

## ***Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência***

**Blanca Susana Guevara Werlang<sup>1</sup>  
Vivian Roxo Borges  
Liza Fensterseifer**

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil*

### **Resumo**

O objetivo deste estudo é identificar fatores de risco e de proteção para a presença de ideação suicida, em adolescentes da população geral. A amostra constitui-se de 526 adolescentes, entre 15 e 19 anos, de escolas públicas e privadas de Porto Alegre/BR. Utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e uma ficha de dados pessoais. A partir do cruzamento de dados sociodemográficos com a presença de ideação suicida na BSI e a pontuação para depressão no BDI, observa-se que, como fator de risco está a depressão em nível leve, moderado e grave, bem como o fato de o adolescente conhecer alguém que tenha tentado o suicídio. Outros fatores de risco e de proteção não vulnerabilizam nem protegem o adolescente. Dessa forma, destaca-se que o alerta maior deve existir quando vários fatores de risco estiverem presentes.

*Palavras-chave:* Ideação suicida, adolescência, fatores de risco, fatores de proteção.

### **Risk and Protection Factors in Suicide Ideation among Adolescents**

### **Abstract**

This quantitative study aims at identifying risk and protection factors in suicide ideation among adolescents from general population. The sample included 526 youngsters, from public and private schools of Porto Alegre, Brazil, aged 15 to 19 years old. Beck Depression Inventory (BDI), Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) and a personal datasheet were used. After crossing socio-demographic data, suicide ideation according to BSI and BDI depression scores, it was verified that risk factors were mild, moderate and severe depression, as well as the fact of youngsters knew somebody who had already attempted suicide. Concerning other risk and protection factors, it can be verified that these factors, alone, do not turn youngsters vulnerable or protect them. Thus, it must be highlighted that the main caution shall be taken when several risk factors are present.

*Keywords:* Suicide ideation, adolescence, risk factors, protection factors.

O comportamento suicida é classificado, com frequência, em três categorias diferentes: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Apesar de haver poucos dados disponíveis, alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de um possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre estas diferentes categorias. Assim, num dos extremos tem-se a ideação suicida (pensamentos, idéias, planejamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre estes (Maris, Bermann, & Silverman, 2000).

A importância de se estudar a ideação suicida reside no fato de que ela é um dos preditores para o risco de suicídio e situa-se em um dos pólos de um *continuum* que pode levar à autodestruição (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000; WHO, 2002), podendo ser o primeiro passo para sua efetivação. O suicídio é uma tragédia pessoal e familiar que causa sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com a vítima. É difícil explicar por que uma pessoa deseja acabar com sua vida, enquanto outras, em situações similares, não o fazem

(WHO, 2002), mas parece que os atos autodestrutivos estão associados à incapacidade do indivíduo de encontrar alternativas para seus problemas, optando por sua morte (Werlang, 2000).

Suicídio é morte por lesão autoprovocada (Shneidman, Farberow, & Litman, 1969). É um ato voluntário contra a vida, auto-infligido, que resulta em morte (Botega, 2000; WHO, 2002). É um fenômeno complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais e idades, e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neuroológicos), genéticos, sociais, psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais (Garcia Falconi, 2003; Hendin, 1991; Shneidman, 2001; WHO, 2002).

Procurando entender o suicídio dentro da perspectiva dos comportamentos violentos, é possível defini-lo como a ação de um indivíduo, que ocasiona a sua própria morte ou afeta sua integridade física, moral, mental ou espiritual (Minayo & Souza, 1998). Sobre sua etiologia, Maris, Bermann e Silverman (2000) destacam os fatores psicossociais, as doenças crônicas, a biologia, a personalidade, os transtornos psiquiátricos e a história genética e familiar como de extrema importância.

Em termos epidemiológicos, o suicídio atinge, mundialmente, a cada ano, índices de 16 mortes em 100.000 habitan-

<sup>1</sup> Correspondência: Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, 9º andar, CEP 90619-900, Caixa Postal 1429, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: bwerlang@pucrs.br.

tes, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo, para todas as faixas etárias, e entre as três principais em jovens com idade entre 15 e 34 anos (WHO, 2002). Nos últimos 45 anos, os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo. A falta de consciência sobre o suicídio é o maior problema e um tabu em muitas sociedades que não o discutem abertamente. Somente poucos países possuem programas de prevenção do suicídio como prioridade.

Em relação aos jovens, os índices de suicídio têm aumentado significativamente, principalmente em países como Austrália, Canadá, Kuwait, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido (Hagedorn & Omar, 2002; WHO, 2001, 2002). Este é um dado bastante alarmante, uma vez que o suicídio causa grande comoção social, especialmente quando ocorre na população jovem (Souza, Minayo, & Malaquias, 2002). Em termos de adolescência estes autores, realizaram um estudo com jovens entre 15 e 24 anos, demonstrando a incidência de casos de suicídio em onze capitais brasileiras (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Belo Horizonte, Vitória, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), entre os anos de 1979 e 1998. Todas as cidades estudadas apresentaram um aumento de seus índices de suicídio durante esse período. Salvador e Rio de Janeiro tiveram as menores taxas de suicídio, enquanto Porto Alegre e Curitiba apresentaram as maiores.

O suicídio na adolescência torna-se singular, na medida em que, geralmente, nesta fase do desenvolvimento, aparecem sentimentos intensos de baixa auto-estima e mesmo quadros psiquiátricos de grande risco (Sukiennik, 2000). Atitudes de arrogância e enfrentamento, que procuram demonstrar muita força interior, na realidade, podem ser um pedido de ajuda, de limites, de carinho, de expressão de dúvidas e angústias. Os adolescentes podem adotar condutas deliberadamente danosas à sua integridade e atravessam toda uma gama de manifestações que podem indicar uma patologia, crescendo os riscos de problemas emocionais, dentre os quais, os sintomas depressivos e a ideação suicida parecem estar entre os mais preocupantes (Brooks-Gunn & Petersen, 1991).

Para que se possa atuar de maneira preventiva em relação aos comportamentos suicidas é preciso estar ciente e alerta para os diversos fatores de risco e de proteção, apontados pela literatura. Ainda não se sabe com certeza quais são os fatores ou combinações de circunstâncias que levam um jovem a atentar contra sua própria vida. Contudo, alguns fatores suicidógenos da adolescência são bastante mencionados como, por exemplo, aspectos melancólicos, idéias de morte e a natural impulsividade (Cassorla, 1987). Shaffer e Pfeffer (2001) relatam que fatores desenvolvimentais e sociodemográficos são fundamentais para a presença de comportamento suicida em crianças e adolescentes. A partir disso, é importante salientar que, em cada caso de suicídio de adolescente, há mais de um problema existente e os riscos são cumulativos.

Dessa forma, os fatores de risco mais enumerados pela literatura internacional (Cassorla, 1987; De Leo, Bertolote & Lester, 2003; Goldman & Beardslee, 1999; Shaffer & Pfeffer, 2001; WHO, 2001, 2002), para o suicídio na adolescência são: culturais e sociodemográficos (desemprego na família ou problemas financeiros); familiares (transtornos psiquiátricos e suicídio na família, família violenta e abusiva, pouco cuidado dos pais, mudanças freqüentes de residências, expectativas elevadas ou baixas demais dos pais em relação ao filho, pais com autoridade excessiva ou inadequada, rigidez familiar, pouca comunicação dentro da família, brigas, divórcio, separações, famílias adotivas); estilo cognitivo e personalidade (humor instável, comportamento anti-social, condutas irreais, alta impulsividade, irritabilidade, rigidez de pensamento, escassa habilidade para resolver problemas, incapacidade de entender a realidade, tendência a viver em um mundo ilusório, fantasias de grandeza alternadas com sentimentos de desvalorização, frustração, ansiedade excessiva, depressão, desesperança, isolamento, petulância, sentimentos de inferioridade encobertos por manifestações de superioridade, rechaço, comportamento provocador, relações ambivalentes com os pais, com outros adultos ou amigos); perdas (separações de amigos, colegas ou namorado(a), morte de pessoa significativa); doença física (dor somática); conflitos interpessoais e problemas de relacionamento (violência e trauma físico, problemas legais, envolvimento em brigas); transtornos psiquiátricos (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, transtornos de conduta, transtornos alimentares, transtorno *borderline*, abuso de álcool e drogas); tentativa prévia de suicídio ou história de comportamento suicida; suicídio de amigo ou conhecido.

Por outro lado, uma pequena porcentagem de suicídios ocorre em adolescentes vulneráveis que estão expostos ao suicídio na vida real, ou através da mídia, ou sob influência de alguém que tenha comportamento suicida (WHO, 2001). Com base nesses dados, há estudos que aplicam, principalmente no que se refere ao suicídio na adolescência, o termo "suicídio contagioso", utilizado para definir um excessivo número de suicídios que ocorrem em questão de pouco tempo um do outro, ou em proximidades geográficas (na mesma comunidade, por exemplo). Um suicídio facilita a ocorrência de outro, pois a imitação do processo serve como modelo para sucessivos suicídios. Esse contágio pode se dar através de contato direto com a vítima, pela amizade com esta, por transmissão da mídia ou por conhecimento de boca-a-boca. O "suicídio contagioso" está relacionado com o mecanismo das epidemias de suicídio, com identificação e imitação maciça. Devido a essas características, este fenômeno pode, portanto, ser comum entre os adolescentes (Gould, Wallenstein, & Davidson, 1989; Stone, 1999).

Assim como os fatores de risco podem levar ao suicídio, existem outros que podem servir de proteção para este, atuando como elementos que, de certa forma, impedem o adolescente de realmente considerar a autodestruição como saída

possível. Entre os fatores protetores estão a boa relação com os membros da família, o apoio familiar e a confiança em alguém (fatores familiares); boas habilidades sociais, busca por ajuda e conselhos, senso de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizados, habilidade em comunicar-se, receptividade com a ajuda dos outros e projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); valores culturais, lazer, esporte, religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não usem drogas (fatores culturais e sociodemográficos); e, por fim, uma dieta saudável, boa qualidade do sono e atividade física (fatores ambientais) (WHO, 2001, 2002).

Cabe destacar que na adolescência, ocasionalmente, podem aparecer idéias suicidas, uma vez que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias, que acontece na infância e na adolescência, para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte. A questão torna-se preocupante quando o suicídio passa a ser a única alternativa para suas dificuldades. A intensidade desses pensamentos, sua profundidade, duração, o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (WHO, 2002).

Conforme alguns estudos, estima-se que de 7 a 40% das crianças e adolescentes da população geral já tiveram, em algum momento de sua vida, uma ideação suicida séria (Barrios et al., 2000; Maris, Bermann, & Silvermann, 2000; Field, Diego, & Sanders, 2001), comparado à frequência em cerca de um terço da população geral, considerando todas as faixas etárias (Mann, 2002). Carlson e Cantwell (1982) sustentam que a frequência e intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica, principalmente depois da puberdade.

A partir disso, salienta-se uma preocupação especial com os jovens da população geral, que podem desenvolver idéias suicidas. A necessidade de avaliar tal questão de forma preventiva envolve, necessariamente, o levantamento de fatores de risco e de fatores protetores para o desenvolvimento de pensamentos autodestrutivos.

Então, considerando que o suicídio é um evento trágico que deve ser evitado, que a ideação suicida e a depressão são uns dos preditores para o risco de suicídio e que é preciso se familiarizar com os fatores que podem oferecer risco ou proteção para o comportamento suicida, é que se desenvolveu o presente estudo. Dessa forma, ele tem como objetivo discutir os fatores de risco associados à presença de ideação suicida em adolescentes da população geral, com idades entre 15 e 19 anos, da cidade de Porto Alegre, Brasil, bem como fatores que, eventualmente, podem atuar como protetores, a partir de um estudo de levantamento de ideação suicida na adolescência.

### Método

O estudo é quantitativo e do tipo transversal, sendo principalmente descritivo, mas também de associação entre variáveis. A amostra está constituída por 526 adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos.

Do total da amostra, 295 dos adolescentes (56,1%) são do sexo feminino e 231 (43,9%) do sexo masculino; 290 (55,2%) freqüentam escolas públicas e 236 (44,8%) escolas privadas da cidade de Porto Alegre, Brasil, sendo a média de idade de 16,03 e o desvio-padrão de 1,08. Em relação ao estado civil dos adolescentes, 482 (91,6%) são solteiros, 14 (2,7%) são casados, 16 (3%) têm uma união estável (amigados), 3 (0,6%) são separados e 11 (2,1%) declaram “outro” tipo de estado, não especificado. Em relação à série escolar, verifica-se que 214 (40,8%) cursam o 2º ano do Ensino Médio, havendo uma predominância de estudantes de outras séries do Ensino Médio sobre alunos do Ensino Fundamental (18,5%). Este fato justifica-se, uma vez que constitui critério de inclusão na amostra deste estudo, os jovens terem idade entre 15 e 19 anos, faixa etária que normalmente corresponde a alunos de Ensino Médio.

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) é utilizada para a identificação de ideação suicida e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para avaliar sintomas de depressão nos adolescentes. Ambos os instrumentos, em sua versão brasileira (Cunha, 2001), foram validados para a população geral (não-clínica) de adolescentes (Cunha, 2001; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2004). A estimativa de fidedignidade do BDI e da BSI, baseada no coeficiente alfa de Cronbach, numa amostra de 273 adolescentes (não-clínicos) para o BDI e 647 adolescentes (não clínicos) para a BSI, foi de 0,84 ( $p < 0,001$ ) e 0,94 ( $p < 0,001$ ), respectivamente. Em termos de validade de construto e convergente, os coeficientes de correlação, para ambos os instrumentos, variaram desde 0,59 a 0,62, sempre com um nível de significância de  $p < 0,001$ .

Para a identificação dos dados sociodemográficos da amostra utiliza-se uma ficha de dados pessoais, incluindo idade do adolescente, estado civil, nível de escolaridade, existência de repetência de anos escolares, com quem ele reside, se os pais são vivos, se são separados, se o jovem trabalha e em que atividade, se tem alguma doença física ou psicológica, se faz uso de algum medicamento, se fez ou faz tratamento psicológico e, finalmente, se conhece alguém que tenha tentado o suicídio ou consumado. Destaca-se que a ficha de dados foi construída tomando como base as referências da literatura a respeito de fatores de risco e de proteção para o comportamento suicida.

Para o desenvolvimento do estudo realizaram-se contatos com instituições escolares públicas e privadas, para obter a autorização necessária para a participação dos estudantes. As escolas foram contatadas de acordo com uma rede de conveniência. A administração dos instrumentos

foi coletiva, de acordo com as instruções (dadas oralmente) constantes no manual das escalas Beck, no horário escolar.

Os participantes, assim como os pais ou responsáveis daqueles menores de 18 anos, foram informados acerca da natureza e dos propósitos da pesquisa, da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo das respostas e da garantia legal de tratamento e reparação de danos que, por ventura, os mesmos viessem a sofrer devido à participação no estudo. Foi solicitada, a todos os adolescentes e pais, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

### Resultados

Dos 526 adolescentes, 338 (64,3%) não apresentam pontuação, na BSI, que indique presença de ideação suicida, e 188 (35,7%) apresentam ideação suicida. Como se pode observar na Tabela 1, das 295 mulheres da amostra, 127 (67,6%) apresentam ideação suicida, assim como 61 (32,4%) dos 231 homens. Conforme dados da Tabela 2, vê-se a distribuição de freqüências e porcentagens dos adolescentes com e sem ideação suicida, pontuada na BSI, em relação à pontuação concernente à intensidade de depressão no BDI.

O Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2=148,143$ ;  $p<0,001$ ) permitiu verificar a associação entre a intensidade de depressão (mínima = 0-11; leve = 12-19; moderada = 20-35; grave = 36-63) e a presença ou não de ideação suicida, em nível estatisticamente significativo. Dessa forma, depressão leve, mo-

derada e grave estão associadas à presença de ideação suicida, assim como a depressão mínima está associada à ausência de ideação suicida. Os dados sociodemográficos que podem configurar fatores de risco e proteção, devidamente analisados conforme a relação com a presença ou ausência de ideação suicida, podem ser observados na Tabela 3.

De acordo com a análise de regressão logística é possível observar na Tabela 4 que os fatores “depressão” e “conhecer uma pessoa que tenha tentado o suicídio” foram, de forma significativa, associados à presença de ideação suicida.

### Discussão

Na identificação de adolescentes com e sem pontuação para ideação suicida na BSI, observa-se que 188 (35,7%) apresentam ideação suicida, o que representa um pouco mais de um terço da amostra. Este dado corresponde ao descrito em alguns estudos (Barrios et al., 2000; Field et al., 2001; Mann, 2002; Maris, Bermann, & Silvermann, 2000), que apontam que entre 7 e 40% dos adolescentes da população geral apresentam ou já apresentaram ideação suicida.

Sabe-se que as mulheres tentam mais o suicídio do que os homens que, por sua vez, o consomem mais. Em relação à ideação suicida, alguns estudos (De Leo et al., 2003; Edwards & Holden, 2001; Espósito & Clum, 2002) sustentam que na adolescência as mulheres costumam apresentar maiores taxas de ideação suicida do que os homens. No presente estudo, dos 188 adolescentes com ideação suicida, 127 (67,6%) são mulheres, reforçando o achado

Tabela 1.  
*Distribuição da Freqüência e Porcentagem de Adolescentes com e sem Ideação Suicida na BSI, em Relação ao Sexo (n=526)*

Ideação suicida	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	127	67,6	61	32,4	188	35,7
Não	168	49,7	170	50,3	338	64,3
Total	295	56,1	231	43,9	526	100

Tabela 2.  
*Distribuição de Freqüências e Porcentagens da Intensidade de Depressão e da Presença de Ideação Suicida em Adolescentes de 15 a 19 Anos de Idade (n=526)*

Intensidade Depressão – BDI	Com Ideação Suicida		Sem Ideação Suicida		Total	
	f	%	f	%	f	%
Mínima	66	35,1	282	83,4	348	66,1
Leve	54	28,7	47	13,9	101	19,2
Moderada	59	31,3	9	2,6	68	12,9
Grave	9	4,7	0	0	9	1,7
Total	188	100	338	100	526	100

Tabela 3.  
*Distribuição da Frequência e Porcentagem de Adolescentes com e sem Ideação Suicida na BSI, em Relação a Fatores de Risco e Proteção Comumente Citados na Literatura Específica (n=526)*

Fatores de Risco ou Proteção	Presença		Ausência		Total	
	f	%	f	%	f	%
Com pais separados	76	43,4	99	56,6	175	33,3
Sem pais separados	112	31,9	239	68,1	351	66,7
Com pais falecidos	11	61,1	7	38,9	18	3,4
Sem pais falecidos	177	34,8	331	65,2	508	96,6
Mora com família	182	35,5	331	64,5	513	97,5
Mora sem família	6	46,2	7	53,8	13	2,5
Trabalha	29	37,7	48	62,3	77	14,6
Não trabalha	159	35,4	290	64,6	449	85,4
Com repetência escolar	79	37,1	134	62,9	213	40,5
Sem repetência escolar	109	34,8	204	65,2	313	59,5
Com doença física	22	51,2	21	48,8	43	8,2
Sem doença física	166	34,4	317	65,6	483	91,8
Com doença psicológica	12	70,6	5	29,4	17	3,2
Sem doença psicológica	176	34,6	333	65,4	509	96,8
Tratamento psicológico	54	28,7	65	19,2	119	22,6
Não tratamento psicológico	134	71,3	273	80,7	407	77,3
Conhece tentador	145	44,1	184	55,9	329	62,5
Não conhece tentador	43	21,8	154	78,2	197	37,5
Conhece suicida	103	38,7	163	61,3	266	50,6
Não conhece suicida	85	32,7	175	67,3	260	49,4
Tentou suicídio	61	32,5				

Tabela 4.  
*Resumo dos Resultados da Análise de Regressão Logística (n=526)*

Variável	r <sup>2</sup>	t	p
Depressão (BDI total)	2,215	104.185	0,001
Conhecer suicida	1,002	18.641	0,001
Constante	1.105	35.743	0,001

de que a ideação suicida está, de maneira geral, mais presente no sexo feminino.

A presença de ideação suicida, importante preditor do risco de suicídio (Barrios et al., 2000; WHO, 2002), sempre deve ser considerada. O fato de 35,7% da amostra apresentar indícios de ideação suicida, mesmo isso estando de acordo com o descrito pela literatura para adolescentes da população geral, reitera a idéia de que os comportamentos autodestrutivos constituem um problema de saúde pública que precisa de atenção. É certo que a adolescência é uma etapa da vida de reorganização psíquica, em que as incertezas e os conflitos geram sentimento de dor psicológica, tristeza, e até mesmo idéias de se matar (Adolescence Committee). Entretanto, a ideação suicida pode ser considerada como o primeiro passo para o suicídio e, portanto, não pode ser menosprezada.

A literatura descreve a desorganização familiar e os conflitos familiares como fatores de importância no desenvolvi-

mento de indivíduos com condutas autodestrutivas (Vansan & Favero, 1988; Shaffer & Pfeffer, 2001). A ausência, principalmente, da figura do pai, em virtude de uma separação conjugal, pode se associar, igualmente, aos comportamentos suicidas, conforme Vansan e Favero (1988) e Souza, Minayo, e Malaquias (2002). Em outro estudo, Sáez Santiago e Rosselló (2001) observaram que adolescentes com dificuldades em seu ambiente familiar tendem a interiorizar seus problemas, manifestando-os menos através de condutas agressiva e delituosas e mais por comportamentos autodestrutivos. Logo, os achados desta pesquisa de que dos 175 adolescentes que têm pais separados, 76 (43,4%) apresentam ideação suicida na BSI vai, de certa forma, ao encontro do postulado pelos autores, no sentido de que o adolescente pode se ressentir da separação dos pais e que uma das possíveis manifestações disso é através da presença de ideação suicida. No entanto, o fato de adolescentes também com pais separados, 99 (56,6%) não apresentarem ideação sui-

cida, assim como dos 351 adolescentes sem pais separados, 112 (31,9%) apresentarem ideação suicida, aponta para a importância de analisar melhor este aspecto e de lembrar que nunca um fator isolado é responsável pela predisposição ao comportamento autodestrutivo.

Com relação ao fato de o adolescente não ter um dos pais, em virtude de seu falecimento, observa-se que dos 18 adolescentes que já perderam um dos pais, 11, ou seja, 61,1% apresentam ideação suicida. Este dado também vai ao encontro da literatura, ou seja, a morte de um dos pais pode ser considerada um importante fator de associação ao comportamento suicida (Souza, Minayo, & Malaquias, 2002; Vansan & Favero, 1988), uma vez que a fantasia de reencontrar pessoas queridas que já morreram é apontada como um dos tantos motivadores para a busca da morte, através da autodestruição (Comitê em Adolescência, 1996; Stone, 1999).

Por outro lado, a literatura aponta alguns fatores como sendo protetores para o comportamento suicida na adolescência, como, por exemplo, ter boa relação com os membros da família, poder contar com seu apoio e confiança, fazer esportes, ocupar seu tempo livre com atividades saudáveis como trabalhar, entre outros (WHO, 2001, 2002). No presente estudo observa-se que dos 513 adolescentes que residem com a família, uma porcentagem de 35,5% apresenta ideação suicida, e dentre os que moram sozinhos ou sem qualquer familiar, 46,2% apresenta ideação suicida. Assim, parece adequado comentar que, em princípio, residir com a família pode oferecer proteção contra o comportamento suicida. No entanto, não há garantias de que apenas pelo fato de morar junto, exista rede de apoio e confiança entre os familiares. E, a proteção advém justamente do apoio que, acredita-se que exista, quando se mora com alguém.

A respeito da relação entre presença de ideação suicida e repetência de ano escolar, encontram-se apontamentos na literatura de que uma vida escolar marcada por problemas e dificuldades de aprendizagem, bem como por repetências de anos escolares, representa um importante fator de risco para o comportamento suicida (Comitê em Adolescência, 1996; De Leo et al., 2003; Goldman & Beardslee, 1999; Maris, Bermann, & Silvermann, 2000). Neste estudo, dentre os adolescentes com repetência escolar, a maioria (62,9%) não apresenta pontuação para ideação suicida na BSI. Destaca-se novamente a idéia do suicídio como um evento multidimensional e multideterminado (Souza, Minayo, & Malaquias, 2002), não se podendo pensar que apenas a repetência escolar pode predispor o adolescente ao ato autodestrutivo ou à ideação suicida. Certamente para os restantes 37,1% dos adolescentes com repetências em sua história escolar, outros fatores estão interagindo para que, associada a elas, apareça ideação suicida.

Em relação a exercer alguma atividade, além de estudar, encontra-se que a maioria (62,3%) dos adolescentes que trabalha não apresenta ideação suicida. Dessa forma, parece adequado pensar que o fato de residir com familiares e, conse-

qüentemente, poder contar com eles, assim como trabalhar, tornando-se útil e produtivo, são elementos que oferecem algum tipo de proteção para a autodestruição, uma vez que se sentir útil e produtivo dá um sentido à vida do adolescente, o que pode minimizar os riscos para o comportamento suicida. Cabe salientar que existem muitos adolescentes que não trabalham e não apresentam ideação suicida, logo, como já foi destacado anteriormente, um único fator não pode oferecer garantia de proteção, nem certeza de risco, alerta este também ressaltado por Garcia Falconi (2003).

A presença de alguma doença física, principalmente se ela incapacita o indivíduo para determinadas atividades ou torna sua vida muito diferente da dos demais, em virtude de frequentes consultas e exames médicos, uso rigoroso de medicamentos, como por exemplo a asma e a epilepsia, pode gerar um sentimento de desesperança (*hopelessness*), que é importante fator de risco e de predição dos comportamentos autodestrutivos (De Leo et al., 2003; Goldman & Beardslee, 1999). Neste estudo, 22 adolescentes com ideação suicida referiram ter algum tipo de doença física que, de alguma maneira, combina com o descrito na literatura.

Em relação ao fato de conhecer alguém que tenha tentado ou cometido o suicídio, observa-se que há uma relação com a presença de ideação suicida. Dos 329 adolescentes que conhecem um tentador de suicídio, 145 (44,1%) apresentam ideação suicida, e dos 266 que conhecem um suicida, 103 (38,7%) apresentam ideação suicida. Assim, parece haver alguma relação entre conhecer alguém que tenha tentado ou consumado o suicídio e a presença de algum comportamento suicida, no caso, a ideação. Esta relação é descrita na literatura como um fator que predispõe o indivíduo à autodestruição, em virtude da possibilidade de identificação do sujeito com o suicida, logo, de repetição de seu ato (De Leo et al., 2003; Maris, Bermann, & Silvermann, 2000). A relação entre estes elementos denuncia, igualmente, um possível potencial de contágio ou imitação que existe em manifestações suicidas adolescentes (Gould, Wallenstein & Davidson, 1989; Stone, 1999).

Em relação à predição de ideação suicida nesta amostra de adolescentes da população geral, as variáveis conhecer um tentador de suicídio e depressão são as mais preditoras. A partir desses dados, pode-se dizer que os adolescentes que tinham um amigo que tentou suicídio e/ou que possuíam características de sintomatologia depressiva, desenvolveram ideação suicida mais facilmente, quando comparados com os outros adolescentes.

Várias pesquisas têm avaliado o efeito do contágio do comportamento suicida em adolescentes (Brent et al., 1991; Phillips, 1974; Phillips, Lesyna, & Paight, 1992; Rich, Young, & Fowler, 1986; Taiminen, 1992). Assim, sabe-se que a inspiração ocorre tanto por conhecer alguém próximo que tenha tentado ou cometido suicídio como também pela veiculação de notícias de personagens famosos com este tipo de comportamento. Sem dúvida, a divulgação inadequada pela mídia ou o mau gerenciamento no meio familiar e escolar desta

temática, assim como o estilo de vida de uma comunidade, podem criar uma cultura de suicídio. Ao longo do tempo, os efeitos de imitação podem produzir nas pessoas uma espécie de familiaridade com o comportamento suicida, em que o tabu é eliminado, podendo introduzir a idéia de que este tipo de comportamento pode ser uma alternativa viável diante de situações percebidas como intoleráveis (Gould, Wallenstein, & Davidson, 1989). O comportamento suicida de alguns pode vir a servir como modelo a ser seguido para um indivíduo que se vê frente a uma situação de vida intolerável, embora caiba salientar que alguns estudos constatam que estas identificações patológicas surgem em sujeitos que possuem em suas histórias passadas, pontos em comum com aquele com quem se identificou (Gould, Wallenstein, & Davidson, 1989).

Por outro lado, as desordens afetivas, com destaque para a depressão, são referidas por diversos autores como um fator de extrema importância para o risco de suicídio, além de um fator preditivo deste (De Leo et al., 2003; Duarte & Rosselló, 1999; Field et al., 2001; Goldman & Beardslee, 1999; Souza, Minayo, & Malaquias, 2002). Assim, a presença de ideação suicida em 70,6% dos adolescentes do presente estudo, que julgam ter alguma doença psicológica, considerando principalmente que o que prevaleceu foi a referência à depressão, destaca fortemente a idéia de que a presença de sintomatologia depressiva sempre deve ser tomada como um sinal de alerta para a autodestruição. Mas além dos adolescentes deste estudo terem manifestado a presença de depressão, o mais preocupante foi a constatação de associação de depressão leve, moderada e grave com a presença de ideação suicida (como mostra a Tabela 2), e o fato da associação ser estatisticamente significativa (como mostra a Tabela 3), indicando indícios de potencial suicida e intensidade de depressão numa amostra não-clínica.

Sem dúvida, a presença de ideação suicida em mais de um terço da amostra é digna de nota, mas também, é preocupante o fato de que 68 adolescentes aliaram à ideação suicida, um nível de depressão moderado ou grave, achado este que se assemelha aos de Duarte e Rosselló (1999) e Garcia Falconi (2003), e que 61 tenham referido já ter tentado o suicídio. A presença de depressão aparece, então, como a variável de maior valor preditivo de ideação suicida.

Outro dado bastante interessante e alarmante é o fato de que dos 188 adolescentes que apresentam ideação suicida na BSI e que pontuam para depressão, 134 (71,3%) referem não fazer e nunca ter feito qualquer acompanhamento ou tratamento psicológico. Considerando que muitos dos conflitos típicos da adolescência têm, de certa forma, um caráter suicidógeno (Cassorla, 1987), e que isso predispõe o jovem a situações de crise (WHO, 2002), percebe-se que a adolescência é uma fase com indicação para a psicoterapia. Esse fato, aliado aos achados de uma pesquisa, que demonstraram que há numerosos casos de adolescentes com depressão e idéias de tentativa de suicídio, que pensam ser capazes de, sem ajuda, resolver seus pro-

blemas (Culp, Clyman, & Culp, 1995), torna ainda mais preocupante o observado neste estudo. Assim, percebe-se que cada vez mais a prevenção e as estratégias de intervenção junto a indivíduos com tendências suicidas devem fazer parte da pauta das políticas de saúde pública, bem como mais profissionais precisam ser instrumentalizados para identificar pessoas em risco, realizando, conforme a necessidade, os devidos e adequados encaminhamentos.

### Conclusões

Os achados apresentados permitem que se conclua que depressão em nível leve, moderado e grave, juntamente com o fato de o adolescente conhecer alguém que tenha tentado o suicídio, foram os dois fatores de risco para ideação suicida na presente amostra.

Outros fatores de risco e de proteção, comumente apontados na literatura, como o fato de o adolescente ter pais separados, ter perdido um dos pais por morte, ter alguma doença física ou psicológica, ter tentado suicídio, conhecer alguém que tenha cometido suicídio, residir com familiares (pai, mãe, irmãos, avós), ocupar o tempo livre com alguma atividade e não ter repetências escolares, por si sós, não vulnerabilizam e nem protegem os adolescentes, que participaram deste estudo, da ideação suicida. Se bem que todos estes aspectos, de alguma maneira, se associam à presença ou não de ideação suicida e vale lembrar que nunca um único fator não poderá predispor, nem proteger, um indivíduo ao comportamento autodestrutivo.

A presença de ideação suicida sempre deve ser considerada, e o achado neste estudo de que mais de um terço da amostra a apresenta é bastante alarmante, considerando que estes adolescentes são da população geral. Dessa forma, faz-se necessário que programas e estratégias de prevenção dos comportamentos suicidas sejam incluídos na pauta das políticas de educação e saúde pública, uma vez que a perda prematura de adolescentes por suicídio pode e deve ser evitada.

### Referências

- Adolescence Committee (1996). *Adolescent suicide*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brenner, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: Associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health, 48*, 229-233.
- Botega, N. J. (2000). Suicídio e tentativa de suicídio. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.), *Depressão no ciclo da vida* (pp. 156-165). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Allman, C. J., Moritz, G. M., Wartella, M. E., & Zelenak, J. P. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicide: A case-control study. *JAMA, 266*, 2989-2995.
- Brooks-Gunn, J., & Petersen, A. (1991). Studying the emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth And Adolescence, 2*(20), 115-119.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *American Academy of Child Psychiatry, 21*(4), 361-368.

- Cassorla, R. M. S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36 (3), 137-144.
- Culp, A. M., Clyman, M. M., & Culp, R. E. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence*, 30 (120), 827-837.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- De Leo, D., Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zuví & P. R. Lozano (Eds.), *Informe mundial de la violencia e de la salud* (pp. 200-231). Washington, DC, USA: Organización Panamericana de la Salud.
- Duarte, Y. M., & Rosselló, J. (1999). Riesgo suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 33(1), 219-234.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life and suicidal manifestations examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517-1534.
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 44-51.
- García Falconi, R. (2003). El suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras. *Psiquiatria* [On-line], 7,(1). Disponível: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/100/11794/?++interactivo>. Acesso em 10/09/2004
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 36(142), 241-248.
- Goldman, S., & Beardslee, W. R. (1999). Suicide in children and adolescents. In D. Jacobs (Ed.), *Guide to suicide assessment and intervention* (pp. 417-442). San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., & Davidson, L. (1989). Suicide clusters: A critical review. In I. S. Lann, E. K. Móscicki & R. W. Maris (Eds.), *Strategies for studying suicide and suicidal behavior* (pp. 17-29). New York, USA: The Guilford Press.
- Hagedorn, J., & Omar, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *International Journal of Adolescence Medicine Health*, 14(1), 55-60.
- Hendin, H. (1991). Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *American Journal Psychiatry*, 148(9), 1150-1158.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annual International Medicine*, 136, 302-311.
- Maris, R. W., Bermann, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, USA: The Guilford Press.
- Minayo, M. C. de S., & Souza, E. R. de (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, 4(3), 513-531.
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide. *American Sociological Review*, 39, 340.
- Phillips, D. P., Lesyna, K., & Paight, D. J. (1992). Suicide and the media. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 499-519). New York, USA: The Guilford Press.
- Rich, C. L., Young, D., & Fowler, R. C. (1986). Suicide, stressors and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 143(4), 524-527.
- Sáez Santiago, E., & Rosselló, J. (2001). Relación entre el ambiente familiar, los síntomas depresivos y los problemas de conducta en adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(1), 113-125.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 7(40, Supl.), 24-51.
- Shneidman, E. S. (2001). This I believe. In E. S. Sneidman (Ed.), *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology* (pp. 199-203). Washington, DC, USA: American Psychological Association Books.
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Litman, R. (1969). Taxonomía de la muerte: Punto de vista psicológico. In N. L. Farberow & E. S. Shneidman (Eds.), *Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención* (pp. 148-156). México, DF: La Prensa Médica Mexicana.
- Souza, E. R. de, Minayo, M. C. de S., & Malaquias, J. V. (2002). Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 673-683.
- Stone, G. (1999). *Suicide and attempted suicide*. New York: Carrol & Graf.
- Sukiennik, P. B. (2000). *O aluno problema* (2a ed.). Porto Alegre, Brasil: Mercado Aberto.
- Taiminen, T. J. (1992). Projective identification and suicide contagion. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 449-452.
- Vansan, G. A., & Favero, R. V. (1988). Separação parental e suicídio. *Neurobiologia*, 51(1), 57-66.
- Werlang, B. S. G. (2000). *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para a autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2004). Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Ideação Suicida de Beck. In B. S. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.), *Comportamento suicida* (pp. 189-193). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- World Health Organization (2001). *Prevenção del suicidio: Um instrumento para docentes y demás personal institucional* [On-line]. Disponível: [http://www.who.int.mental\\_health/suicide](http://www.who.int.mental_health/suicide). Acesso em 15/03/2003
- World Health Organization (2002). *Background* [On-line]. Disponível: <http://www.who.int.mental-health/suicide>. Acesso em 15/03/2003

Received 23/06/2004  
Accepted 18/11/2004

**Blanca Susana Guevara Werlang.** Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, Doutora em Ciências Médicas – Saúde Mental/UNICAMP.

**Vivian Roxo Borges.** Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, Psicóloga Clínica, Professora do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Erechim, Professora do Curso de Pedagogia da Instituição Educacional São Judas Tadeu.

**Liza Fensterseifer.** Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, Psicóloga Clínica, Professora do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/PUCMG.