

## COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO

AMADEU MATOS GONÇALVES <sup>1</sup>

PAULA PINTO DE FREITAS <sup>2</sup>

CARLOS ALBERTO DA CRUZ SEQUEIRA <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Docente da Escola Superior de Saúde e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: [agoncalvessv@hotmail.com](mailto:agoncalvessv@hotmail.com))

<sup>2</sup> Docente do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Portugal (e-mail: [pmfreitas@icbas.up.pt](mailto:pmfreitas@icbas.up.pt))

<sup>3</sup> Docente da Escola superior de Enfermagem do Porto – Portugal (e-mail: [carlossequeira@esenf.pt](mailto:carlossequeira@esenf.pt))

### Resumo

Neste artigo abordam-se algumas questões relacionadas com os comportamentos suicidários em estudantes do Ensino Superior, tendo por base uma revisão sistemática da literatura. Neste contexto, faz-se o enquadramento conceptual dos comportamentos suicidários, clarificando os conceitos de Ideação suicida, Tentativa de suicídio, Para-suicídio e Suicídio. Partindo de alguns dados epidemiológicos disponíveis, faz-se uma reflexão sobre a dimensão desta problemática, possíveis causas dos comportamentos suicidários e dos factores mais recorrentemente associados ao risco de suicídio nos jovens. Procura-se realçar a importância do reconhecimento de possíveis indicadores de risco e de protecção nos domínios da promoção da saúde mental dos jovens e da prevenção do suicídio em meio académico.

**Palavras-chave:** estudantes do ensino superior; comportamentos suicidários; indicadores de risco e de protecção.

### Abstract

The article addresses some questions related to suicidal behavior among students in superior teaching, based on a systematic review of the literature. In this context, it is made the conceptual framework of suicidal behaviors, suicidal ideation, suicide attempt, parasuicide and suicide.

Based on some epidemiological data, it is made a reflection about the dimension of this issue and the possible causes of suicidal behavior. It also describes some of the most recurrent factors associated with risk of suicide in young people, seeking to highlight the importance of recognition of possible indicators of risk and protection in the field of promoting mental health in young people and suicide prevention in academic environment.

**Keywords:** superior teaching students; suicidal behaviors; risk and protection indicators.

## 1 - Introdução

A morte, temida pela maioria dos indivíduos surge paradoxalmente como um desejo, um objectivo ou uma forma de resolução de problemas para outros.

Nenhum de nós ficará indiferente à evidência científica de um número crescente de comportamentos suicidários, merecendo de todos nós uma reflexão sobre as causas que estarão por detrás desta realidade social.

Vários estudos nacionais (Sampaio, 1999; Saraiva, 1997, 2006; Borges, 2006) e internacionais (Wasserman, 2001; Schmitt, 2001; Botega, 2005; Montenegro, 2005; Werlang, 2005), referem que o suicídio é um fenómeno complexo e universal, que atingiu e atinge todas as culturas, classes sociais e idades e possui uma etiologia multifactorial, englobando factores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

As tentativas de suicídio sempre causaram grande impacto familiar e social, provocando enorme sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com as vítimas. Também os docentes do ensino superior, no decorrer da sua actividade profissional, são algumas vezes confrontados com um número preocupante de estudantes que, durante o seu percurso académico, evidenciam situações de grande stress, sintomatologia ansiosa, quadros depressivos com marcada ideação suicida (importantes preditores do risco de suicídio). Situações que muitas vezes são apenas identificadas/diagnosticadas, em casos de extrema gravidade (verdadeiras urgências psiquiátricas), com recurso a internamentos psiquiátricos de alguns estudantes e até desfechos dramáticos como o suicídio.

De facto, desde a entrada no ensino superior à conclusão do curso, ocorrem múltiplas mudanças na vida dos jovens estudantes, sendo este um período conturbado, marcado por desafios e incertezas que podem estar na origem de vários problemas de saúde mental, entre os quais os comportamentos suicidários. Na verdade, a frequência

do ensino superior marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do jovem adulto. Este processo tem lugar numa fase crucial do desenvolvimento global do estudante e traz consigo um conjunto de dificuldades e preocupações (exames, reprovações, fracas expectativas em relação ao curso que frequentam, etc.), problemas que muitas vezes se acentuam no caso dos estudantes que, para frequentarem um curso superior, tiveram de sair de casa dos pais e passar a viver em residências universitárias, casas de familiares ou quartos alugados, sendo assim confrontados com um conjunto de dificuldades acrescidas, novas responsabilidades, incertezas, sentimentos de solidão, saudades de casa, da família e dos amigos. Estas situações tornam-se ainda mais preocupantes quando o estudante encara o suicídio como a única saída para as suas dificuldades/problemas.

## **2 – O comportamento suicidário; questões conceptuais**

Não existem dúvidas sobre a importância da emergência da Suicidologia nas últimas décadas, enquanto área específica de estudo e prevenção do suicídio. Contudo, existem algumas dificuldades na operacionalização de alguns conceitos que, alternadamente, vão sendo utilizados para conceptualizar o mesmo constructo.

O comportamento suicidário abrange todo e qualquer acto através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse acto. Ideação suicida, Tentativa de suicídio Para-suicídio e Suicídio consumado são formas distintas de comportamentos suicidários (Moreira, 2008).

Mas, como refere Hayes (2000), outros termos como automutilação, autolesão deliberada, autodano deliberado, gestos suicidas, pseudo-suicídio, suicídio simulado, são muitas vezes utilizados na conceptualização de dimensões suicidárias idênticas, embora, por vezes, constituam diferentes fenómenos suicidas.

Gil & Saraiva (2006), referem que na literatura anglo-saxónica os termos attempted suicide (tentativa de suicídio), parasuicide (para-suicídio) e deliberate self-harm (autodano deliberado) são muitas vezes empregues indiscriminadamente. Segundo os mesmos autores o termo “Para-suicídio” usa-se para designar uma tentativa de suicídio em que a verdadeira intenção não é pôr termo à vida enquanto a tentativa de suicídio, ao contrário do parassuicídio, é entendida como o acto levado a cabo por um indivíduo e que tem por finalidade pôr termo à vida, mas em que, por diversas razões, esse objectivo não foi conseguido.

Na literatura específica da Suicidologia, frequentemente, o comportamento suicida inclui três categorias: Ideação suicida, Tentativa de suicídio e Suicídio consumado. Alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre essas diferentes categorias.

Situando-se num dos extremos, a ideação suicida (pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005).

O nível/grau de intencionalidade é uma das principais diferenças entre a tentativa de suicídio e o parassuicídio, sendo superior na tentativa de suicídio. Segundo Vieira (2008), o suicídio pode ser conceptualizado como um acto voluntário através do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte.

### **3 – Problemática suicidária: dimensão do problema**

Segundo dados fornecidos pela OMS (2002), estima-se que um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio no ano 2000. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. A cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas, sendo que o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio na família e comunidade é imensurável.

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública, está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias e representa a terceira causa de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e 35 anos.

A mesma fonte refere, ainda, que nos últimos 45 anos os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo, e que, em relação aos jovens, os índices de suicídio têm aumentado de forma significativa, representando um grupo de elevada vulnerabilidade. Um estudo realizado com dados de noventa países estimou em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens. O suicídio representa a segunda causa de morte de jovens na Itália, na França e no Reino Unido e a terceira causa nos EUA. Na Suíça o suicídio é a principal causa de morte na faixa etária dos 14 aos 25 anos, correspondendo a um suicídio a cada três dias e 15 a 20 mil tentativas/ano (Wasserman *et al.*, 2005).

Segundo dados disponibilizados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística, 2008), Portugal também tem registado um aumento significativo das taxas de suicídio, desde a viragem do milénio. As taxas globais de suicídio passaram de 5,1 por 100 mil habitantes, em 2000, para 9,8/100.000 habitantes, em 2008.

Capacitar os profissionais de saúde e da educação para o diagnóstico e posterior encaminhamento das pessoas em risco na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio.

### **4 – Comportamentos suicidários vs indicadores de risco e de protecção**

Para estimar o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de protecção quanto de risco para os comportamentos suicidários. A

prevenção do suicídio passa pelo reforço dos factores protectores e pela redução dos factores de risco.

Risco é um conceito da Epidemiologia Moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável. Os factores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado. Já os factores de protecção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (Benincasa & Rezende, 2006).

Não se conhecem com certeza os factores ou circunstâncias que podem levar um jovem a cometer o suicídio, contudo a OMS (2002) enumera alguns factores de risco para o suicídio nos jovens como: Transtornos psiquiátricos e história de suicídios na família, negligência e maus tratos na infância, expectativas demasiado elevadas ou muito baixas dos pais em relação aos filhos, excesso de autoridade, rigidez familiar, divórcios/separações, dificuldades escolares, conflitos interpessoais e problemas de relacionamento, separação de amigos/colegas/companheiro, morte de pessoas significativas.

Esta organização dá ainda relevância à existência de psicopatologia (quadros depressivos, transtornos psicóticos, ansiedade, crises de pânico, distúrbios do comportamento alimentar, transtornos da personalidade, como humor instável, comportamento anti-social, impulsividade, irritabilidade, baixa tolerância às frustrações, dificuldade na resolução de problemas, ansiedade excessiva, desesperança, isolamento, sentimentos de inferioridade, ambivalência), comportamentos aditivos e história de comportamentos suicidas.

Entre os factores protectores são mencionados: boas relações familiares, suporte social, competências sociais, estilos de vida saudáveis, valores culturais, religião, boas relações interpessoais e grupais.

#### **4.1- Indicadores de risco**

Os comportamentos suicidários surgem quando uma pessoa se depara com diversas situações geradoras de grande stress e ansiedade e se sente incapaz para lidar com elas e as resolver. Tais sentimentos podem intensificar-se de tal forma que passam a caracterizar a ideação suicida (ideias e vontade de morrer). O risco de suicídio pode diminuir ou desaparecer aos poucos em função das estratégias utilizadas pela pessoa para fazer face aos problemas que fomentam o seu sofrimento e/ou em decorrência de ajuda psicológica ou tratamento psiquiátrico (Wasserman, 2001).

A mesma autora destaca que a pessoa pode ter uma propensão constitucional para apresentar comportamento suicida e/ou pode adquirir essa propensão em função das situações ansiogénicas e stressantes a que está sujeita. No que se refere ao stress, esse pode ser gerado sob condições que envolvem: Problemas de relacionamento;

violência e trauma psíquico; pobreza; desemprego; stress social; doença física; doença mental; abuso de álcool ou de outras drogas, separação, perdas. Destaca ainda como factores precipitantes a exacerbação de quadros psicopatológicos; acontecimentos de vida adversos; assédio; intimidação, entre outros.

Como vimos, a infância e a situação familiar do potencial suicida são aspectos relevantes para avaliação do risco de suicídio. A compreensão da situação psicossocial do indivíduo é importante para o ajudar a mobilizar os suportes emocionais externos que possam ter um efeito protector contra o suicídio (American Psychiatric Association, 2003).

Tavares (2000) reforça a importância de se avaliar a presença dos seguintes indicadores: Existência de história passada de tentativa de suicídio; grau de intenção suicida e frequência dos pensamentos suicidas; letalidade do método escolhido e acessibilidade ao mesmo; presença de suporte social/familiar; existência de história familiar de suicídio e depressão.

De seguida, apresentam-se os factores mais referidos na literatura com associação positiva em relação aos comportamentos suicidários:

**Existência de Psicopatologia** - Dados da Organização Mundial de Saúde, mostram que as doenças psiquiátricas estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando os transtornos do humor, a esquizofrenia, os transtornos da personalidade e os transtornos relacionados com o consumo de substâncias. Ressalta, ainda, que, entre os jovens que apresentam comportamentos suicidários, há uma elevada incidência de transtornos da personalidade, sendo os mais frequentes o transtorno da personalidade “borderline” e o transtorno da personalidade anti-social (OMS, 2002).

Um estudo de metanálise, realizado por Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wassermann (2004), revelou que mais de 90% das pessoas com comportamentos suicidas apresentam transtornos do humor (30,2%), transtornos relacionados com o consumo de substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e transtornos da personalidade (13%).

Jovens com transtornos do humor que tentam o suicídio apresentam frequentemente ataques de pânico, elevados níveis de ansiedade, concentração diminuída, insónia quase total, acentuada perda de prazer e interesse pela maioria das actividades e marcada desesperança (American Psychiatric Association, 2003). Os jovens com transtorno do pânico têm maior risco de apresentar comportamento suicida quando associado a depressão, alcoolismo, abuso de substâncias ou transtornos da personalidade (Valença, Nascimento, Nardi, Marques, Figueira & Versiane, 1998) citados por Prieto & Tavares (2005).

Outras pesquisas como as de Heisel & Flett (2004), para além de destacarem os quadros psicopatológicos relacionados com comportamentos suicidários nos jovens,

apontam também os indicadores próprios desses quadros (desespero, pensamentos negativos, baixo auto-conceito, insónia, concentração diminuída, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimentos de culpa, perfeccionismo, poucas razões para viver), que são frequentemente encontrados na população jovem com comportamento suicida.

**Ideação suicida** - A ideação suicida destaca-se como um dos principais predictores de risco suicida, sendo utilizado em muitas pesquisas para estimar a presença de um processo suicida (Prieto & Tavares, 2005). A pessoa pode ocultar os pensamentos suicidas, por razões diversas, como motivações religiosas, culturais, entre outras. A negação ou encobrimento de ideações suicidas é um problema que se coloca para a pesquisa nesta área (American Psychiatric Association, 2003).

**História de tentativas de suicídio** - Também fazem aumentar o risco e este será mais elevado quanto mais séria e recente foi a tentativa. O perigo de consumir o suicídio é geralmente muito intenso no primeiro ano após a tentativa, particularmente nos primeiros três meses (American Psychiatric Association, 2003).

**Desesperança e falta de projectos de vida** - São importantes indicadores de risco e mostram elevada associação com comportamentos suicidários (American Psychiatric Association, 2003). A desesperança traduz-se por uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros e pelo sentimento da pessoa de que vai falhar ou vai encontrar consequências negativas no futuro, denotando uma percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas. Essa forma de percepção mostra-se altamente associada com autocrítica excessiva e negativamente correlacionada com a auto-estima e auto conceito (Heisel & Flett, 2004).

**Quadros ansiosos** - Pesquisas como a de (Bertolote *et al.*, 2004) mostram que a severidade de sintomas ansiosos (sentimentos de medo, preocupações exageradas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração) aumenta o risco suicida.

**Acontecimentos de vida negativos** - Outras pesquisas efectuadas com adolescentes e adultos jovens com comportamentos suicidários mostram uma elevada incidência de experiências adversas (*adverse life events*) durante o seu desenvolvimento emocional. A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas psicológicos na idade adulta, tais como a ideação e conduta suicidas (Dieserud, Forsen, Braverman, & Roysamb, 2002).

Acontecimentos de vida negativos podem impedir a satisfação de necessidades emocionais fundamentais e conduzir ao suicídio. O que importa não é apenas a ocorrência desses acontecimentos de vida negativos, mas sobretudo como a pessoa percebe a intensidade do seu impacto. Quando os acontecimentos de vida são frequentes e o seu impacto é muito negativo, as cognições deterioram-se e a pessoa em vez de

encontrar estratégias de “cooping” eficazes, pode reagir com ansiedade, rigidez e pânico. A presença de uma situação traumática pode fomentar o risco de suicídio, comprometendo a capacidade para agir e as cognições (Wasserman, 2001).

Os adolescentes suicidas vivenciaram um maior número de acontecimentos negativos recentes, como: problemas disciplinares ligados à escola, perdas interpessoais significativas, ruptura de relações amorosas, separação dos pais e gravidez precoce entre adolescentes do sexo feminino (Freitas & Botega, 2002).

**Suporte familiar e social** – Alguns estudos tem revelado ausência ou fraco suporte social e familiar entre os indivíduos com comportamento suicida. Pessoas que vivem com um companheiro, têm rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, revelam menor probabilidade de apresentar comportamento suicida do que aqueles que não possuem esses vínculos. Há indícios de que o isolamento social, físico e psicológico constitui-se como indicador de risco, independente de outras circunstâncias (Wasserman, 2001).

**Padrões de vinculação inseguros** - Muitos suicidas tiveram uma infância marcada por cuidados parentais deficitários, clima emocional negativo em que as necessidades mais profundas de proximidade, contacto, compreensão e amor foram negligenciados. Traumas vividos na infância são frequentemente mantidos quando as famílias são disfuncionais e, por conseguinte, são geradores de padrões de vinculação inseguros. Experiências traumáticas precoces, decorrentes de privações durante a infância, podem alterar o funcionamento do sistema nervoso central e contribuir para o aumento do risco suicida (Wasserman, 2001).

**Stress** – As pessoas que vivenciam altos níveis de stress são sobrecarregadas por ansiedade, raiva, desesperança, associados a reacções psíquicas intensas. Repetidas e duradouras situações de stress tornam as pessoas mais susceptíveis, prejudicando a habilidade para lidar com as situações adversas da vida. O stress continuado, causado por pressões recorrentes da vida, pode originar alterações na concentração de neurotransmissores cerebrais (noradrenalina, serotonina e dopamina e seus receptores). Quando o ambiente é percebido como excessivamente stressante, a pressão é grande, levando ao aumento da ansiedade, ao sentimento de desesperança, podendo surgir uma ideação suicida severa e culminar no suicídio (Wasserman, 2001).

**Disponibilidade do método suicida** - Há evidências de que a decisão de atentar contra a própria vida, em muitos casos, é tomada pouco tempo antes de o acto ser perpetrado, principalmente na população mais jovem, denotando elevada impulsividade. Esse aspecto sugere o efeito protector da restrição do acesso a métodos letais entre populações com risco. A incidência de suicídio é maior quando, por exemplo, o acesso a uma arma de fogo está facilitado, sendo este um dos métodos mais escolhidos (Prieto & Tavares, 2005).

#### **4. 2 – Indicadores de protecção**

Os factores protectores diminuem o risco suicida, funcionando como uma espécie de “*escudo*” contra os impulsos suicidas (Sánchez, 2001). São factores que fortalecem as estratégias para lidar com os problemas e ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo desenvolver comportamentos suicidários. Podem estar ligados a fontes de prazer, contactos gratificantes com familiares, amigos, colegas.

Wasserman (2001) propõe quatro esferas de indicadores de protecção:

**Estilos cognitivos e características de personalidade** - Incluem auto-confiança, capacidade para procurar ajuda perante as dificuldades, abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar.

**Modelo familiar** - Bom suporte familiar e padrões de vinculação seguros são protectores contra o suicídio. Verifica-se elevada incidência de problemas de saúde mental entre os familiares de pessoas com comportamento suicida.

**Factores culturais e sociais** - Adopção de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; integração social, como participação em actividades desportivas, religiosas e sociais.

**Factores ambientais** – Alimentação equilibrada, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas, uso construtivo do tempo de lazer.

Estratégias de “*cooping*” eficazes na gestão do tempo das pressões do stress; Flexibilidade cognitiva; Habilidade para lidar com os problemas; Capacidade de encontrar soluções alternativas; Não exagerar o significado das situações de vida negativas e a existência de um projecto de vida com objectivos realista, também apresentam correlação negativa com o risco suicida (Heisel & Flett, 2004)

Também a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2003) aponta como indicadores de protecção: satisfação com a vida, religiosidade, habilidades para solucionar problemas, suporte social positivo e relação terapêutica positiva.

#### **5 - Conclusão**

Constatações como as referidas ao longo deste artigo tornam-se uma preocupação em termos de prevenção e promoção da saúde pública e mental das pessoas em risco. Relativamente aos jovens e particularmente aos estudantes, com todas as repercussões individuais, familiares, sociais e económicas que envolvem os comportamentos suicidários, a própria OMS destaca o investimento que deverá ser feito na prevenção do suicídio em instituições escolares. A escola e os professores poderão desempenhar um papel muito importante na detecção precoce de estudantes com problemas psicológicos e no diagnóstico de jovens em risco, contribuindo desta forma

para que os mesmos possam ser atempadamente encaminhados para serviços especializados.

A escola deverá ser um local de formação, saúde e bem-estar. São várias as instituições de ensino superior que têm desenvolvido esforços no sentido de criar gabinetes de apoio psicopedagógico e programas que visem a prevenção do suicídio em meio académico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA - American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington D.C: APA.
- Benincasa, M. & Rezende, M. M.(2006). *Tristeza e suicídio entre adolescentes: factores de risco e protecção*. *Boletim de Psicologia*, 124, pp. 93-110.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence*. *Crisis*, 25 (4), pp. 147-155.
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G (2006). *Estudo de Ideação suicida em Adolescentes de 13 a 19 anos*. *Psicologia: Saúde e Doença*, Lisboa, vol.7, n.º 2, pp. 195-210.
- Botega, N. J. et al. (2005). *Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation*. *Revista brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 27, n.º 1, pp. 45-53.
- Bras, M., & Cruz, J. P. (2008). *Interações entre características de personalidade e acontecimentos de vida como factores de vulnerabilidade em relação a conduta suicida*. In Leal, I., Ribeiro, J. L., Silva, I., & Marques, S. 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *Intervenção em Psicologia e Saúde* (pp. 463-466). Lisboa: Edições ISPA.
- Dieserud, G., Forsen, L., Braverman, M. T., & Roysamb, E. (2002). *Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: a matched case-control study*. *Archives of Suicide Research*, 6, pp. 291-308.
- Freitas, G. V. S. & Botega, N. J. (2002). *Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, n.º 3, jul/set, pp. 245-249.
- Gil, N.P. & Saraiva, C. B. (2006). *Comportamentos suicidários: Aspectos conceptuais*. *Psiquiatria Clínica*, vol. 27, n.º 3, pp. 211-225.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. & Bagge, C. (2000). *Suicide Risk Assessment in a College student population*. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (4): 403-413.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A. & Barrios, F. (2004). *Appropriateness of the Multi-attitude Suicide Tendency Scale for non-white individuals*. *Assessment*, 11 (1), pp. 73-84.
- Hayes, L. M. (2000). *Suicide risk despite denial or when actions speak louder than words* *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10, (1), pp.1-6.
- Heisel, M. J. & Flett, G. L. (2004). *Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (2), pp. 127-135.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2008). *Boletim Mensal de Estatística – Março de 2008*. Lisboa: I.N.E
- Montenegro, B. F. S. (2005). *Eventos de vida e risco suicida em estudantes de uma universidade brasileira*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Moreira, N. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- OMS (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais*. Departamento de Saúde Mental, Genebra.
- OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental: Nova compreensão, Nova Esperança*. 1ª ed. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). *Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais*, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), pp. 146-154.
- Sánchez, H. G. (2001). *Risk factor model for suicide assessment and intervention*. *Professional Psychology Research and Practice*, 31 (4), pp. 351-358.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (1999). *Suicídio Adolescente, Adolescentes!*, Ano 3 (11), pp. 8-10.
- Sampaio D. et al. (2000). *Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário - as explicações dos jovens*. *Análise Psicológica*, 18, (2), pp. 139-155.
- Santos J. (2007). *Para-suicídio. O que dizem as famílias*. *A Emoção Expressa*. Coimbra: Formasau.
- Saraiva, C. (1997). *Para-suicídio, contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Tese de Doutoramento, Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o Para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Schmitt, R. et al. (2001). *Risco de suicídio: avaliação e manejo*. In: Schmitt, R. et al. *Emergências Psiquiátricas*. vol 1. Porto Alegre: Artmed, pp. 149-165..
- Tavares, M. (2000). *Comorbidade na depressão e no suicídio: configurações psicopatológicas e dinâmicas*. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília
- Vaz Serra, A. Pocinho, F. (2001). *Auto-conceito, coping e ideias de suicídio*. *Psiquiatria clínica*. Coimbra. Vol. 22, n.º 1, pp. 9-21.
- Vieira, K. F. L. (2008). *Depressão e suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto académico*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. Martin Dunitz: Stockholm.
- Wasserman D, Cheng Q, (2005). *Global suicide rates among young people aged 15-19*. *World Psychiatry*, 4, pp. 114-20.
- Werlang, B. S. G.; Borges, V.R.; Fensterseifer, L. (2005). *Factores de Risco ou Protecção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência*, *Revista Interamericana de Psicologia*, Porto Alegre, vol. 39, n.º 2, pp. 59-266.

Recebido: 30 de Outubro de 2010.

Aceite: 11 de Novembro de 2010.