

PAULA INÊS SANTAS NOITES MONTEIRO

O PAPEL DO PERFECCIONISMO E DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO
COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO EM JOVENS ADULTOS PORTUGUESES



2019

PAULA INÊS SANTAS NOITES MONTEIRO

O PAPEL DO PERFECCIONISMO E DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO
COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO EM JOVENS ADULTOS PORTUGUESES

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Trabalho efetuado sob a orientação da Prof.^a Doutora Cláudia Carmo



2019

O papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva no comportamento suicidário em jovens adultos portugueses

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Paula Inês Santos Noites Monteiro)

Copyright em nome de Paula Inês Santas Noites Monteiro

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Começo por agradecer à Professora Doutora Cláudia Carmo, agradeço a orientação e a disponibilidade em ajudar-me, fosse qual fosse a dificuldade. Agradeço ainda pelas correções, pela exigência, pelos conselhos e pela motivação em momentos mais difíceis.

Um obrigada à minha amiga e colega Inês e à minha prima Celeste, pelo apoio incondicional, pelas conversas de motivação e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus pais agradeço a compreensão do meu afastamento, bem como a alegria, positivismo e carinho que me transmitiram em momentos de maior desmotivação. Ao meu irmão um obrigada especial, que mesmo longe fez chegar o seu apoio e motivação.

Resumo

O suicídio é um problema grave de saúde pública a nível mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, por ano, o número de suicídios aproxima-se de um milhão e é estimado que, em 2020, esse número suba para 1,5 milhões. São vários os fatores etiológicos para o comportamento suicidário e o perfeccionismo, assim como a sintomatologia depressiva têm vindo a ser referenciados como fatores de risco importantes no comportamento suicidário. **Objetivo:** O presente estudo tem como principal objetivo averiguar o papel do traço de perfeccionismo e da sintomatologia depressiva em jovens adultos portugueses com e sem tentativa de suicídio. **Método:** Os participantes ($N = 258$), de ambos os sexos ($\text{♀} = 206$) responderam a um formulário *online* que avaliou a ideação suicida, o perfeccionismo e a ideação suicida. **Resultados:** Foi possível observar, à semelhança do que é apontado pela literatura, uma associação entre os níveis de perfeccionismo e ideação suicida, especialmente no que diz respeito ao perfeccionismo desadaptativo (perfeccionismo socialmente prescrito, PSP). Esta relação parece sugerir que elevados níveis de perfeccionismo socialmente prescrito também se relacionam com o risco suicida. Quanto à sintomatologia depressiva foi possível verificar que medeia a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo permitem-nos compreender que o perfeccionismo desadaptativo e a sintomatologia depressiva aumentam o risco de ideação suicida. Medidas preventivas das condutas suicidas e mesmo de intervenção deverão integrar ações dedicadas ao perfeccionismo, componente desadaptativa, e à diminuição da sintomatologia depressiva.

Palavras chave: perfeccionismo adaptativo, perfeccionismo desadaptativo, sintomatologia depressiva, comportamento suicidário.

Abstract

Suicide is a serious public health problem worldwide. According to the World Health Organization, the number of suicides per year approaches one million and it is estimated that by 2020 this number will rise to 1.5 million. There are several etiological factors for suicidal behavior and perfectionism, as well as depressive symptoms have been strongly referred to as determining factors for suicidal behavior. **Objective:** The present study aims to investigate the role of perfectionism trait and depressive symptoms in young Portuguese adults with and without suicide attempt. **Method:** Participants ($N = 258$) of both sexes ($\varphi = 206$) answered an online form that evaluated suicidal ideation, perfectionism and depressive symptoms. **Results:** It was possible to observe, like what is pointed out in the literature, an association between the levels of perfectionism and suicidal ideation, especially about maladaptive perfectionism (socially prescribed perfectionism, PSP). This relationship seems to suggest that high levels of socially prescribed perfectionism also relate to suicidal risk. Regarding depressive symptoms, it was possible to verify that it mediates the relationship between perfectionism and suicidal ideation. **Conclusion:** The results of the present study allow us to understand that maladaptive perfectionism and depressive symptoms increase the risk of suicidal ideation. Preventive measures of suicidal behavior and even intervention should integrate actions dedicated to perfectionism, maladaptive component, and the reduction of depressive symptoms.

Key Words: adaptive perfectionism, maladaptive perfectionism, depressive symptomatology, suicidal behavior.

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1 Concetualização do comportamento suicidário	3
2.2 Modelos explicativos do comportamento suicidário	5
2.3 Principais fatores de risco para o comportamento suicidário	6
2.4 Papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva na compreensão do comportamento suicidário	10
3. Objetivos	15
4. Metodologia	17
4.1 Amostra	17
4.2 Instrumentos	17
4.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	17
4.2.2 Questionário de Ideação Suicida (ISQ) (Reynolds, 1988) adaptação para portugueses por Ferreira e Castela (1999).....	17
4.2.3 Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS) Hewitt e Flett (1991) adaptação para português por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003)	18
4.2.4 Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995) adaptação para português por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)	20
4.3 Procedimento	21
4.3.1 Procedimento de recolha de dados	21
4.3.2 Procedimento de análise de dados.....	21
5. Resultados	23
5.1 Avaliação dos níveis de perfeccionismo e dos níveis de ideação suicida nos jovens adultos portugueses.....	23
5.2 Níveis de ideação suicida e de perfeccionismo: diferenças entre géneros	24
5.3 Análise da relação entre as variáveis em estudo.....	25

5.4	Níveis de perfeccionismo e sintomatologia depressiva: diferenças entre indivíduos <i>com</i> e <i>sem</i> histórico de tentativa de suicídio	26
5.5	Análise do papel mediador da sintomatologia depressiva na relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida	28
6.	Discussão	31
	Conclusão	35
	Referências bibliográficas	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Comparação dos níveis de ideação suicida e dos níveis de perfeccionismo em função do género - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t.....	24
Tabela 2. Correlações (r) entre as variáveis em estudo (Dimensões do perfeccionismo, sintomatologia depressiva e ideação suicida) na Amostra total (N = 258)	26
Tabela 3. Comparação dos níveis de perfeccionismo adaptativo e perfeccionismo desadaptativo entre indivíduos com e sem histórico de tentativa de suicídio - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste Mann-Whitney	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Efeito indireto do perfeccionismo auto-orientado sobre a ideação suicida por mediação da sintomatologia depressiva (* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).....	29
Figura 2. Efeito indireto do perfeccionismo socialmente prescrito sobre a ideação suicida por mediação da sintomatologia depressiva (* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).	29

1. Introdução

A morte por suicídio apresenta-se como um fenómeno complexo e constitui um grave problema de saúde tanto a nível nacional como internacional (Saraiva Peixoto & Santos, 2014), havendo estimativas de que em 2020 este fenómeno será responsável por 2,4% da sobrecarga global das doenças, ultrapassando a percentagem de 1,8%, calculada em 1998 (DGS, 2013). O número mundial de suicídios por ano, ronda o milhão e é estimado que, em 2020, esse número suba para 1,5 milhões (OMS, 2013c).

A nível internacional, no ano de 2016, a taxa de suicídio por 100 000 habitantes foi de 10,6 (OMS, 2016). No caso de Portugal, no ano de 2010, a taxa de suicídio por 100 000 habitantes foi de 10,3, uma taxa superior a quaisquer outras formas de morte, como por exemplo, por acidentes de viação e acidentes de trabalho (DGS, 2013).

No ano de 2014, com o intuito de prevenir o suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório que alerta para a prevenção global do suicídio como uma necessidade a nível internacional. Os países foram motivados para encontrarem soluções preventivas, sendo que a OMS mantém como prioridade a redução da taxa de suicídio (10%) até 2020 (OMS, 2014). Em Portugal, no ano de 2013, foi publicado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (DGS, 2013). Assiste-se, então, a uma valorização das questões ligadas à vertente preventiva.

De acordo com o PNPS (DGS, 2013) é definida uma nomenclatura que integra ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas – que englobam a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. Estes comportamentos, fatais ou não, constituem-se como um problema recorrente, com consequências quer para o indivíduo que os pratica, quer para quem o rodeia. Torna-se importante compreender os fatores que podem colocar o indivíduo mais vulnerável ao comportamento suicidário. A literatura indica vários modelos compreensivos do fenómeno do suicídio (e.g., Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996); Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2006); Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008); Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley 2018); Modelo Concetual de Domínios de Fatores de Risco para o Suicídio e Tentativas de Suicídio (Beautrais, 2000, 2003).

Nos últimos anos, alguns estudos de meta-análise (e.g., Flett et al., 2014; Smith et al., 2016) procuraram compreender o papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva no

comportamento suicidário. O perfeccionismo é um traço de personalidade caracterizado pela procura da perfeição e pelo estabelecimento de padrões de desempenho extremamente elevados, acompanhados por avaliações excessivamente críticas (Stoeber, Haskew, & Scott, 2015). Neste sentido, Hewitt, Flett, Sherry e Caelian (2006) e Flett, Hewitt e Heisel (2014) apontam o perfeccionismo como um dos principais potenciadores do risco de suicídio. A depressão é definida como uma perturbação mental caracterizada pela alteração de humor contínua, baixa autoestima e perda de interesse ou prazer em atividades que, *à priori*, eram prazerosas (American Psychiatric Association APA, 2013). Este quadro clínico é também apontado como um dos fatores de risco, tornando os sujeitos mais vulneráveis ao comportamento suicidário (May & Klonsky, 2016).

O presente estudo tem como principal objetivo compreender o papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva em jovens adultos Portugueses com e sem tentativa de suicídio.

Este trabalho está estruturado em cinco partes: inicialmente, no enquadramento teórico, é feita uma integração evolutiva dos conceitos, expõem-se dados epidemiológicos do comportamento suicidário; são descritos os modelos explicativos do comportamento suicidário e os vários fatores de risco apontados pela literatura; por fim, é apresentada uma revisão da investigação empírica que sublinha a importância dos traços perfeccionistas na compreensão do comportamento suicidário e que refere a sintomatologia depressiva como um fator mediador da relação entre o perfeccionismo e estes comportamentos; num segundo tópico, são mencionados os objetivos gerais e específicos; de seguida, é apresentado o método que inclui a descrição da amostra, apresentação dos instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha e análise dos dados; numa quarta parte, são apresentados os resultados, posteriormente a discussão dos resultados mais relevantes e, por fim, expõem-se as conclusões gerais de acordo com os objetivos propostos, salientam-se as limitações e potencialidades da investigação e sugestões para estudos futuros.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Concetualização do comportamento suicidário

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado resultante da interação de fatores filosóficos, antropológicos, psicológicos, biológicos e sociais (DGS, 2013). Ao longo dos anos são várias as nomenclaturas associadas ao suicídio. Na tentativa de uniformizar a terminologia na área do suicídio, o PNPS (DGS, 2013) propõe as seguintes definições: ideação suicida, definida como pensamentos sobre por fim à própria vida, que podem ser vistos como antecipadores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas; comportamentos autolesivos, que se caracterizam como comportamentos sem intencionalidade de morrer; e atos suicidas, que englobam a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. A tentativa de suicídio é o ato de um indivíduo que visa a sua morte, mas por diversas razões, o indivíduo sobrevive. O suicídio consumado é a morte provocada por um ato realizado pelo indivíduo com intencionalidade suicida (DGS, 2013).

O PNPS, para uma melhor compreensão do comportamento suicidário, destaca ainda a importância de caracterizar o método, o resultado, a letalidade e a intencionalidade. O método faz referência ao meio pelo qual o indivíduo procede ao comportamento suicidário. O resultado pode ser a morte, acidental ou suicida, ou pode ser a sobrevivência com ou sem lesões. A letalidade refere-se ao potencial de mortalidade relacionado com método utilizado. A intencionalidade, por um lado, pode ser a determinação para atuar de forma a atingir o suicídio, por outro lado, pode referir-se à intenção de provocar lesões ou dor autoinfligida (DGS, 2013).

Joiner, Brown e Wingate (2005) indicam que a ideação e a tentativa de suicídio se encontram num *continuum*, isto é, à medida que existem mais pensamentos sobre o ato suicida, o risco de tentativa aumenta. A ideação suicida, parece predizer o suicídio consumado (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000; Brown, Steer, Henriques & Beck, 2005), assim como as tentativas de suicídio (Oquendo et al., 2004).

Face a este fenómeno foram realizadas algumas tentativas de prevenção (e.g., PNPS; Relatório Mundial de Prevenção Global do Suicídio - OMS, 2014) que visam contrariar o panorama epidemiológico do comportamento suicidário. May e Klonsky (2016) mencionam que apesar destes esforços, os números aumentam, o que revela que a compreensão acerca do suicídio não está completa.

A nível mundial, em 2001, o número de mortes por suicídio foi superior ao número de mortes por homicídio (500,000) e por guerras (230 000) (OMS, 2013c). No ano seguinte, registaram-se 29.350 mortes, e de entre as causas de morte, a principal causa foi o suicídio (Minino et al., 2002). Anos mais tarde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a taxa de suicídio por 100 000 habitantes é de 10,6 (OMS, 2016). Anualmente, cerca de 800 000 pessoas cometem suicídio (OMS, 2018), sendo a segunda causa de morte de indivíduos entre os 15 e 29 anos (DGS, 2013).

No que se refere às diferenças epidemiológicas entre ideação suicida e a tentativa suicida, estudos apontam que são mais os indivíduos que pensam no suicídio do que aqueles que agem em consonância com o pensamento (e.g., Kessler, Borges & Walters, 1999). Estudos posteriores corroboram esta evidência, onde apenas 29% dos participantes que relataram ideação ao longo da vida, referiram uma tentativa (Nock et al., 2008).

Em relação às tentativas de suicídio são 10 a 20 milhões de indivíduos que tentam o suicídio por ano e, relativamente ao suicídio consumado, quase 1 milhão de pessoas põem fim à própria vida. Ainda assim, a taxa global de suicídio diminuiu em 26% entre 2000 e 2012, o que indica que existe possibilidade de intervir na compreensão das questões explicativas do suicídio, com vista à prevenção. Apesar da diminuição das percentagens, em 2020, prevê-se que o suicídio seja responsável por 2,4% da carga global das doenças (OMS, 2013b).

Em Portugal, o número de indivíduos que comete suicídio variou entre 519 casos no ano de 2000, 1098 casos no ano de 2010, e 1012 casos em 2011 (DGS, 2013). Na última década, de acordo com os dados do Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat) a taxa de suicídio, em 2010, foi de 10,3 por 100 000 habitantes (Eurostat, 2013). Anos mais tarde, o Instituto Nacional de Estatística (INE) revela uma taxa de suicídio de 9,4 por 100 000 habitantes, apontando o sexo feminino com uma taxa de 4,2 e o sexo masculino a 15,2 (INE, 2016). Verifica-se que, em Portugal, o suicídio aumentou consideravelmente até 2004 (1172 casos) tendo diminuído em 2006. Após este decréscimo volta a assistir-se a um aumento que teve o seu pico em 2014 (1223 casos), registando uma taxa de 11,83 por 100 000 habitantes (Gouveia & Nogueira, 2017). Recentemente, a Organização Mundial da Saúde indica que Portugal apresenta valores acima da média global, registando uma taxa de 13,7 e 14,0 mortes por 100 000, nos anos de 2015 e 2016, respetivamente (OMS, 2017; OMS, 2018a).

No que se refere ao género e à idade, já na década de 70 e 80 era evidente a grande preocupação sobre o aumento das taxas de suicídio nos jovens, particularmente no sexo

masculino, nos países desenvolvidos (Pritchard, 1992). Dados internacionais demonstram que as taxas de suicídio em indivíduos do sexo masculino, dos 15 aos 24 anos, na Nova Zelândia (39,5 suicídios por 100 000 em 1996) e na Austrália (25,7 suicídios por 100 000 em 1996) estão no patamar mais elevado no que se refere aos países desenvolvidos (OMS, 1998). Estes dados são corroborados pelo PNPS (DGS, 2013), que indica que em Portugal, tal como na maioria dos países, o suicídio é mais comum em indivíduos do sexo masculino, onde o risco é três vezes superior. No que diz respeito ao sexo feminino, os dados mostram uma maior tendência das mulheres para a ideação suicida (DGS, 2013). Contudo, num estudo de 2016, com amostras da comunidade, as diferenças entre géneros parecem não ser significativas (May & Klonsky, (2016).

No nosso país, o suicídio continua a ser uma das principais causas de morte entre os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (DGS, 2013). Num estudo com jovens entre os 15 e os 29 anos, verificou-se que o suicídio foi a 2.^a causa de morte para os homens (Bridge, Golstein & Brent, 2006).

Em suma, o suicídio tem vindo a aumentar nas faixas etárias mais jovens e esta população constitui-se como o grupo de maior risco em um terço dos países, quer desenvolvidos, quer em desenvolvimento (OMS, 2013b).

A propósito dos dados epidemiológicos do suicídio, investigadores e clínicos concluem que, apesar dos números preocupantes, estes não refletem a realidade. Por um lado, porque o suicídio constitui um fenómeno subdeclarado devido à sua estigmatização, e por outro lado, a origem da morte nem sempre é evidente, existindo dificuldades nos procedimentos de diagnóstico (DGS, 2013). O panorama de estatísticas elevadas impõe um conhecimento aprofundado sobre a sua etiologia e, sobre quais os fatores que mais contribuem para a vulnerabilidade do comportamento suicidário.

2.2 Modelos explicativos do comportamento suicidário

Para melhor compreender este fenómeno, é possível encontrar na literatura uma variedade de modelos explicativos que incluem perspetivas socioculturais, psicanalíticas, filosóficas e psicológicas (Goldney & Schioldann, 2004). Isto significa que existe um potencial de interação entre fatores de risco e proteção, fatores individuais e psicossociais, níveis sociais e fases da vida (Beautrais, Collings, Ehrhardt & Henare, 2005).

O presente estudo apoia-se em modelos psicológicos explicativos do suicídio e em estudos empíricos que referem o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva como determinantes para o comportamento suicidário, nomeadamente, o Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996), o Modelo Concetual de Domínios de Fatores de Risco para o Suicídio e Tentativas de Suicídio (Beautrais, 2000, 2003), o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2006), o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008), e o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley 2018).

O Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996) enfatiza os acontecimentos de vida negativos e os fatores cognitivos. O Modelo Concetual de Domínios de Fatores de Risco para o Suicídio e Tentativas de Suicídio (Beautrais, 2000, 2003) identifica fatores explicativos do comportamento suicidário em seis domínios, fatores genéticos/biológicos, fatores de ordem social/demográfico, adversidades na infância traços de personalidade (fatores distais), fatores ligados à doença e a exposição à adversidade e ao stresse do meio (fatores proximais) (Beautrais, 2003). Mais tarde, é desenvolvido o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2006) que aponta como um dos fatores explicativos do comportamento suicidário, o perfeccionismo. Por outro lado, o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008) indica que o perfeccionismo em conjunto com outros fatores, criam stresse e posteriormente contribuem para a ideação suicida. O Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley 2018) concetualiza o suicídio como um comportamento que se desenvolve através de fases motivacionais e volitivas. Resume-se na fase pré-motivacional (eventos desencadeadores, contexto do comportamento suicidário), na fase motivacional (desenvolvimento dos pensamentos suicidas e como eles surgem) e na fase volitiva (fatores que determinam se um indivíduo tenta o suicídio). Em 2018, o modelo foi revisto, sendo reconhecido o caráter cíclico da relação entre ideação e tentativa de suicídio (O'Connor & Kirtley 2018).

2.3 Principais fatores de risco para o comportamento suicidário

Os fatores que estão na génese do comportamento suicidário não são condições necessárias para um indivíduo cometer um comportamento suicidário, mas sim fatores que colocam o indivíduo numa posição mais vulnerável, a longo prazo (Cummins et al., 2015).

No geral, são apontados como fatores de risco, a idade (15 aos 24 anos e mais de 65 anos), diagnóstico psiquiátrico, ter história pessoal e história familiar de comportamento suicidário

(Brendel et al., 2010), os traços de personalidade (Van Orden et al., 2010), o temperamento, a vulnerabilidade psicológica e os estilos cognitivos e de enfrentamento que predis põem o indivíduo a reagir a situações stressantes de forma negativa (Campos, Besser & Blatt, 2012). Percebeu-se ainda que a ideação suicida, por si só, pode contribuir para o suicídio consumado, sendo o historial de comportamento suicidário o melhor preditor do suicídio (Joiner, Brown & Wingate, 2005).

De forma a ultrapassar as dificuldades da investigação em definir, concretamente os fatores de risco para o comportamento suicidário, May e Klonsky (2016) têm vindo a dedicar-se à identificação das diferenças entre indivíduos com tentativa de suicídio; indivíduos com ideação suicida e indivíduos sem qualquer comportamento suicidário. Apesar dos esforços, há uma carência de especificar quais as variáveis de risco associadas à ideação e quais as variáveis de risco associadas à tentativa de suicídio.

A importância de esclarecer as diferenças intergrupais relaciona-se, ao nível prático, com o desenvolvimento de ferramentas para a prática clínica e, ao nível teórico, com a criação de teorias explicativas sobre a transição do pensamento suicida (ideação suicida) para o comportamento em si mesmo (May & Klonsky, 2016).

2.3.1. Perfeccionismo

O perfeccionismo é um construto multidimensional complexo que pode ser dividido em várias dimensões, contudo é consensual entre vários autores (e.g., Slade & Owens, 1998; Rice, Ashby & Slaney, 1998; Slaney, Rice, Mobley, Trippi & Ashby, 2001) a divisão de perfeccionismo em componente adaptativa/positiva e desadaptativa/negativa.

O perfeccionismo adaptativo (PA) resulta, geralmente, numa série de resultados positivos como a satisfação com a vida (Ashby, Noble & Gnilka, 2012), maiores níveis de autoestima (Rice & Dellwo, 2002), maior autoeficácia na tomada de decisão (Ganske & Ashby, 2007) e níveis de assertividade mais elevados (Ward & Ashby, 2008). Pelo contrário, o perfeccionismo desadaptativo (PD) alia-se a consequências negativas como elevados níveis de depressão e baixos níveis de autoestima (e.g., Ashby, Rice & Martin, 2006; Ashby, Noble & Gnilka, 2012).

Neste sentido, investigadores (e.g., Frost et al., 1993; Bieling et al., 2004) desenvolveram estudos e verificaram uma sobreposição entre as componentes adaptativa e desadaptativa e as dimensões definidas por Hewitt e Flett (1991). A componente adaptativa inclui o perfeccionismo auto-orientado (PAO), que se refere às expectativas irrealistas que o

indivíduo coloca para si próprio e o perfeccionismo orientado para os outros (POO) que reflete a exigência para que os outros sejam perfeitos; enquanto que a componente desadaptativa inclui o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), que envolve a crença de que os outros requerem padrões e expectativas irrealistas para nos próprios e que temos de responder a essas exigências de forma a sermos aceites.

Mais recentemente, o perfeccionismo é visto como um processo transdiagnóstico (Egan, Wade & Shafran, 2011) e, apesar de diversos significados e definições, grande parte dos autores (e.g., Flett & Hewitt, 2002; Stoeber, 2017) parece concordar com os principais componentes da definição: padrões de desempenho excessivamente elevados acompanhados por uma autoavaliação extremamente elevada (Stoeber, 2018).

Este traço de personalidade é apontado como fator de risco para o desenvolvimento de problemas psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade (e.g., Smith et al., 2016; Smith, Vidovic, Sherry, Stewart & Saklofske, 2018). A componente desadaptativa, particularmente, foi identificada como fator de risco e de manutenção para a depressão, ansiedade, perturbação alimentar e comportamento suicidário (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Flett, Hewitt, & Heisel, 2014). Krajniak, Miranda e Wheeler (2013) demonstram que, em jovens adultos, comportamentos ligados ao perfeccionismo desadaptativo, como a ruminação e previsões pessimistas para o futuro contribuem para o desenvolvimento de ideação suicida.

Sintetizando, o perfeccionismo desadaptativo é capaz de despoletar autoaversão, desesperança, solidão, sensação de isolamento e alienação interpessoal, o que, por sua vez, pode aumentar o risco de ideação e tentativas de suicídio (Flett et al., 2014; Hewitt et al., 2006; Roxborough et al., 2012). Da mesma forma, o perfeccionismo adaptativo pode resultar em consequências negativas, tais como a depressão, o stresse e o comportamento suicidário (e.g., Hewitt & Flett, 1993; Blankstein, Lumley & Crawford, 2007; Chen, 2012).

2.3.2. Sintomatologia depressiva

Outro fator de risco importante para o comportamento suicidário é a doença mental. A perturbação mental representa um desafio para a saúde pública em toda a Europa, devido à sua prevalência e pela incapacidade que traz aos indivíduos. Estima-se que a perturbação mental afete mais de um terço da população a cada ano, sendo a mais comum a depressão e a ansiedade (OMS, 2013a). De entre os indivíduos que cometem o suicídio, estima-se que 70% sofra de perturbações afetivas, sendo a Perturbação Depressiva Major a mais comum (Henriksson et al., 1993). Marttunen e seus colaboradores (1991) conduziram um estudo sobre perturbações

mentais no suicídio e estimaram que até 50/53% dos adolescentes (Média de idade 17.4) preenchem critérios para pelo menos um diagnóstico sendo o mais comum Perturbação Depressiva Major, Distímia, e Perturbação Depressiva sem especificação. As perturbações mentais, nomeadamente a depressão, constituem-se como fatores de risco significativos para o comportamento suicidário (OMS, 2013a).

A perturbação depressiva, propriamente dita, é alvo de uma série de definições e concetualizações. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association APA, 2013) reconhece a depressão como uma perturbação mental caracterizada pela alteração de humor contínua, baixa autoestima e perda de interesse ou prazer em atividades que, *à priori*, eram prazerosas. Esta perturbação é considerada o fator de risco mais frequente para o comportamento suicidário, o Plano Nacional de Prevenção de Suicídio (DGS, 2013) afirma que 4% dos indivíduos com qualquer tipo de perturbação depressiva e 15 a 20 % com depressão grave morrem devido ao suicídio.

Cummins e colaboradores (2015) caracterizam a depressão como uma perturbação psiquiátrica causada pela dificuldade em lidar com eventos stressantes, apresentando sentimentos persistentes de profunda tristeza, negatividade e dificuldade em exercer as responsabilidades quotidianas. A OMS (2002b) refere o quadro clínico depressivo como a quarta causa mais significativa de incapacidade a nível mundial e, Mathers e Loncar (2006) realizaram uma investigação que prevê que até 2030 a depressão seja uma das três principais doenças no conjunto total das doenças. Além disto, evidências empíricas (Hawton, Comabella, Haw & Saunders, 2013; Le'pine & Briley, 2011) indicam que a depressão potencializa o risco de os indivíduos desenvolverem comportamento suicidário.

O estudo da sintomatologia depressiva como fator de risco é frequente na literatura e, parece ser consensual entre autores, a ligação que mantém com o comportamento suicidário. É estimado que 90% dos indivíduos que cometem tentativa de suicídio têm uma condição psiquiátrica diagnosticável (Brendel et al., 2010). No entanto, ter uma condição psiquiátrica não pode ser considerado um preditor confiável de suicídio, uma vez que, o número de pessoas com perturbação psiquiátricas que se envolve em comportamento suicidário é baixo (Cummins et al., 2015). Ainda assim, entre as perturbações psiquiátricas associadas à tendência suicida, a depressão é a que se associa de forma mais significativa (Le'pine & Briley, 2011; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013), sendo que a depressão aumenta em 20 vezes a propensão

para cometer suicídio em comparação a indivíduos que nunca tiveram perturbação afetiva ou de humor (Le´pine & Briley, 2011).

Pompili e colaboradores (2016) indicam que os elevados sintomas depressivos estão associados ao maior risco de suicídio. Enquanto que Chioqueta e Stiles (2005) verificaram uma relação positiva entre depressão e ideação suicida, o que sugere que indivíduos com elevados níveis de sintomatologia depressiva parecem ter maiores níveis de ideação suicida. Anos mais tarde, May e Klonsky, (2016) concluíram que a depressão é mais frequente em indivíduos que tentam o suicídio do que naqueles que têm apenas ideação. Por outro lado, quando os indivíduos com ideação suicida são comparados com indivíduos sem qualquer comportamento suicidário, os diagnósticos depressivos são mais frequentes em indivíduos com ideação suicida. Sugerindo que os sintomas depressivos tornam os indivíduos mais vulneráveis ao comportamento suicidário.

Outros autores (Bolton et al., 2010; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013) vão mais longe e referem que os fatores de risco para o comportamento suicidário em indivíduos com depressão são semelhantes aos fatores de risco de indivíduos que cometem suicídio no geral. No entanto, os indivíduos com diagnóstico de depressão e comportamento suicidário têm fatores de risco específicos, tais como, a gravidade da depressão, o aumento de sentimentos de desesperança, a ruminação negativa e o desejo de escape, o género (os homens mostram maior tendência para o suicídio), o histórico familiar de suicídio, perturbações psiquiátricas, historial de ideação suicida e tentativas de suicídio (McGirr et al., 2007; Beck & Alford, 2009; Bolton et al., 2010; Hawton, Comabella, Haw & Saunders, 2013).

Desta forma, e dada a prevalência do fenómeno, torna-se importante compreender de que forma o traço perfeccionismo e a sintomatologia depressiva contribuem para o risco dos jovens adultos Portugueses se envolverem em comportamentos suicidários.

2.4 Papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva na compreensão do comportamento suicidário

A relação entre perfeccionismo e comportamento suicidário ganha interesse com um caso na mídia sobre um artigo de Sidney Blatt em 1995 “A Destrutividade do Perfeccionismo” (Blatt, 1995), o artigo expõe a forma como três indivíduos puseram termo à sua vida, resultado do perfeccionismo.

A conexão entre estes construtos é explicada através da possibilidade de os padrões pessoais elevados desencadearem um processo que pode ir até ao suicídio (Baumeister, 1990). Saraiva, Peixoto e Santos (2014) afirmam que a avaliação das características de personalidade é uma etapa importante para definir estratégias de prevenção do suicídio. Contudo, Smith e colaboradores (2018b) salientam que devido à inconsistência dos estudos sobre o contributo do perfeccionismo para a ideação e tentativa de suicídio, surge uma subvalorização e subestimação do papel dos traços perfeccionistas neste âmbito.

Ainda assim, diversos estudos têm tentado compreender o papel do perfeccionismo no comportamento suicidário. Hewitt e colaboradores (2006) inferiram que o perfeccionismo aumenta a ideação suicida através do stresse, havendo um foco nas falhas em detrimento das conquistas. No mesmo sentido, Flett e colaboradores (2014) referem que o pensamento dicotómico conduz a uma interpretação das falhas como catastróficas que, nas situações mais graves, são consideradas responsáveis pela morte. Campos, Besser e Blatt (2012) salientam o sofrimento psicológico extremo como um fator de risco para a ideação e tentativa de suicídio e explicam que os indivíduos altamente críticos estão predispostos a experienciar tal sofrimento. Mais tarde, Shahnaz, Saffer e Klonsky (2018) defendem que a relação existente entre o perfeccionismo e a tentativa de suicídio pode ser influenciada pela ideação suicida.

De forma mais detalhada, na revisão de O'Connor (2007) são apontados vários estudos que referem uma relação positiva entre perfeccionismo socialmente prescrito, ideação suicida e tentativa de suicídio em amostras de adultos e adolescentes, quer clínicas, quer da comunidade geral. O perfeccionismo desadaptativo, consegue, individualmente, prever a ideação suicida, mesmo controlando outros preditores do comportamento suicidário, como a desesperança e a depressão (Hewitt et al., 2014). Concordantemente, Smith e colaboradores (2018b) referem que o perfeccionismo socialmente prescrito parece favorecer o aumento de ideação suicida e a tentativa de suicídio, enquanto que o perfeccionismo auto-orientado se associa apenas à ideação suicida. Indicando que indivíduos com traços perfeccionistas podem ter pensamentos e comportamentos com consequências suicidárias.

Todavia, parece que ainda não está claro se o perfeccionismo distingue os indivíduos que tentam o suicídio daqueles que têm apenas ideação suicida (Shahnaz, Saffer & Klonsky, 2018), o que torna relevante estudar o perfeccionismo como fator determinante face à distinção entre ideação e tentativa de suicídio.

Os elevados níveis de perfeccionismo são ainda associados a um amplo conjunto de psicopatologias, das quais, a depressão ou sintomatologia depressiva, quer em populações clínicas (e.g., Békés et al., 2015), quer em populações não clínicas (e.g., Frost et al., 1993; Hewitt et al., 1996; Slaney et al., 2001). Os indivíduos altamente autocríticos/perfeccionistas demonstram grande vulnerabilidade a intensas depressões, que muitas vezes, são acompanhadas por impulsos suicidas (Blatt, 2008), paralelamente, muitas características do perfeccionismo desadaptativo parecem corresponder a características e distorções cognitivas típicas do quadro clínico depressivo (e.g., pensamento dicotómico, sobre generalização) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Neste sentido, a maioria das investigações refere o perfeccionismo como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (e.g., Hewitt, Flett & Ediger 1996; Sherry, Mackinnon, Macneil & Fitzpatrick, 2012). Porém, existem evidências (e.g., Asseraf & Vaillancourt, 2014) que defendem o contrário. Neste sentido, McGrath e colaboradores (2012) propõem a possibilidade de existir uma relação recíproca entre os traços perfeccionistas e a sintomatologia depressiva.

Mais recentemente, Smith e colaboradores (2016) salientaram que as dimensões do perfeccionismo fazem parte das características de personalidade dos indivíduos que tendem a vivenciar sintomas depressivos.

O perfeccionismo socialmente prescrito parece apresentar um contributo único na depressão, devido à falta de controlo, à necessidade de obter aprovação e ao evitamento de apreciações negativas (Hewitt & Flett, 1991). Neste seguimento, foram estudadas amostras clínicas (sintomatologia depressiva) (Békés et al., 2015) e da comunidade em geral (Sherry, Gautreau, Mushquash, Sherry, & Allen, 2014) e constatou-se, em ambas as amostras, que o perfeccionismo socialmente prescrito aumenta a sintomatologia depressiva. Atualmente, conclui-se que o perfeccionismo socialmente prescrito confere vulnerabilidade aos indivíduos para desenvolverem sintomatologia depressiva (Smith et al., 2018).

Por outro lado, o perfeccionismo auto-orientado tem sido considerado um preditor inconsistente da sintomatologia depressiva, uma vez que alguns autores (e.g., Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Stoeber & Otto, 2006) indicam que o perfeccionismo auto-orientado resulta em consequências positivas para os indivíduos (e.g., desenvoltura) e outros (Békés et al., 2015) referem-no como um fator de vulnerabilidade. Apesar do debate, um estudo de meta-análise

recente (Smith et al., 2016) afirma que dependendo das circunstâncias individuais, todos os aspectos do perfeccionismo podem conferir vulnerabilidade para a depressão.

Em resumo, o papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva no comportamento suicidário pode ser explicado através da tendência dos perfeccionistas em vivenciarem emoções negativas como, sentimentos de vergonha, culpa e fracasso (Klibert, Langhinrichsen-Rohling & Saito 2005) que conduzem à depressão. O quadro clínico depressivo, por sua vez, aumenta significativamente a ideação suicida (Chioqueta & Stiles, 2005).

Com a revisão de literatura sublinha-se a relevância de continuar a abordar os fatores explicativos do comportamento suicidário, particularmente os fatores psicológicos. Sendo assim essencial o desenvolvimento de estudos com o propósito de compreender melhor o contributo do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo, bem como o papel da sintomatologia depressiva.

3. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo compreender o papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva numa amostra de jovens adultos portugueses com e sem tentativa de suicídio. De forma a alcançar este objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos: a) Avaliar os níveis de perfeccionismo e os níveis de ideação suicida nos jovens adultos; b) Verificar se existem diferenças significativas nas dimensões do perfeccionismo e na ideação suicida em função do sexo; c) Explorar as relações entre a componente adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo, a sintomatologia depressiva e a ideação suicida; d) averiguar se existem diferenças significativas nos níveis de perfeccionismo e nos níveis de sintomatologia depressiva em jovens adultos com e sem tentativa de suicídio; e, e) Avaliar o papel mediador da sintomatologia depressiva na relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida.

Globalmente, é de esperar que o perfeccionismo e o comportamento suicidário evidenciem uma relação positiva e que a presença de sintomatologia depressiva assuma um papel mediador na relação entre este traço de personalidade e o comportamento suicidário.

4. Metodologia

4.1 Amostra

A amostra é composta por 258 jovens adultos de nacionalidade Portuguesa, 206 (79,8%) do sexo feminino e 52 (20,2%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 21,57$; $DP = 0,16$). A maioria dos participantes são solteiros (96,1%), com habilitações ao nível do ensino superior (68,2%) e do ensino secundário (30,2%). Aproximadamente $\frac{1}{4}$ dos participantes (22,5%) afirmaram ter sido diagnosticados com um problema psicológico ou psiquiátrico, de entre estes, as mais frequentes são a Perturbação Depressiva (7,8%) e a Perturbação de Ansiedade (4,7 %). Mais de metade da amostra (53,9%) afirmou já ter sentido que não valia a pena viver e aproximadamente $\frac{1}{4}$ (23,3%) responderam na afirmativa à questão “Se já tinham cometido atos para se prejudicarem a eles próprios”. Relativamente à tentativa de suicídio, a grande maioria (91,5%) refere nunca ter tentado pôr fim à própria vida.

4.2 Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

4.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico teve como propósito descrever os participantes no que diz respeito à idade, sexo, nacionalidade, distrito de residência, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. Recolheram-se ainda informações relativas à presença de diagnóstico psicológico/psiquiátrico (“Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?”), à presença de ideação suicida (“Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?”) e à presença de tentativa de suicídio (“Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?”).

4.2.2 Questionário de Ideação Suicida (ISQ) (Reynolds, 1988) adaptação para português por Ferreira e Castela (1999)

O *Suicide Ideation Questionnaire* foi desenvolvido, originalmente por Reynolds, no ano de 1988 (Reynolds, 1991), anos mais tarde foi desenvolvida a versão adaptada para a população portuguesa, denominado de Questionário de Ideação Suicida (QIS), sendo os autores Ferreira e Castela (1999).

Este questionário avalia a gravidade dos pensamentos suicidas e as crenças suicidas, quer em adolescentes, quer em jovens adultos. Pode ser aplicado individualmente ou em grupo e o demora aproximadamente 10 minutos o seu preenchimento.

É um instrumento de autorrelato, composto por 30 itens (e.g., “Pensei que seria melhor não estar vivo”), apresenta sete opções de resposta (0 = Nunca tive este pensamento; 6 = Quase todos os dias). Sendo a cotação feita numa escala de tipo Likert de 7 pontos, em que a pontuação total é obtida através do somatório do valor atribuído a cada item.

Os resultados do questionário variam entre o mínimo de 0 e o máximo de 180 pontos, sendo que quanto mais elevada for a cotação mais frequentes são as crenças ou pensamentos sobre o suicídio.

No que diz respeito à fiabilidade do instrumento, na versão original, os estudos de fiabilidade analisaram a consistência interna (alfa de Cronbach) e obtiveram um coeficiente de alfa de Cronbach de ,97; na versão portuguesa obtiveram um resultado de fiabilidade com características psicométricas satisfatórias com um coeficiente alfa de Cronbach de ,96.

No presente estudo, após a análise da confiabilidade, obteve-se um alfa de Cronbach de ,97, muito semelhante ao valor obtido na adaptação portuguesa, o que revela uma consistência interna muito boa.

4.2.3 Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS) Hewitt e Flett (1991) adaptação para português por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003)

A *Multidimensional Perfectionism Scale* de Hewitt e Flett (HMPS; 1991) foi desenvolvida com base no modelo teórico multidimensional do perfeccionismo, o qual refere componentes intrapessoais e interpessoais do perfeccionismo.

Neste sentido, a escala é composta por uma dimensão intrapessoal (perfeccionismo auto-orientado) e por duas dimensões interpessoais (perfeccionismo socialmente prescrito e perfeccionismo orientado para os outros). Cada dimensão tem uma origem e direção do perfeccionismo diferentes, isto é, o perfeccionismo auto-orientado (PAO) diz respeito ao estabelecimento de padrões elevados e a motivação perfeccionista dirigida a si próprio; o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) avalia a percepção que os indivíduos têm acerca dos padrões excessivamente elevados dirigidos a si por parte do outro; e o perfeccionismo orientado para os outros (POO) avalia os padrões de comportamento irrealista para com os outros que são significativos.

A HMPS que foi utilizada neste estudo é a versão final, composta por 45 itens pois, inicialmente, a escala tinha um total de 122 itens que foram depois reduzidos tendo em conta o poder discriminativo e a pontuação média alcançada quando administrados numa amostra de 156 estudantes universitários (52 homens e 104 mulheres). A cotação é feita numa escala tipo Likert com 7 pontos (1 = Discordo completamente; 7 = Concordo completamente). Dos 45 itens que compõem a escala, 19 deles são cotados no sentido inverso. A pontuação total obtém-se através do somatório das pontuações de cada item, as quais variam entre 45 e 315. Quanto mais elevada for a pontuação mais elevados são os níveis de perfeccionismo.

O total de itens são organizados pelas três subescalas correspondentes às três dimensões supracitadas: perfeccionismo auto-orientado (18 itens) (e.g., “Estabeleço normas muito elevadas para mim”); perfeccionismo socialmente prescrito (14 itens) (e.g., “Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas dos outros sobre mim”); perfeccionismo orientado para os outros (8 itens) (e.g., “Não critico alguém que desiste muito facilmente”).

A versão original da escala mostra boa consistência interna (alfa) e foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Gomes, Macedo e Azevedo (2003), apresentado qualidades psicométricas adequadas. A análise da fiabilidade da escala demonstrou boa consistência interna tendo como coeficiente de alfa de Cronbach de ,89, assim como para as subescalas, tendo estas coeficientes de alfa de Cronbach de: $\alpha = ,89$ (PAO); $\alpha = ,83$ (PSP); $\alpha = ,69$ (POO). Porém, verificaram que quatro itens (29, 37, 38 e 45) apresentavam correlações baixas com os outros fatores, o que justifica a não integração em nenhuma das subescalas, contudo são contabilizados no somatório total da escala.

Neste estudo, foram utilizadas duas das três subescalas do instrumento, nomeadamente o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito. Optou-se por esta seleção de subescalas, devido aos estudos empíricos demonstrarem que apenas estas duas dimensões estão relacionadas com o comportamento suicidário. Foi realizada a análise da confiabilidade das duas subescalas utilizadas, tendo-se obtido valores de consistência interna (alfa de Cronbach) elevados e semelhantes ao estudo da adaptação portuguesa, nomeadamente $\alpha = ,92$ (PAO) e $\alpha = ,88$ (PSP).

4.2.4 Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995) adaptação para português por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)

A EADS-21 tem como base o modelo tripartido e advém da adaptação para a língua portuguesa da Depression Anxiety Stress Scales (DASS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond (1995). Mas a versão original consistia numa escala com 42 itens de Lovibond e Lovibond (1995). Escolheram-se os 21 itens de modo a que se possa fazer uma conversão nas notas da escala completa de 42 itens, isto através da multiplicação por dois.

A amostra utilizada para a adaptação era composta por 200 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos, 162 participantes do sexo feminino e 38 participantes do sexo masculino, estudantes de Psicologia e foram retirados de uma população sem doença.

No que diz respeito à EADS-21, é uma escala composta por 21 itens que se distribuem pelas três subescalas, de igual forma: stress (7 itens), ansiedade (7 itens) e depressão (7 itens) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), sendo que no âmbito do presente estudo se recorreu somente à análise da última subescala supracitada.

A subescala de depressão inclui itens direcionados à Disforia (e.g., “Senti-me desanimado e melancólico”), ao Desânimo (e.g., “Senti que não tinha nada a esperar do futuro”), à Desvalorização da vida (e.g., “Senti que a vida não tinha sentido”), à Autodepreciação (e.g., “Senti que não tinha muito valor como pessoa”), à Falta de Interesse ou de Envolvimento (e.g., “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada”), à Anedonia (e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”) e à Inércia (e.g., “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas”). Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, é pedido que o sujeito responda de acordo com o que ocorreu “na semana passada”. A cotação é feita numa escala tipo Likert com 4 pontos (0 = Não se aplicou nada a mim; 4 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes).

Os resultados de cada subescala são obtidos através da soma dos resultados dos 7 itens, possibilitando obter um total entre o mínimo de 0 e o máximo de 21. Quanto mais elevados forem os resultados em cada dimensão mais elevados são os estados efetivos mais negativos.

Relativamente à consistência interna, recorreram ao Alfa de Cronbach, na escala original de 42 itens demonstrou valores do Alfa de Cronbach para a subescala de Ansiedade de ,83, para a subescala de Depressão de ,93 e para a subescala de Stresse de ,88. Quanto à EADS-21, segundo Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), os resultados foram de ,74 para a subescala

de ansiedade, de ,85 para a subescala de depressão e de ,81 para a subescala de stresse. De acordo com estes resultados confirma-se que a versão portuguesa da EADS-21 tem propriedades idênticas às da versão original.

No presente estudo, foram calculados os valores de consistência interna da escala total e da subescala depressão devido aos objetivos de o estudo incluírem apenas esta subescala do instrumento. Obtiveram-se valores satisfatórios de consistência interna, quer para a escala completa que apresentou um alfa de Cronbach de ,95, quer para a subescala Depressão que obteve valor alfa de ,92.

4.3 Procedimento

4.3.1 Procedimento de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados foi realizado durante o ano letivo 2017/2018 e iniciou-se com um pedido de autorização ao Presidente do Conselho Diretivo da Universidade do Algarve. Após a aprovação, seguiu-se a recolha que se realizou através de um formulário *online* (*Google Forms*). Antes do preenchimento do protocolo, os participantes preencheram um consentimento informado que os esclarecia acerca do propósito da investigação e alertava para o facto da participação ser integralmente voluntária e de os dados fornecidos serem confidenciais.

4.3.2 Procedimento de análise de dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (24.0) para o Windows. Inicialmente foi realizada a descrição demográfica da amostra recorrendo a tabelas de frequência e ao cálculo de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

De seguida, de modo a avaliar a amostra de jovens adultos quanto aos níveis de perfeccionismo e de ideação suicida, foi efetuada uma análise descritiva mais pormenorizada. Esta análise foi realizada com o objetivo de indicar e resumir os dados obtidos, através da descrição da distribuição destas variáveis quanto às medidas de tendência central – média, mediana, moda (estatística) – e quanto às suas medidas de dispersão – variância, desvio-padrão, valor máximo e valor mínimo e quartis.

Seguidamente, de forma a estudar as diferenças significativas entre géneros no que se refere às dimensões do perfeccionismo e à ideação suicida procedeu-se à realização do

Independent Sample T-test. Neste procedimento estatístico foram analisados os valores de t , os graus de liberdade (gl) e os valores de significância (p). Quanto à medida de magnitude de efeito baseada em diferenças padronizadas entre médias foi calculada através do cálculo do d de Cohen (d). Para este procedimento, foram tidas em conta as linhas orientadoras para a interpretação do valor de d : magnitudes de efeito reduzido correspondem a valores de $d = 0,2$, magnitudes de efeito moderado correspondem a valores $d = 0,5$, e magnitudes de efeito elevado correspondem a valores de $d = 0,8$ (Cohen, 1988).

Posteriormente, para compreender a relação entre as variáveis em estudo (dimensões do perfeccionismo, sintomatologia depressiva) e a ideação e tentativa de suicídio procedeu-se ao cálculo do *Coefficiente de Correlação de Pearson* (r). A magnitude do efeito r foi interpretada de acordo com os critérios definidos por Cohen (1988). Nomeadamente, valores entre $[,10; ,30[$ representam uma correlação baixa, entre $[,30; ,50[$ representam uma correlação moderada entre $[,50; 1[$ correspondem a uma correlação elevada.

Foi ainda utilizado o teste *Mann-Whitney*, como alternativa não paramétrica do teste *Independent Sample T-Test*, de forma a explorar as relações entre a componente adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo, a sintomatologia depressiva e a ideação suicida em indivíduos *com e sem* historial de tentativa de suicídio. Recorreu-se a esta alternativa por não se verificaram as condições necessárias, nomeadamente a dimensão reduzida ($N < 30$) de um dos grupos (com tentativa de suicídio). Para o cálculo da magnitude de efeito (d de Cohen) foi utilizada a seguinte

$$\text{fórmula: } d = Z \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}.$$

Por fim, de modo a avaliar se a existência de sintomatologia depressiva influencia a relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida, foi efetuada uma análise do possível efeito mediador da sintomatologia depressiva. Para tal procedimento foram tidas em conta quatro condições: averiguou-se a existência do efeito significativo do preditor sobre a variável dependente, através de uma *regressão linear simples*; seguidamente, analisou-se o possível efeito significativo do preditor sobre o presumível mediador, novamente através de uma *regressão linear simples*; foi explorado se o efeito da variável mediadora sobre a variável dependente, na presença do preditor, era significativo, recorrendo a uma *regressão múltipla*; por fim recorreu-se ao teste de *Sobel* para avaliar se o efeito mediador era significativo. Verificou-se ainda a magnitude do efeito da mediação, por meio do cálculo da percentagem do efeito indireto face ao efeito total, recorrendo-se à seguinte fórmula: $100 \times ab \div c$ (Baron & Keeny, 1986).

5. Resultados

Neste ponto são relatados os principais resultados obtidos após as análises estatísticas dos dados, de forma a dar resposta aos objetivos propostos no estudo.

5.1 Avaliação dos níveis de perfeccionismo e dos níveis de ideação suicida nos jovens adultos portugueses

No que diz respeito aos níveis de ideação suicida, a análise descritiva da totalidade da amostra ($N = 258$) apresentou um valor médio relativamente baixo e um desvio-padrão e variância bastante elevados ($M = 21,50$; $DP = 28,884$; $S^2 = 834,259$). Observou-se uma grande dispersão relativamente à pontuação total do Questionário de Ideação Suicida, sendo que o participante que pontou mais baixo obteve 0 pontos e o que pontou mais alto obteve 168 pontos. De acordo com a análise de quartis, 25% da amostra obteve abaixo de 3 pontos, 50% pontuou abaixo e acima de 12 pontos e os outros 25% pontuaram acima de 26 pontos ($Q1 = 3$; $Q2 = 12$; $Q3 = 26$), sendo que o valor que mais se repetiu foi 0 ($Mo = 0$).

Relativamente à assimetria observou-se uma assimetria positiva (*Coef. ass.* > 0) significando que a média assume um valor superior ao da mediana.

No que concerne aos níveis de perfeccionismo, foi efetuada a análise descritiva da pontuação da amostra total na Escala Multidimensional do Perfeccionismo e nas suas duas subescalas. A escala total apresentou um valor médio relativamente alto ($M = 146,80$) uma vez que a pontuação pode variar entre 45 e 315, mostrou ainda uma grande dispersão de pontuações ($DP = 29,794$; $S^2 = 887,671$) (Figura 2). A análise dos quartis revelou que 25% dos participantes obteve menos de 130 pontos, 50% pontuou abaixo e acima de 145 pontos e os restantes 25% pontuaram acima de 165,25 ($Q1 = 130$; $Q2 = 145$; $Q3 = 165,25$). O coeficiente de assimetria apresenta um valor próximo de zero o que indica que a distribuição da amostra é quase simétrica (*Coef. ass.* ≈ 0).

A subescala do perfeccionismo auto-orientado (PAO) apresentou valores acima do valor médio central da subescala ($M = 84,99$; $DP = 19,586$) e a subescala do perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) revelou uma média próxima do valor médio da subescala ($M = 46,76$; $DP = 13,922$).

5.2 Níveis de ideação suicida e de perfeccionismo: diferenças entre géneros

A avaliação dos valores médios de ideação suicida e de perfeccionismo, quanto às diferenças entre géneros dos participantes foi efetuada com recurso ao *Independent Sample T-Test* (Tabela 1).

Relativamente à ideação suicida (QIS), o teste de *Levene* demonstrou a existência de homogeneidade de variância ($F = 1,315$; $p = ,253$), procedeu-se assim à leitura dos valores do *Teste-T* na primeira linha da tabela. Quanto às diferenças entre os géneros, o sexo masculino ($M = 26,58$; $DP = 34,148$) apresentou uma média de ideação suicida superior à do sexo feminino ($M = 20,22$; $DP = 27,343$) no entanto, as diferenças não foram significativas ($t_{(258)} = -1,416$; $p = ,158$; d de Cohen = 0,21).

No que se refere ao perfeccionismo, também não se observaram diferenças significativas nas pontuações da escala completa ($t_{(258)} = 1,291$; $p = ,198$; d de Cohen = ,19), entre o sexo feminino e o sexo masculino. Quanto às subescalas (PSP e PAO), os valores médios demonstram que o sexo feminino tem valores superiores aos do sexo masculino (Tabela 1) em ambas as subescalas. No entanto, as diferenças não são significativas (PAO: $t_{(258)} = 1,018$; $p = ,310$; d de Cohen = ,14 ; PSP: $t_{(258)} = ,979$; $p = ,328$; d de Cohen = 0,16).

Tabela 1.

Comparação dos níveis de ideação suicida e dos níveis de perfeccionismo em função do género - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t

	Amostra total (N=258)		Sexo Feminino (N=206)		Sexo Masculino (N=52)		<i>d</i> de Cohen	<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIS	21,50	28,883	20,22	27,343	26,58	34,148	0,21	-1,416	,158
PAO (HMPS)	84,99	19,586	85,59	18,647	82,62	22,934	0,14	0,979	,328
PSP (HMPS)	46,76	13,922	47,20	14,208	45,00	12,700	0,16	1,018	,310
HMPS total	146,80	29,794	148,00	28,730	142,04	33,562	0,19	1,291	,198

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; QIS = Questionário de Ideação Suicida de Reynolds (1988); HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett

(1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; HMPS total = Valor total de perfeccionismo avaliado pela HMPS. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

5.3 Análise da relação entre as variáveis em estudo

A relação entre as variáveis em estudo, nomeadamente a ideação suicida, o perfeccionismo adaptativo, o perfeccionismo desadaptativo e a sintomatologia depressiva, foi analisada através do *Coefficiente de correlação de Pearson* (r) (Tabela 3).

No que diz respeito à ideação suicida e perfeccionismo, verificou-se uma correlação positiva para ambas as subescalas (PAO e PSP). Quanto ao PAO, uma dimensão adaptativa do perfeccionismo, a correlação é de intensidade reduzida e não significativa ao nível de significância ($r = ,105$; $p = ,091$). Relativamente ao PSP, uma dimensão desadaptativa do perfeccionismo, o coeficiente de correlação de *Pearson* apontou para uma correlação moderada e significativa quanto ao nível de significância ($r = ,456$; $p = ,000$). Os resultados indicam que sujeitos com os níveis de perfeccionismo mais elevados, especialmente ao nível do perfeccionismo socialmente prescrito, tendem a apresentar níveis de ideação suicida superiores.

Relativamente à sintomatologia depressiva e à ideação suicida, os resultados apontam para uma correlação positiva elevada e significativa no que se refere ao nível de significância ($r = ,659$; $p = ,000$). Sugerindo que indivíduos com um nível de sintomatologia depressiva mais elevado tendem a apresentar níveis de ideação suicida maiores.

Por fim, a última relação avaliada foi entre o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva. Quanto ao PAO, uma dimensão adaptativa do perfeccionismo, encontrou-se uma correlação positiva de intensidade baixa e significativa ao nível de significância ($r = ,180$; $p = ,004$). Em relação ao PSP, uma dimensão desadaptativa do perfeccionismo, verificou-se uma correlação positiva, moderada e significativa ($r = ,487$; $p = ,000$). Estes resultados sugerem que indivíduos com maiores níveis de perfeccionismo, principalmente perfeccionismo socialmente prescrito tendem a demonstrar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Tabela 2.

Correlações (r) entre as variáveis em estudo (Dimensões do perfeccionismo, sintomatologia depressiva e ideação suicida) na Amostra total ($N = 258$)

	HMPS	PSP (HMPS)	PAO (HMPS)	EADS Dep.
QIS	,280***	,456***	,105	,659***
EADS Dep.	,354***	,487***	,180**	

Nota. r = Coeficiente de Correlação de Pearson; (EADS = Escala de Ansiedade Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004); EADS Dep. = subescala da depressão; HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Assinalam-se a negrito as correlações moderadas e estatisticamente significativas ($|r| \geq .3$). * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

5.4 Níveis de perfeccionismo e sintomatologia depressiva: diferenças entre indivíduos com e sem histórico de tentativa de suicídio

A análise para investigar se os níveis de perfeccionismo adaptativo (PAO) e perfeccionismo desadaptativo (PSP) diferem em indivíduos com histórico de tentativa de suicídio e em indivíduos sem histórico de tentativa de suicídio foi efetuada através do teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

Na tabela 2 são observáveis os resultados obtidos para a escala total de perfeccionismo (HMPS) e os resultados obtidos para cada subescala (PAO e PSP).

Relativamente à escala total de perfeccionismo os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio têm um valor médio superior ($M = 157,59$; $DP = 22,878$) aos indivíduos sem histórico de tentativa ($M = 145,79$; $DP = 30,201$). Porém, essas diferenças não se mostraram significativas ($U = 1968,50$; $p = ,061$). Quanto à análise individual das subescalas, apenas a escala do perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), uma dimensão desadaptativa do perfeccionismo, demonstrou diferenças significativas entre os dois grupos estudados ($U = 1695,50$; $p = ,007$) com uma magnitude de efeito elevada (d de Cohen = 0,58) e com os indivíduos com tentativa de suicídio a pontuarem mais elevado ($M = 53,55$). Na subescala do perfeccionismo auto-orientado (PAO), uma dimensão adaptativa do perfeccionismo, os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio ainda que apresentem níveis mais elevados ($M = 89,91$; $DP = 18,327$) do que os indivíduos sem histórico de tentativa de suicídio ($M = 84,53$;

5.5 Análise do papel mediador da sintomatologia depressiva na relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida

De forma a estudar o papel da sintomatologia depressiva na relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida, procedeu-se à análise do potencial efeito mediador da sintomatologia depressiva. Mais especificamente, procurou-se averiguar se o impacto individual das dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP) sobre a ideação suicida seria parcial ou totalmente mediado pela sintomatologia depressiva.

Numa primeira análise avaliou-se o efeito mediador da sintomatologia depressiva, tendo como preditor o perfeccionismo auto-orientado (PAO), componente adaptativa do perfeccionismo, e como variável dependente a ideação suicida (Figura 2). Para isso foi efetuada uma regressão simples de forma a verificar a existência de relação linear entre o PAO e a ideação suicida. Os resultados revelaram um efeito não significativo do PAO sobre a ideação suicida ($\beta = ,105$; $p = ,091$), podendo indicar uma possível mediação total. De seguida, efetuou-se outra regressão simples entre o PAO e a sintomatologia depressiva, e obteve-se um efeito significativo ($\beta = ,180$; $p = ,004$). Seguidamente realizou-se uma regressão múltipla e percebeu-se que o efeito da sintomatologia depressiva (Mediador) sobre a ideação suicida na presença do PAO foi significativo ($\beta = ,661$; $p = ,000$). Com esta regressão percebeu-se ainda que a associação entre o PAO e a ideação suicida continua não significativa na presença do mediador (sintomatologia depressiva) ($\beta = - ,014$; $p = ,772$), o que sugere uma mediação total. Foi testada a significância deste efeito indireto “PAO \rightarrow sintomatologia depressiva \rightarrow ideação suicida” recorrendo ao teste de Sobel, conduzindo a um resultado não significativo (*teste de Sobel* = $- ,282$; $p = ,778$), portanto o efeito mediador não é significativo. Assim, pode-se afirmar que o efeito direto não é significativo, mas quanto ao coeficiente do mediador (“sintomatologia depressiva \rightarrow ideação suicida”) o efeito é significativo, no entanto o caminho “PAO \rightarrow sintomatologia depressiva \rightarrow ideação suicida”, ou seja, o efeito mediado, de acordo com o teste de Sobel não é significativo. Adicionalmente foi avaliada a relevância da mediação e através do cálculo da percentagem do efeito mediado face ao efeito total explorou-se a magnitude de efeito da mediação. Concluiu-se que 53,13% do efeito do PAO sobre a ideação suicida se deve ao efeito da sintomatologia depressiva, sendo que os restantes 46,88% tem um efeito direto que não passa pela variável mediadora (sintomatologia depressiva).

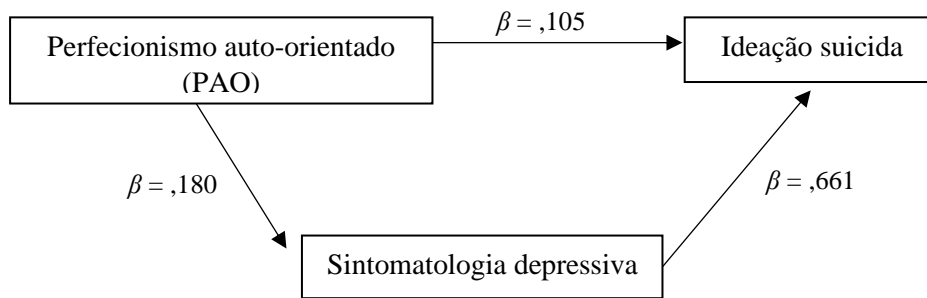


Figura 1. Efeito indireto do perfeccionismo auto-orientado sobre a ideação suicida por mediação da sintomatologia depressiva (* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).

Numa segunda análise avaliou-se o efeito mediador da sintomatologia depressiva, mas desta vez com o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), componente desadaptativa do perfeccionismo, como preditor e manteve-se a ideação suicida como variável dependente (Figura 3). Utilizando exatamente o mesmo procedimento estatístico supracitado, obteve-se um efeito significativo do perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) sobre a ideação suicida ($\beta = ,456$; $p = ,000$). O efeito do PSP sobre a variável mediadora, isto é, a sintomatologia depressiva é também significativo ($\beta = ,487$; $p = ,000$). Verificou-se posteriormente que o efeito da sintomatologia depressiva sobre a ideação suicida na presença do PSP foi significativo ($\beta = ,572$; $p = ,000$), ao contrário daquilo que se observou com o PAO, a associação entre o PSP e a ideação suicida manteve-se significativa na presença do mediador ($\beta = ,178$; $p = ,001$), o que sugere uma mediação parcial. Relativamente ao efeito indireto “PSP \rightarrow sintomatologia depressiva \rightarrow ideação suicida”, o teste de Sobel conduziu a um resultado significativo (*teste de Sobel* = 6,797; $p = ,000$), o que aponta para um efeito mediador significativo. Por meio da análise de magnitude da mediação concluiu-se que 37,95% do impacto do PSP na ideação suicida se deve à influência da sintomatologia depressiva, e os restantes 62,04% correspondem ao efeito direto que o PSP exerce sobre a ideação suicida e que não passa pela sintomatologia depressiva.

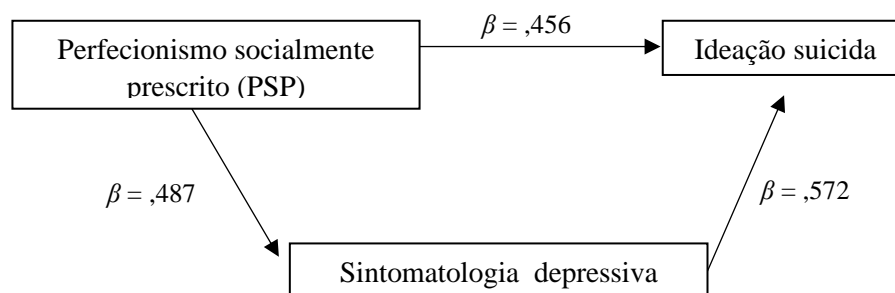


Figura 4. Efeito indireto do perfeccionismo socialmente prescrito sobre a ideação suicida por mediação da sintomatologia depressiva (* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).

6. Discussão

Como referido anteriormente, no enquadramento teórico, são diversas as evidências que salientam a importância dos traços de personalidade e dos sintomas psicopatológicos para uma melhor compreensão da etiologia do comportamento suicidário.

Neste estudo foi proposto como objetivo geral compreender o papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva numa amostra de jovens adultos portugueses *com e sem* tentativa de suicídio. Esperava-se que entre o perfeccionismo desadaptativo e a ideação suicida se evidenciasse uma relação positiva e que a presença de sintomatologia depressiva assumisse um papel mediador sobre essa relação.

Para tal, inicialmente, caracterizámos os níveis de ideação suicida e de perfeccionismo, da amostra total ($N = 258$). A análise do nível de ideação suicida demonstrou um valor médio relativamente baixo, similar ao valor encontrado na adaptação portuguesa numa amostra de Estudantes universitários (Ferreira & Castela, 1999).

No estudo do nível de perfeccionismo, a dimensão adaptativa apresentou valores acima do valor médio da adaptação portuguesa, enquanto que a dimensão desadaptativa demonstrou um média próxima do valor médio (Soares, Gomes, Macedo & Azevedo, 2003). Com a análise dos níveis de perfeccionismo em função do sexo, observou-se, à semelhança de estudos anteriores (e.g., Chen, Hewitt & Flett, 2017; Soares, Gomes, Macedo & Azevedo, 2003), que não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, tanto no perfeccionismo adaptativo, como no perfeccionismo desadaptativo. Mas, ainda assim, as mulheres apresentaram níveis de perfeccionismo superiores aos homens, em ambas as dimensões.

Quanto aos níveis de ideação suicida, verificou-se que as diferenças não são significativas tal como referido no estudo de May e Klonsky (2016) e no estudo de adaptação portuguesa (Ferreira & Castela, 1999).

No que diz respeito à análise relacional entre as variáveis, nomeadamente, ideação suicida, perfeccionismo adaptativo, perfeccionismo desadaptativo e sintomatologia depressiva, foi possível constatar que, na sua maioria os resultados do presente estudo corroboram os resultados descritos por estudos anteriores apresentados na literatura.

De forma mais detalhada, verificou-se uma relação positiva entre as duas dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida. No entanto, só o perfeccionismo desadaptativo mantém uma relação significativa com o pensamento suicida, o que parece significar que à medida que os

níveis de perfeccionismo desadaptativo aumentam, os pensamentos suicidas são mais frequentes. De forma idêntica, dados recentes apresentados por Smith e colaboradores (2018) indicam que o perfeccionismo desadaptativo prevê o aumento de ideação suicida.

Explorando a relação entre sintomatologia depressiva e ideação suicida, identificou-se uma associação forte, positiva e significativa, indicando que quanto mais elevada a sintomatologia depressiva maiores os níveis de ideação suicida. De acordo com este resultado, é referido por May e Klonsky (2016) que o diagnóstico de depressão é mais frequente nos indivíduos com ideação suicida em comparação com indivíduos sem qualquer ligação ao suicídio.

A última análise relacional explorou o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva. Verificou-se, para ambas as dimensões, uma associação positiva e significativa, propondo que indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo, tanto adaptativo, como desadaptativo, apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva. Estudos anteriores parecem estar de acordo quanto ao perfeccionismo desadaptativo (e.g., Sherry, Gautreau, Mushquash, Sherry, & Allen, 2014), o mesmo não acontece em relação ao perfeccionismo adaptativo, onde os dados são controversos. Isto é, alguns autores evidenciam o perfeccionismo adaptativo também como um fator de vulnerabilidade para a depressão (e.g., Chen, 2012; Békés et al., 2015); enquanto outros (e.g., Stoeber & Otto, 2006) sublinham que a dimensão adaptativa do perfeccionismo é um fator associado a consequências positivas. A este respeito, salientamos que este resultado não é claro nos vários estudos revisados, talvez porque os instrumentos de medida das duas dimensões nem sempre são os mesmos e a natureza das amostras também difere (clínicas e não clínicas).

Foi ainda possível observar que a dimensão desadaptativa do perfeccionismo se relaciona de forma positiva e significativa tanto com a ideação suicida como com a sintomatologia depressiva, em jovens adultos.

Posteriormente, de modo a averiguar o papel do perfeccionismo na ideação suicida e tentativa de suicídio levou-nos a comparar os jovens adultos com e sem histórico de tentativa de suicídio. Relativamente ao perfeccionismo, note-se que, apenas a dimensão desadaptativa demonstrou diferenças estatisticamente significativas, tendo os indivíduos *com* histórico de tentativa obtido pontuações mais elevadas. Pelo contrário, as diferenças encontradas em estudos recentes, tanto para o PA como para o PD, não são significativas. Não obstante, à semelhança

do presente estudo, o grupo *com* tentativa de suicídio apresenta níveis de perfeccionismo, tanto adaptativo como desadaptativo maiores (e.g., Shahnaz, Saffer & Klonsky, 2018).

Concluiu-se ainda que indivíduos com histórico de tentativa demonstram maiores níveis de ideação suicida, sendo esta diferença bastante significativa, refletindo que a ideação e a tentativa de suicídio se encontram num *continuum*, i.e., à medida que existem mais pensamentos sobre o ato suicida, o risco de vir a acontecer aumenta (Joiner, Brown & Wingate, 2005).

Ainda relativamente às diferenças entre indivíduos com e sem histórico de tentativa de suicídio verificou-se, à semelhança do estudo de May e Klonsky (2016) que os indivíduos *com* histórico de tentativa de suicídio tendem a vivenciar maiores níveis de sintomatologia depressiva. Sugerindo que a psicopatologia depressiva confere risco para a tentativa suicida.

Em suma, o grupo de jovens que já tentou o suicídio demonstra, de forma significativa, maiores níveis de perfeccionismo desadaptativo e sintomatologia depressiva, como também maiores níveis de ideação suicida, levando a crer que durante a evolução de ideação para tentativa suicida os níveis de PD e sintomatologia depressiva aumentam.

Após verificarmos a associação de variáveis psicopatológicas com o perfeccionismo, considerámos o estudo de um possível papel mediador da sintomatologia depressiva sobre a relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida.

Observámos que o perfeccionismo adaptativo apresenta um contributo na ideação suicida, com um efeito não significativo. Verificou-se ainda que ao incluir a sintomatologia depressiva, a associação entre PA e ideação continuava a não ser significativa, o que indica uma mediação total, i.e., a relação entre PA e ideação suicida passa a ser mediada pela sintomatologia depressiva. Este resultado, parece reforçar a importância da sintomatologia depressiva como fator de risco para o comportamento suicidário (e.g., Le´pine & Briley, 2011; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013), neste caso para a ideação suicida. É ainda de referir que a componente adaptativa do perfeccionismo na presença da sintomatologia depressiva perde poder preditivo, demonstrando que, a presença de traços de perfeccionismo adaptativo, por si só, não contribui de forma significativa para a ideação suicida.

No caso do perfeccionismo desadaptativo, verificou-se exatamente o contrário, pois a relação entre PD e a ideação suicida manteve-se significativa na presença do mediador, indicando que o efeito mediador da sintomatologia depressiva é parcial, ou seja, mais de metade do impacto na ideação suicida deve-se ao efeito único do PD. Estes resultados recebem suporte

de estudos anteriores que concluíram que a dimensão desadaptativa do perfeccionismo consegue prever a ideação suicida de forma individual, mesmo na presença de variáveis como a depressão e a desesperança (e.g., Dean, Range & Goggin, 1996; Hewitt, Caelian, Chen & Flett, 2014).

Sintetizando, com a análise de mediação, compreendemos que o perfeccionismo desadaptativo exerce um contributo para a ideação suicida, superior ao manifestado pelo perfeccionismo adaptativo. Quanto à sintomatologia depressiva confirmou-se que pode atuar como fator mediador sobre a relação do perfeccionismo e ideação suicida. Este papel mediador parece ser explicado pelo facto dos indivíduos altamente autocríticos e perfeccionistas demonstrarem grande vulnerabilidade a intensas depressões, que muitas vezes, são acompanhadas por impulsos suicidas (Blatt, 2008).

De forma geral, o presente estudo demonstrou resultados concordantes com a literatura, apontando, de forma clara, a evidente relação entre o perfeccionismo desadaptativo e a sintomatologia depressiva, que parece “criar condições” para despoletar risco para o comportamento suicidário.

Conclusão

A revisão de literatura no âmbito do comportamento suicidário possibilitou-nos um maior conhecimento acerca do seu impacto e crescente evolução na sociedade. O facto de o perfeccionismo surgir frequentemente associado a este fenómeno e a diversos quadros psicopatológicos, bem como o facto da população jovem ser pouco estudada em Portugal, conduziu-nos ao desenvolvimento deste trabalho, que teve como objetivo geral avaliar qual o papel do perfeccionismo e da sintomatologia depressiva no comportamento suicidário em jovens adultos com e sem tentativa de suicídio.

Procurámos então caracterizar a amostra quanto ao perfeccionismo e ideação suicida, verificando que os jovens adultos portugueses têm níveis de perfeccionismo relativamente altos e níveis de ideação suicida relativamente baixos em comparação ao estudo de adaptação portuguesa. No entanto, esperávamos que existisse um nível de pensamentos suicidas superiores, tendo em conta que são um grupo de risco. Ao contrário do que era esperado, concluímos que não existem diferenças entre homens e mulheres, tanto nos pensamentos suicidários como nos níveis de perfeccionismo. Propusemos também explorar as relação das variáveis em estudo, observámos que indivíduos que apresentam traços perfeccionistas desadaptativos mais frequentemente, são também os que vivenciam maior sintomatologia depressiva e mais pensamentos suicidas. Na mesma lógica, quanto maior o nível de sintomatologia depressiva de um indivíduo, maior a presença de pensamentos suicidas.

Posteriormente, foi possível distinguir indivíduos com e sem tentativa de suicídio, quanto às variáveis em estudo. Os indivíduos que já tentaram o suicídio demonstram níveis significativamente maiores de perfeccionismo desadaptativo, sintomatologia depressiva e ideação suicida. Para avaliar o papel da sintomatologia depressiva na relação entre perfeccionismo e ideação suicida, a análise da regressão múltipla permitiu-nos perceber que, de facto existe um papel mediador. No entanto, o PD evidencia um contributo único e significativo na ideação suicida. Pelo contrário, não obtivemos conclusões que nos permitam afirmar que, por si só, a dimensão PA confere risco para a ideação.

Globalmente, obtivemos resultados interessantes que confirmam o risco dos traços de personalidade e da sintomatologia depressiva para o desenvolvimento de ideação suicida e possível evolução para outro tipo de comportamento suicidário, nomeadamente a tentativa de suicídio.

Ao nível da prática clínica, o presente estudo salienta a necessidade de reconhecer e investigar possíveis traços perfeccionistas na avaliação/intervenção de indivíduos com sintomatologia depressiva e/ou ideação suicida, tornando mais rigorosos, o plano de tratamento e a prática clínica. Além disto, uma vez que o traço de perfeccionismo tem vindo a ser um foco no tratamento associado a várias psicopatologias (Egan, Wade, Shanfran & Antony, 2016), o estudo reforça a importância do desenvolvimento de programas de prevenção do comportamento suicidário para os jovens adultos, que foquem o esclarecimento acerca da componente desadaptativa do perfeccionismo, com vista a evitar que sofrimento experienciado pelos indivíduos perfeccionistas resulte em comportamento suicidário e/ou possíveis quadros psicopatológicos.

Todavia, é importante salientar algumas limitações encontradas ao longo do estudo. Em relação à amostra verifica-se a predominância de indivíduos do sexo feminino, o que exigirá cautela quando se proceder à generalização dos resultados que dizem respeito às diferenças de sexo. Verificou-se uma outra limitação relacionada com a recolha dos dados via *online*, já que pode levar a um viés na seleção da amostra, pois os participantes podem ter preenchido o formulário por se identificarem com a temática do estudo.

Como propostas para estudos futuros acerca dos fatores explicativos do comportamento suicidário, seria interessante explorar as mesmas variáveis com recurso a um estudo comparativo entre amostras clínicas e não clínicas, de forma a compreender se existem diferenças intergrupais. Seria também importante avaliar outras possíveis variáveis mediadoras sobre a relação entre perfeccionismo e comportamento suicidário. Por fim, considerámos ser essencial recorrer a amostras equilibradas no que se refere ao género, de modo a generalizar os resultados. Assim, torna-se fundamental dar continuidade ao estudo do comportamento suicidário com vista, especialmente, à prevenção.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ashby, J. S., Noble, C. L., & Gnilka, P. B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression, and satisfaction with life: Differences among perfectionists and tests of a stress-mediation model. *Journal of College Counseling, 15*(2), 130-143.
- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development, 84*(2), 148-156.
- Asseraf, M., & Vaillancourt, T. (2015). Longitudinal links between perfectionism and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(5), 895-908. doi:10.1007/s10802-014-9947-9.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*, 90–113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90.
- Beautrais, A. (2003). Suicide in New Zealand II: a review of risk factors and prevention. *The New Zealand Medical Journal, 116*(1175), 461.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 420-436.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. *Wellington: Ministry of Health, 82*.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Békés, V., Dunkley, D. M., Taylor, G., Zuroff, D. C., Lewkowski, M., Foley, J. E., Myhr, G., & Westreich, R. (2015). Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 year: The moderating role of perfectionism. *Behavior Therapy, 46*(4), 478-492.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences, 36*(6), 1373–1385. doi:10.1016/s0191-8869(03)00235-6.
- Blankstein, K. R., Lumley, C. H., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopefulness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability model. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 25*, 279–319.

- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. C. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 150, 113–124.
- Bogg, T., & Roberts, B. (2004). Conscientiousness and health-related behaviours: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887–919. doi:10.1037/0033-2909.130.6.887.
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 44(13), 817-826.
- Brendel, R. W., Wei, M., Lagomasino, I. T., Perlis, R. H., & Stern, T. A. (2010). Care of the suicidal patient. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* 541-554. WB Saunders.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180–206. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.371.
- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2005). The Internal Struggle Between the Wish to Die and the Wish to Live: A Risk Factor for Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1977–1979. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1977.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, 34-52.
- Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2012) Distress Mediates the Association Between Personality Predispositions and Suicidality: A Preliminary Study in a Portuguese Community Sample. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 44-58. doi: 10.1080/13811118.2012.640583.
- Chen, C. (2012). *Perfectionism and suicide ideation: An assessment of the specific vulnerability hypothesis and stress generation model* (Tese de Doutoramento, não publicada). University of British Columbia, Canada.
- Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2017). Ethnic variations in other oriented perfectionism's associations with depression and suicide behavior. *Personality and Individual Differences*, 104, 504–509. doi: 10.1016/j.paid.2016.09.021.

- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and individual differences*, 38(6), 1283-1291.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Coryell, W., & Young, E. A. (2005). Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 66, 412–417.
- Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. Pires & J. Veloso (Eds.), *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas* (pp.47-71). Leiria: Editorial Presença.
- Cummins, N., Scherer, S., Krajewski, J., Schnieder, S., Epps, J., & Quatieri, T. F. (2015). A review of depression and suicide risk assessment using speech analysis. *Speech Communication*, 71, 1-40.
- Dean, P. J., Range, L. M., & Goggin, W. C. (1996). The escape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(2), 181-186.
- Diekstra, R. F. W., Kienhorst, C. W. M., & De Wilde, E. J. (1995). Suicide and suicidal behaviour among adolescents. *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*, 686-761.
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Disponível em <https://www.dgs.pt/>.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Selfcritical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234–252.
- Dunkley, D.M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal Standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Fran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 63-84.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2016). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. Guilford Publications.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 274-284.
- Eurostat (2013). Statistics suicide rates. Acedido a 6 de junho 2018. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In M. Simões, M. bsGonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2) (pp. 124-130). Braga: APPORT/SHO.

- Flett, G.L., & Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P.L. Hewitt & G.L. Flett (Eds.), *Perfectionism* (pp. 531). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology, 18*(3), 156–172.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Pickering, D. (1998). Perfectionism in relation to attributions for success or failure. *Current Psychology, 17*(2-3), 249-262.
- Flett, G. L., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2015). Perfectionism, Worry, and Rumination in Health and Mental Health: A Review and a Conceptual Framework for a Cognitive Theory of Perfectionism. *Perfectionism, Health, and Well-Being*, 121–155. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_6.
- Flett, G. L., Hewitt, P., Nepon, T., & Besser, A. (2017). The Cognitive Side of Perfectionism. In J. Stoeber, *The Psychology of Perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 89-110). Routledge.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences, 14*(1), 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>.
- Ganske, K. H., & Ashby, J. S. (2007). Perfectionism and career decision-making self-efficacy. *Journal of employment counseling, 44*(1), 17-28.
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Cha, C. B., Deming, C. A., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2017). Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety, 35*(1), 65–88. doi:10.1002/da.22686.
- Goldney, R. D., & Schioldann, J. A. (2004). Evolution of the concept of altruistic suicide in Pre-Durkheim suicidology. *Archives of Suicide Research, 8*, 23–27.
- Goldney, R.D., 2008. Prediction of suicide and attempted suicide. In: Hawton, K., van Heeringen, K. (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons, Ltd, Ltd, West Sussex, England, 585–595.
- Gouveia, J., & Nogueira, H. (2017). O suicídio em Portugal: ocorrências no Domínio Público Marítimo. *Cadernos de Geografia, 36*, 3-14.
- Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology, 15*, 27–33.
- Hawton, K., Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders, 147*(1-3), 17-28.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., & Kuoppasalmi, K. I. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry, 150*, 935–940.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 98-101.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 58-65.
- Hewitt, P. L., & Genest, M. (1990). The ideal-self: Schematic processing of perfectionistic content in dysphoric university students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(4), 802-808.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 663-674.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18(5), 439-460.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism in multidimensional: A reply to Shanfran, Cooper and Fairburn. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1221-1236.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. F. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicide behavior. In T. E. Ellis (Ed.). *Cognition and suicide: Theory, research, and practice* (pp. 215–235). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303–1325.
- Hewitt, P. L., Norton, G. R., Flett, G. L., Callander, L., & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(4), 395-406.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94–103.
- Hunter, E. C., & O'Connor, R. C. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 355-365.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 3 de janeiro de 2019 Disponível em <http://www.ine.pt/>
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Guilford Press.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.

- Kanfer, F. H., & Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. In L. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 143-179). New York: Academic Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama Psychiatry*, *293*(20), 2487-2495.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Jama Psychiatry*, *56*(7), 617-626.
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*, *46*, 141-156. doi:10.1353/csd.2005.0017.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *44*(1), 15. doi:10.1111/sltb.12068.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 307-330.
- Krantz, S. E., & Rude, S. S. (1984). Depressive attribution: Selection of different causes or assignment of dimensional meanings? *Journal of Personality and Social Psychology*, *47*(1), 193-203.
- Le'pine, J. P., Briley, M., 2011. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*, 3-7.
- Lovibond PF, Lovibond SH (1995) Manual for the Depression Anxiety Stress Scales 2nd ed. Sydney, Psychology Foundation.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, *4*(10), 819.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Archives of general psychiatry*, *48*(9), 834-839.
- Mathers, C.D., Loncar, D., 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, *3*(11), 2011-2030.
- Mattisson, C., Bogren, M., Horstmann, V., Munk-Jørgensen, P., & Nettelbladt, P. (2007). The long-term course of depressive disorders in the Lundby Study. *Psychological Medicine*, *37*(6), 883-891.
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*, 5-20.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, *97*(1-3), 203-209.
- McGrath, D. S., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Mushquash, A. R., Allen, S. L., Nealis, L. J., & Sherry, D. L. (2012). Reciprocal relations between self-critical perfectionism and

- depressive symptoms: Evidence from a short-term, four-wave longitudinal study. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 44, 169–181. doi:10.1037/a0027764.
- McKeon, R. (2009). *Suicidal behaviour*. Washington, USA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609-619.
- Nock, M. K., Borges, G., & Ono, Y. (Eds.). (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W., Girolamo, G., Gluzman, S., Graff, R., Gureje, O., Haro, J., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R., Le'pine, J., Levinson, D., Medina-Mora, M., Ono, Y., Posada-Villa, J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(8), 868.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, 1, 181-98.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. doi:10.1098/rstb.2017.0268.
- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(6), 698–714.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- O'Connor, R., & Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. Leicester: British Psychological Society.
- Organização Mundial da Saúde (1998). World Health Statistics Quarterly. Genebra: World Health Organization. Acedido a 5 de abril de 2019. Disponível em https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (2002b), Relatório Mundial de Saúde. *Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*, Lisboa. Acedido em 18 de março de 2019.
- Organização Mundial da Saúde (2013a). *European Mental Health Action Plan and the Global Mental Health Action Plan*. Acedido a 7 de fevereiro de 2019. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=1.
- Organização Mundial da Saúde (2013b). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em http://www.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/.

- Organização Mundial da Saúde (2013c). *World Suicide prevention day*. Acedido a 5 de abril. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Preventing Suicide, A global imperative*. Acedido a 20 de março de 2019. Disponível em https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- Organização Mundial da Saúde (2016). *Suicide rate estimates, crude Estimates by WHO region*. Acedido a 7 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREgv?lang=en>.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Mental health, Suicide data*. Acedido a 15 de fevereiro de 2019. Disponível em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Suicide statistics*. Acedido em 25 de Março de 2019. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=e>.
- Organização Mundial de Saúde. (2018a). *Suicide mortality rate (per 100 000 population), by WHO region, 2016*. Acedido em 13 de Janeiro de 2019 Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.
- Organização Mundial da Saúde. (2002a). *Suicide prevention in Europe: the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lamis, D. A., Lester, D., Di Fiore, E., Giordano, G., ... & Amore, M. (2016). The interplay between suicide risk, cognitive vulnerability, subjective happiness and depression among students. *Current Psychology*, 35(3), 450-458.
- Pritchard, C. (1992). Youth suicide and gender in Australia and New Zealand compared with countries of the Western world 1973-1987. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(4), 609-617.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 304-314.
- Rice, K. G., & Dellwo, J. P. (2002). Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 80(2), 188-196.
- Rice, K. G., & Lapsley, D. K. (2001). Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development*, 42(2), 157-168.
- Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S., & Sherry, D. L. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 42(2), 217-233. doi: 10.1111/j.943-278x.2012.00084.x.

- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). Suicídio e comportamentos autolesivos, Dos conceitos à prática clínica. *Lisboa: Lideleições técnicas.*
- Schumann, I., Schneider, A., Kantert, C., Löwe, B., & Linde, K. (2012). Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family practice, 29*(3), 255-263.
- Shahnaz, A., Saffer, B. Y., & Klonsky, E. D. (2018). The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. *Personality and Individual Differences, 130*, 117-121.
- Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Mushquash, A. R., Sherry, D. L., & Allen, S. L. (2014). Self-critical perfectionism confers vulnerability to depression after controlling for neuroticism: A longitudinal study of middle-aged community-dwelling women. *Personality and Individual Differences, 69*, 1-4.
- Sherry, S. B., Mackinnon, S. P., Macneil, M. A., & Fitzpatrick, S. (2012). Discrepancies confer vulnerability to depressive symptoms: A three wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 112-126. doi:10.1037/a0030439.
- Silverman, M. M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, police and practice* (pp.9-26). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification, 22*(3), 372-390.
- Slaney, R. B., Rice, K., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*, 130-145.
- Smith, E. P., Hill, A. P., & Hall, H. K. (2018a). Perfectionism, Burnout, and Depression in Youth Soccer Players: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Sport Psychology, 12*(2), 179-200.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality, 30*(2), 201-212. doi: 10.1002/per.2053.
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H., & Saklofske, D. H. (2018). Perfectionistic concerns confer risk for anxiety symptoms: A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety, Stress, and Coping, 31*, 4-20. doi:10.1080/10615806.2017.1384466.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018b). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality, 86*(3), 522-542. doi:10.1111/jopy.12333.
- Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., & Azevedo, M. H. P. (2003). Escala multidimensional de perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 5*(1), 46-55.

- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 149-155.
- Stoeber, J. (2017). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.
- Stoeber, J., & Janssen, D. P. (2011). Perfectionism and coping with daily failures: positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(5), 477-497.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319. doi:10.1207/s15327957pspr1004_2.
- Stoeber, J., Haskew, A. E., & Scott, C. (2015). Perfectionism and exam performance: The mediating effect of task-approach goals. *Personality and Individual Differences*, 74, 171-176. doi: 10.1016/j.paid.2014.10.016.
- Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 333-352). London: Routledge.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600.
- Ward, A. M., & Ashby, J. S. (2008). Multidimensional perfectionism and the self. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(4), 51-65.
- Wenzel, A., & Beck, A.T. (2008). A cognitive model of suicidal behaviour: Theory and treatment. *Applied & Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195.