

## UM ESTUDO DO SUICÍDIO (4)\*

### V - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

CARLOS GRADIZ \*\*

#### - ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Não se apresentarão dados referentes às perturbações de desenvolvimento e aos antecedentes psicopatológicos familiares e tentativas de suicídio dos mesmos por as informações prestadas pelos familiares não serem consideradas por eles próprios como seguras e por os Centros de Saúde não possuírem informações médicas correspondentes. Nos restantes casos além das limitações provenientes da falta de informantes mais próximos, as da própria

idade do suicidado, não nos permitiram informações mais detalhadas.

#### a) Suicídios na família

Não se apuraram informações de 28,2% dos casos. No entanto apurou-se que pelo menos em 35,2% de casos ocorreram suicídios na família (15,5% em parentes de 1º grau e 19,7% em parentes colaterais), como podemos apreciar no quadro 19.

QUADRO 19: Distribuição da população suicida na família de suicidados do Distrito de Beja no ano de 1987

FAMÍLIA	N	%	% AC
Parentes do 1ºGrau	11	15.5	15.5
Colaterais	14	19.7	35.2
Inexistentes	26	36.6	71.8
Não determinados	20	28.2	100.0
TOTAL	71	100.0	///

\* Quarto e último da série

\*\* Psicólogo do Centro de Saúde Mental de Beja

**b) Tentativas de suicídio do suicidado**

Não se obtiveram dados de 11,3% dos suicidados. Contudo, pelo menos 23,9% cometeram tentativas de suicídio e

64% não as cometeram (ver quadro 20). Entre os que cometeram as mulheres apresentavam significativamente maior proporção (para  $N_1 = 9$ ;  $N_2 = 8$ ;  $N = 63$ ;  $N_a = 44$ ;  $G.L. = 1$ ;  $X^2 = 2.154$ ).

**QUADRO 20: Distribuição das tentativas de suicídio dos suicidados do distrito de Beja do ano de 1987**

TENTATIVAS	N	%	% AC
Existentes	17	23.9	23.9
Inexistentes	46	64.8	88.7
Não Ver	8	11.3	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**c) Antecedentes psiquiátricos pessoais**

Não se apuraram dados de 7,9% dos

suicidados. Contudo, pelo menos 28,2% tiveram antecedentes psiquiátricos pessoais (ver quadro 21).

**QUADRO 21: Distribuição dos antecedentes psiquiátricos pessoais da população suicida do Distrito de Beja no ano de 1987**

Ant. Psiquiát. Pes.	N	%	% AC
Existentes	20	28.2	28.2
Inexistentes	46	64.8	93.0
Não Ver	5	7.0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**d) Admissão em meio hospitalar psiquiátrico**

Não se obtiveram dados de 15,5% de

casos. No entanto, pelo menos em 7% dos casos houve admissões em meio hospitalar psiquiátrico (ver quadro 22).

**QUADRO 22: Distribuição da população suicida segundo a admissão em meio hospitalar psiquiátrico**

ADMISSÃO	N	%	% AC
Existentes	5	7.0	7.0
Inexistentes	55	77.5	84.5
Não Ver	11	15.5	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

## e) Consultas aos bruxos

Conforme podemos observar no qua-

dro 23 apenas 15,5% consultaram os bruxos durante a sua existência. Não se obtiveram dados de 12,7% de casos.

QUADRO 23: Distribuição da população suicida segundo as consultas realizadas aos bruxos

CONS. BRUXOS	N	%	% AC
Existentes	11	15.5	15.5
Inexistentes	51	71.8	87.3
Não Ver	9	12.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

## f) Doença actual

Estavam doentes no momento da

morte 56,3% dos suicidados como podemos observar no quadro 24.

QUADRO 24: Distribuição da população suicida do ano 1987 segundo o estado de saúde

Doença Actual	N	%
SIM	40	56.3
NÃO	31	43.7
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>

Por sua vez as doenças prevalentes entre os suicidados eram as seguintes:

TIPO DE DOENÇA ACTUAL	N	%
1 - Traumatismo físico ou doença orgânica de que resulta incapacidade permanente para o trabalho ou dependência física ou médica	15	37.5
2 - Alcoolismo	9	22.5
3 - Neoplasias	5	12.5
4 - Perturbações psíquicas associadas a doenças orgânicas	5	12.5
5 - Perturbações psíquicas diagnosticadas	4	10.0
6 - Doenças depressivas diagnosticadas	1	2.5
7 - Perturbações psíquicas não diagnosticadas	1	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Salientamos entre os que padeciam de doença no momento da morte a prevalência dos que sofriam de incapacidade permanente para o trabalho ou dependentes física e medicamente com 37,5% dos casos.

Realçamos também a elevada incidência de suicidados com alcoolismo com 22,5% do contingente com problemas de saúde, o que corresponde a 12,5% do universo suicida. A idade média dos que sofriam de alcoolismo (todos homens), era de 57,8 (D.P. = 13,8) e nenhum cometeu tentativa de suicídio, ao passo que a idade média dos que padeciam de incapacidade permanente para o trabalho ou eram dependentes era de 64,4 anos (D.P. = 16,0).

De salientar também que entre os que tentaram o suicídio, 70,6% não padeciam de qualquer doença.

**g) Período entre a última ida ao médico e o suicídio**

Cerca de 20,0% dos suicidados foram ao médico até 30 dias antes da morte e aproximadamente 47% até um ano antes.

Mais de 36% (36,6), ou não possuíam ficha clínica ou não se conseguiu determinar se foram ou não ao Centro de Saúde ou ao posto médico da sua zona habitual de residência (ver quadro 25).

**QUADRO 25: Distribuição da população suicida em 1987 segundo a última ida ao médico**

Última ida ao médico de Clínica Geral	N	%	% AC
0 - 7 dias	3	4.2	4.2
8 - 30 dias	11	15.5	19.7
31 - 90 dias	6	8.5	28.2
91 - 365 dias	13	18.3	46.2
+ de 1 ano	12	16.9	63.4
Não determinado	26	36.6	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**- OS ACONTECIMENTOS MARCANTES DURANTE A EXISTÊNCIA E NOS ÚLTIMOS 2 ANOS**

Estudámos as avaliações dos «life events» (acontecimentos marcantes) de PAYKEL et alg. (1971) de PAYKEL et alg (1976), de OEI e ZWART (1986) e de VANNA at alg (1990). No entanto há unidades de codificação propostas para os acontecimentos que não correspondem à realidade por nós encontrada.

Quanto às unidades de análise pro-

postas por ROBINS (1981) que utiliza para o efeito 10 circunstâncias antecedentes levamos algumas em consideração quando abordámos os acontecimentos marcantes dos últimos 2 anos.

Os acontecimentos marcantes durante a existência estão numerados de 1 a 28 e os ocorridos nos últimos 2 anos, numerados de 1 a 16. Estes acontecimentos foram os que foram avaliados pelos informantes e por nós.

**1 - As frequências encontradas relativamente aos acontecimentos marcantes durante a existência foram os seguintes:**

## Nº de acontecimentos

1 - Tentativas de suicídio.....	11
2 - Acidente, doença física ou mental de que resulte incapacidade para o trabalho.....	8
3 - Não determinado.....	8
4 - Abandono dos pais na inf. (antes dos 15 anos: inclui também os filhos de pai incógnito)..	7
5 - Morte dos pais na infância por acidente ou doença.....	7
6 - Insucesso escolar.....	6
7 - Separação-Divórcio.....	6
8 - Morte dos pais por suicídio.....	5
9 - Pais perturbados mentalmente ou débeis mentais.....	4
10 - Morte do Cônjuge.....	4
11 - Morte dos pais na infância, por suicídio.....	3
12 - Abandono da escola por imposição familiar.....	3
13 - Alcoolismo do pai.....	3
14 - Morte de irmãos por suicídio.....	3
15 - Perturbações psiquiátricas em jovem.....	3
16 - Perturbações psiquiátricas.....	3
17 - Emigração.....	3
18 - Ausência dos filhos.....	2
19 - Isolamento.....	2
20 - Nada a assinalar.....	2
21 - Epilepsia na infância.....	2
22 - Morte dos filhos (inclui os nado-mortos).....	2
23 - Casamento precoce (14 anos).....	1
24 - Legião estrangeira.....	1
25 - Homicídio involuntário.....	1
26 - Alcoolismo de irmãos.....	1
27 - Morte da mãe com quem vivia.....	1
28 - Conflitos familiares na infância.....	1
<b>TOTAL</b> .....	<b>103</b>

**Os acontecimentos marcantes foram categorizados em áreas de actividade seguintes:**

Perdas (4;5;8;10;11;14;18;22;15;17).....	35 casos
Saúde (1;2;9;13;15;16;21;26).....	35 casos
Educação (6;12;28).....	10 casos
Conjugal (7;23).....	7 casos
Mudanças (17;24).....	4 casos
Outros (3;19;20).....	12 casos

Os acontecimentos relacionados com a perda e a saúde concentram relativamente aos acontecimentos marcantes desde a infância, 68% dos casos.

De salientar que 29,5% dos suicidas, perderam um dos pais na infância (ou por acidente, doença, por suicídio, abandono).

Por curiosidade tentámos comparar se proporcionalmente haveria uma relação significativa entre as perdas e as tentativas de suicídio e verificámos que apenas 17,6%

dos que fizeram tentativas de suicídio perderam o pai na infância ( $\chi^2 = .491, G.L. = 2$  e  $p = N.S.$ ), conforme quadro 26.

QUADRO 26: Distribuição das perdas segundo tentativa de suicídio da população suicidada no ano de 1987

TENT. SUICÍDIO	SIM	NÃO	TOTAL
Existentes	3	14	17
Não existentes	12	34	46
Não Ver.	2	6	8
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>71</b>

2 - As frequências encontradas relativamente aos acontecimentos marcantes nos últimos 2 anos foram as seguintes:

Nº de acontecimentos

1. Agravamento da doença.....	19
2. Morte do cônjuge, filho, pai, familiar íntimo por doença, suicídio ou acidente.....	11
3. Tristeza, aborrecimento, depressão (segundo os Informantes).....	11
4. Alcoolismo.....	9
5. Incapacidade física para o trabalho devido a doença ou acidente.....	7
6. Divórcio, separação, adultério.....	7
7. Conflitos familiares, sevícias de pai, marido.....	7
8. Tentativas de suicídio.....	6
9. Solidão, isolamento(segundo os informantes).....	6
10. Neoplasia.....	5
11. Problemas legais (roubo, incompatibilidade serviço militar, tentativa de homicídio).....	3
12. Doença de mulher, filho, marido.....	3
13. Morte de amigo íntimo.....	2
14. Mudança de residência por imposição de família ou institucional.....	2
15. Gravidez indesejada.....	1
16. Tentativa de suicídio da mãe.....	1

TOTAL

100

Estes acontecimentos marcantes também foram categorizados. Assim temos:

Saúde (1;4;10;12).....	36 casos
Perda de relação social (3;9) .....	17 casos
Perda afectiva (2;13) .....	13 casos
Conjugal (6;15) .....	8 casos
Família (7) .....	7 casos
Trabalho (5) .....	7 casos
Situações incontroláveis (8;16) .....	7 casos
Legal (11).....	3 casos
Mudança (14) .....	2 casos

São os problemas relacionados com a perda e a saúde que ocupam 70% dos casos ocorridos nos últimos 2 anos.

#### 4 - CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS AO COMETIMENTO SUICIDÁRIO

Aproximadamente 82% dos que cometeram suicídio não tinham ninguém por perto ou em contacto (ver quadro 27).

QUADRO 27: Distribuição das circunstâncias do cometimento suicidário segundo o isolamento (população suicidada do Distrito de Beja no ano de 1987)

ISOLAMENTO	N	%
0 - alguém por perto	-	-
1 - alguém por perto ou em contacto	12	16.90
2 - ninguém por perto ou em contacto	58	81.69
3 - não V.	1	1.41
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>

Quanto à programação constatamos que, pelo menos 94.3% programaram o suicídio para que a intervenção não fosse possível (ver quadro 28)

QUADRO 28: Distribuição das circunstâncias do cometimento suicidário segundo a programação (população suicidada do Distrito de Beja no ano de 1987)

PROGRAMAÇÃO	N	%
0 - programado para que a intervenção fosse provável	2	2.82
1 - programado para que a intervenção não fosse provável	35	49.30
2 - programado para que a intervenção fosse muito pouco provável	32	45.07
3 - Não v.	2	2.82
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>

Quanto às precauções assumidas pelos próprios suicidas temos a referir que pelo menos em 14% de casos não conseguimos determiná-las por falta de testemunhos de informantes. No entanto sabemos que

38.03% assumiram precauções activas para não serem descobertos. A maior frequência ocorreu em sujeitos que tomaram precauções passivas na preparação da sua própria morte. (ver quadro 29)

**QUADRO 29: Distribuição das circunstâncias do cometimento suicidário segundo as precauções (população suicidada do Distrito de Beja no ano de 1987)**

PRECAUÇÕES	N	%
0 - sem precauções	-	-
1 - precauções passivas	34	47.89
2 - precauções activas	27	38.03
3 - não v.	10	14.08
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>

No que diz respeito à actuação só houve um caso em que houve um apelo simultâneo para ajuda que o falecido sabia estar perto mas a quantidade de veneno ingerida não permitiu a recuperação apesar de o falecido ter resistido cerca de dois dias.

Já quanto às atitudes tomadas prevenindo a morte, em 62% dos casos houve preparação prévia desde ameaças, ideias até planos bem definidos, conforme podemos ver no quadro 30.

**QUADRO 30: Distribuição das circunstâncias do cometimento suicidário segundo as atitudes (população suicidada do Distrito de Beja no ano de 1987)**

ATTITUDES	N	%
1 - preparação parcial ameaçando ou idealizando	25	35.21
2 - planos bem definidos	19	26.76
3 - não v.	27	38.03
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>

No entanto não conseguimos apurar dados de 38% dos casos.

Finalmente 97% dos suicidados não deixaram carta, facto que consideramos natural pois, como sabemos a grande maioria não tinha quaisquer habilitações literárias.

## 5 - A SAZONABILIDADE DO SUICÍDIO

### 1 - A distribuição dos suicídios por meses

Se analisarmos o quadro 31 verificamos que os meses de Março, Abril, Maio, Junho e Dezembro são os que apresentam maior frequência de suicídios com 56.03% do contingente do ano e o mês de Outubro é o que apresenta menor frequência de casos.

Quadro 31: Distribuição dos suicídios no ano de 1987, segundo os Meses do Ano

MESES DO ANO	N	%	% AC
Janeiro	5	7.04	7.04
Fevereiro	6	8.45	15.49
Março	8	11.27	26.76
Abril	8	11.27	38.03
Maio	8	11.27	49.30
Junho	8	11.27	60.56
Julho	4	5.63	66.20
Agosto	5	7.04	73.24
Setembro	4	5.63	78.87
Outubro	3	4.23	83.10
Novembro	4	5.63	88.73
Dezembro	8	11.27	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>////</b>

Além disso 60,56% dos suicídios ocorreram na primeira metade do ano.

Quanto à distribuição mensal dos suicídios segundo o sexo não há diferença significativamente falante ( $X^2 = 9.348$  G.L. = 11P.50). No entanto, enquanto os homens apresentam um peak bimodal em Junho e Dezembro, as mulheres apresentam um peak unimodal no mês de Junho.

## 2 - Distribuição dos suicídios por estações do ano.

Em relação à sua distribuição segundo estações do ano, constatamos diferenças significativas na sua distribuição [teste Kolmogorov-Smirnov ( $X^2 = 4.874$ ; G.L. = 2; p.10)] como podemos observar no quadro 32.

QUADRO 32: Distribuição dos suicídios segundo as estações do ano de 1987

ESTAÇÕES ANO	N	%	Freq. Esperada
1 - Inverno	10	36.75	17.80
2 - Primavera	24	33.80	17.80
3 - Verão	17	23.94	17.80
4 - Outono	11	15.49	17.80
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>71.20</b>

De qualquer modo há uma prevalência significativa de suicídios na Primavera com 33,80% dos casos.

Em relação à hora do suicídio, de acordo com a definição operacional proposta, constatámos que 60.60% dos suicídios ocorreram até antes da hora do almoço e a maior frequência ocorreu durante a manhã com 39.4% dos casos (ver quadro 33) e 63.3% ocorreram durante o dia.

**3 - Distribuição dos suicídios segundo a hora.**

**QUADRO 33: Distribuição dos suicídios segundo a hora do ano de 1987**

HORA	N	%	% AC
Madrugada	14	19.7	19.7
Manhã	29	40.6	60.6
Tarde	16	22.5	83.1
Noite	12	16.9	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>####</b>

**4 - Distribuição dos suicídios segundo os dias da semana.**

suicídios segundo os dias da semana fomos confrontados com uma homogeneidade na sua distribuição nas 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> Feiras e um peak no domingo (18,3%) (ver quadro 34).

No que diz respeito à distribuição dos

**QUADRO 34: Distribuição dos suicídios segundo os dias da semana no ano de 1987**

DIAS DA SEMANA	N	%	% AC
Segunda-Feira	10	14.1	14.1
Terça-Feira	10	14.1	28.2
Quarta-Feira	7	9.8	38.0
Quinta-Feira	10	14.1	52.1
Sexta-Feira	10	14.1	52.1
Sábado	11	15.5	81.7
Domingo	13	18.3	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>####</b>

**- MÉTODO DE SUICÍDIO E LOCAL DE COMETIMENTO**

Há uma prevalência de suicídios por envenenamento no conjunto geral dos dois sexos (42,3%) e os métodos de envenenamento e de enforcamento foram utilizados

por 83.1% da população suicidada de 1987.

No entanto há uma diferença significativa respeitante aos métodos, entre os dois sexos ( $X^2 = 9.869$ ; G.L. = 3;  $p < 0.02$ ), conforme podemos ver no quadro 35.

QUADRO 35: Distribuição dos suicídios por sexos segundo o método no ano de 1987 no Distrito de Beja

MÉTODO	Enf.	Env.	Afog.	Arma Fogo	TOTAL
Masculino	26	20	3	3	52
Feminino	3	10	5	1	19
TOTAL	29	30	8	4	71

Entre os homens 50% utilizaram o enforcamento e entre as mulheres, 52,6% utilizaram o método de envenenamento e apenas 15,8% utilizaram o método de enforcamento.

Em relação ao local de cometimento suicidário constatámos que 54,9% suicidaram-se na sua residência.

**- SINTOMAS MÉDICOS E PSICOLÓGICOS E CARACTERIZAÇÃO DOS SUICIDADOS PELOS INFORMANTES****1) Sintomas Psicológicos**

Os dados foram obtidos dos informantes e das fichas dos Centros de Saúde e dos postos médicos.

Relativamente aos sintomas psicológicos não se obtiveram informações claras de 23,9% de falecidos. Como podemos ver através do quadro 36 segundo os Informantes, 26,8% dos falecidos apresentavam nos últimos dias comportamentos diferentes dos habituais e 25,4% referiam queixas de tristeza.

QUADRO 36: Distribuição dos sintomas psicológicos da população suicidada do Distrito de Beja no ano de 1987

SINTOMAS PSICOL.	N	%	% AC
Comp. Dif.habituais	19	26.8	26.8
Queixas de tristeza	18	25.4	52.2
Não v.	17	23.9	76.1
Desiludido da vida	7	9.9	86.0
Medo	6	8.5	94.5
Indiferença	4	5.5	100.0
TOTAL	71	100.00	////

## 2) Sintomas Médicos

Relativamente aos sintomas médicos, dos dados recolhidos saliente-se a aparência deprimida em 21,1% dos casos e

excitação em 18.3%. Outros sintomas como delírios e insónias foram apurados em 20% dos casos. Finalmente, como podemos ver no quadro em baixo (quadro 37) não se obtiveram dados de 21.1% dos casos.

QUADRO 37: Distribuição dos sintomas médicos da população suicida no ano de 1987

SINT. MÉDICOS	N	%	% AC
Aparência deprimida	15	21.1	21.1
Não determinados	15	21.1	42.2
Excitação	13	18.3	60.5
Redução actividade	8	11.3	71.8
Insónia	7	9.9	81.7
Delírios	7	9.9	91.6
Inibição	6	8.4	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>////</b>

## 3) Caracterização do suicidado pelos informantes

No que diz respeito à caracterização dos suicidados pelos informantes quanto ao

seu carácter, temperamento e personalidade, 40,8% dos suicidados eram considerados pessoas reservadas embora participativas e 23,9% eram consideradas como pessoas isoladas (ver quadro 38).

QUADRO 38: Distribuição da população suicidada de 1987 segundo a caracterização produzida pelos informantes

CARACTERIZAÇÃO	N	%	% AC
Reser/Participativo	29	40.8	40.8
Isolado	17	23.9	64.7
Alegre/Participativo	14	19.7	84.4
Conflituoso	6	8.5	92.9
Imaturo	5	7.1	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>////</b>

## VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### B - DISCUSSÃO SOBRE OS ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES DOS SUICIDADOS

A presença de uma proporção elevada de suicídios em familiares de 1º grau (15.5%) na amostra de 1987, confirma a posição de FARBEROW (1968) e de BREED (1963), de que o suicídio na família provoca a aparição nos sobreviventes de impulsos suicidas. Concretamente, os suicídios em familiares próximos deixam traumas emo-

cionais e destroços humanos que ficam por resolver - stress psicológico em crianças de suicidados, raiva e tristeza em adolescentes, distúrbios emocionais irresolúveis em cônjuge (SANBORN e SANBORN 1976).

Aliás ROY (1983), encontrou nos registos de pacientes internados e que posteriormente cometeram suicídio, história familiar de suicídio em 2,9% de casos. No entanto para BARRACLOUGH et al (1974), em suicidados diagnosticados com depressão, 6% tiveram história de suicídio nos parentes de 1º grau.

Já relativamente às tentativas de suicídio do suicidado enquanto BARRACLOUGH et al (1974), sinaliza 33% de suicidados depressivos com história de tentativa de suicídio, nós encontramos 23,9% de tentativas na nossa amostra de 1987. No entanto ROBINS (1981), encontrou em 18% de suicidados história de tentativa de suicídio ao mesmo tempo que considera que a tentativa de suicídio não é um preditor forte em relação a outros preditores, facto que é confirmado por HUMPHREY et al (1972), que colocam a tentativa de suicídio em 8º lugar no rank-order dos acontecimentos marcantes dos suicidados (na nossa amostra ocupa o 5º lugar).

Quanto aos antecedentes psiquiátricos os dados que recolhemos (28,2%) estão afastados dos níveis mínimos indicados por Clayton (1988), para quem apenas de 35 a 50% de suicidados nunca tiveram assistência psiquiátrica. Para BARRACLOUGH et al (1973) essa percentagem é de 44% para depressivos e 50% para alcoólicos.

No entanto chamamos a atenção para o facto de o distrito de Beja além de ser o maior do país e com a densidade populacional mais baixa, tem apenas um psiquiatra para toda a população do distrito e esteve

sem psiquiatra de 1979 a 1983.

No que diz respeito ao estado de saúde no momento da morte quer em termos de saúde física quer em termos de saúde mental, os nossos dados estão muito aquém dos encontrados por CLAYTON (1988), BARRACLOUGH et al (1973), entre outros (nós só encontramos 56,3% de população doente) que apontam para entre 1/3 e 2/3 (BARRACLOUGH e ROBINS apontam para 92%). Houve limitações no nosso trabalho por motivos que apontaremos adiante.

Já quanto aos que se encontravam doentes no momento da morte confirma-se a posição de ROJAS (1978), de que quanto mais «contaminado» é o acto suicida por factores destrutivos mais reactivo é o fenómeno.

De facto, encontramos entre os factores desencadeantes além das enfermidades psíquicas, o alcoolismo, as enfermidades somáticas como o cancro como as mais relevantes entre as que identificámos.

Enquanto MYERS e NEAL (1978) encontraram em 30% dos pacientes psiquiátricos suicidas, 30% com doença física e ROBINS (1981) encontrou 46% de sujeitos com doença física na sua amostra de 134 casos de suicídio, nós encontramos na nossa amostra entre os traumatizados físicos doentes orgânicos e neoplásicos e doença física associada a doença orgânica 35,2% de casos (1; 3; 4 da nossa codificação) no conjunto da nossa amostra.

No que respeita à incidência de alcoolismo os dados obtidos por vários investigadores para além de ALPINE (1987), CLAYTON (1988) são confirmados por ROBINS (1981), e com os quais comparamos os obtidos por nós

	Barraclough et alg. (1973)	Dorpat e Ripley(1957)	Robins et alg. (1957)	Gradiz (1990)
	100 casos	108	134	71
Alcoolismo	15%	26%	25%	12,5%
Neoplasia	?	?	4%	7,0%

Finalmente, quanto ao período entre a última ida ao médico assistente e o suicídio infelizmente, constatamos que, muitos suicidados não tinham ficha médica (no Baixo Alentejo há uma tendência para a resistência à entrada na doença em especial entre os homens), e em alguns casos os postos médicos não conseguiram dar-nos informações que necessitávamos (há pessoas que nunca foram ao médico e outras vezes o médico não menciona a data da consulta).

Os nossos dados diferem significativamente dos obtidos por outros investigadores que citámos (BARRACLOUGH et alg, 1973; ALPINE 1987), que apontam uma percentagem de ida ao médico nos últimos 6 meses semelhante à que encontramos no último ano (47%) anterior à morte. No entanto BECK (1979), reclama que 40% dos suicidados visitaram serviços médicos e psiquiatras na semana anterior à morte.

#### C - DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS RELATIVOS AOS ACONTECIMENTOS MARCANTES

Os acontecimentos mais relevantes correspondem aos que apresentámos quando abordámos os factores desencadeantes como as enfermidades (BARRACLOUGH et alg, 1973), e os da letalidade como por exemplo, as perdas (LITMAN, FARBEROW et alg, 1974).

No entanto completamos os nossos dados com estudos de HUMPHREY et alg (1972), que colocam em 8º lugar na ordem dos actos autodestrutivos as tentativas de suicídio, ao passo que no nosso estudo elas ocupam o 5º lugar na ordem das circunstâncias antecedentes.

Entretanto estudos de YESAVAGE et alg (1985), admitem que 36% dos indivíduos (na nossa amostra são 29,5%) que cometeram actos autodestrutivos tiveram alguma perda até aos 12 anos (morte, separação de pais). Haveria uma prevalência de acontecimentos respeitantes aos conflitos familiares e disciplina parental precoce na precipitação de cometimentos suicidários.

No entanto, voltando aos acontecimentos mais marcantes, para ROBINS (1981), as doenças (46%), e as perdas (25%) ocupam um lugar relevante nas circunstâncias antecedentes do suicídio (segundo ROBINS 1981, a perda de uma relação afectiva significa o divórcio, separação, morte do cônjuge, desaparecimento de amigo íntimo) correspondendo na globalidade aos dados que obtivemos (as perdas e a saúde ocupam 70% dos acontecimentos marcantes da nossa amostra).

#### D - DISCUSSÃO SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS AO COMETIMENTO DO SUICÍDIO

Podemos concluir, face aos dados, que houve intenção de morte por parte da grande maioria dos suicidados e, mesmo num caso em que houve tentativas de suicídio mal sucedida, porque falhou a ajuda prevista considerámo-lo como suicídio conforme argumentámos no capítulo referente aos conceitos (SHNEIDMAN, 1968).

Todos os suicidados actuaram sozinhos, e a grande maioria planeou o seu suicídio (62% de casos).

Estes dados confirmam os que apresentámos na introdução, quando apresentámos a panorâmica mundial neste capítulo

em que a percentagem entre 50% e 80% dos suicidados deram sugestões a respeito das suas intenções de morte (ALPINE 1987, CLAYTON 1988).

No entanto complementando as nossas conclusões sobre a intencionalidade da morte dos suicidados com os dados de ROBINS (1981), este autor constatou no seu trabalho que 69% dos suicidados tinham comunicado a intenção de morte.

#### E - DISCUSSÃO RELATIVAMENTE À SAZONABILIDADE DO SUICÍDIO

Os dados referentes à distribuição do suicídio ao longo do ano confirmam os estudos de SOUETRE (1987) de que fizemos referência quando estudámos os factores predisponentes. Há de facto um peak bimodal de ocorrência suicidária de indivíduos com menos de 25 anos (no nosso caso com menos de 30) e um peak unimodal entre os suicidados com mais de 65 anos, embora os meses desta incidência sejam diferentes.

No conjunto geral os dados de 1987 relativamente à distribuição mensal dos suicidados não confirmam os obtidos no quinquénio 82-86 neste distrito (AREAL e GRADIZ, 1987) pois estes encontraram um «peak» em Julho e um «trough» em Outubro, ao passo que nós encontramos um peak homogéneo em 5 meses do ano e um trough em mês idêntico, isto é, em Outubro.

Quanto à distribuição dos suicídios segundo as estações do ano há de facto uma proporção significativamente elevada de suicídios na Primavera e um «trough» no Outono. Os nossos dados confirmam assim os estudos de SOUETRE (1987) e FREITAS (1982). Allás CAPSTICK (1960) suportando-se em vários autores (MORSELLI, 1881; DURKHEIM, 1933; DAHLGREN, 1945) obtêm os mesmos resultados nas suas pesquisas.

Em ambos os sexos o pattern sazonal do suicídio é semelhante (CAPSTICK, 1960;

SOUETRE, 1987) apesar de nos nossos dados os homens apresentarem um peak bimodal em Junho e Dezembro e as mulheres apresentarem um peak unimodal em Junho.

Pouco sabemos relativamente à distribuição dos suicídios segundo a hora mas um estudo regional de JACINTO (1988) realizado em Aljustrel confirma uma prevalência de suicídios na primeira metade do dia, embora a diferença não seja significativa (50,4%). No entanto pesquisas de WILLIAMS e TANSELLA (1986) de 25987 suicídios confirmam os nossos dados, isto é, de que há uma prevalência de suicídios entre as 6 horas da manhã e as 4 horas da tarde, e com uma prevalência, dentro deste espaço temporal, entre as 6 horas e as 11 horas da manhã. O próprio estudo de JACINTO (1988), apresenta um peak bimodal (um às 7 horas da manhã e outro peak entre as 17 e as 18 horas).

Em resumo o estudo da sazonalidade do suicídio no Baixo Alentejo ao confirmar a Primavera como a estação de maior prevalência suicidária ratifica a posição de FREITAS (1982), de que o «pólo da morte propende a vingar em ambiente sazonal que atesta a vida».

#### F - DISCUSSÃO SOBRE O LOCAL E MÉTODO DE SUICÍDIO

Os métodos de suicídio variam de cultura para cultura, de região para região pois em cada região os suicidados utilizam os meios mais disponíveis.

Como região rural que é o Baixo Alentejo a utilização dos pesticidas ou insecticidas constitui o método que está mais à mão dos seus habitantes.

#### G - DISCUSSÃO SOBRE SINTOMAS MÉDICOS, PSICOLÓGICOS E A CARACTERIZAÇÃO DOS SUICIDADOS

Estudos de BIRO e LAZIC (1988) atra-

vés da aplicação da análise da regressão múltipla aos dados da sintomatologia dos traços de personalidade dos suicidados, conferem a estes uma personalidade agressiva e com sintomas depressivos como Insónia, agitação, solidão e introversão social. Estes sintomas seriam sinais etiológicos com papel relevante no suicídio.

Entretanto, MICHEL (1986) considera que a patologia depressiva dos que cometem parasuicídio de alta intenção e dos que se suicidam é semelhante, distinguindo-se assim como sintomas predominantes em ambos os casos a insónia de despertar precoce, preocupação ou agitação, perda de interesse e a aparência deprimida.

No fundo estes sintomas e traços que também encontrámos enquadra-se nas características que FARBEROW (1968) nos dá da pessoa suicida independentemente da actividade suicida que realize e que abordámos no capítulo da metodologia.

## CONCLUSÃO

Parece-nos que a etiologia do suicídio formulada pela psicanálise e a fenomenologia embora não estivesse presente no nosso trabalho de uma forma explícita, é necessária para a prática da sua prevenção e está implícita nos factores de suicídio.

Pensamos também que a etiologia sociológica em abstracto é também importante pois a perda de integração dos suicidados foi das notas mais salientes encontradas no nosso trabalho. Contudo foram os factores de suicídio quer os predisponentes, quer os desencadeantes e os letais que dominaram os conteúdos do nosso trabalho. E eles são no fundo uma emanação das explicações sociológicas e psicológicas do suicídio.

Entretanto, pensamos que não devemos face aos resultados encontrados atribuir exclusivamente aos factores psicológi-

cos ou sociológicos, a causa do suicídio. Há quanto a nós uma relação mútua, que já referimos atrás, entre os factores sociais e psicológicos em cada caso encontrado. Perfilhamos de facto a posição de SCHNEIDMAN (1968) de que para compreender o suicídio, tem que se conhecer os sentimentos e pensamentos e o funcionamento da pessoa, assim como a forma como se integra no seu meio próximo e participa moralmente como membro dos grupos dentro dos quais se desenrola a sua vida.

Sem esquecer as difíceis condições de existência em que a maioria dos suicidados vivia, o facto de a maioria estabelecer uma relativa introversão social com o meio, e sem defesas pessoais de recurso (cultura, hobby, etc), estarem doentes e sofrerem perdas e com antecedentes pessoais e familiares graves, pensamos que a fragilização «da área do Eu» segundo SCHNEIDMAN (1968) face à realidade, impediu a administração das suas angústias para fazer face à morte e precipitou as condições de letalidade ocorridas nos seus actos destrutivos.

## BIBLIOGRAFIA

- Anuário Estatístico 1983-1985, INE; Lisboa (1986).
- ABRAAM, K. (1930) - *Psicoanálisis clinicos*, Ed. Paidós, Buenos Aires (1959).
- ACHILLE DELMAS (1932) - *Psychologie pathologique du suicide*, Liv. F. Aican, Paris (1932).
- ALPINE, D. Mc. (1987) - Suicide - Recognition and Management in Mayo clinic 66, pp.778-781, (1987).
- AREAL, F. M.; GRADIZ, C. (1986) - *O suicídio no Distrito de Beja*, Ed. C.S.M. de Beja (1987).
- BAECHLER, J. (1975) - *Suicides*, basic books inc. Publishers N. York (1979).
- BAIRRÃO RUIVO, J. alg (1980) - *Estudo Epidemiológico da Deficiência Mental*, 1<sup>o</sup> Vol., Ed. C.O.O.M.P., Lisboa (1980).
- BARDIN, L. (1977) - *Análise de Conteúdos*, Ed. 70, Lisboa (1979).

- BARRACLOUGH, B. M.; SHEPERD, D. M.** (1977) - *The immediate and enduring effects of the enquest on relatives of suicide*, Brit. Journ. of Psychiat., 131, pp. 400-404, (1977).
- BARRACLOUGH, B.; SAINSBURY, P. et alg.** (1973) - "A hundred cases of suicide: clinical aspects", in *Brit. Journ. of Psychiatry* 525, pp. 355-373, (1984).
- BECK, A.; LESTER, D.** (1975) - "Components of suicidal intent" in *completed and attempted suicides*, in *Journal of Psychology*, p2, pp. 35-38, (1976).
- BECK, A. T. et alg.** (1979) - *Terapia cognitiva da depressão*, Ed. Zahar, Rio de Janeiro (1982).
- BENDZ-TRASKMAN, L. et alg.** (1988) - *Biochemical aspects of suicidal behaviour*, Biol. Psychiatric, Vol. 13, pp.535-544, (1989).
- BERATIS, S.** (1986) - *Suicide in south-western Greece 1979-1984*, Acta Psychiatrica Scandinava, 74, pp.433-439, (1986).
- BERGERET, J.** - *Psicologia Patológica*, Ed. masson, S. Paulo (1983).
- BIRO, M.; LAZIC, P.** (1888) - Methodological problems of suicide prediction: an example, *Eur. Journ. Psychiat.*, Vol. 2, nº4, Out/Dez.88, pp.233-244.
- BRIDGE, T. P.; POTKIN et alg.** (1977) - "Suicide Prevention centers", in *The Journal of Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 164, nº1, pp.18-24, (1977).
- CAPSTICK, A.** (1959) - "Urban and rural suicide", in *The Journal of Mental Science*, Vol. 106, nº445, Out, pp.1327-1336, (1960).
- CAROLI, F.; VIDON, G.** (1984) - "Sémiologie des conduites suicidaires" in *Encyclopédie Medico-chirurgicale*, Paris, 37114 A80 2., p.1, (1984).
- CASTRO, E. F.; ALBINO, L.; MARTINS, I.** (1985) - "Relation between suicide and homicide" in *Portugal from 1970 to 1972*, Acta Psychiatrica Scandinavia, 74, pp.425-432, (1986).
- CLAYTON, P.S.** (1988) - *Atualização sobre el suicídio: hechos y opiniones*, (Sem referência - fotocópia), pp. 11-13.
- COELHO E SILVA, J. P.C.** (1989) - *Os métodos qualitativos na investigação educacional*, (fotocopiado), mestrado de 1989).
- COLIN, M. et alg.** (1973) - *Attitudes et resistances a l'égard de l'enquete epidemiologique*, Epidemiologie du suicide, Soubrier J.P. e Vêdrime J. Ed. e Cª Paris, pp.59-78, (1974).
- CORTESÃO, E. L.** (1959) - *Esquema para a organização das histórias dos doentes do H.M. Bombarda*, Adaptação de 1972 - Fotocópia.
- COSTA SANTOS et alg.** (1988) - "Suicídio consumado - nota metodológica sobre um inquérito em curso", in *Acta Médica Portuguesa*, 2, Lisboa, pp.161-164, (1988).
- DE VANNA, M. et alg.** (1988) - "Recent life events and attempted suicide", *Journ. of Affect. Disorders*, 18, p.54, (1990).
- DIEKSTRA, R.F.W.** (1989) - *Suicide and Attempted Suicide; and International Perspective*, A. P. Scandinavia, nº 354, Vol. 80, pp. 1-24, (1989), Ed. B.E. Leonard, Copenhagem (1989).
- DILLER, J.** (1979) - "The psychological autopsy" in equivocal deaths, *Perspectives in Psychiatric care*, nº1, Vol. XVII, pp.156-161, (1979).
- DOUGLAS, J. D.** (1968) - "Suicídio, aspectos Sociales", in *Enciclopédia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol.10, pp.192-200, Ed. Aguiar, Madrid (1977).
- DURKHEIM, E.** (1897) - *O suicídio, estudo sociológico* - Ed. Presença, Lisboa (1987).
- Estatísticas de Habitação** - INE, Lisboa, 1982.
- Estatísticas de Educação** - INE, Lisboa, 1983.
- Estatísticas de Pesca** - INE, Lisboa, 1982.
- Estatísticas Industriais** - INE, Lisboa, 1983.
- Estatísticas de Turismo** - INE, Lisboa, 1984.
- FAIRBAIRN, W. R. D.** (1951) - *Psycho-analytic Studies of the Personality*, Ed. Tavistock Publications-London, (952).
- FARBEROW, N.L.** (1965) - *Suicídio, aspectos psicológicos*, Encyclopédia Internacional de las Ciencias Sociales, Vol. 10, pp. 204-208, Ed. Aguiar, Madrid (1977).
- FARMER, R.T.T.** (1985) - "Assessing the epidemiology suicide and Parasuicide", in *Brit. Journ. of Psychiat.*, 153, pp. 16-20 (1988).
- FREITAS, E.** (1982) - "O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa", in *Centro de Estudos Demográficos*, Finisterra, 17, 34, pp. 267-300, INE, Lisboa, 1982 (Ed. Policopiada).
- FREITAS, E.** (1982) - *Para uma análise do*

*suicídio*, Revista do Centro de Estudos Demográficos, pp. 153-168, Ed. I.N.E., Lisboa, 1984.

**FREUD, S.** (1917) - "Luto e melancolia", in *Metapsicologia*, Ed. Imago, Rio de Janeiro (1974).

**FREUD, S.** (1920) - "As duas classes de Instintos", in *O Ego e o ID*, Ed. Imago, Rio de Janeiro (1975).

**GARCIA, M. et alg.** (1988) - "Suicide on Tenerife Island", in *the European Journal of Psychiatry*, Vol. 2, nº3 Ju/Sept., pp.170-188, (1988).

**GARMA, A.** (1960) - *Sadismo y masoquismo en la conducta humana*, Ed. Nova Buenos Aires, 4ª (1960).

**GARZA, G. T.; SALTIGERAL, M. T.** (1981) - *La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio*, Salud Publica, México, Vol. 25, nº 3, May/Jun, pp 285-293, 1983.

**GIGLIONE, R.; MATALON, B.** (1978) - *Les enquêtes sociologiques*, Ed. A. Colin, Paris (1978).

**GRADIZ, C.** (1988) - *O Suicídio no distrito de Beja*. Dados de 1987 e sua comparação com o quinquénio 82-86, Ed. C.S.M. Beja, Beja (1988).

**HALBWACHS, M.** (1930) - *Les causes du suicide*, Ed. Felix Alcan Paris, 1930.

**HUMPHREY, J. A. et alg** (1972) - "An analysis of the sequence of selected events in the lives of a suicidal population: a preliminary report", *The Journ.of Nervous and Mental Dis.*, 154, nº 2, p 139, (1972).

**INE** (1988) - Estatísticas de Saúde -

**JACINTO M.** (1988) - *O suicídio no concelho de Aljustrel (1969-1978)*, Ed. C. Saúde de Aljustrel (1988).

**JACOBSON, L.; RENBERG, E.** (1985) - "Epidemiology of Suicide" in *Swedish County, Acta Psychiatrica Scandinavia* 74, pp 459-468, (1986).

**JASPERS, K.**(1913) - *Psicopatologia Geral*, Ed. Liv. Atheneu, Rio de Janeiro, S. Paulo (1979).

**KAPLAN, H.; SADOCK, B.**(1981) - *Compêndio de psiquiatria clínica*, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre (1984).

**KOHUT, H.** (1966) - *Psicologia do self e a cultura humana*, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, (1988).

**KREITMAN, N.** (1988) - *Suicide, age and*

*marital status*, *Psychological Medicine*, 18, pp.121-128, (1988).

**LADAME, F.** (1981) - *Les tentatives de suicide des adolescents*, Ed. Masson, Paris, (1987).

**LESTER, D.; BECK, A.; MITCHEL, B.** (1979) - "Extrapolation from attempted suicides to completed suicides", in *Journ. of Abnor. Psychol.*, 5, Vol.84, p.563, (1975).

**LESTER, D.; BECK, A.; MITCHEL, B.** (1975) - "Extrapolation from attempted suicides to completed suicides", in *Journ. Of Abnor. Psychol.*, nº1, Vol.88, pp.78-80, (1979).

**LITMAN, R. E.; CURPHEY, T.; SHINEIDMAN, E.S.; FARBEROW, N. C.; TABACHNICK, N.** - *Investigations of equivocal suicides*, J.A.M.A., June 22/1963, pp.928-929.

**MENDES, F. N.; FIGUEIRA, M. L.** (1978) - "O suicídio numa população hospitalar", in *Hospitalidade*, 43, 167/168, p.359, (1979).

**MICHEL, K.** (1986) - "Suicide risk factors - a comparison of suicide attempters with suicide completers", in *Brit. Journ. of Psychiat*, 150, p.81, (1987).

**MICHAEL, D.** (1966) - "Aspectos psicologicos e sociais, espacio ultraterrestre", cité in *Encyclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Ed. Aguilar, Madrid, Vol.4, pp.346-355, (1977).

**MORSE, S. J.** (1973) - "The after pleasure of suicide", in *Briti. Journ. Medical Psychol.*, 46, pp.227-237, (1973).

**MORON, P.** (1975) - *Suicídio*, Ed. Europa América, Lisboa (1977).

**MOULLEMBÉ, A.; ANAVI, G.; TIANO, F.; ANAVI, C.** (1970/71) - *Les conduites suicidaires, approche théorique te clinique*, Bulletin de Psychologie, XXVII, 313, Ed. Groupe d'études de Psychologie de l'Université de Paris (1974).

**MYERS, D. H.; NEAL, G.D.** (1977) - "Suicide" in *Psiquiatic Patients*, in *Brit. Journal Psychiat*. 133, p.39, (1978).

**OEI, T.I.; ZWART, F.M.** (1985) - "The assessment of life events: Self-Questionnaire versus interview", *Journ. of Affect. Disorders*, 10, pp.185-190, (1986).

**O'HARA et alg.** (1985) - "Depression among the rural elderly - a study of prevalence and correlates", in *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.173, nº10, pp.528-588,

(1985).

**Prevenção de Práticas de Suicídio e Tentativas de Suicídio** - Resumo da acta de reunião de York de 22 a 26 de Set. 1986 (fotocópia).

**PAIS DE SOUSA, M.** (adaptado) (1985) - *O Sistema A.M.D.P.*, Ed. Pais de Sousa, Lisboa, 1985.

**PAYKEL, E.S. et al.** (1971) - *Scalling of life events*, Arch. General Psychiatric, 97, Vol. 25, Out., pp.341-342, (1971).

**PAYKEL, E.S. et al.** (1976) - "An anglo-American comparison of the Scalling of life events", *Brit. Journ. Med. Psychol.*, 49, p.247, (1976).

**PAYKEL, E. S.; RASSAY** (1977) - "Classification of suicide aetmpters by cluster analysis", in *Brit. Journ. of Psychiat.*, pp.49-50, (1978).

**PIERCE, D. W.** (1981) - "The predictive validation of a Suicide Intent Scale. A five years follow-up", in a *Brit. Jour. of Psychiatry*, 139, pp.391-396, (1981).

**Relatório de actividades e plano da A.R.S. de Beja** (1987), Ed. A.R.S., Beja, (1988).

**ROBINS, E.** (1959) - *The final months - study of the lives of 134 persons who committed suicide*, Oxford University Press, New York (1981), Cap. 8, How Predictable are Predictors of Suicide.

**ROJAS, E.** (1979) - *Estudios sobre el suicidio*, Ed. Salvat, Barcelona, (1984).

**ROY, A.** (1983) - *Family History of Suicide*, Archives of Gener. Psychiat., 40, p.973, (1983).

**SAMPAIO, D.** (1985) - *Tentativas de suicídio na adolescência*, Ed. - Autor, Lisboa (1985).

**SAMPAIO, D.** (1987) - *Suicídio e autópsia psicológica*, Psicologia, V.2, pp.177-180, (1987).

**SANBORN, D.E.; SANBORN, C.** (1976) - "Psychological Autopsy as a therapeutic

tool", in *Diseases of the Nervous System*, Vol. 1, nº37, Jan/76, pp.4-8.

**SANTOS COSTA et al.** (1986) - "Suicídio, contributo médico-legal", in *Psiquiatria Clínica*, nº8, pp.63-69, H.U.C., Coimbra, (1987).

**SHEPHERD, D. M.; BARRACLOUGH** (1979) - "Word and suicide - an emprical investigation", *Brit. Journ. Psychiat.*, 136, pp.469-478, (1980).

**SHNEIDMAN, E.** (1968) - *Suicídio, aspectos psicológicos* (1), Encyclopédia Internacional de las Ciencias Sociales, Vol. 10, pp.200-204, Ed. Aguilar, Madrid, 1977.

**SOUETRE et al.** (1987) - "Seasonability of Suicides: Enviromental sociological and biological covariation", in *Jour. of Affect. Disord.*, 13, pp.215-225, (1987).

**SOUBRIER** (1982) - "Étude psychiatrique leggale du suicide", in *Annales Médico Psychologique*, Vol. 140, nº2, Fev., pp.177-192, (1982).

**STENGEL, E.** (1965) - *Suicídio e Tentativa de Suicídio*, Ed. D. Quixote, Lisboa (1980).

**TEJEDOR, F.J.** (1986) - "La estadística y los diferentes paradigmas de Investlgacion educativa", in *Educar*, 10, pp.79-101, (1986).

**ZUBEK, J.P.** (1967) - *La percepcion* - *Encyclopédia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol. 8, pp.7-52, Ed. Aguilar, Madrid, 1977.

**WILLIAMS, P.; TANSELLA, M.** (1986) - "The time for suicide", *Act. Psychiat. Scand.* 75, pp.532-533, (1987).

**WILMOTE, J. et al.** (1984) - *Le Suicide* - Ed. P. Mardaga, Bruxelles (1986).

**YESAVAGE, J. A.; WIDROW, L.** (1985) - "Early parental discipline and adult self destructive acts", *The Journ. of Nervous and Mental Disease*, Vol. 173, nº2, pp.75-77, (1985).

# SOTTO-JOVEM

**PASSAMOS-TE CARTÃO!  
DAMOS-TE CRÉDITO!**

Agora, podes abrir a primeira conta do resto da tua vida – a Conta Sotto-Jovem. A Conta Sotto-Jovem dá-te cartão para movimentares com liberdade o teu dinheiro. Oferece-te elevadas taxas de juro e concede-te crédito para os teus projectos – tirar carta de condução, por exemplo.

Contacta qualquer balcão do Banco Pinto & Sotto Mayor e perceberás que não há conta como a primeira.

The advertisement features a black and white photograph of a young man and woman smiling. The man is holding a Visa credit card. The card is a Visa Signature card, featuring the Visa logo at the top, a stylized eagle in the center, and the Banco Pinto & Sotto Mayor logo at the bottom. The background of the advertisement is a textured, halftone pattern. At the top left, the text 'SOTTO-MAIOR' is written in a bold, sans-serif font, and 'Jovem' is written in a large, cursive script below it. At the bottom, the text 'BANCO PINTO & SOTTO MAIOR' is written in a bold, sans-serif font, with 'Major - banco de Portugal' written in a smaller font below it. There is also a small circular logo of the Banco Pinto & Sotto Mayor.