

05 Projeto DVS (drogas, violência e suicídio): prevenção, educação, gestão. Uma aposta sustentável DVS project
(drugs, violence and suicide): prevention, education, management.
One sustainable bet**Filomena Fernandes Gonçalves**[✉ filomenafernandes@esars.pt](mailto:filomenafernandes@esars.pt)

Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal

[ID https://orcid.org/0000-0003-1791-1997](https://orcid.org/0000-0003-1791-1997)**Ángel Luis González Olivares**[✉ ALuis.Gonzalez@uclm.es](mailto:ALuis.Gonzalez@uclm.es)

Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real, España

[ID https://orcid.org/0000-0003-0443-5127](https://orcid.org/0000-0003-0443-5127)**Francisco Javier Sánchez-Verdejo Pérez**[✉ FcoJavier.SVerdejo@uclm.es](mailto:FcoJavier.SVerdejo@uclm.es)

Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real, España.

[ID https://orcid.org/0000-0003-1112-5995](https://orcid.org/0000-0003-1112-5995)

Fecha de Recepción: 30/04/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 21/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.05>**RESUMO**

A escola do século XXI, pela sua diversidade, tornou-se um espaço de encontro, de aprendizagem e de partilha de realidades muito diversas. Neste contexto, as escolas portuguesas têm vindo a desenvolver projetos que promovem a discussão, em contexto escolar, sobre as temáticas da Violência, das Drogas e do Suicídio. De facto, diante dos avanços sociais, a globalização não proporciona apenas uma melhoria das condições e qualidade de vida. Fica claro que, neste processo, a valorização do trabalho enquanto fator de promoção pessoal e profissional, acarreta uma maior dificuldade em conciliar a vida no trabalho e em família, de onde resultam, muitas vezes, lacunas na capacidade destas, quanto à prevenção e acompanhamento dos jovens. Obviamente, daqui se pode deduzir que os mais afetados serão as crianças e os adolescentes assistindo-se a um aumento da taxa de consumo de drogas, da violência e das tentativas de suicídio em Portugal. Este trabalho visa apresentar um breve retrato desses projetos, que envolvem os pais e encarregados de educação, técnicos de saúde e autoridades policiais e judiciais. Pretende-se, igualmente, com esta proposta de trabalho, analisar as medidas adotadas para dar resposta às demandas da atual sociedade portuguesa.

Palavras-chave: saúde, qualidade de vida, educação, prevenção, sustentabilidade.**ABSTRACT**

The school of the 21st century, due to its diversity, has become a space for meeting, learning and sharing very different realities. In this context, Portuguese schools have been developing projects that promote the discussion, in the school context, on the themes of Violence, Drugs and Suicide. In fact, in the face of social advances, globalization does not only provide an improvement in conditions and quality of life. It is clear that, in this process, the valorization of work as a factor of personal and professional promotion causes a greater difficulty in reconciling life at work and in the family, which often result in gaps in their capacity in terms of prevention and monitoring of young people. Obviously, from this it can be deduced that the most affected will be children and adolescents seeing an increase in the rate of drug use, violence and suicide attempts in Portugal. This work aims to present a brief portrait of these projects, which involve

parents and guardians, health technicians and police and judicial authorities. It is also intended, with this work proposal, to analyze the measures adopted to respond to the demands of current Portuguese society.

Keywords: health, quality of life, education, prevention, sustainability.

INTRODUÇÃO

Tendo em conta que, no processo de desenvolvimento das crianças e jovens, a educação, a qualidade de vida e a saúde desempenham um papel fundamental, se queremos investir na criação e manutenção de níveis de vida sustentáveis e saudáveis, na sociedade portuguesa, há que nos perguntarmos sobre a forma como o conceito de sustentabilidade pode e deve ajudar a obviar essa situação.

Tal como afirma Matarazzo (1983), são duas as dimensões que compreendem os comportamentos associados à saúde, a saber, os hábitos prejudiciais para a saúde, designados de “comportamentos patogénicos”, onde se enquadram os atos de fumar, ingerir muito sal ou ter um estilo de vida sedentário e os comportamentos protetores da saúde, designados de “comportamentos imunogénicos”, como por exemplo, tomar o pequeno-almoço todos os dias, não fumar ou praticar exercício físico com regularidade.

Por sua vez, a relação do indivíduo com o meio ambiente pode produzir situações de risco para a saúde, física e mental, e a sua segurança e sustentabilidade. Neste sentido, há que considerar: aspetos de ordem geral, familiar e socioeconómica, fatores de incitação e também os condicionamentos de natureza psicopatológica.

A problemática das drogas, da violência e do suicídio em Portugal tem levado a estudos vários, no âmbito do seu enquadramento quer sociológico, quer económico e sanitário. No que às escolas diz respeito, estas questões têm sido alvo de reflexão profunda. Elas derivam da circunstância de ser a escola um espaço de acolhimento de jovens provenientes de contextos familiares e sociais muito diversos, onde se podem manifestar comportamentos indiciadores de situações passíveis de carecer de acompanhamento especializado. A escola é, por esse motivo, o ambiente mais facilitador do trabalho de deteção de situações de risco e da tomada de medidas, quer preventivas, quer de gestão destas situações.

Neste sentido, temos vindo a constatar que são cada vez mais frequentes os casos de: consumo de drogas e álcool, desde idades mais precoces; episódios de agressões em ambiente escolar de maior violência – reflexo, muitas vezes de um ambiente familiar, também ele desestruturado e violento; o aumento de casos de risco de suicídio na população escolar.

Centrada a nossa atenção na fase da adolescência dos nossos alunos, desenvolvemos o presente trabalho, visando facilitar a precoce deteção de situações de risco, a reflexão sobre a modo de prevenir, agir e gerir essas situações. Neste sentido, delineamos um projeto de intervenção numa escola do concelho do Seixal, a Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira, Torre da Marinha, que fosse ao encontro dos seguintes objetivos: prevenção, deteção e gestão de situações de risco em ambiente escolar. Chamámo-lhe “Drogas, Violência e Suicídio – na tua pele”. Este projeto pretende detetar comportamentos de risco no processo de desenvolvimento dos indivíduos, tendo em conta o seu contexto pessoal, familiar e sociocultural e identificar indicadores de sofrimento psicológico, particularmente a depressão e o risco suicidário.

METODOLOGIA

O estudo em referência apresenta um carácter exploratório sobre comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos deste estabelecimento de ensino da margem sul do Tejo.

Os objetivos compreendem: a identificação e caracterização dos comportamentos de risco, como sejam o consumo de álcool e de outras substâncias estupefacientes, a sua relação com atos de violência e o risco de suicídio.

A metodologia engloba métodos quantitativos e qualitativos, tendo sido constituídos dois grupos de participantes de ambos os sexos, um de nível do ensino básico, oitavo ano de escolaridade, composto por 19 alunos entre os 13 e os 17 anos e outro de 13 alunos, do décimo ano de escolaridade, entre os 15 e os 19 anos. O início deste projeto ocorreu em fevereiro de 2020, tendo sido interrompido devido à situação de pandemia por Covid 19, deixando para mais tarde o prosseguimento do trabalho inicialmente planificado. Aos dois grupos seriam aplicadas estratégias de contacto com excertos literários e cinematográficos associados aos três temas em estudo – drogas, violência e suicídio-, encontros com autoridades sanitárias e policiais, reflexões em pequeno e em grande grupo sobre comportamentos de risco, sinais evidenciadores de situações de risco e estratégias de autoajuda e entreaajuda, nestas situações. O objetivo último seria acompanhar a produção de trabalhos em suporte digital, vídeo, áudio e papel, em que se sensibilizasse a população escolar e a comunidade para estas problemáticas, numa perspetiva de prevenção e acompanhamento.

O Projeto Drogas, Violência e Suicídio – na tua pele - contextualização

Este projeto surgiu na sequência de uma sessão sobre *bullying* e *cyberbullying*, ocorrida na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira, na Torre da Marinha, Seixal, em princípios de janeiro de 2020, que envolveu o SPO (Serviço de Psicologia e Orienta-

ção), o PES (Projeto de Educação para a Saúde), a Polícia do Seixal, o Centro de Saúde da Torre da Marinha, Seixal. Consequentemente, o trabalho de Direção de Turma contribuiu para uma maior proximidade com casos de violência física e cibernética, ocorridos dentro e fora do contexto escolar, levando à necessidade de gerir várias situações, quer no âmbito dos agressores, quer das vítimas, quer das testemunhas. A este processo, quase por inerência, associou-se ainda o do consumo e tráfico de drogas, enquanto fatores que poderão estar também relacionados com a violência. A estes aspetos, acresceu-se também o problema do risco de suicídio de adolescentes, motivo pelo qual se tornou clara a urgência de atuar em contexto escolar, quer na deteção de sinais de risco, quer na gestão de situações efetivas de tentativa de suicídio, quer nas estratégias de prevenção destes problemas na população escolar.

Desde o início que quisemos que este projeto fosse multidisciplinar, envolvendo organismos variados, para melhor podermos articular a necessidade de obter formação que permitisse identificar, prevenir e gerir situações de risco. Neste sentido, envolvemos neste projeto a aluna de Mestrado em Ensino da FCSH, UNL, Lisboa, que está a completar a sua formação na ESARS, as disciplinas de Matemática, Espanhol, TIC e o Projeto de Educação para a Saúde (PES) da ESARS, bem como os serviços de Psicologia, as autoridades policiais e sanitárias da zona em que se insere a escola, para que, em trabalho concertado, pudéssemos refletir e encontrar respostas para estas questões. Chamar a este projeto de “D(rogas)V(iolência)S(uicídio) - na tua pele” visa, assim, propiciar momentos de confronto e reflexão sobre estas questões, com vista à prevenção, identificação de casos e gestão e acompanhamento dos mesmos, numa perspetiva pessoal e interpessoal.

Tomando como ponto de partida a definição e abrangência de cada um destes temas, decidimos abordar as suas implicações. Assim, no que diz respeito às drogas, propusemo-nos refletir sobre as possíveis razões que estão na origem do seu consumo: ser aceite pelo grupo-par; experimentar para ver como é; agradar ao parceiro amoroso; esquecer os problemas, entre outras. Quanto à questão da violência, decidimos analisá-la nas suas diversas vertentes: violência doméstica (originada pelo consumo de álcool e estupefacientes, desemprego, perturbações mentais, problemas económicos, entre outros); violência contra as mulheres (violação, mutilação genital feminina, discriminação salarial e a privação dos direitos igualitários aos dos homens); o *bullying* (físico, chantagem sexual, perseguição, humilhação, segregação por ser gorda, magra, ser baixo, ser alto, vestir roupa sem ser de marca, entre outras); o *cyberbullying* (factos, precauções e implicações). Já no que diz respeito ao suicídio, estipulámos a sua abordagem enquanto sintomática de problemas do foro das doenças mentais (depressão, crises psicóticas, esquizofrenia, bipolaridade, entre outras) e centrámo-nos na identificação de sinais/comportamentos de risco, na definição de estratégias de prevenção, gestão e ajuda nos casos de risco/tentativa de suicídio).

Para obviar a todo este trabalho, definiu-se como metodologia:

- o contacto com filmes, excertos de obras literárias e outras expressões artísticas que abordem estas temáticas.
- o encontro com entidades que pudessem contribuir para um debate mais profícuo: PES da ESARS, autoridades médicas do Centro de Saúde da Torre da Marinha e do distrito de Setúbal, autoridades policiais desta zona, APAV, entre outras.
- o debate, junto dos grupos intervenientes, sobre as questões fraturantes de cada um destes problemas.
- produção de trabalhos plásticos e artísticos (vídeos, cartazes, panfletos, slogans) que plassem e suscitem outras abordagens aos temas estudados.

O consumo e tráfico de drogas em contexto escolar

A Comissão de Proteção de Menores tem sido solicitada inúmeras vezes para sinalização de casos de alunos que consomem e traficam droga, senão no espaço escolar, nas suas imediações, colocando em risco a população jovem.

Ainda que, desde novembro de 2001, a aquisição, a posse e o consumo de drogas tenha deixado de ser considerado crime em Portugal, ele continua a ser um ato punível por lei e constitui uma contraordenação social. Esta determinação foi decidida com a Lei nº30/2000, de 29 de novembro, que abandonou a visão preconceituosa do toxicodependente como criminoso, passando a considerá-lo alguém que necessita de ajuda e apoio especializado. Em todo o país, foram criadas comissões para a dissuasão da toxicoddependência (CDT), serviços que recebem estes indivíduos encaminhados pelas forças de segurança - Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana e Tribunais. Estes recursos pretendem funcionar como resposta na redução do consumo de drogas e trabalham em estreita colaboração com outros serviços da sociedade civil e comunidade, onde se enquadram os estabelecimentos de ensino públicos e privados.

Simultaneamente, a legislação portuguesa faculta meios de atuação na proteção de crianças e jovens em risco, tal como consignado na [Lei nº 147/99, de 1 de Setembro alterada pela Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto e pela Lei nº 142/2015, de 8 de Setembro](#). Ao mesmo tempo, o [DL 401/82, de 23 de Setembro](#) regulamenta o regime penal aplicável a jovens delinquentes que, no âmbito do tráfico de drogas, incorram em crimes puníveis, nos termos da lei.

Assim, com o enquadramento legal que referimos, a Escola passou a ter um papel ativo na deteção de situações de consumo e suspeita de tráfico de drogas, mas acima de tudo, na educação para a saúde dos jovens ensinando a prevenir situações de risco, evitando a iniciação neste universo da toxicoddependência.

Vários têm sido, ao longo dos anos, os meios através dos quais tal trabalho vem sendo feito. Mais recentemente, as escolas passaram a contar com grupos de trabalho de Educação para a Saúde, de âmbito alargado, indo das dependências ao planeamento familiar e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Com a criação de projetos para a cidadania, a questão das drogas tornou-se um dos mais importantes eixos de atuação nas escolas.

A violência na escola

Em primeiro lugar, convém definir quem são os intervenientes neste processo, e não apenas em contexto escolar. Quando falamos de violência, é frequente centarmo-nos no outro, como agressor, e nunca em nós, nem nos nossos. Por outro lado, ainda que a cultura e tradição portuguesas estejam plenas de expressões coniventes com a violência e a sua tolerância, e muito frequentemente de ordem sexista, não podemos ignorar o papel de quem sabe ou assiste a casos de violência e nada faz para defender a vítima, remetendo essa responsabilidade para as autoridades competentes e demitindo-se, como cidadão, do dever de exercer a sua cidadania denunciando estes casos.

Por isso, é fundamental definir quem é a vítima, quem é o agressor e quem é a testemunha ativa ou passiva neste processo.

Expressões como “Entre marido e mulher ninguém meta a colher”, levaram, no passado, a que os jovens que cresceram em contextos de violência a vejam como natural e impunível, já que, na maioria das vezes, “acabava tudo em pizza”¹, ou seja, sem que agressores fossem punidos e vítimas fossem protegidas ou ressarcidas pelos danos causados. Ainda hoje, e apesar de todas as campanhas que se têm vindo a fazer, o problema da violência, nas suas diversas facetas, é um dos mais graves problemas com que as escolas deparam.

A APAV (Associação Portuguesa de Apoio À Vítima) tem feito um trabalho exemplar na sensibilização para o problema da violência, sobretudo contra as mulheres, no acompanhamento, divulgação e apoio às vítimas. Na sua página *online*, apresenta-se uma secção sobre legislação relativa a várias situações de agressão e violência e são disponibilizados os meios para encaminhar as vítimas que necessitem de ajuda policial, psicológica e jurídica. Este organismo tem sido uma ferramenta de apoio ao trabalho desenvolvido nas escolas.

Ao mesmo tempo, a Lei nº147/99, de 1 de setembro, e a Lei nº142/2015, de 8 de setembro (que regulamentam a proteção de crianças e jovens em perigo - LPCJP) em conjunto com a lei tutelar educativa (LTE), expressa na Lei nº 166/99, de 14 setembro

e a Lei 4/2015, de 15 janeiro definem os casos de situação de risco e de situação de perigo no casos de jovens menores de idade.

Simultaneamente, a legislação portuguesa prevê, agora, que um adolescente agressor, maior de 12 anos de idade, seja criminalmente responsável pelos seus atos – que podem configurar situações de roubo ou furto, divulgação de imagens ou difamação de outrem nas redes sociais. Nalguns destes casos, estes jovens podem ser retirados aos pais e Encarregados de educação e serem institucionalizados.

Uma vez que os crimes praticados até aos 16 anos de idade são considerados como crime público, os jovens que os cometam em contexto escolar ou no seu âmbito, são sinalizados pelos seus professores, que comunicam estes factos às respetivas Direções, que, por sua vez, encaminham a situação para as autoridades competentes.

É inegável que o problema da agressão verbal e física se agrava quando, em tempos de pandemia, temos de recorrer a meios digitais para poder continuar a trabalhar com alunos, em aulas síncronas, dadas à distância, sem que o professor possa monitorizar todas as ações que os alunos levam a cabo enquanto estão a ter aulas. Não são poucos os casos de vídeos, comentários e fotos divulgadas pelas redes sociais de aulas ou excertos de aulas, em que alunos fazem comentários ofensivos contra os seus colegas e professores. Portanto, é, mais do que nunca, fundamental e urgente debater estes temas com os alunos e levá-los a tomar consciência das suas responsabilidades cívicas como cidadãos responsáveis pelos seus atos e, de certa forma, pelos dos seus colegas. O projeto apresenta, por isso mesmo a vertente “na tua pele”. Pretende-se que os alunos façam o exercício de se colocar no lugar do outro, seja ele o agredido, seja o agressor, já que há sempre um *background* que explica os motivos para que alguém se torne um *bully*, presencial ou cibernético. Mas mais importante ainda é conduzir os alunos à conclusão de que, mais do que simplesmente gerir situações de violência, há que saber identificar os comportamentos que lhe estão na origem e pensar estratégias para evitar chegar à concretização da agressão. Na prática, isto significa investir numa educação para a prevenção e responsabilização de todos neste processo.

O consumo de bebidas e de drogas

De acordo com um recente estudo levado a cabo por dois investigadores, Luís Nabais e Natália Ramos (en Pereira et al., 2020), a maioria dos adolescentes já experimentou, em algum momento, bebidas alcoólicas, mas afirma não consumir álcool com regularidade. A idade média do início dos consumos ronda os 14 anos, ou seja, antes dos 16 anos, tal como referem outros estudos (Barroso, 2012; Breda, 1996; Matos et al., 2010; Nabais, 2005; Nabais & Correia, 2002). Os mesmos estudiosos acres-

centam que a bebida mais consumida é a cerveja e que, em quase 1/4 das famílias existem problemas com álcool, num ou mais familiares, o que dá conta da dimensão do problema, a nível intrafamiliar, e da importância da transmissão destes vícios de forma intergeracional. Em relação ao consumo de drogas, a grande maioria dos adolescentes refere não consumir e a substância ilegal, claramente mais consumida, é a *cannabis*, a qual, mais de 1/4 dos jovens refere já ter experimentado.

Na realidade, esta percentagem ganha maior dimensão, se tivermos em consideração a imprevisibilidade da reação comportamental ao seu consumo e o caráter de ilegalidade da substância. Dado tratar-se esta de uma substância cujo consumo tende a aumentar, e de os seus efeitos clínicos serem ainda pouco claros, torna-se evidente que lhe deve ser dedicada particular atenção.

Relativamente aos fatores de risco, podemos observar que todos os indicadores relacionados com consumos (álcool, tabaco e *cannabis*), bem como os indicadores de depressão e de risco de suicídio, estão inversamente correlacionados com a presença de comportamentos de proteção para a saúde, pelo que constituem bons preditores de comportamento saudável. A data de início do primeiro consumo de bebidas alcoólicas revela-se um importante preditor para o risco de consumo de substâncias e a presença de indicadores de sofrimento mental. O consumo dos vários tipos de substâncias está fortemente correlacionado, pelo que o consumo de qualquer uma é um bom preditor do consumo das outras.

Além disso, verificou-se que os adolescentes que vivem só com a mãe apresentam mais risco de suicídio, quando comparados com os que vivem com ambos os progenitores. O mesmo se verificou para os filhos de pais divorciados/separados, cujo risco de suicídio é significativamente superior ao dos filhos de pais que vivem juntos. Este dado revela-se interessante, uma vez que as referidas configurações familiares, têm expressão significativa e tendem a aumentar na nossa sociedade, tornando não apenas pertinente, mas acima de tudo urgente, que as escolas tenham mecanismos de resposta a estas situações, que falemos de consumos efetivos, quer falemos de ações de sensibilização para a prevenção destes comportamentos de risco.

Pelas razões apresentadas, o projeto visará levar cada aluno a fazer o exercício de se por na pele do consumidor de bebidas e estupefacientes, refletindo nas razões que o levaram a iniciar-se neste universo de dependências e nas respostas possíveis para sair dele.

O suicídio

O suicídio é um dos maiores e mais complexos problemas sociais que acompanham o homem desde a antiguidade. Esse ato deliberado de acabar com a própria vida

sempre esteve longe de ser uma aceitação unânime e atualmente é alvo de crescente preocupação por toda a comunidade, afirmando-se como um problema de saúde pública cada vez mais sério (Costa et al. 1987: 63-69; Peixoto, 2006); e quando essa realidade chega aos jovens, a preocupação é ainda maior. Segundo a Organização Mundial da Saúde, esse problema especificamente humano causa quase um milhão de mortes anualmente em todo o mundo, das quais cerca de 58.000 ocorrem na União Europeia e 200.000 entre adolescentes ou adultos jovens (Hegerl et al. 2009: 596-599), o que equivale a uma morte a cada 40 segundos, colocando o suicídio entre as 10 causas de morte mais frequentes em todas as faixas etárias e a segunda em jovens com idades entre 15 e 29 anos (Värnik, et al, 2009: 216 – 226).

Quando um suicídio ocorre, é um evento traumático para uma escola ou comunidade e o impacto sobre os jovens pode ser significativo. O suicídio pode provocar uma série de respostas emocionais e comportamentais. Não em vão, foi descrito como uma “epidemia silenciosa” (Appleby, 2008).

O comportamento suicida é uma grande preocupação de saúde em muitos países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que pelo menos um milhão de pessoas morrem anualmente de suicídio em todo o mundo (Bertolote, 2001: 3–10).

Muito mais pessoas, especialmente jovens e de meia-idade, tentam suicídio (Waserman, 2001).

Fatores sociais, psicológicos, culturais e outros podem levar uma pessoa ao comportamento suicida (Patel et al., 2010; WHO, 2014). Nas últimas décadas, evidências empíricas mostraram que os atos de suicídio podem ser influenciados pelo local de residência, independentemente ou além das características individuais. Fatores contextuais (características socioambientais dos locais de residência) têm impactos positivos ou negativos na saúde mental dos indivíduos (Diez Roux e Mair, 2010, Evans, 2003, Ruth et al., 2014, OMS, 2008) e podem influenciar a incidência de morte por suicídio (Agerbo et al., 2007, Chang et al., 2011, Derek Cheung et al., 2014, Phillips, 2014).

O suicídio tem imensos efeitos nas famílias, amigos e comunidades de pessoas que morrem por suicídio, causando pesar e culpa duradouras (Brent, Perper, Moritz, Liotus, Schweers, et al., 1993; Catone & Schatz, 1991; McIntosh & Kelly, 1992; Van Dongen, 1991; Wagner e Calhoun, 1992). Indiscutivelmente, esses efeitos são ainda maiores quando a pessoa que morreu por suicídio é jovem ((Brent et al., 1989; Gould, Petrie, Kleinman e Wallenstein, 1994; Gould, Wallenstein e Kleinman, 1990; Gould, Wallenstein, Kleinman, O’Carroll e Mercy, 1990. Os pesquisadores e formuladores de políticas reconhecem que o suicídio é evitável, mas as taxas de suicídio mudaram pouco nos últimos anos.

Conversar com jovens sobre suicídio pode parecer assustador. Muitas pessoas temem que isso cause angústia aumentada ou até leve ao desenvolvimento de pensamentos suicidas ou 'contágio' de suicídio (Bandura, 1977; Gould, 1990; Glaeser, Sacerdote e Scheinkman, 1996). A importância da interação entre pares em suicídios de jovens foi notada por Durkheim ([1897] 1966) há um século e foi apoiada por outros pesquisadores (Gould et al. 1994).

Entretanto, falar sobre suicídio de maneira calma e direta, além de fornecer informações e apoio, é realmente muito importante para ajudar os jovens a gerenciar seus sentimentos e entender o que aconteceu.

É importante ser atencioso e sensível quando você fala com jovens sobre suicídio. O objetivo é limitar o impacto prejudicial da morte e promover estratégias positivas de enfrentamento e boa saúde mental. Abaixo estão alguns fatores importantes a serem lembrados.

1. Forneça informações precisas sobre por que as pessoas se suicidam

O suicídio é um comportamento complexo causado por uma série de fatores e raramente é o resultado de um único evento ou problema. Muitas pessoas que cometem suicídio estavam enfrentando dificuldades de saúde mental, como depressão no momento de sua morte (Arató, Demeter, Rihmer e Somogy, 1988; Barraclough, Bunh, Nelson e Sainsbury, 1974; Dorpat y Ripley, 1960; Rich, Ricketts, Fowler e Young, 1988; Nieto e Vieta, 1997). Essa doença pode fazer com que as pessoas se sintam sem esperança e impactar sua capacidade de pensar com clareza e racionalidade (Beck, Steer e Ranieri (1988). Fornecer informações sobre o vínculo entre doença mental e suicídio pode incentivar as pessoas a procurar ajuda para si ou para os outros, o que diminuir o risco de suicídio (Beck, Rush e Shaw, 1979).

2. Evite culpar

Os jovens geralmente querem respostas sobre por que ocorreu um suicídio, e isso pode levá-los a culpar a morte por um evento ou pessoa em particular. Explique que o suicídio não é simples e geralmente é o resultado de uma série de fatores contribuintes. Isso pode reduzir a probabilidade de ocorrência de culpas ou bodes expiatórios.

3. Não se concentre no método de suicídio

Evite falar graficamente ou em detalhes sobre como a pessoa morreu. Descrições detalhadas da morte podem ser esmagadoras e angustiantes e podem aumentar o risco de imitação por jovens vulneráveis. Mantenha o foco em como gerenciar as emoções provocadas pela morte da pessoa e longe de detalhes de como alguém morreu.

4. Aborde sentimentos como raiva e responsabilidade

Garanta que uma série de respostas após um suicídio seja normal. Os jovens podem sentir raiva da pessoa que morreu ou sentir que poderiam ter impedido a morte de alguma forma. Tais sentimentos podem levar ao aumento de confusão e angústia. Tranquelize-os de que eles não são os culpados e que sentir raiva não significa que eles não se importam com a pessoa. Normalizar esses sentimentos e permitir que os jovens falem através de suas respostas emocionais pode ajudar no processo de luto.

5. Incentivar a procura de ajuda

Se um jovem encontrar a si próprio ou a um amigo sobrecarregado, incapaz de lidar ou desenvolver pensamentos suicidas, incentive-o a procurar ajuda. Deixe-os saber quais são suas opções de suporte. Isso permitirá que eles escolham uma pessoa com quem se sintam confortáveis e aumentem a probabilidade de procurar ajuda. As opções de suporte podem ser pais ou adultos de confiança, como professor, conselheiro escolar ou médico de família.

6. Pergunte sobre pensamentos suicidas

Se você está preocupado com o risco de suicídio de um jovem, é importante conversar com eles diretamente sobre suas preocupações de maneira calma e sem julgamentos (Overholser, 2012: 349-361). Pode ser desconfortável perguntar a alguém diretamente sobre pensamentos ou planos suicidas, mas é necessário verificar se uma pessoa está em risco e quão iminente é esse risco. Fazer perguntas diretamente também pode ser um grande alívio para um jovem que luta com pensamentos suicidas. Isso lhes dá permissão para falar abertamente sobre como estão se sentindo e a oportunidade de obter apoio. Se você acredita que um jovem corre o risco de se suicidar, deve procurar apoio profissional do serviço de saúde mental local ou do departamento de emergência e manter o jovem seguro até a chegada da ajuda. Remova todos os meios de suicídio disponíveis a eles nas imediações, como medicamentos ou armas. Fique com ele (ou providencie supervisão) até que possam ser vistos e avaliados (Beautrais, 2005). Outra das causas em ascensão nos últimos anos é o *bullying*. De facto, em relação a esse problema na União Europeia, estima-se que cerca de 24 milhões de crianças e jovens sofram com isso a cada ano, o que significa que sete em cada dez sofrem algum tipo de assédio ou intimidação, verbal, física ou através de novas tecnologias de comunicação (Cross, Piggan, Douglas e Vonkaenel-Falst, 2012). Não é de surpreender que, embora o assédio mais frequente seja o abuso tradicional no centro educacional, ele está sendo deslocado por novos aspectos, como o *bullying* eletrônico (espalhado principalmente nos Estados Unidos, Reino Unido, Espanha, França,

Holanda, Rússia e Portugal) e sexting, ou a disseminação de imagens ou vídeos com alto conteúdo erótico com o objetivo de humilhar a vítima.

No caso do *cyberbullying*, são os alunos cujos pais têm um nível cultural baixo ou habilidades precárias na Internet, estudantes com algum tipo de deficiência e aqueles pertencentes a minorias étnicas que são mais vulneráveis ao *cyberbullying* (Cross et al, 2012). A generalização e o fácil acesso a essas novas formas de comunicação, juntamente com a expansão massiva de redes sociais como Facebook ou WhatsApp, permitem a disseminação de conteúdo vexatório. Consideramos que seu potencial como arma de abuso reside, entre as razões apontadas, em sua possibilidade de anonimato, que permite ao agressor ocultar sua identidade, dificultando as possibilidades de intervenção para interromper esse tipo de comportamento. Essas formas de abuso geram pressão, às vezes intolerável, vendo os jovens em suicídio como a única alternativa de fuga possível. Outras fontes sugerem que desde o início da crise em 2008, o número de suicídios na população jovem aumentou exponencialmente, talvez devido às altas taxas de desemprego e à falta de oportunidades de emprego.

De qualquer forma, sempre há um fator precipitante e não é sempre que eles alertam alguém em seu ambiente sobre suas intenções. A natureza essencial, imediata, funcional e onipresente das novas tecnologias transformou nossos estilos e práticas de vida, embora a um ritmo tão acelerado que gera confusão e ignorância sobre seu uso e os direitos de seus usuários, tornando o *cyberbullying* um tipo de maus-tratos cada vez mais difundidos. Dado que nossos dados são compartilhados pela rede, em caso de não tomar as medidas de segurança pertinentes, eles são acessíveis a qualquer pessoa, bem como informações de todos os tipos que chegam até nós sem nenhum filtro. Os menores são especialmente vulneráveis às possíveis consequências negativas da perda de privacidade, destacando o mau uso das redes sociais por menores e as políticas de privacidade que eles oferecem.

O termo abrangeria práticas e atitudes amplas, como insultos nas redes sociais, mensagens de texto cruéis ou vídeos no *YouTube* ridicularizando a vítima. As raparigas são mais vulneráveis ao suicídio nesses tipos de situações. Dados os problemas que estão sendo tratados, é essencial que a administração estabeleça um compromisso com relação ao estabelecimento e aplicação de um plano de ação coordenado. Em 1999, a Organização Mundial da Saúde lançou o Programa SUPRE (sigla para Prevenção ao Suicídio) como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio e, desde então, surgiram várias publicações informativas que visam especificamente os setores envolvidos na prevenção, como profissionais de saúde, educadores, governos, famílias e comunidades. Nesse sentido, o Conselho da Europa está trabalhando para exigir um maior envolvimento da pesquisa científica, da educação nas escolas e dos centros de saúde, tornando-o uma prioridade política e principalmente aumentando o papel da pre-

venção, estabelecendo-se com o A controvérsia sobre o que é conhecido como “efeito Werther”, isto é, o efeito imitativo de certas notícias trágicas, é informação.

Falando sobre Portugal, o Sistema de Saúde Português (PHS) é composto por três setores complementares: 1) o Serviço Nacional de Saúde (NHS), cujas funções são financiamento, regulamentação, gestão de serviços e prestação de cuidados de saúde; 2) o setor social e o setor privado, que prestam assistência à saúde; e 3) subsistemas de seguro público e privado, que tratam de financiamento e prestação de serviços de saúde (SIMÕES et al., 2017). A Atenção Primária à Saúde tornou-se a principal empresa do NHS. Nas últimas décadas, foram realizadas reformas que trouxeram grandes mudanças organizacionais. A partir de 2006, foram criadas as Unidades de Saúde da Família (USF), pequenas equipes multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia operacional e técnica própria e sujeitas a um sistema contratual de emprego básico, com meios diagnósticos descentralizados e um sistema de benefícios para facilitar grandes produtividades, acessibilidade e qualidade.

Também foram criados os Grupos de Saúde do Centro (HCG), entidades organizacionais e gerenciais acima das USF que também incluíam as antigas estruturas de atenção primária à saúde, agora designadas como Unidades de Saúde Personalizadas (UBS). A distribuição é muito assimétrica, revelando desigualdades geográficas em termos de acesso a esses serviços, com eventual impacto no nível de equidade em saúde (SANTANA e FERREIRA, 2016). A saúde mental é uma parte essencial e indivisível da saúde e bem-estar geral do indivíduo (Patel et al., 2010). No entanto, as doenças mentais são atualmente uma das principais causas de incapacidade e de maiores taxas de morbimortalidade em todo o mundo, com a mortalidade por suicídio como uma das dez principais causas de morte (OMS, 2011). Tradicionalmente, Portugal é um dos países com a menor taxa de suicídios na Europa (Gusmão e Quintão, 2013). No entanto, de acordo com Fountoulakis et al. (2014, p. 3), é o único “país que não testemunhou uma clara redução na taxa de suicídio entre 2000 e 2011”.

CONCLUSÕES

Sendo certo que é ainda precoce apresentar resultados mais conclusivos sobre este projeto, que se encontra em fase de concretização, e mais agora, com todas as contingências a que esta situação atípica de pandemia nos obrigou, é já possível compreender que os alunos estão a usar este trabalho como oportunidade para se olharem uns aos outros de uma forma mais engajada com a responsabilidade de se autoanalisarem e de ajudarem os seus colegas cujos comportamentos indiciam ou evidenciam estas práticas de risco, no sentido de os encaminhar para as entidades competentes para os ajudar.

É certo, desde já, que se está a criar uma consciência mais plena para uma cidadania mais atenta ao que se passa em contexto escolar e que exige de todos, alunos e professores, um papel menos passivo, e mais construtivo na reflexão, prevenção e apoio aos jovens na escola, de uma forma mais pluridisciplinar, dentro e fora do contexto educativo.

Foi já possível compreender como o consumo de substâncias estupefacientes se consolidou em contexto escolar, funcionando como um fator de perturbação nas atividades relacionais e emocionais dos jovens estudantes.

Da discussão feita até ao momento, foi igualmente possível aferir que os consumos se articulam com um conjunto de problemas familiares, sociais, laborais e judiciais, com grande prejuízo para os adolescentes.

Constatamos, igualmente, que a perda de figuras parentais, seja por divórcio ou separação, seja por falecimento, não está distanciada dos casos mais graves de comportamentos suicidários.

Como sugestão para trabalhos futuros, pese embora estar este projeto ainda numa fase muito embrionária, apontamos, desde já, algumas áreas que nos parecem importantes para uma melhor compreensão desta problemática:

- o estudo dos laços parentais, o qual parece ter um papel importante numa posterior relação privilegiada com comportamentos de risco.
- o estudo da dinâmica familiar nas famílias monoparentais, que deveriam beneficiar desde cedo de uma intervenção precoce, por parte de profissionais de saúde e educação, dado que muitos dos sintomas que levarão a situações de risco surgem logo na infância.
- o estudo das características específicas do desenvolvimento da capacidade simbólica nos indivíduos, com maior propensão para a adesão a comportamentos de risco.

NOTAS

“Acabava tudo em pizza” é uma expressão mais comum quando alguém faz uma crítica do foro político, mas na verdade, ela trata de aludir ao que sucede quando algo errado é resolvido sem que ninguém seja punido. Este termo surgiu no Brasil, através do futebol. Na década de 60, alguns cartolas palmeirenses reuniram-se para resolver alguns problemas e, porque tardaram catorze horas seguidas de brigas e discussões, ficaram com fome. Então, todos foram a uma pizzaria, beberam cerveja e pediram dezoito pizzas grandes. Depois disso, foram para casa e a paz reinou absolutamente. Depois desse episódio, Milton Peruzzi, que trabalhava na Gazeta Esportiva, fez uma

manchete: “Crise do Palmeiras termina em pizza”. Daí em diante o termo tornou-se famoso.

<https://ressurreicao.com/index.php/atualidades/mundo/cotidiano/pensamentos-curiosidades/31-ditados-populares>

REFERÊNCIAS

- Agerbo, E., Sterne, J. A., y Gunnell, D. J. (2007). Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Social Science & Medicine*, 64(2), 451-461. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.043>.
- Apav, n/d. Legislação. https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/legislacao.
- Bilsker, D., y White, J. (2001). The silent epidemic of male suicide. *British Columbia Medical Journal*, 53(10), 529-534.
- Arató, M., Demeter, E., Rihmer, Z., y Somogy, E. (1988). Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 454-456.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barraclough, B., Bunh, J., Nelson, B., y Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Beautrais, A. L. (2005). *Suicide prevention: A review of evidence of risk and protective factors and points of effective intervention*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., y Gary, E. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, España: Biblioteca de Psicología Desclee De Brower S.A.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Sanderson, W. C., y Madland, T. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 148, 1195-1199.
- Bertolote, J. M., (2001). Suicide in the world: an epidemiological overview, 1959-2000. En D. D. Wasserman (ed.), *Suicide - an unnecessary death* (pp. 3-10). London: Dunitz.
- Breda, J. (1996). *Bebidas alcoólicas e jovens escolares: Um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado.
- Brent, D. A., Kerr, M. M., Goldstein, C., Bozigar, J., Wartella, M. E., y Allan, M. J. (1989). An outbreak of suicide and suicidal behavior in high school. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 918-924.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., y Roth, C. (1993). Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *American Journal of Diseases of Children*, 147, 1066-1071.
- Catone, W. V., y Schatz, M. T. (1991). The crisis moment: A school's response to the event of suicide. *School Psychology International*, 12, 17-23.

- Chang, S-S., Sterne, J. A. C., Wheeler, B. W., Lu, T.-H., Lin, J.-J., y Gunnell, D. (2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health & Place*, 17, 641-650. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.01.003>.
- Costa, F. S., Silva, J. A. P., Vieira, D. N., y Cortesão, M. C. (1987). Suicídio: Contributo medicolegal. *Psiquiatria clínica*, 8, 63-69.
- Cross, E. J., Piggan, R., Douglas, T., y Vonkaenel-Falst, J. (2012). *Virtual Violence II: Progress and Challenges in the Fight against Cyberbullying*. London: Beatbullying.
- Derek Cheung, Y. T. Spittal, M. J., Williamson, Tung, S. J., y Pirikis, J. (2014). Predictors of suicides occurring within suicide clusters in Australia, 2004–2008. *Social Science & Medicine*, 118, 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.005>
- Diez Roux, A. V., y Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1186, 125-145, <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Dorpat, T. L., y Ripley, H. S. (1960). A study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 349–359.
- Durkheim, E. [1897] (1966). *Suicide*. New York: Macmillan.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *J. Urban Health*, 80, 536-555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- Fountoulakis, K., et al. (2014). Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000–2011. *British Journal of Psychiatry*, 205(6), 486-496. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147454>
- Glaeser, E., Sacerdote, B., y Scheinkman, J. (1996). Crime and social interactions. *Quarterly Journal of Economics*, 111, 507–48.
- Gould, M. S. (1990). Suicide clusters and media exposure. En S. J. Blumenthal y D. J. Kupfer (eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 517-532). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., y Kleinman, M. (1990). Time-space clustering of teenage suicide. *American Journal of Epidemiology*, 131, 71-78.
- Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P., y Mercy, J. (1990). Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80, 211-212.
- Gould, M., Petrie, K., Kleinman, M. H., y Wallenstein, S. (1994). Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *International Journal of Epidemiology*, 23(6), 1185–89.
- Gusmão, R., y Quintão, S. (2013). Suicide and death resulting from events of undetermined intent register in Portugal. Revisiting “The truth about suicide”, 20 years later. *Portugal Health by Numbers*, 1, 80-95.
- Hegerl, U., Wittenburg, L., y the EAAD Consortium. (2009). The European Alliance Against Depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatric Services*, 6, 596-599.
- Matarazzo, J. D. (1983). Graduate education in health psychology, behavioral immunogens, and behavioral pathogens. *Health Psychology*, 2 (5), 53- 62.
- McIntosh, J. L., y Kelly, L. D. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13, 82-93.
- Nieto, E., y Vieta, E. (1997). La conducta suicida en los trastornos bipolares. En E. Vieta y C. Gastó (Eds.), *Trastornos bipolares* (pp. 318-336). Barcelona: Springer VerlagIbérica.
- Overholser, J. C., Braden A., y Dieter L. (2012). Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *J Clin Psychol*, 68, 349-361. <https://doi.org/10.1002/jclp.20859>
- Patel, V. et al. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. En A. Blas y A. S. Kurup (eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programs* (115-134). Ginebra.
- Peixoto, B., Saraiva, C., y Sampaio, D. (Coords.). (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Pereira, H., Monteiro, P., Esgalhado, G., Cunha, A., y Leal, I. (eds.) (2020). *13º Congresso nacional de psicologia da saúde. Melhorar o bem-estar global através da psicologia da saúde*. Lisboa: Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.
- Phillips, J. A. (2014). A changing epidemiology of suicide? The influence of birth cohorts on suicide rates in the United States. *Soc. Sci. Med.*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.038>
- Rich, C. I., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., y Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145, 718-722.
- Shim, R., Koplan, C., Langheim, F. J. P., Manseau, M. W., Powers, R. A., y Compton, M. T. (2014). The social determinants of mental health: An overview and call to action. *Psychiatric Annals*, 44(1), 22-26. <https://doi.org/10.3928/00485713-20140108-04>
- Santana P., y Ferreira P. (2017), Equidade em saúde. O papel das condições socioeconómicas e dos cuidados de saúde primários. En F. Cravidao, L. Cunha, P. Santana y N. Santos (eds.), *Espaços e tempos da geografia. Homenagem a António Gama*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Wasserman D. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz.
- Simões J., Augusto, G., Fronteira, I. E., y Hernandez-Quevedo, C., (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184.
- Teixeira, M. n/d. Ditados e Expressões Populares. Poder da ressurreição. <https://ressurreicao.com/index.php/atualidades/mundo/cotidiano/pensamentoscuriosidades/31-ditados-populares>.
- Van Dongen, C. J. (1991). Experiences of family members after a suicide. *Journal of Family Practice*, 33, 375-380.
- Värnik, A. et al (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among young aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113, 216-226.
- Wagner, K. G., y Calhoun, L. G. (1992). Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks. *Omega. Journal of Death and Dying*, 24, 61-73.
- WHO (2008). Closing the Gap in a Generation, Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *Global Public Health*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.514617>
- WHO (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf?ua=1
- WHO (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>