, vivendo só, desempregado ou com problemas financeiros, acontecimento adverso recente e acesso fácil a métodos de elevada letalidade. Por outro lado, e no que diz respeito a factores de risco clínicos, o autor aponta depressão clínica ou distúrbios de personalidade e abuso de álcool ou drogas. Ainda em relação ao sexo, as mulheres ultrapassam em larga escala nas atitudes para-suicidas, não obstante, suicidam-se em menor percentagem em relação ao sexo masculino (Saraiva, 2006). É no sexo feminino que existe uma maior incidência, sendo as mulheres, sobretudo na juventude, que protagonizam este tipo de comportamento. Este está geralmente associado a um conjunto de perturbações emocionais, que se caracteriza pela prática de actos que simulam longinquamente a vontade de terminar com a vida, mas com a peculiaridade de deixar pistas para que o acto não resulte na própria morte. No entanto, nem sempre este tipo de comportamento é descoberto a tempo de evitar o pior (Sociedade Portuguesa de Suicidiologia, 2009).

Desta forma, pode dizer-se que o para-suicídio diz respeito a um acto não fatal, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outros, causando lesões a si próprio, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes.

Ao contrário do para-suicídio, a tentativa de suicídio é entendida como o acto levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada. A diferença essencial entre o para-suicídio e as tentativas de suicídio é o nível de intencionalidade, sendo que na tentativa é superior (Sociedade Portuguesa de Suicidiologia, 2009). Além



disso, as tentativas de suicídio anteriores são um preditor essencial do suicídio (O.M.S., 2006, p. 11).

No entanto, estas duas vertentes da prisma suicidário - o para-suicídio e a tentativa de suicídio - apesar de diferirem em termos de consequências, quando comparadas com o suicídio consumado, revelam-se clinicamente semelhantes, dado que ambas não resultam na morte (Santos, 2006).

### **Ideação Suicidária**

A ideação suicida funciona, de certa forma, como um indicador fulcral para o risco de suicídio em si mesmo, assim como um componente basilar na classificação de comportamentos ditos suicidas, daí o enquadramento conceptual da corrente investigação.

O facto de haver um pensamento ou ideação suicida não significa, especificamente, que esta passe para o plano real. No entanto, funciona, sem dúvida, como um sinal de alerta do suicídio em si mesmo (Cardoso, 2008). A espiral suicida inicia-se com a ideação que funciona como um indicador de vulnerabilidade, podendo levar à tentativa de suicídio e, no limite, ao suicídio consumado. Assim, conceptualizado com um *continuum*, o suicídio é perspectivado como um processo dinâmico. Não obstante, segundo Reynolds (1992, citado em Gomes, 1996), nem todos os indivíduos que têm pensamentos suicidas apresentam tentativas de suicídio. Ainda segundo o mesmo autor, a ideação suicida está definida como um domínio de pensamentos e ideias sobre a morte e o suicídio, incluindo pensamentos específicos de planos e concretização dos mesmos, de forma a pôr termo à sua vida.

Assim, a ideação suicida designa, especificamente, pensamentos e cognições sobre o acabar com a própria vida, podendo ir de pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais elaboradas sobre formas concretas de cometer suicídio (Ferreira & Castela, 1999 em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999). Segundo Palmer (2008, p. 13), a ideação suicida diz respeito a pensamentos, que surgem como o agente para o suicídio e que podem variar no seu grau de gravidade, dependendo da especificidade dos planos de suicídio e do nível de intenção suicida.

Dito por outras palavras, a ideação suicidária deverá ser entendida como um factor de risco para as tentativas de suicídio que, por seu turno, aumentam inevitavelmente o risco para que o próprio suicídio, de facto, aconteça (Kerr et al., 2008). Apesar de parte integrante, a ideação suicida por si só não é determinante do comportamento suicidário, apesar de constituir um importante factor de risco para as tentativas de suicídio (Chamberlain et al., 2009).

Desta forma, a ideação suicida pode ser vista como um estágio preliminar, que precede comportamentos propriamente suicidas e, conseqüentemente, de natureza mais severa. Segundo Pfeffer (1985, citado em Ferreira & Castela, 1999), uma tentativa de suicídio exhibe, quase invariavelmente, um certo grau de ideação suicida. Assim, esta noção representaria algo que funciona como intermediário face à acção, servindo com forma de ensaiar em pensamento essa mesma acção antes de ser

concretizada.

Martin & Dixon (1986), propõem uma distinção da ideação suicida em três momentos gradativos e ascendentes: o suicídio passivo, os gestos suicidas e o suicídio impulsivo. Assim, o suicídio passivo seria experienciado inconscientemente, enquanto que o gesto suicida já inclui a manipulação do outro e a sua punição através de uma tentativa de suicídio. Por fim, o suicídio impulsivo surge como o mais preocupante, dado que já há tentativa de suicídio.

A ideação suicida não significa, por si só, um comportamento de natureza psicopatológica. No entanto, deve ser seriamente tida em conta, dado que constitui quase sempre um sinal de alerta ou mesmo um pedido de ajuda (Paixão, 2002, p. 571).

Segundo Borges & Werlang (2006), a ideação suicida refere-se a pensamentos auto-destrutivos ou, de forma mais geral, a ideias suicidas. Neste sentido, abrange desejos, atitudes ou planos mais específicos que o indivíduo tem para pôr fim à própria vida. Desta forma, a intervenção precoce permite, certamente, travar tentativas de suicídio e, em última análise, o suicídio.

Acentuadamente na adolescência, as mulheres apresentam maiores índices de ideação suicidária quando comparadas com os homens, sendo que o sexo feminino apresenta taxas quatro vezes superiores para a ideação suicida. No que respeita às tentativas de suicídio, também as mulheres apresentam taxas três vezes maiores em contraste com os homens (Man, 1999). Também no estudo de Borges e Werlang (2006), tendo por base uma amostra de 730 adolescentes, constatou-se que o sexo feminino e a depressão foram, da conjunto de variáveis estudadas, as mais associadas à presença de ideação suicidária. No entanto, segundo Kerr e colaboradores (2008), apesar da ideação suicida ser menos comum no sexo masculino, os pensamentos predizem as tentativas de suicídio independentemente do género. Ainda para estes autores, a ideação suicida está, também, fortemente associada com a depressão.

O estudo da ideação suicidária revela-se bastante importante, na medida em que é mais frequente nos comportamentos de ameaça ou nas tentativas de suicídio. Por exemplo, Schotte & Clum (1982, citados em Castela, 1994), realçam a importância do estudo da ideação suicida devido à relação entre a frequência de ideação e a probabilidade de tentativa de suicídio.

Desta forma, deve-se ter a ideação suicidária como um factor de risco importante para as tentativas de suicídio que, por sua vez, aumentam o risco para o suicídio propriamente dito (Kerr et al., 2008)<sup>3</sup>. Assim sendo, é de salientar a necessidade para que a ideação suicida seja tomada seriamente, com vista à avaliação psicológica precoce, na tentativa de prevenir comportamentos de ameaça à própria vida.

---

<sup>3</sup> A ideação suicida tem sido sobretudo estudada em amostras clínicas que já tentaram o suicídio, do que na população em geral (Botega et al., 2004). Assim, são vários estudos comprovam uma correlação entre ideação suicida e tentativas de suicídio.

### **Toxicod dependência**

A toxicod dependência e o consumo de drogas evidenciam-se, nos tempos que correm, como uma problemática social e um tema de debate público, conduzindo diferentes ciências a debruçar-se no estudo e análise deste fenómeno. O consumo de substâncias capazes de modificar o comportamento, a afectividade e a consciência, sendo passíveis de provocar dependência, revê-se como um fenómeno cada vez mais visível e alarmante na nossa sociedade (Ferreira-Borges et al., 2004).

O recurso às drogas possui antigas raízes históricas e culturais, que atravessam todos os períodos da história das civilizações. É comum dizer-se que a história das drogas anda lado a lado com a história da humanidade e que não existiu sociedade onde o uso de uma qualquer substância não estivesse incluído e, muitas vezes, normalizado (Ferreira-Borges et al., 2004).

Assim, a toxicod dependência apresenta-se como um fenómeno social, cultural ou económico, estando inserido na própria lógica de transformação rápida e acelerada do ser humano. É neste sentido que a história do uso de tóxicos, com o objectivo de alterar os estados de consciência, é quase tão antiga como a história dos homens (Paixão, 2002). Segundo Almeida (2005, p. 11) “o consumo de drogas acompanha a Humanidade desde há muito milénios, não sendo de prever que possa existir uma sociedade sem drogas”. Ainda de acordo com Amaral Dias (1979), o problema das toxicomanias surge, num primeiro plano, como um problema cultural, quer no seu espaço social, técnico e afectivo.

Hoje em dia, mais do que nunca, a toxicod dependência surge numa encruzilhada de múltiplas dimensões que se interpenetram na vida humana, sendo diversas as ciências humanas e médicas que têm dado a sua contribuição para um conhecimento crescente deste fenómeno. Desde já, denota-se a complexidade e multidisciplinaridade desta problemática.

### **Definições e Caracterização**

As primeiras formulações do termo toxicod dependência provêm do campo da medicina, mais precisamente da Psiquiatria do séc. XIX, para designar uma relação particular de um indivíduo com substâncias psicoactivas.

Actualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), a toxicod dependência está definida como um estado de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica, devido ao uso esporádico ou continuado desta (O.M.S., 2007, citado em Ferreira, 2007). As drogas, tendo em conta a sua definição científica ou farmacológica de base, consistem em substâncias que, pela sua natureza química, afectam a estrutura ou o funcionamento de um indivíduo (Nowlis, 1989, p. 16).

Segundo a DSM-IV (1996), os critérios de diagnóstico para a dependência de substâncias são os seguintes:

Um padrão mal-adaptativo do uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos

seguintes critérios, que ocorrem em qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida como:
  - a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir intoxicação ou o efeito desejado;
  - b) Acentuada redução do efeito com uso contínuo da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestando-se por:
  - a) Síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os critérios A e B dos conjuntos de critérios estabelecidos para Abstinência de substâncias específicas);
  - b) A mesma substância (ou estreitamente relacionada) é consumida para avaliar ou evitar sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
4. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
5. Muito tempo é gasto em actividades necessárias para se obter a substância (por exemplo, consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por exemplo, fumar em grupo), ou na recuperação dos seus efeitos.
6. Importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
7. A substância continua a ser consumida, apesar do conhecimento de se ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que parece ter sido causado ou exacerbado pela substância (por exemplo, o consumo recorrente de cocaína apesar do reconhecimento da depressão por ela induzida, ou o continuar a beber apesar do reconhecimento de que uma úlcera se agravou devido ao consumo de álcool).

De acordo com Landry (1994, citado em Ferreira, 2007), a dependência de tóxicos caracteriza-se, essencialmente, pela compulsão, perda de controlo e abuso continuado. Apesar das consequências adversas inerentes ao consumo de drogas, a toxicod dependência faz-se acompanhar por distorções na percepção, uma das quais é a negação: negação, no que concerne a existência de um problema, e negação no que respeita à necessidade de apoio para enfrentar o problema.

Neste sentido, também para Blume (2005, p. 5), a toxicod dependência apresenta as seguintes características: uso compulsivo, perda de controlo e uso continuado apesar das consequências adversas conhecidas. Ou seja, a

toxicodependência refere-se a um estado de dependência, sobretudo psicológica e física, pelo que o consumo compulsivo persiste apesar das consequências negativas extremas. Desta forma, a procura de drogas torna-se compulsiva, entrando num ritmo cíclico sem fim.

Assim sendo, as consequências associadas ao consumo destas substâncias são variadas, estando dependentes de factores como a idade de início de consumo, o estado de saúde físico e psicológico dos consumidores, a frequência, a quantidade e duração do seu uso, não descurando do peso social que o consumo de drogas pode apresentar (Silva, 2004).

Segundo Amaral Dias (1979), as toxicomanias apresentam-se, num primeiro plano, como um problema cultural em que a droga surge. Não obstante, os consumos de droga observam-se sobretudo em indivíduos jovens<sup>4</sup>, sendo que a adolescência aparece, muitas vezes, como pano de fundo para as dependências<sup>5</sup>. No entanto, estas inscrevem-se no mal-estar próprio desta fase e respectivas evoluções patológicas sendo que, ainda segundo o mesmo autor, o restabelecimento do equilíbrio, já que a adolescência “é sempre uma crise” (p. 30), levanta invariavelmente sentimentos de angústia e inquietação. De acordo com Kessler (2003), a passagem para a adolescência implica não só uma mudança fisiológica, mas sobretudo psicológica. Assim, a par com as modificações corporais, surgem transformações na percepção relativamente a si mesmo e aos outros. O adolescente passa, então, por uma fase de fragilidade egóica (p. 35).

Ainda com base em Amaral Dias (1980), a droga parece desempenhar uma função sinalizadora de um problema básico no processo de socialização consequente da ausência de uma figura parental. O perfil psicossocial do toxicodependente apresenta as seguintes características: um nível sócio-económico baixo, mobilidade geográfica da família e distorções na estrutura familiar, nomeadamente a ausência da figura paterna.

Assim, a família assume particular importância na problemática das dependências, sobretudo quando abdica da sua autoridade, viabilizando, desta forma, a adesão a grupos de iguais desviantes (Blum et al., 1972, citados em Paixão, 1991).

Nunes & Alves (2008) realizaram um estudo tendo como objectivo a análise biográfica de indivíduos com história de abuso de substâncias. No seu percurso de vida encontrou-se, em todos os indivíduos, um padrão inseguro de vinculação primária, que decorre da ausência de supervisão, de cuidados e afectos. Este estilo relacional parece ser transportado para a idade adulta, sendo novamente reproduzido, o que se revê sobretudo na ausência

---

<sup>4</sup> É de salientar que o consumo de substâncias na adolescência tem-se verificado, nos dias que correm, em idades cada vez mais precoces. Além disso, o início do consumo de substâncias ainda na juventude tende a perpetuar-se já para a idade adulta (Straussner, 2004, p.10).

<sup>5</sup> As consequências na vida dos adolescentes, decorrentes do uso de drogas, são inúmeras e bastante graves. O suicídio na adolescência, por exemplo, apresenta uma forte associação com o uso de substâncias psicoactivas (Kessler et al., 2003).

de ressonância afectiva.

Os toxicodependentes, apesar de apresentarem características em comum, constituem um grupo particularmente heterogéneo, com estruturas de personalidade distintas, diferindo também na presença ou não de psicopatologia, na severidade do problema, nas doenças físicas associadas ou nos problemas sociais decorrentes. Desta forma, também o tipo de consumo é diferente perante cada indivíduo, possuindo, invariavelmente, diferentes significados (Ferreira, 2004).

No entanto, a adição pode também ser conceptualizada como um modelo de funcionamento da personalidade, que invade a pessoa com intensidades diferentes, o que organiza, invariavelmente, volúveis manifestações comportamentais (Albuquerque, 2005). Uma vez que as toxicomanias se apresentam como uma problemática multifactorial, o factor da personalidade é meramente explicativo, pelo que não pode ser considerado isoladamente nem de forma determinista (Cardoso, 1995).

Aliás, Bergeret (1984, citado em Cardoso, 1995) defende que não existe nenhuma estrutura da personalidade específica da toxicomania, adiantando que os consumos não modificam, por si só, a estrutura profunda do indivíduo. Ainda de acordo com o mesmo autor, apenas é possível encontrar traços de carácter ou de comportamento nas personalidades toxicómanas, apontando as carências do funcionamento imaginário, a importância das manifestações comportamentais e as dificuldades ao nível da identificação como as características mais significantes.

Já em título conclusivo, é possível constatar que as toxicomanias afectam a vida do indivíduo de forma intensa e agressiva, muitas vezes precocemente, sendo que as consequências revelam-se rapidamente e em várias áreas da vida.

### **Modelos da Toxicodependência**

Segundo Nowlis (1989, pp. 6-12), existem diferentes formas de entender o consumo de drogas através dos seus três componentes interactivos, ou seja, a substância, o utilizador e o contexto: o modelo jurídico-moral, a perspectiva médica ou de saúde pública, o modelo psicossocial e ainda o ponto de vista sócio-cultural. Invariavelmente, cada um destes modelos apresenta um ponto de vista diferente sobre os consumos de droga e respectivos fenómenos associados.

Analisando num primeiro momento o **modelo jurídico-legal**, verifica-se que esta perspectiva atribui uma grande relevância à droga, colocando-a em primeiro plano, dado que é considerada como o agente activo. Neste sentido, a classificação que predomina neste modelo assenta num ponto de vista dicotómico da realidade: indivíduo vs droga, legalidade vs ilegalidade e finalidade médica vs não médica. Esta perspectiva desenvolve-se, sobretudo, no modelo de educação pelo medo.

Por outro lado, o **modelo médico** ou de **saúde pública**, tendo como pano de fundo as doenças infecto-contagiosas que persistem nos consumos, a droga, o indivíduo e o contexto são tidos em conta, respectivamente, como

o agente, o hospedeiro e meio ambiente. O indivíduo, ou seja, o hospedeiro, é visto como vulnerável ou não vulnerável, infectado ou infeccioso.

No que respeita ao **modelo psicossocial**, o indivíduo desempenha o papel de agente activo, sendo que a interacção droga-utilizador constitui o alvo de intervenção. O uso da droga, bem como o seu utilizador, são considerados como factores dinâmicos e complexos, daí tornarem-se o foco desta perspectiva. Aqui, o uso de droga é entendido como um comportamento que persiste enquanto desempenha determinada função para o indivíduo. Por outro lado, o contexto é concebido em termos da influência exercida sobre o utilizador pelas atitudes e comportamentos de outras pessoas, nomeadamente em grupos sociais como a família, os grupos de iguais ou a comunidade.

Por fim, no **modelo sócio-cultural**, o ênfase é colocado no factor “contexto”. A droga ganha sentido não tanto pelas suas propriedades específicas, mas sim pelo modo como uma dada sociedade define o seu uso e os seus utilizadores a ela reage. O uso de drogas proibidas é visto como um desvio do comportamento normal, mas acentua as condições sócio-económicas e o meio ambiente em que vive o indivíduo como razões desse desvio.

### **Situação da Toxicodependência em Portugal**

Segundo o Relatório Anual do Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.), no que diz respeito ao ano de 2007 sobre a situação do consumo de drogas no nosso país, constata-se que a *cannabis* continua a ser a substância mais consumida em Portugal, com prevalências de consumo muito superiores à de outras substâncias. Ainda assim, tendo por base a população dos 15 aos 64 anos, a *cannabis*, a cocaína e o *ecstasy* dizem respeito às substâncias que são preferencialmente consumidas pelos portugueses. No entanto, a evolução epidémica do consumo de drogas é considerada como uma grave questão de saúde pública, social e psicológica (p. 11).

Entre 2001 e 2007, apesar da subida das prevalências de consumos ao longo da vida a nível de substâncias ilícitas, verificou-se uma descida generalizada das taxas de continuidade dos consumos. Comparativamente com outros países europeus, Portugal continua a situar-se entre os países com as menores taxas de consumo de drogas, com excepção da heroína<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> No estudo de Frazão e colaboradores (2005), entre os tipos de consumos avaliados, a heroína foi a droga que mais influenciou e afectou a vida dos indivíduos, quer a nível pessoal, familiar e laboral.

### **Toxicod dependência e Ideação Suicidária**

De acordo com a literatura, o prisma suicidário aparece como uma realidade comum no mundo das dependências. Aliás, é possível defender que a toxicod dependência está identificada como um dos factores de risco para a presença de pensamentos e comportamentos suicidas (Borges, Walters & Kessler, 2000; Moscicki, 1997, citados em Lloyd et al., 2007).

No que diz respeito à ideação suicidária na toxicod dependência, os seus factores de risco não são facilmente identificáveis. Mesmo assim, é possível apontar sintomas depressivos, distúrbios psiquiátricos, acontecimentos de vida negativos, instabilidade na situação de vida e nas relações sociais, como potenciais factores para o suicídio (Fals-Stewart et al., 1999, citados em Thompson et al., 2006). Para além disso, também algumas preocupações médicas, como o exemplo do diagnóstico de HIV ou de Hepatite, podem constituir factores de risco para que se cometa ou, pelo menos, pense sobre o suicídio (Hughes & Kleespies, 2001, citados em Thompson et al., 2006).

Neste âmbito, são várias as investigações que, de facto, comprovam que existe uma relação significativa entre estes dois fenómenos: a ideação suicidária e a toxicod dependência<sup>7</sup>.

Assim, Thompson et al. (2006) realizaram um estudo, tendo por base uma amostra de 101 toxicod dependentes de opiáceos em tratamento, para a qual verificaram que 24% dos indivíduos apresentavam algum tipo de ideação suicida. Também se verificou que a ideação suicidária estava associada com a presença de doenças crónicas, problemas decorrentes do uso de drogas na rua, posse de arma e entrada em tratamento recentemente. Foi também associada com acontecimentos de vida negativos e problemas do foro psiquiátrico, essencialmente sintomas depressivos, pensamentos negativos recorrentes, alucinações, perda do emprego e conflitos familiares.

Segundo Miller (2006), ao estudar uma amostra de 60 toxicod dependentes consumidores de heroína, constatou que 28% dos indivíduos tinha tentado o suicídio, enquanto que 45% afirmaram ter já considerado o suicídio.

Também Grant & Hasin, 1999 (citados em Klein et al., 2006) verificaram que existia uma maior prevalência de pensamentos suicidas nas pessoas que consumiam drogas regularmente no ano precedente ao seu estudo.

Ainda Lloyd et al. (2007) estudaram a relação entre história de abuso prévio (físico, emocional ou sexual) com ideação suicida, numa amostra de 245 toxicod dependentes. Verificaram uma relação estatisticamente significativa entre ideação suicida e história de abuso, sobretudo no que respeita a abusos de natureza emocional e sexual. Neste âmbito, também Anderson e colaboradores (2002) verificaram que mulheres que

---

<sup>7</sup> É de salientar que grande parte das variáveis escolhidas para a concretização deste projecto, tiveram por base os estudos que serão explanados já de seguida.



experienciaram abusos na infância, estão mais propensas para as tentativas de suicídio.

Klein et al. (2006) mostraram que, para uma população de 221 mulheres consumidoras de cocaína, 39.8%, ou seja, 88 mulheres admitiram ter já pensado sobre cometer suicídio pelo menos uma vez. Para além disso, com o intuito de identificar alguns factores que diferenciavam mulheres toxicodependentes que apresentaram ideação suicidária, em contrapartida com aquelas que nunca apresentaram, concluíram que a ideação era mais comum nas mulheres desempregadas, que foram abusadas sexualmente, com familiares pouco presentes, com problemas financeiros, com diagnóstico prévio de perturbação psiquiátrica, assim como com elevados níveis de ansiedade ou baixa auto-estima.

Bradvik et al. (2007), partindo do pressuposto que as *overdoses* não fatais e as tentativas de suicídio sejam duas realidades existentes nos consumidores de heroína, realizaram um estudo para avaliar a associação entre os ditos aspectos, com base numa amostra de 149 heroínómanos. Constataram que as tentativas de suicídio são, de facto, comuns nos toxicodependentes que, em algum momento da sua vida, sofreram uma *overdose* não intencional, comparativamente àqueles que nunca sofreram.

Na mesma linha, também Rossow & Lauritzen (1999), com o intuito de avaliar a prevalência de *overdoses* não fatais e as tentativas de suicídio numa amostra de 2051 toxicodependentes, verificaram que estas eram mais comuns naqueles que apresentavam história de overdose. Além disso, identificaram como factores subjacentes um uso abusivo de drogas e uma escassa integração social.

Desta forma, verifica-se que a toxicodependência e a ideação suicida revelam-se como dois fenómenos em relação, sendo ainda possível detectar alguns factores que traçam o perfil do toxicodependente com propensão para um nível de ideação suicidária significativo. Uma vez descritos os estudos que comprovam esta associação, passar-se-á, então, à apresentação do projecto propriamente dito.

## II - Objectivos

A presente investigação apresenta como objectivo geral estudar a prevalência da ideação suicidária numa amostra de toxicodependentes da Equipa de Tratamento de Coimbra (E.T.C., antigo Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Coimbra - C.A.T.C.). Neste âmbito, pretende-se neste estudo identificar se existem diferenças no que diz respeito à Ideação Suicidária consoante algumas variáveis, quer sejam de natureza sócio-demográfica, quer se situem já na esfera da toxicodependência, pelo que a maioria destas foram escolhidas de acordo com a bibliografia já citada. No entanto, foram tidas em conta outras variáveis consideradas como relevantes para o estudo<sup>8</sup>.

Assim, as variáveis a investigar seriam as seguintes: idade, sexo, estado civil, constituição do agregado familiar, grau de escolaridade, situação profissional actual, situação económica (baixa, média ou alta), tempo de consumo (superior ou inferior a 5 anos), tipo de consumo de drogas (monoconsumos ou policonsumos), a existência de recaídas, tratamento farmacológico (quer seja com metadona ou Subutex/Suboxone), experiência de tratamento prévio e respectivo número de tratamentos, diagnóstico de doenças infecto-contagiosas (HIV<sup>9</sup> e Hepatite B ou C), tentativa prévia de suicídio, história de *overdose* e, por fim, história de abuso na infância (física, emocional ou sexual).

Para a análise dos resultados, optou-se pela utilização de estudos causal-comparativos. Os estudos causal-comparativos realizam-se quando não é possível fazer uma abordagem experimental, isto é, seleccionar, controlar e manipular as variáveis envolvidas num determinado fenómeno (Pinto, 1990). É um estudo realizado a *posteriori*, dado que o fenómeno cuja consequência se pretende estudar já ocorreu.

Neste sentido, utilizou-se este tipo de estudo com o objectivo de se estabelecer uma relação causal-comparativa entre a Ideação Suicida e as demais variáveis em estudo.

Os objectivos prendem-se, assim, em verificar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante as demais variáveis supracitadas. Desta forma, esquematicamente os objectivos seriam os seguintes:

Objectivo 1: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a idade dos sujeitos;

Objectivo 2: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o sexo dos sujeitos;

---

<sup>8</sup> Inicialmente, entre as variáveis escolhidas, teve-se como objectivo analisar a presença de perturbações mentais na amostra de toxicodependentes, no entanto, foi retirada do estudo dado que as respostas dos sujeitos a essa questão foram consideradas pouco fiáveis.

<sup>9</sup> É de salientar que no que respeita à variável “diagnóstico de doenças infecto-contagiosas”, não se procedeu ao estudo do diagnóstico de HIV, dado que nenhum participante respondeu afirmativamente a esta questão.

Objectivo 3: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o estado civil dos sujeitos;

Objectivo 4: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a constituição do agregado familiar dos sujeitos;

Objectivo 5: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o grau de escolaridade dos sujeitos;

Objectivo 6: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a situação profissional sujeitos;

Objectivo 7: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a situação económica dos sujeitos;

Objectivo 8: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o tempo de consumo por parte dos sujeitos;

Objectivo 9: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o tipo de consumo dos sujeitos;

Objectivo 10: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a existência de recaídas por parte dos sujeitos;

Objectivo 11: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o tratamento farmacológico (metadona ou subutex/suboxone) por parte dos sujeitos;

Objectivo 12: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a existência de tratamento prévio por parte dos sujeitos;

Objectivo 13: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o diagnóstico de hepatite B ou C por parte dos sujeitos;

Objectivo 14: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a existência de tentativa prévia de suicídio dos sujeitos;

Objectivo 15: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a existência de história de *overdose* por parte dos sujeitos;

Objectivo 16: Verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a existência de história de abuso na infância (física, emocional ou sexual) por parte dos sujeitos.

No que respeita à natureza das variáveis, neste estudo teve-se como variável dependente a dimensão Ideação Suicida, sendo as variáveis independentes as seguintes dimensões: idade; sexo; estado civil; agregado familiar; grau de escolaridade; situação económica; tempo de consumo; tipo de consumo; recaídas; tratamento farmacológico (metadona e subutex/suboxone); tratamentos prévios; diagnóstico de Hepatite B ou C; tentativa prévia de suicídio; história de *overdose* e história de abuso na infância.

Especificamente, foram colocadas as seguintes hipóteses para cada um dos objectivos:

Objectivo 1:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a idade dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a idade dos sujeitos.

Objectivo 2:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o sexo dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o sexo dos sujeitos.

Objectivo 3:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o estado civil dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o estado civil dos sujeitos.

Objectivo 4:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o agregado familiar dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o agregado familiar dos sujeitos.

Objectivo 5:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o grau de escolaridade dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o grau de escolaridade dos sujeitos.

Objectivo 6:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a situação profissional dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a situação profissional dos sujeitos.

Objectivo 7:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a situação económica dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a situação económica dos sujeitos.

Objectivo 8:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o tempo de consumo por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o tempo de consumo por parte dos sujeitos.

Objectivo 9:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o tipo de consumo por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o tipo de consumo por parte dos sujeitos.

## Objectivo 10:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de recaídas por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de recaídas por parte dos sujeitos.

## Objectivo 11:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de tratamento farmacológico (metadona ou subutex/suboxone) por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de tratamento farmacológico (metadona ou subutex/suboxone) por parte dos sujeitos.

## Objectivo 12:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de tratamento prévio por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de tratamento prévio por parte dos sujeitos.

## Objectivo 13:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de diagnóstico de Hepatite B ou C por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de diagnóstico de Hepatite B ou C por parte dos sujeitos.

## Objectivo 14:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de tentativa prévia de suicídio por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de tentativa prévia de suicídio por parte dos sujeitos.

## Objectivo 15:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de história de *overdose* por parte dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de história de *overdose* por parte dos sujeitos.

## Objectivo 16:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de história de abuso na infância dos sujeitos.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de história de abuso na infância dos sujeitos.

### III - Metodologia

Uma vez explicados os objectivos e hipóteses em causa, este capítulo dedicar-se-á a uma breve apresentação da metodologia inerente ao corrente projecto, tendo em consideração os procedimentos de investigação adoptados, a descrição da amostra em estudo e ainda a caracterização dos instrumentos utilizados: o Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999) e um Guião de Entrevista construído de acordo com as variáveis que se pretenderam aqui avaliar.

#### Procedimentos de Investigação

A presente investigação reporta-se, assim, a uma amostra de 30 utentes da Equipa de Tratamento de Coimbra, dado que se pretendeu, como objectivo geral, estudar a ideação suicidária numa amostra de toxicodependentes. Para a aplicação dos questionários foi, num primeiro momento, solicitada autorização por escrito ao I.D.T. (Instituto da Droga e da Toxicoddependência).

Tanto no Questionário de Ideação Suicida como na Entrevista, o seu preenchimento foi de carácter totalmente voluntário e anónimo. Neste sentido, foi explicado a todos os utentes a finalidade e os objectivos do estudo (Ver em Anexo 1), sendo ainda garantida a confidencialidade das suas respostas. O Questionário de Ideação Suicida foi preenchido directamente pelos participantes, sendo seguido, então, por uma entrevista guiada<sup>10</sup>.

Assim, com o intuito de operacionalizar as demais variáveis já descritas no capítulo anterior, foi aplicado o Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999) para avaliar a Ideação Suicida na amostra de toxicodependentes, que seria interpretada através da pontuação obtida no mesmo. Por seu turno, no que diz respeito ao Guião de Entrevista, este protocolo foi construído de raiz com vista a abranger todas as variáveis alvo de estudo.

Desta forma, perante cada variável, estudadas através das respostas obtidas no Guião de Entrevista, constituíram-se então as amostras independentes<sup>11</sup>.

Assim, seria possível comparar as médias obtidas no Questionário de Ideação Suicida para cada uma das amostras independentes constituídas, de modo a verificar se existem, ou não, diferenças significativas entre ambas. Mais especificamente, estudou-se cada uma das variáveis em amostras independentes, comparando sempre a pontuação obtida no Questionário de Ideação Suicida para cada uma das variáveis.

---

<sup>10</sup> Muitas vezes os participantes solicitaram fazê-lo por escrito, em vez de responderem ao mesmo em formato de entrevista, tal como seria pretendido.

<sup>11</sup> Tomando como exemplo a variável categorial “sexo”, pretendeu-se avaliar, assim, o nível de ideação suicida no sexo masculino e no feminino.

### Descrição da amostra

A amostra desta investigação é constituída por um total de 30 indivíduos, todos eles utentes da Equipa de Tratamento de Coimbra e com história de consumo de drogas.

Como critério de inclusão para o presente estudo impôs-se um limite de idade de 30 anos, de forma a ir de encontro à faixa etária correspondente ao instrumento aqui utilizado, o Questionário de Ideação Suicida, que se destina, fundamentalmente, a uma população de adolescentes e jovens adultos.

Assim, relativamente à faixa etária dos sujeitos da amostra, obtiveram-se idades compreendidas entre os 15 (idade mínima) e os 30 anos (idade máxima). A média das idades foi de 23.17 anos, conforme se pode verificar na tabela 1.

**Tabela 1: Distribuição da amostra por idades (N = 30)**

Média	Desvio-padrão	Idade Mínima	Idade Máxima
23,17	4,268	15	30

No que diz respeito ao sexo, verifica-se que 27 sujeitos (90 %) da amostra são do sexo masculino, em contrapartida com apenas 3 sujeitos (10 %) que são do sexo feminino, sendo, portanto, a amostra maioritariamente constituída por sujeitos do sexo masculino, conforme se pode constatar na tabela 2.

**Tabela 2: Distribuição da amostra por sexo (N = 30)**

Sexo	Frequência	Percentagem %
Masculino	27	90.0
Feminino	3	10.0
Total	30	100.0

Quanto ao estado civil dos sujeitos, verificou-se que 90 % dos sujeitos (n = 27) são solteiros, 6.7 % dos sujeitos (n = 2) são casados e 3.3 % dos sujeitos (n = 1) encontra-se a viver em união de facto.

Inquiridos acerca da constituição do agregado familiar (mais especificamente, com quem vive o sujeito no momento da aplicação do protocolo), a grande maioria dos participantes (66.7 %; n = 20) que compõem a amostra, tem como agregado familiar a família de origem, enquanto que 13.3 % dos sujeitos (n = 4) tem como agregado familiar o(a) companheiro(a) e/ou filhos, tal como se denota na tabela 3.

**Tabela 3: Distribuição em frequência e percentagem da amostra pelo agregado familiar**

Agregado Familiar	Frequência	Percentagem %
Família de origem	20	66.7
Sozinho	6	20.0
Companheiro(a) / Filhos	4	13.3
Total	30	100.0

Relativamente ao grau de escolaridade, verifica-se que a maioria dos sujeitos que foram inquiridos (53.3 %; n = 16) afirmam possuírem o 3º ciclo do ensino básico, 33.4 % dos sujeitos (n = 10) declaram terem o ensino secundário, enquanto que 13.3 % dos sujeitos (n = 4) dizem ter o 2º ciclo do ensino básico.

No que diz respeito à situação profissional dos inquiridos, averiguou-se que a maioria dos sujeitos (63.3 %; n = 19) se encontra desempregado, sendo que apenas 20 % dos sujeitos (n = 6) se encontram empregados, como se denota na tabela 4. Por outro lado, apenas 5 dos sujeitos que compõem a amostra possuem o estatuto de estudante<sup>12</sup> (16.7 %; n=5).

**Tabela 4: Distribuição em frequência e percentagem da amostra por situação profissional (N = 30)**

Situação Profissional	Frequência	Percentagem %
Empregado	6	20.0
Desempregado	19	63.3
Estudante	5	16.7
Total	30	100.0

Questionados acerca da sua situação económica, a maioria dos sujeitos (56.7 %; n = 17) afirma ter uma situação económica baixa e 43.3 % dos sujeitos (n =13) refere ter uma situação económica média, sendo que nenhum dos participantes revelou uma situação económica considerada elevada.

Relativamente ao tempo de consumo por parte dos sujeitos que compõem esta amostra, denota-se que 40 % dos sujeitos (n = 12) consome entre 1 a 5 anos e, em igual número de 12 participantes, consomem entre os 6 e os 10 anos. Por outro lado, apenas 6.7 % dos sujeitos (n = 2) afirmam consumirem há mais de 10 anos, conforme se pode verificar na tabela 5. Por outro lado, apenas 4 dos sujeitos inquiridos (13.3 %) afirma consumir há menos de 1 ano.

**Tabela 5: Distribuição em frequência e percentagem da amostra pelo tempo de consumo (N = 30)**

Tempo de consumo	Frequência	Percentagem %
Até 1 ano	4	13.3
Entre 1 a 5 anos	12	40.0
Entre 6 a 10 anos	12	40.0
Mais que 10 anos	2	6.7
Total	30	100.0

Quanto ao tipo de consumo de estupefacientes consumidos pelos sujeitos que constituem a presente amostra, verificou-se que 43.3 % dos

<sup>12</sup> Dos 5 sujeitos com estatuto de estudante, 3 estavam em curso de formação profissional.



sujeitos (n = 13) são considerados como policonsumidores, dado que responderam mais do que um tipo de consumo como droga de eleição. Por outro lado, 20% dos inquiridos (n = 6) aponta a heroína como a droga preferida, 23.3 % (n = 7) declararam consumirem somente haxixe e, por fim, apenas 13.3 % dos sujeitos (n = 4) afirmaram consumirem cocaína, tal como se pode verificar na tabela 6.

**Tabela 6: Distribuição em frequência e percentagem da amostra por tipo de consumo**

Tipo de Consumo	Frequência	Percentagem %
Heroína	6	20.0
Cocaína	4	13.3
Haxixe	7	23.3
Policonsumos	13	43.3
Total	30	100.0

Inquiridos acerca de alguma vez terem tido alguma recaída, a maioria dos sujeitos inquiridos (66.7 %; n = 20) afirmam que sim, colidindo com 33.3 % dos sujeitos (n = 10) que, por seu turno, declaram que nunca recaíram.

Quanto ao tipo de tratamento farmacológico realizado pelos sujeitos que compõem a amostra, 7 sujeitos (23.3 %) declaram estarem a realizar um tratamento farmacológico com metadona. De igual número de 7 sujeitos (23.3 %) afirmam estar a realizar um tratamento farmacológico com subutex/suboxone. Assim sendo, 16 dos sujeitos inquiridos (53.3 %) declaram não estarem a realizar qualquer tipo de tratamento farmacológico, quer com metadona ou subutex/suboxone.

No que diz respeito ao facto dos sujeitos terem realizado algum tratamento prévio, denota-se que a maioria dos sujeitos (53.3 %; n = 16) afirmam terem já realizado algum tipo de tratamentos anterior, enquanto que 46.7 % dos sujeitos (n = 14) declaram nunca terem realizado qualquer tratamento prévio.

Assim, dos 16 sujeitos que afirmaram terem efectuado algum tratamento prévio (n = 16), 75 % dos sujeitos (n = 12) declaram terem realizado apenas 1 tratamento prévio, 12.5 % (n = 2) realizaram dois tratamentos prévios, enquanto que 6.25 % dos sujeitos (n = 1), afirmam terem realizado 3 tratamentos prévios e mais de 3 tratamentos prévios, conforme se pode verificar na tabela 7.

**Tabela 7: Distribuição em frequência e percentagem da amostra pelo número de tratamentos prévios (n = 16)**

Tratamentos Prévios	Frequência	Percentagem %
1	12	75.0
2	2	12.5
3	1	6.25
Mais que 3	1	6.25

Relativamente ao diagnóstico de doenças infecto-contagiosas, nenhum dos sujeitos que compõe a amostra possui o diagnóstico de HIV. Por outro lado, quanto ao diagnóstico de Hepatite B ou C, 23.3 % dos sujeitos inquiridos (n = 7) referiram terem sido diagnosticados com este tipo de doença infecto-contagiosa.

Questionados acerca de terem tido alguma tentativa prévia de suicídio, 23.3% dos sujeitos inquiridos (n = 7) responderam afirmativamente a esta questão, enquanto que 76.7 % dos sujeitos (n = 23) declararam que nunca tentaram suicidar-se.

Relativamente a terem tido alguma história prévia de *overdose*, 83.3 % dos sujeitos inquiridos (n = 25) referiram que não, em contrapartida com 16.7 % dos sujeitos (n = 5), que afirmam terem tido história de *overdose* em algum momento da sua vida.

Por último, quando inquiridos acerca de terem sofrido algum tipo de abuso (físico, emocional ou sexual) ainda na infância, 76.7 % dos sujeitos (n = 23) referiram que não foram vítimas de abuso na infância e, pelo contrário, 23.3 % dos sujeitos (n = 7) declararam terem sido vítimas de abusos enquanto crianças.

## **Instrumentos utilizados**

### **Questionário de Ideação Suicida**

A versão original do Questionário de Ideação Suicida (*Suicidal Ideation Questionnaire*), foi desenvolvida por Reynolds, já em 1988, tendo sido adaptada e aferida para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999, em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

O Questionário de Ideação Suicida fornece uma estimativa da probabilidade do risco de suicídio ou da tentativa de suicídio (Castela, 1994, p. 169), tendo por objectivo avaliar a gravidade dos pensamentos e cognições suicidas em adolescentes e jovens adultos. Mais especificamente, este instrumento avalia os pensamentos sobre o suicídio no mês antecedente à sua aplicação (Range & Knott, 1997, p. 41).

Na sua constituição, o Questionário de Ideação Suicida apresenta um total de 30 itens, cada um com sete alternativas de resposta. Com o intuito de avaliar a frequência com que os pensamentos suicidas ocorrem, apresenta, assim, como alternativas de resposta: “Nunca tive este pensamento”, “Pensei nisto mas não no último mês”, “Cerca de uma vez por mês”, “Cerca de duas vezes por mês”, “Cerca de uma vez por semana”, “Cerca de duas vezes por semana” ou “Quase todos os dias” (Gomes, 1996). Desta forma, a pontuação por item vai desde 0 pontos, que corresponde a “Nunca tive este pensamento”, até um máximo de 6 pontos que corresponde, assim, à opção “Quase todos os dias”.

Os resultados obtidos no Questionário de Ideação Suicida podem variar, no seu total, entre um mínimo de 0 e um máximo de 180 pontos,

sendo que uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponderá, então, a uma pontuação mais elevada neste Questionário (Ferreira & Castela, 1999 em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

Na sua versão original, o conteúdo dos itens dos Questionário de Ideação Suicida, incluem uma hierarquia de pensamentos acerca do suicídio que vão desde o mais moderado até pensamentos mais graves. Os itens deste Questionário foram elaborados tendo por base várias entrevistas clínicas com adolescentes e jovens adultos que revelavam sintomas depressivos, sendo que alguns deles tinham já tentado o suicídio. Além disso, recorreu-se ainda a literatura específica desta problemática, com vista à determinação do conteúdo dos itens (Ferreira & Castela, 1999 em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

Assim, na formulação da construção da ideação suicida, foi então desenvolvida uma estrutura hierárquica de conteúdo. Dentro desta hierarquia foi, então, definida uma progressão de ideação suicida que vai desde pensamentos mais moderados até cognições mais graves e específicas sobre o suicídio (Castela, 1994).

A descrição abreviada dos conteúdos dos itens do Questionário é apresentada de seguida (Castela, 1994):

#### Ideação:

- Imaginação mórbida/pensamentos sobre a morte;
- Desejos de não ter nascido/melhor não estar vivo;
- Vida sem significado;
- Desejos de estar morto;
- Os outros reconheceriam valor se estivesse morto(a);
- Suicídio como retribuição/punição dos outros;
- Pensamentos para se matar (gerais);
- Pensamentos para se matar (específicos);
- Pensamentos sobre os métodos;
- Pensamentos sobre a hora e o local.

#### Intenção:

- Escrever bilhetes e/ou testamentos;
- Dar pertences;
- Ameaças subtis e/ou evidentes;
- Pequenos actos de auto-destruição.

#### Tentativa:

- Falsa tentativa de suicídio (gritar por socorro);
- Pequena tentativa (possibilidade de falhanço);
- Tentativa mais grave (pouca probabilidade de falhanço).

Quanto à população alvo deste instrumento, o Questionário de Ideação Suicida está indicado fundamentalmente para adolescentes e jovens adultos, sobretudo na despitagem de adolescentes com ideação suicida, constituindo um componente importante na prevenção primária do suicídio (Ferreira & Castela, 1999 em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

No estudo de adaptação e aferição à população portuguesa, a análise psicométrica verificou que os coeficientes por item, bem como o coeficiente de fidelidade, eram ambos elevados. Neste sentido, obteve-se uma coeficiente *alpha* de 0.951, sendo que os coeficientes de correlação item-total variaram entre 0.35 e 0.80. A grande maioria dos itens apresenta correlações superiores a 0.70, em contrapartida com apenas dois dos itens que apresentaram um coeficiente de correlação inferior a 0.50 (Castela, 1994).

A versão adaptada do Questionário de Ideação Suicida segue em Anexo 2.

### **Guião de Entrevista**

O outro instrumento utilizado neste estudo diz respeito a um Guião de Entrevista, que foi construído de base, com o intuito de averiguar e investigar as variáveis em causa, pelo que as informações necessárias foram recolhidas directamente com os participantes. Na maioria dos casos, este guião foi realizado em formato de entrevista. No entanto, alguns dos participantes manifestaram vontade em preencher o formulário por escrito.

O presente guião avalia, neste sentido, as seguintes dimensões: idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional actual, situação económica, dados relativos à história de consumos, como tempo e tipo de consumo, recaídas, tratamento farmacológico e tratamentos prévios e respectivo número, diagnóstico de doenças infecto-contagiosas (HIV e Hepatite B ou C), tentativa prévia de suicídio, história de *overdose* e, por fim, dados relativos à história infantil, mais concretamente história de abuso físico, emocional ou sexual. A maioria das respostas dos item que fazem parte desta entrevista são dicotómicas (do tipo “Sim” ou Não”).

O Guião de Entrevista aqui descrito segue em Anexo 3.

#### IV - Resultados

Este capítulo dedica-se, fundamentalmente, à apresentação e análise estatística dos resultados obtidos no estudo empírico cujos objectivos, metodologia e instrumentos foram descritos anteriormente. Neste sentido, os resultados serão agora analisados somente do ponto de vista estatístico e do seu significado.

##### Procedimentos Estatísticos

Os procedimentos estatísticos utilizados foram escolhidos de acordo com os objectivos a testar, ou seja, pretendeu-se verificar se existem diferenças na Ideação Suicida em função dos grupos formados pelas variáveis categoriais em estudo<sup>13</sup>. Assim, para a análise estatística desta investigação utilizaram-se, sempre que possível, testes de hipóteses para diferenças de médias.

Desta forma, quando se pretendeu comparar os resultados relativos a dois grupos onde os sujeitos foram distribuídos de forma independente, utilizou-se maioritariamente o teste paramétrico t de *student*.

Este teste permite avaliar se os resultados de duas amostras independentes são, ou não, significativamente diferentes. Assinale-se que se consideraram como estatisticamente significativos os testes estatísticos que tiveram articulados um valor de  $p < 0.05$ .

No entanto, para a análise de algumas das variáveis, foi utilizado um teste não paramétrico, mais concretamente o teste U de *Mann-Whitney*<sup>14</sup>. Estando a amostra desta investigação no limite mínimo do número de sujeitos necessário para o cálculo ( $n = 30$ ) e existindo para a análise de algumas variáveis amostras tão desiguais, optou-se, nestes casos, por recorrer a alternativas não paramétricas. As variáveis onde se utilizou este teste foram as seguintes: sexo, estado civil, constituição do agregado familiar, diagnóstico de hepatite B ou C, história de *overdose*, tentativa prévia de suicídio e história de abuso na infância.

O teste U de *Mann-Whitney* é, então, um teste não paramétrico que avalia igualmente duas amostras independentes. Este teste é muitas vezes utilizado como substituto do teste t de *student*, sobretudo quando a validade da assunção da normalidade é questionável, daí ter-se optado por este teste quando as amostras eram muito desiguais.

Quando se pretendeu analisar mais do que duas amostras independentes, mais especificamente no caso da variável “tipo de consumo”, que inclui consumos de heroína, haxixe, cocaína ou policonsumos, utilizou-se o teste paramétrico ANOVA, que se baseia na análise da variância. A

---

<sup>13</sup> Tomando como exemplo a variável “tentativa prévia de suicídio”, o objectivo seria verificar se os indivíduos que já tentaram o suicídio, em contrapartida com aqueles que nunca tentaram, possuem ou não diferentes níveis de ideação suicidária, isto com base na média da pontuação obtida no Questionário.

<sup>14</sup> É importante referir que o teste U de *Mann-Whitney* não se destina a realizar comparações de médias, mas sim das pontuações e posições relativas dos sujeitos.

análise da variância é uma metodologia estatística cujo objectivo consiste em decidir se existem ou não diferenças significativas entre as médias de várias amostras de uma variável numérica. Esta metodologia é uma extensão do teste t de *student* para duas amostras independentes, já explicado.

Para efectuar a análise dos resultados obtidos recorreu-se ao programa SPSS - “Statistical Package for Social Sciences”, a versão 16.0 para Apple OS X.

Um vez explicados os procedimentos estatísticos inerentes a esta investigação, os resultados obtidos serão apresentados já de seguida.

### **Apresentação dos Resultados Obtidos**

Deste modo, os resultados empíricos serão agora apresentados e analisados do ponto de vista estatístico, tendo em conta os objectivos estabelecidos previamente.

Cada objectivo será considerado e testado separadamente, sendo os resultados discutidos apenas no seu significado estatístico. Os mesmos só serão discutidos do ponto de vista conceptual e da revisão bibliográfica já elaborada, no capítulo de discussão dos resultados.

Num primeiro momento, no que diz respeito ao valor obtido pelo Questionário relativamente à Ideação Suicida nos indivíduos que frequentam a Equipa de Tratamento de Coimbra e que compõem, portanto, a amostra do presente estudo, apresentam uma média de **34.90** e um desvio padrão de **33.584**, na totalidade das pontuações obtidas no Questionário de Ideação Suicida.

Atendendo ao facto dos valores obtidos na amostra oscilarem entre **0** e **115** pontos, verifica-se que o valor da média e do desvio-padrão da totalidade do Questionário são valores medianos. No entanto, estes valores parecem indicar que, entre a amostra, possam existir sujeitos com um nível elevado de Ideação Suicida.

Para atingir os demais objectivos traçados foram estudadas as diferenças entre os grupos independentes estabelecidos, com o intuito de verificar se essas diferenças são, de facto, estatisticamente significativas, sendo assim interpretados.

O primeiro objectivo do estudo foi verificar se existem diferenças na Ideação Suicida de acordo com a idade dos sujeitos, que se analisou perante o facto dos sujeitos inquiridos terem entre os 15 e os 24 anos [15;24] e os 25 e os 30 anos [25;30].

A soma do Questionário de Ideação Suicida demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante o facto dos sujeitos se situarem na faixa etária dos 15 aos 24 anos ou dos 24 até aos 30 anos ( $t = .937$ ;  $p = .357$ ). Verifica-se, no entanto, que a Ideação Suicida diminui consoante a idade aumenta, dado que se obteve uma média das pontuações obtidas no Questionário superior na faixa etária dos 15 aos 24 ( $M = 38.89$ ) anos, tal como se pode verificar na tabela 8.

**Tabela 8: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função da idade (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de student	Significância
	15 aos 24 anos (N=19)	Mais que 24 anos (N=11)		
QIS Total	38.89 (37.317)	28.90 (26.107)	.937	.357

O segundo objectivo do estudo foi investigar se existem diferenças significativas relativamente à Ideação Suicida consoante o sexo, sendo que se estudou a Ideação Suicida de acordo com o sexo masculino ou feminino dos sujeitos inquiridos.

O total do Questionário de Ideação Suicida revela não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante o sexo dos sujeitos ( $Z = -.450$ ;  $p = .653$ ). Ainda assim, denota-se que a média do Questionário de Ideação Suicida é, contudo, maior no sexo masculino ( $M = 36.85$ ), em contrapartida com o sexo feminino ( $M = 17.33$ ), conforme se pode averiguar na tabela 9.

Assim, considerando todos os inquiridos, verificou-se que para o Questionário de Ideação Suicida nos sujeitos do sexo feminino e masculino, o teste de *Mann-Whitney* não fornece estatísticas significativas para a variável dependente “Ideação Suicida”.

**Tabela 9: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do sexo (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Masculino (N=27)	Feminino (N=3)		
QIS Total	36.85 (34.817)	17.33 (9.018)	-.450	.653

Outro objectivo do estudo foi verificar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante o estado civil dos sujeitos. Para tal, estudou-se a Ideação Suicida de acordo com o estado civil dos sujeitos inquiridos, agrupando os casados e os indivíduos que vivem em união de facto no mesmo grupo e, por outro lado, o grupo de solteiros.

O valor total do Questionário mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o estado civil dos sujeitos ( $Z = -.450$ ;  $p = .653$ ). Contudo, verifica-se que a média no Questionário de Ideação Suicida é maior no grupo dos solteiros ( $M = 35.41$ ) do que no grupo dos casados e dos indivíduos vivendo em união de facto ( $M = 30.33$ ).

Tomando em consideração o total da amostra, verificou-se, também aqui, que entre os sujeitos casados ou em união de facto e os sujeitos solteiros, o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 10) não evidencia estatísticas significativas para a Ideação Suicida dependendo do estado civil.

**Tabela 10: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do estado civil (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Solteiro (N=27)	Casado ou união de facto (N=3)		
QIS Total	35.41 (35.009)	30.33 (19.655)	- .450	.653

Teve-se ainda como objectivo deste estudo verificar se existem diferenças no que diz respeito à Ideação Suicida de acordo com o agregado familiar do sujeito (mais especificamente, com quem vive o sujeito). Neste sentido, para a concretização deste objectivo, agrupou-se a amostra da seguinte forma: por um lado, os sujeitos que vivem com familiares, quer seja família de origem, alargada ou constituída e, por outro, sujeitos que vivem sozinhos.

Tal como se pode constatar nos resultados da Tabela 11, apresentada já de seguida, o valor obtido no Questionário revela não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante a constituição do agregado familiar ( $Z = -.700$ ;  $p = .484$ ).

Ainda assim, verifica-se que a média obtida no Questionário é superior nos sujeitos que vivem sozinhos ( $M = 49.17$ ), em contraste com aqueles que, de facto, vivem com familiares ( $M = 31.33$ ). Ou seja, tendo em conta todos os inquiridos, verificou-se que os resultados do Questionário para os sujeitos que vivem com familiares e aqueles que vivem sozinhos, o teste de *Mann-Whitney* não fornece estatísticas significativas para a Ideação Suicida.

**Tabela 11: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do agregado familiar (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Família (N=24)	Vivendo Só (N=6)		
QIS Total	31.33 (29.898)	49.17 (46.093)	- .700	.484

Outro objectivo do estudo foi constatar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante o grau de escolaridade dos sujeitos. Para esse efeito, estudou-se a Ideação Suicida de acordo com os graus de escolaridade apresentados, que foram agrupados, para análise, em dois grupos distintos: por um lado, sujeitos que possuíssem o 2º e 3º ciclo do ensino básico e, por outro, o ensino secundário.

O somatório do Questionário evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante o grau de escolaridade dos sujeitos ( $t = -.083$ ;  $p = .934$ ). É demonstrado, no entanto, que a média do Questionário de Ideação Suicida é menor no grupo do 2º e 3º



ciclo de ensino básico ( $M = 34.55$ ) do que no grupo do ensino secundário ( $M = 35.60$ ), estando os resultados apresentados na tabela 12.

**Tabela 12: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do grau de escolaridade (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de student	Significância
	2º e 3º Ciclo (N=20)	Ensino secundário (N=10)		
QIS Total	34.55 (35.654)	35.60 (30.819)	- .083	.934

Teve-se também como objectivo deste estudo verificar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante a situação profissional dos sujeitos, tendo-se, para o efeito, estudado a Ideação Suicida de acordo com a situação profissional actual. Assim, esta variável foi agrupada em dois grupos distintos: por um lado, empregados e estudantes e, por outro lado, os sujeitos que se encontram desempregados.

O somatório do Questionário de Ideação Suicida evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante a situação profissional dos sujeitos ( $t = -.682$ ;  $p = .503$ ). No entanto, é demonstrado que a média do Questionário de Ideação Suicida é menor no grupo dos empregados/estudantes ( $M = 29.18$ ), em contraste com o grupo dos sujeitos desempregados ( $M = 38.21$ ), estando os resultados apresentados na tabela 13.

**Tabela 13: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função da situação profissional (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de student	Significância
	Empregado ou Estudante (N=11)	Desempregado (N=19)		
QIS Total	29.18 (36.273)	38.21 (32.475)	- .682	.503

Outro dos objectivos do estudo foi aferir se existem diferenças na Ideação Suicida consoante a situação económica dos sujeitos, sendo que se estudou a Ideação Suicida consoante a situação económica (baixa ou média) dos sujeitos inquiridos<sup>15</sup>.

O total do Questionário demonstra, aqui, existir diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida perante a situação económica dos sujeitos ( $t = 2.724$ ;  $p = .011$ ). Verificou-se que as médias são mais elevadas consoante a situação económica é mais baixa, dado que se passou de uma média de 48.12 quando a situação económica é baixa, para uma média de 17.62 quando a situação económica dos sujeitos é média, conforme se pode conferir na tabela 14.

<sup>15</sup> É de salientar que nenhum dos inquiridos revelou uma situação económica alta, pelo que apenas se estudou situações económicas consideradas baixas ou médias.

**Tabela 14: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função da situação económica (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de student	Significância
	Baixa (N=17)	Média (N=13)		
QIS Total	48.12 (36.674)	17.62 (19.007)	2.724	.011*

\*p&lt;0.05

Outro dos objectivos do estudo foi verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o tempo de consumo dos sujeitos, sendo que se estudou a Ideação Suicida dependendo do tempo de consumo até 5 anos e mais do que 5 anos de consumo dos sujeitos inquiridos.

O total do Questionário demonstra não existir diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida de acordo o tempo de consumo dos sujeitos ( $t = -.103$ ;  $p = .919$ ). Verifica-se que as médias são bastante homogéneas tanto no grupo de consumidores há menos de 5 anos ( $M = 34.31$ ), como no grupo de consumidores há mais de 5 anos ( $M = 35.57$ ), tal como se pode constatar na tabela 15.

**Tabela 15: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do tempo de consumo (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de student	Significância
	Até 5 anos (N=17)	Mais de 5 anos (N=13)		
QIS Total	34.31 (39.202)	35.57 (27.239)	-.103	.919

Teve-se ainda como objectivo deste estudo verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o tipo de consumo dos sujeitos. Para tal, estudou-se a Ideação Suicida conforme os sujeitos consumissem apenas um tipo de estupefaciente (quer seja heroína, cocaína ou haxixe, dado que foram as respostas obtidas através da entrevista), sendo por isso considerados monoconsumos ou, por outro lado, se consumissem mais do que um tipo de estupefaciente, considerados, por sua vez, como policonsumidores.

O total do Questionário demonstra não existir diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante o tipo de consumo dos sujeitos ( $t = -.473$ ;  $p = .640$ ). No entanto, verifica-se que a média obtida para os policonsumidores ( $M = 38.23$ ) é ligeiramente superior aos sujeitos monoconsumidores ( $M = 32.35$ ), tal como se pode constatar na tabela 16 apresentada já de seguida.

**Tabela 16: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do tipo de consumo (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de <i>student</i>	Significância
	Monoconsumos (N=17)	Policonsumos (N=13)		
QIS Total	32.35 (35.107)	38.23 (32.576)	- .473	.640

Com o intuito de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao tipo de consumo, estudou-se, para esse efeito, a Ideação Suicida consoante os sujeitos inquiridos consumissem heroína, cocaína, haxixe ou se fossem policonsumidores.

O valor total do Questionário de Ideação Suicida revela não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante o tipo de consumos dos sujeitos ( $F = 1.095$ ;  $p = .369$ ). Contudo, verifica-se que a média do Questionário é superior nos consumidores de heroína ( $M = 43.33$ ), seguindo-se os policonsumidores ( $M = 38.23$ ), os consumidores de haxixe ( $M = 37.29$ ), sendo os consumidores de cocaína os que apresentam menor nível de Ideação Suicida ( $M = 7.25$ ).

**Tabela 17: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função do tipo de consumo (N=30)**

Tipo de consumo	N	Média (Desvio Padrão)	F	Significância
Heroína	6	43.33 (34.726)	1.095	.369
Cocaína	4	7.25 (6.397)		
Haxixe	7	37.29 (41.137)		
Policonsumos	12	38.23 (32.576)		
Total	30	34.90 (33.584)		

Quanto ao objectivo que pretende averiguar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante a existência de recaídas por parte dos sujeitos inquiridos, analisou-se, assim, a Ideação Suicida dependendo da existência ou não de recaídas por parte dos sujeitos.

A soma do Questionário comprova não existirem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a existência de recaídas dos sujeitos ( $t = .483$ ;  $p = .636$ ). Contudo, verifica-se que a média do Questionário de Ideação Suicida aumenta perante a existência de recaídas ( $M = 37.25$ ), em contrapartida com ausência de recaídas ( $M = 30.20$ ), conforme se verifica na tabela 18.

**Tabela 18: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função da existência de recaídas (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de <i>student</i>	Significância
	Sim (N=20)	Não (N=10)		
QIS Total	37.25 (30.192)	30.20 (40.903)	.483	.636

Teve-se ainda como objectivo deste estudo examinar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante o tratamento farmacológico realizado pelos sujeitos. Para tal, estudou-se a Ideação Suicida consoante a realização de tratamento farmacológico com metadona ou subutex/suboxone por parte dos sujeitos.

O valor total do Questionário revela não existirem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a realização de tratamento farmacológico com metadona ou subutex/suboxone por parte dos sujeitos inquiridos ( $t = 1.053$ ;  $p = .302$ ). No entanto, denota-se que a média do Questionário nos sujeitos que realizam este tipo de tratamento farmacológico ( $M = 41.79$ ), é maior do que nos sujeitos que não recorrem a este tipo de tratamento farmacológico ( $M = 28.88$ ), como se pode averiguar na tabela 19.

**Tabela 19: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função de tratamento farmacológico (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de <i>student</i>	Significância
	Sim (N=14)	Não (N=16)		
QIS Total	41.79 (33.393)	28.88 (33.633)	1.053	.302

Noutro dos objectivos pretendeu-se verificar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a existência de tratamentos prévios por parte dos sujeitos. Para tal, analisou-se, a Ideação Suicida consoante a existência ou não de tratamentos prévios por parte dos sujeitos.

A soma do Questionário demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativa da Ideação Suicida consoante a existência de tratamentos prévios por parte dos sujeitos inquiridos ( $t = 1.323$ ;  $p = .197$ ). No entanto, verifica-se que a média do Questionário de Ideação Suicida é, contudo, maior nos sujeitos que revelam tratamentos prévios ( $M = 42.44$ ), do que nos sujeitos que não revelam tratamentos prévios ( $M = 26.29$ ), como se denota na tabela 20.

**Tabela 20: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função de tratamentos prévios (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		t de student	Significância
	Sim (N=16)	Não (N=14)		
QIS Total	42.44 (31.650)	26.29 (34.790)	1.323	.197

Quanto ao objectivo que pretende apurar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante o diagnóstico de Hepatite B ou C por parte dos sujeitos, analisou-se, então, a Ideação Suicida dependendo da existência, ou não, do diagnóstico de Hepatite B ou C.

O valor total do Questionário evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a presença de diagnóstico de Hepatite B ou C nos sujeitos ( $Z = -8.10$ ;  $p = 0.418$ ). Contudo, verifica-se que a média obtida no Questionário de Ideação Suicida aumenta consoante a existência do diagnóstico de hepatite B ou C ( $M = 47.71$ ), em contrapartida com a ausência do diagnóstico desta doença infecto-contagiosa ( $M = 31.00$ ). Mais uma vez, o teste de *Mann-Whitney* não demonstra evidências estatísticas significativas para a variável dependente “Ideação Suicida”, dado que apresenta um valor de probabilidade de significância superior a  $0.05$ .

**Tabela 21: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função de diagnóstico de Hepatite B ou C (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Sim (N=7)	Não (N=23)		
QIS Total	47.71 (39.761)	31.00 (31.424)	- 8.10	.418

Ainda como objectivo desta investigação procurou-se analisar se existem diferenças quanto à Ideação Suicida consoante a tentativa prévia de suicídio por parte dos sujeitos inquiridos. Neste sentido, estudou-se a Ideação Suicida dependendo da existência, ou não, de tentativa prévia de suicídio por parte dos sujeitos.

O somatório do Questionário revela existirem diferenças estatisticamente significativas da Ideação Suicida consoante a presença de tentativas prévias de suicídio nos sujeitos ( $Z = -2.502$ ;  $p = 0.012$ ). Assim, constatou-se que as médias são mais elevadas quando existe tentativa prévia de suicídio ( $M = 58.87$ ), comparativamente quando não existe tentativa prévia de suicídio ( $M = 27.70$ ), conforme se pode conferir na tabela 22.

Considerando todos os inquiridos, verificou-se que para o Questionário de Ideação Suicida entre os sujeitos que já tentaram o suicídio e aqueles que nunca tentaram, o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 22) forneceu evidências estatísticas significativas que a variável dependente “Ideação

Suicida” tem valores superiores para o grupo que já tentou o suicídio, pois o valor de probabilidade de significância unilateral foi inferior ao nível de significância de 0.05.

**Tabela 22: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função de tentativa prévia de suicídio (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Sim (N=7)	Não (N=23)		
QIS Total	58.57 (29.359)	27.70 (31.924)	-2.502	.012*

\*p<0.05

Outro dos objectivos do estudo foi aferir se existem diferenças na Ideação Suicida consoante a existência de história de *overdose* nos sujeitos. Estudou-se, assim, a Ideação Suicida consoante a existência de história de *overdose* ou não por parte dos sujeitos.

O total do Questionário demonstra existirem diferenças estatisticamente significativa da Ideação Suicida consoante a existência de história de *overdose* nos sujeitos ( $Z = -2.227$ ;  $p = .026$ ). Verificou-se que as médias são mais elevadas face à existência de história de *overdose*, passando de 61.80 quando existe história de *overdose* para 29.52 quando não existe história de *overdose* nos sujeitos, conforme se pode averiguar na tabela 23.

Assim, tendo em consideração todos os participantes desta investigação, verificou-se que o Questionário de Ideação Suicida entre os sujeitos que apresentam história de *overdose* e aqueles que não apresentam, o teste de *Mann-Whitney*, também aqui, fornece evidências estatísticas significativas de que a variável dependente “Ideação Suicida” tem valores superiores para o grupo que apresenta história de *overdose*, pois o valor de probabilidade de significância unilateral foi inferior ao nível de significância de 0.05.

**Tabela 23: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função de história de overdose (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Sim (N=5)	Não (N=25)		
QIS Total	61.80 (28.446)	29.52 (32.359)	-2.227	.026*

\*p<0.05

Finalmente, quanto ao último objectivo do estudo, sendo que se procurou verificar se existem diferenças na Ideação Suicida consoante a existência de história de abuso (quer físico, emocional ou sexual) na infância nos sujeitos, estudou-se, portanto, a Ideação Suicida consoante a existência de história de abuso ou não por parte dos sujeitos.

O valor total do Questionário revela não existirem diferenças estatisticamente significativas na Ideação Suicida consoante a existência de

história de abuso na infância nos sujeitos inquiridos ( $Z = -.368$ ;  $p = .713$ ). Contudo, verifica-se que a média no Questionário de Ideação Suicida é menor consoante a existência de história de abuso na infância ( $M = 32.14$ ) do que quando não existiu história de abuso na infância ( $M = 35.74$ ), como se pode verifica na tabela 24.

Assim, neste caso, o teste de *Mann-Whitney* tão pouco evidencia estatísticas significativas entre os grupos analisados, dado que o valor de probabilidade de significância foi superior a  $0.05$ .

**Tabela 24: Diferenças de médias dos níveis de Ideação Suicida em função de história de abuso na infância (N=30)**

	Média (Desvio Padrão)		Z	Significância
	Sim (N=7)	Não (N=23)		
QIS Total	32.14 (35.932)	35.74 (33.637)	-.368	.713

Apresentados os resultados decorrentes desta investigação, meramente do ponto de vista do seu significado estatístico, os mesmos serão, já no capítulo seguinte, analisados mais detalhadamente.

## V - Discussão

Este capítulo dedica-se a uma reflexão sobre os resultados obtidos que foram já apresentados anteriormente do ponto de vista estatístico, tendo em vista, sempre que possível, os modelos teóricos contemplados ainda na revisão de literatura.

Num primeiro momento, parece ser relevante discutir acerca da prevalência da ideação suicidária na esfera da dependências, colocando-se, desde já, a questão se a ideação suicidária é, de facto, proeminente na população alvo desta investigação.

Neste sentido, tendo em conta o estudo de aferição e adaptação do Questionário de Ideação Suicida por Ferreira & Castela em 1999, constata-se que a média global obtida na amostra constituída por 291 sujeitos foi de **21.32** e o desvio padrão de **23.88**. É de salientar que estes valores revelam-se como cruciais, na medida em que permitem conhecer como determinada pessoa, que responda a este instrumento, se afasta do grupo normativo<sup>16</sup>.

Ora, como foi possível constatar no capítulo anterior de apresentação dos resultados, a média global obtida na amostra foi de **34.9**, sendo que o desvio padrão foi de **33.584**. Para a amostra, as pontuações neste Questionário oscilaram, no seu total, desde **0** a **115** pontos. Tendo em conta a média e o desvio padrão aqui obtidos e as pontuações, que vão desde **0** até **115** pontos, parecem indicar que, na amostra desta investigação, existem indivíduos com um nível de ideação suicida significativo.

Então, tendo por base a média e o desvio padrão da amostra do estudo de aferição, é possível verificar que as mesmas dimensões foram mais elevadas na amostra de toxicodependentes do presente estudo, o que parece evidenciar um maior número de pensamentos ou de cognições suicidas nesta população em particular. Aliás, algumas das pontuações obtidas através do questionário na amostra de toxicodependentes estão situadas acima do desvio padrão. No entanto, esta conclusão deverá ser tomada com algumas reservas, dado que o número da amostra de toxicodependentes foi reduzida ( $n = 30$ ), o que poderá enviesar a fiabilidade dos resultados.

Agora, serão discutidos os resultados obtidos tendo em conta cada um dos objectivos e de acordo com a bibliografia adjacente. A maior parte dos resultados para cada objectivo não apresentaram diferenças significativas ao nível de significância estabelecido de  $p < 0.05$ . No entanto, dado a amostra ser reduzida, os mesmos serão interpretados, embora com as reservas necessárias.

Assim, tomando como ponto de partida a variável “idade”, verificou-se que, apesar das diferenças não serem significativas ao nível de significância de  $0.05$ , a média da pontuação obtida no Questionário foi superior no grupo entre os 15 e os 24 anos. Segundo Saraiva (2006, p. 114), um factor de risco sócio-demográfico para o suicídio, no que respeita à

---

<sup>16</sup> Os parâmetros de interpretação deste questionário são tidos como quanto mais elevada for a pontuação, maior será o número de pensamentos ou cognições apresentados (Ferreira & Castela, 1999 em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).



idade, é precisamente a faixa etária dos 15 aos 24 anos, assim como ter mais do que 45 anos (e, sobretudo, mais do que 75 anos). Neste caso, confirma-se que os **sujeitos toxicodependentes cuja idade se situa entre os 15 e os 24 anos apresentam uma maior média de pensamentos suicidas**, apesar de não revelar diferença estatisticamente significativa. Também segundo Proença (2001), a faixa etária dos 15 aos 25 anos diz respeito a um factor de risco para o suicídio.

No que diz respeito à dimensão “sexo”, **os indivíduos do sexo masculino, nesta investigação, apresentaram uma média mais elevada no Questionário de Ideação Suicida, comparativamente com o sexo feminino**. No entanto, há que salientar que a amostra é constituída maioritariamente por homens (n = 27), o que poderá, assim, limitar os resultados. Segundo a bibliografia (Borges & Werlang, 2006; Man, 2006), o sexo feminino apresenta maiores índices de ideação suicidária. No entanto, de acordo com Proença (2001) e Saraiva (2006), o sexo masculino apresenta-se como um factor de risco sócio-demográfico para o suicídio. No geral, as mulheres pensam mais acerca do suicídio, enquanto que os homens apresentam taxas mais elevadas de suicídio consumado.

Quanto à variável “estado civil”, verificou-se que **a média da pontuação obtida no Questionário de Ideação Suicida para o grupo do estado civil “solteiros” foi superior, em contrapartida com o grupo de indivíduos casados ou que vivem em união de facto**. Mais uma vez, este resultado deve ser interpretado com cautela, dado que no total da amostra de toxicodependentes, a maioria dos sujeitos eram solteiros (n = 27). Tendo em conta a bibliografia, o estado civil parece, de facto, influenciar a conduta suicida. Assim, os casados suicidam-se em menor percentagem do que os solteiros ou divorciados, o que se verifica no presente estudo. Igualmente, também Saraiva (2006) refere que os separados e divorciados cometem mais suicídio e Kreitman (1988, citado em Saraiva, 2006), tendo por base dados escoceses, refere que os casados de ambos os sexos apresentavam taxas suicidas mais baixas em todas as idades.

No que diz respeito à constituição do agregado familiar, ou mais concretamente, com quem vive de momento o sujeito, apesar não existirem diferenças significativas, **aqueles que vivem sozinhos apresentaram uma média superior no Questionário de Ideação Suicida, em contraste com os indivíduos que vivem com familiares**, quer seja família de origem, alargada ou constituída. Tanto segundo Saraiva (2006) como Proença (2001), o viver só apresenta-se, de facto, como um factor de risco para o suicídio. Além disso, o facto de viver só pode evidenciar conflitos ou problemas familiares o que, igualmente, se impõe como um factor de risco para o suicídio (Klein et al, 2006; O.M.S., 2006; Thompson et al, 2006).

Recaindo agora sobre a escolaridade dos sujeitos, a presente investigação obteve resultados muito homogéneos no que concerne à média das pontuações obtidas no Questionário de Ideação Suicida, quer no que diz respeito aos sujeitos que possuem o 2º ou 3º ciclo de escolaridade, quer nos sujeitos com ensino secundário, pelo que a discussão deste resultado em particular parece ser de pouca relevância. Ainda assim, a ideação suicida foi menor no grupo dos 2º e 3º ciclos de escolaridade. No entanto, segundo a

O.M.S. (2006), um nível de educação baixo assume-se como um factor de risco para o suicídio, pelo que o resultado obtido nesta investigação contradiz a referida fonte.

Atendendo agora à situação profissional dos sujeitos, **o grupo de desempregados apresentou uma média de pontuação no Questionário mais elevada do que aqueles que estão empregados ou com estatuto de estudante**. O desemprego é, de facto, considerado um factor de risco para o suicídio (Klein et al., 2006; Proença, 2001; Saraiva, 2006; Thompson et al., 2006). Aliás, Durkheim (1987) considera que o fenómeno suicida é explicado por normas sociais, sendo que os indivíduos integrados na sociedade estão, assim, menos propensos ao suicídio.

**A situação económica foi uma das variáveis que apresentou diferenças significativas no que respeita à Ideação Suicida dos sujeitos com classe baixa ou média**. Desta forma, os sujeitos pertencentes à classe económica baixa apresentaram uma média obtida no Questionário muito superior aos inquiridos que responderam classe média, o que é defendido pela literatura (Dias, 1980; Klein et al., 2006; Saraiva, 2006; Proença, 2001).

Quanto ao tempo de consumo, os indivíduos que consomem há menos de 5 anos ou há mais de 5 anos, apresentam uma média obtida no Questionário muito semelhante, pelo que a interpretação deste resultado parece revelar-se como inconclusiva. Ainda assim, esperava-se que quanto mais anos de consumo, maior fosse o nível de ideação suicida por parte dos sujeitos.

Relativamente ao tipo de consumo, apesar de, mais uma vez, não existirem diferenças significativas, os **policonsumidores apresentaram uma média mais elevada no que respeita ao Questionário de Ideação Suicida, em contrapartida com os monoconsumidores**. Apesar de não ter sido encontrada bibliografia que apoie uma justificação para este resultado em concreto, parece que o facto de se consumir mais do que uma substância seja mais desorganizador para o indivíduo, o que poderá, eventualmente, levar à presença de ideação suicidária ou mesmo ao suicídio.

Tomando agora em consideração as recaídas por parte dos inquiridos, verificou-se que **aqueles que já apresentaram recaídas revelam uma maior ideação suicida**. Ora, estando as recaídas relacionadas com insucesso por parte dos toxicod dependentes em abandonar os consumos, um maior índice de ideação suicida é, no mínimo, expectável para esta situação.

Quanto à variável “tratamento farmacológico”, verificou-se, ainda no capítulo de apresentação dos resultados, que os **indivíduos que se encontram em tratamento farmacológico com metadona ou subutex/suboxone apresentam uma média mais elevada no que respeita à pontuação obtida no Questionário de Ideação Suicida**. Este resultado era o esperado, na medida em que o tratamento farmacológico pode predizer, de certa forma, uma maior gravidade da dependência.

Tomando agora em conta a variável “tratamentos prévios”, foi possível constatar que o **grupo de indivíduos que realmente já realizou tratamentos prévios ao corrente na E.T. de Coimbra, apresenta uma média mais elevada no Questionário**. Tal também parece fazer sentido,

dado que indica, pelo menos, uma maior longevidade do consumo de drogas.

Quanto ao diagnóstico de doenças infecto-contagiosas, tendo em conta o diagnóstico de Hepatite B ou C (já que nenhum indivíduo respondeu afirmativamente ao diagnóstico de HIV), verificou-se, nesta investigação, que os **sujeitos que possuem o diagnóstico de Hepatite apresentam uma pontuação mais elevada no Questionário de Ideação Suicida**. De facto, as doenças crónicas representam um factor de risco para o suicídio (Hughes & Kleespies, 2001, citados em Thompson et al., 2006; O.M.S., 2006; Saraiva, 2006; Thompson et al., 2006).

No que respeita agora à variável “tentativa prévia de suicídio”, obteve-se uma **diferença estatisticamente significativa entre o grupo de indivíduos que já tentou suicidar-se, em comparação com aqueles que nunca tentaram o suicídio**. Assim, os **indivíduos que apresentam história prévia de suicídio apresentaram um maior nível de ideação suicidária**<sup>17</sup>, o que é confirmado pela bibliografia, dado que tentativas de suicídio anteriores são consideradas como um factor de risco (O.M.S., 2006; Proença, 2001; Saraiva, 2006).

Tendo agora em consideração os resultados obtidos no que diz respeito à variável “história de *overdose*”, verificou-se, também aqui, uma **diferença estatisticamente significativa ao nível de significância de 0.05**. Ou seja, **indivíduos que responderam afirmativamente à variável “história de *overdose*” apresentaram uma média bastante mais elevada**, comparativamente àqueles que responderam negativamente, no que cabe à média da pontuação obtida no Questionário de Ideação Suicida. Este facto é comprovado pelos estudos de Bradvik et al. (2007), que constataram que as tentativas de suicídio são, de facto, comuns nos toxicodependentes que, em algum momento, sofreram uma *overdose* não intencional, comparativamente àqueles que nunca sofreram e, ainda, pelo estudo levado a cabo por Rossow & Lauritzen (1999).

Por fim, e contrariamente àquilo que seria expectável, o grupo de indivíduos que respondeu afirmativamente à variável “história de abuso na infância” (físico, emocional ou sexual), revela uma média mais baixa no Questionário de Ideação Suicida, comparativamente ao grupo que, de facto, sofreu abuso ainda na infância. No entanto, as respectivas médias foram bastante próximas. São várias as fontes que predizem o abuso como factor de risco para o suicídio (Anderson et al., 2002; Klein et al., 2006; Lloyd et al., 2007; O.M.S., 2006; Proença, 2001; Saraiva, 2006;).

Agora serão discutidos os limites considerados mais relevantes, que passarão a ser descritos de seguida. Tal como todas as investigações científicas no campo da Psicologia, a corrente dissertação apresenta algumas limitações importantes.

Assim, num primeiro momento, é possível apresentar uma lacuna que vai de encontro ao próprio constructo teórico sobre a ideação suicida, que é

---

<sup>17</sup> Segundo Ramos (1994), é de salientar a relação existente entre tentativa de suicídio e suicídio, já que 40 a 60% dos suicídios seguem-se a séries de tentativas de suicídio de gravidade crescente.

pouco claro e bastante variável, já que esta noção pode ser entendida sobre várias perspectivas, diferindo de pessoa para pessoa, de momento para momento. O suicídio é um fenómeno complexo, onde se interpenetram múltiplas dimensões, quer sejam psicológicas, culturais ou sociológicas. Logo aqui, existe uma barreira difícil de ultrapassar, o que se revê, da mesma forma, na esfera da toxicodependência. Toda e qualquer tentativa de definição destes fenómenos levanta, desde logo, um conjunto de dificuldades ou questões, correndo o risco de converter-se, assim, numa explicação inexacta e incompleta.

Mais ainda, o que é que conduzirá a quê? Será que a toxicodependência leva ao suicídio ou será o contrário? Aliás, a própria toxicodependência pode impor-se como um comportamento de risco passível de ser entendido como suicidário (Sampaio, 1991). Ou, por outro lado, será que a toxicodependência, com todas as dificuldades que interpenetra na vida de um indivíduo, leva a uma angústia extrema culminando no suicídio? Ou seja, o próprio fenómeno do suicídio na toxicodependência, e vice-versa é, de facto, muito difícil de operacionalizar num estudo de natureza científica. Além disso, levanta-se, também aqui, a questão da intencionalidade do suicídio nas dependências.

Em segunda linha, outro limite importante vai de encontro ao tamanho da amostra, dado que a mesma é constituída por apenas um total de 30 sujeitos, podendo afectar a fiabilidade nos resultados<sup>18</sup>.

Agora num ângulo diferente, seria ideal que o presente estudo contemplasse vários grupos, como, por exemplo, um grupo de toxicodependentes, um grupo de não toxicodependentes (da população em geral), um grupo de sujeitos com doenças infecto-contagiosas, um grupo que apresentasse tentativas de suicídio, entre outros, que correspondessem, então, às variáveis alvo de estudo, avaliando desta forma a ideação suicida para cada uma deles, separadamente. Assim, através da comparação do grau de ideação suicida para cada grupo, seriam obtidos resultados bastante mais fiáveis, verificando e analisando as diferenças existentes entre eles<sup>19</sup>.

Outro limite importante vai de encontro à faixa etária limitada até aos 30 anos. No entanto, na tentativa de atingir um consenso, dado que o instrumento utilizado, o Questionário de Ideação Suicida, diz respeito a uma população de adolescentes e jovens adultos foi, por isso, imposto o limite de 30 anos como critério de inclusão para o presente estudo.

Durante a aplicação dos respectivos instrumentos, foi encontrada mais do que a existência de ideação suicida, uma facilidade na passagem ao acto, não tanto mentalizável como os pensamento sobre o suicídio, o que revê quando os participantes referiam “não é algo que se pense, ou é ou não é / ou se faz ou não se faz”. Aliás, parece que a própria condição de

---

<sup>18</sup> Aliás, o número de 30 sujeitos que constituem a amostra, apresenta-se no limite para um estudo de natureza estatística e paramétrica.

<sup>19</sup> Contudo, na prática, tal objectivo pode revelar alguns entraves quase intransponíveis, já que seria bastante difícil a constituição de cada uma das amostras desejadas.

toxicodependente interpenetra uma dimensão destrutiva, quase como se fosse um suicidar-se aos poucos, de forma gradual.

Outra limitação poderá ir de encontro à validade dos respectivos instrumentos utilizados, sobretudo no que diz respeito à fiabilidade das respostas, apesar de ser um limite compartilhado por outros instrumentos. O Questionário de Ideação Suicida diz respeito a um tema delicado, que não é de fácil reconhecimento, encerrando, assim, uma conotação negativa do suicídio. Isto poderá levar o indivíduo a omitir a existência de ideação suicidária. Também a entrevista realizada é bastante intrusiva, o que, mais uma vez, poderá levar a omissões por parte do sujeito.

No entanto, nem tudo são limitações, sendo que este estudo fornece uma visão ampla de alguns preditores do suicídio para uma amostra de toxicodependentes. Estando, então, a toxicodependência identificada como um factor de risco para o suicídio, o conhecimento de algumas características comuns no perfil dos toxicodependentes e que podem prever o suicídio, revela-se como muito importante, sobretudo no que diz respeito a uma intervenção ainda de cariz mais preventivo. Aliás, optou-se por estudar a ideação suicidária, já que se apresenta como um estado preliminar para o suicídio.

Espera-se que através deste projecto seja possível estimar a prevalência da ideação suicida numa amostra de toxicodependentes e verificar se, de facto, constitui um aspecto proeminente desta população. É ainda de interesse analisar, dentro das variáveis escolhidas, se estas influenciam, ou não, de alguma forma a ideação suicida na amostra de toxicodependentes. Desta forma, será possível estabelecer um perfil do toxicodependentes com ideação suicida ou, no limite, em risco de suicídio.

Como investigação futura nesta área, seria importante alargar o estudo a uma amostra significativa, estudando mais exaustivamente as variáveis em causa.

## VI - Conclusões

Como conclusões gerais deste estudo, é possível verificar que, de facto, a população toxicodependente aqui analisada apresenta uma média total obtida no Questionário de Ideação Suicida elevada ( $M = 34.9$ ,  $DP = 33.584$ ), tendo em conta o estudo de aferição (Ferreira & Castela, 1999 em Simões, Gonçalves & Almeida, 1999), cuja média foi de **21.32** e desvio padrão de **23.88**. Uma vez que é a partir destes dados que é possível interpretar os resultados obtidos no Questionário de Ideação Suicida, pode-se então confirmar que, de facto, a população toxicodependente deste estudo apresenta um nível de ideação suicida considerado superior, tem em conta o grupo normativo do estudo de aferição e adaptação.

Concluindo agora os resultados obtidos para as variáveis categoriais em estudo, apenas as dimensões “situação económica baixa”, “tentativa prévia de suicídio” e “história de overdose” apresentaram diferenças significativas ao nível de significância de  $0.05$ . Ou seja, aqueles indivíduos que apresentam uma **situação económica baixa**, que **já tentaram o suicídio** e que apresentam **experiência prévia de overdose**, revelaram um nível mais elevado de ideação suicida.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, a amostra de toxicodependentes deste estudo apresentou um maior nível de ideação suicidária consoante as seguintes características: idade entre os 15 e os 24 anos, sexo masculino, solteiro, vivendo só, desempregado, situação sócio-económica baixa, policonsumidores e, dentro dos monoconsumidores, os consumidores de heroína, presença de recaídas, em tratamento farmacológico com metadona ou subutex/suboxone, experiência de tratamento prévio para o consumo de droga, diagnóstico de Hepatite B ou C, tentativa prévia de suicídio e história de overdose.

No que diz respeito às variáveis “grau de escolaridade” e “tempo de consumo”, a média obtida no Questionário de Ideação Suicida foi muito equitativa, pelo que não foi considerado possível retirar qualquer conclusão relevante acerca destas dimensões. Ainda relativamente à variável “história de abuso na infância”, as médias foram bastante homogéneas contrariamente àquilo que seria esperado, pelo que indivíduos sem história de abuso apresentaram um maior nível de ideação suicida.

Desta forma, foi possível, através desta investigação, fazer um levantamento do perfil do toxicodependente com um maior nível de ideação suicidária, o que poderá constituir uma mais valia na prevenção do risco suicidário propriamente dito para esta população.

## Bibliografia

Albuquerque, J. P. (2005). Dependência do risco. *Toxicodependências*, 11 (1), 47-52.

Almeida, R. (2005). A toxicodependência e os novos enquadramentos. *Psiquiatria Clínica*, 26 (1), 11-14.

Anderson, P. L., Tiro, J. A., Price, A. W., Bender, M. A. & Kaslow, N. (2002). Additive impact of childhood emotional, physical and sexual abuse on suicide attempts among low-income african american women. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 32 (2), 131-138.

Baechler, J. (1975). *Les Suicides*. Paris: Calmann-Levy.

Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems*. New Jersey: Wiley.

Borges, V. & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 195-209.

Botega, N., Barros, M., Oliveira, H., Dalgarrondo, P. & Marín-León, L. (2005). Suicidal Behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 45-53.

Brabvik, L., Frank, A., Hulenvik, P., Medvedeo, A. & Berglund, M. (2007). Heroin addicts reporting previous heroin overdoses also report suicide attempts. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 37 (4), 475-481.

Capuzzi, D. (1986). Adolescent suicide: Pevention and Intervention. *Counseling and Human Development*, 19 (2), 1-9.

Cardoso, J. (2008). *Suicídio: Desejo de morte ou desafio à vida?: Um estudo sobre a religião nos conceitos de vida, morte e suicídio na adolescência*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Cardoso, M. G. (1995). *Angústias e Toxicodependência*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Castela, C. (1994). *Ideação suicidária no adolescente: A escola e a família na prevenção primária do suicídio*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Chamberlain, P., Goldney, R., Delfabbro, P., Gill, T. & Dal Grande, L. (2009). Suicidal Ideation: The clinical utility of K10. *Crisis*, 30 (1), 39-42.

Deus, A. A. (2002). Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário os alcoólicos. *Análise Psicológica*, 3 (20), 479-494.

Dias, A. (1979). *O que se Mexe a Parar. Estudos sobre a Droga*. Porto: Afrontamento.

Dias, A. (1980). *A Influência relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano*. Coimbra: Delagrangue.

DSM-IV (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi editores.

Durkheim, E. (2007). *O suicídio* (1897). Lisboa: Editorial Presença.

Ferreira, A. (2006). *Gravidade de Dependência e Motivação para o Tratamento*. Maia: Instituto superior da Maia.

Ferreira, A. I. (2004). Toxicodependência(s) e psicoterapia(s). *Toxicodependências*, 10 (2), 65-74.

Ferreira-Gomes, C., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., Feijão, F. et al. (2004). Usos, abusos e dependências: Alcoolismo e toxicodependência. Lisboa: Climepsi.

Frazão, C., Teles, L. C., Pereira, E. & Magalhães, C. (2005). *O carrossel da vida: História do Agarrar*. Lisboa: Climepsi.

Freitas, E. (1982). O suicídio em Portugal no século XX: Elementos empíricos para uma pesquisa. *Finisterra*, 18 (34), 267-300.

Freud, S. (1990). Luto e Melancolia (1915). Ed. *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Gil, N. P. & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários – Reflexão crítica e aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, 27 (3), 211-225.

Gomes, J. (1996). *O processo suicida numa perspectiva sistémico-familiar: Para um estudo dos preditores dos comportamentos suicidários numa população não-clínica*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Halbwachs, M. (1978). *The causes of suicide* (1930). London: Routledge & Kegan Paul.

Hawton, K. (1986). *Suicide and tempted suicide among children and adolescent*. London: Sage Publications.



Instituto da Droga e da Toxicodependência (2008). *Relatório Anual • 2007 - A situação do país em matéria de drogas e de toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Kerr, D. C., Owen, L. O. & Capaldi, D. M. (2008). Suicidal ideation and its recurrence in boys and men from early adolescence to early adulthood: An event history analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 117* (3), 625-636.

Kessler, F., Diemen, L., Segafredo, A. C., Brandão, I., Saibro, P., Scheidt, B. et al. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria, 25* (1), 33-41.

Klein, H., Elifson, K. & Sterk, C. (2006). Predictors of suicidal ideation among “at risk” cocaine-using african american women. *Suicide & Life – Threatening Behavior, 36* (3), 336-348.

Kreitman, N., Philip, A., Greer, S. & Bagley, C. (1969). Parasuicide. Letter to the *British Journal of Psychiatric, 115*, 746-747.

Lloyd, J., Ricketts, E., Havens, J., Cornelius, L., Bishai, D., Huettner, S., Latkin, C. & Strathdee, S. (2007). The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs, 39* (2), 159-166.

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

Martin, N. K. & Dixon, P.N. (1986). Adolescent uicide: Myths, recognition and evaluation. *The School Counselor, 33* (4), 265-271.

Matos, A.C. (1986). Depressão, estrutura e funcionamento. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 4*, 75-87.

Mendes, R., Vieira, M., Horta, M. & Oliveira, R. A. (2003). Risco de suicídio em condutores adolescentes. *Análise Psicológica, 4* (21), 465-474.

Miller, P. (2006). Dancing with death: the grey area between suicide related behavior, indifference and risk behaviors of heroin users. *Contemporary Drug Problems, 33* (3), 427-450.

Moscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol, 4* (2), 152-8.

Nowlis, H. (1989). *A verdade sobre as drogas*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Nunes, L. M. & Alves, S. (2008). Análise biográfica de indivíduos com história de consumo de substâncias. *Análise Psicológica*, 4 (26), 563-569.

Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (9), 509-521.

Organização Mundial da Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

Paixão, R. (2002). *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Paixão, R. (1991). *O conceito de homogeneidade e heterogeneidade nos grupos de iguais adolescentes*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Palmer, S. (2008). *Suicide interventions for reduction and prevention*. New York: Routledge.

Pinho, P. (2003). *Para-suicídio: Um estudo exploratório sobre a influência de factores de personalidade e relacionais ao longo da vida*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Pinto, A.C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Prats, L. (1987). Aspectos culturais do suicídio. *Psicologia*, 5 (2), 181-187.

Proença, M. (2001). O complexo problema do suicídio na sociedade contemporânea. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 59-61.

Proença, M. (2001). Suicidologia: abraçar o presente e agendar o futuro. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 169-172.

Ramos, S. V. (1995). *Uma contribuição para o estudo da relação eventual entre tempestades magnéticas e alterações climáticas e comportamentos suicidários*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Range, L. M. & Knott, E. C. (1997). Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Death Studies*, 21 (1), 25-58.

Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: Suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94 (2), 209-219.

Sá, E. (2001). Morrer, para quê?... . *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 127-129.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. (13ª ed.). Lisboa: Caminho.

Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Gouveia-Pereira, M., Santos, N. & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (18), 139-155.

Santos, J. H. (2006). *A morte anunciada: Suicídio e parassuicídio*. Lisboa: Trilhos Editora.

Senna, A., Leite, A., Duarte, C., Platon, D., Martins, J., Silva, L., Ferreira, M., Biagi, N. & Coelho, M. (2004). Suicídio: Diversos olhares da psicologia. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 5 (1), 77-92.

Silva, R. (2004). Prevenção das toxicodependências – porquê eu? *Análise Psicológica*, 22 (1), 296-271.

Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida, L. (1999). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. (Vol. II). Braga: SHO.

Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Quarteto.

Sociedade Portuguesa de Suicidiologia (2009, Janeiro). *Tentativa de suicídio e para-suicídio*. Recuperado em 9 de Agosto, 2009 do site da Sociedade Portuguesa de Suicidiologia: <http://www.spsuicidologia.pt/>

Straussner, S. L. (2004). *Clinical work with substance abuse clients*. New York: Guilford Press.

Thompson, R., Kane, V., Cook, J., Greenstein, R., Walker, P. & Woody, G. (2006). Suicidal ideation in veterans receiving treatment for opiate dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38 (2), 149- 156.

## Anexos

## **Anexo 1**

### **Consentimento Informado**

## **Anexo 2**

### **Questionário de Ideação Suicida**

## **Anexo 3**

### **Guião de Entrevista**

## **Consentimento Informado**

Eu, Maria Inês Soares Leitão, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, encontro-me, de momento, a realizar uma investigação sobre a “Toxicod dependência e Ideação Suicida”, na E.T. de Coimbra.

Este estudo, orientado pelo Prof. Doutor Eduardo Sá, tem como objectivo verificar se existe uma relação entre Toxicod dependência e Ideação Suicida, relacionando ainda algumas variáveis alvo de interesse.

Assim, para a concretização deste estudo, é importante que preencha o questionário e responda à entrevista.

Comprometo-me, assim, a respeitar os preceitos éticos e de estrita confidencialidade inerentes a estudos deste tipo.

Grata pela colaboração.

A Mestranda,

---

O Participante,

---



## Guião de Entrevista:

1) *Idade:* \_\_\_\_ anos

2) *Sexo:*

M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

3) *Estado Civil:*

Solteiro \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ União de Facto \_\_\_\_

4) *Constituição do Agregado Familiar:*

\_\_\_\_\_

5) *Grau de Escolaridade:* \_\_\_\_\_

6) *Situação Profissional Actual:*

a) Empregado \_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_

b) Desempregado \_\_\_\_

c) *Situação Económica:* Baixa \_\_\_\_ Média \_\_\_\_ Alta \_\_\_\_

7) *Dados relativos à História de Consumos:*

a) Tempo de consumo: \_\_\_\_\_

b) Tipo de consumo: \_\_\_\_\_

c) Alguma vez recaiu? \_\_\_\_\_

d) Tratamento farmacológico:

**Metadona** \_\_\_\_\_ **Subutex/Suboxone** \_\_\_\_\_

e) Tratamentos prévios: \_\_\_\_\_ Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

**8) Diagnóstico de Doenças Infecto-Contagiosas:**

a) **HIV**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

b) **Hepatite B e C**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**9) Tentativa Prévia de Suicídio:**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**10) História de Overdose:**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**11) Perturbação de foro psiquiátrico:**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**12) Dados relativos à História Infantil (História de Abuso Físico, Emocional ou Sexual):**

---

---

Nas páginas que se seguem, vai encontrar um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. **Por favor indique quais destes pensamentos teve no mês passado.** Faça uma cruz no quadrado que estiver por baixo da resposta que melhor descreva os seus pensamentos.

Certifique-se que preenche um círculo para cada frase. Lembre-se que não há respostas correctas ou erradas.

<b>Pensei nisto:</b>	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por mês	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
1. Pensei que seria melhor não estar vivo.							
2. Pensei suicidar-me.							
3. Pensei na maneira como me suicidaria.							
4. Pensei quando me suicidaria.							
5. Pensei em pessoas a morrerem.							
6. Pensei na morte.							
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.							
8. Pensei em escrever um testamento.							
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							
12. Desejei estar morto(a).							
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							

<b>Pensei nisto:</b>	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por mês	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).							
16. Desejei ter coragem para me matar.							
17. Desejei nunca ter nascido.							
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.							
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.							
20. Pensei em matar-me, mas não o faria.							
21. Pensei em ter um acidente grave.							
22. Pensei que a vida não valia a pena.							
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.							
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.							
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).							
27. Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.							

<b>Pensei nisto:</b>	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por mês	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.							
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.							
30. Desejei ter o direito de me matar.							