

TATIANA DE JESUS VASCONCELOS

**JOVENS-ADULTOS COM HISTÓRIA DE COMPORTAMENTOS
AUTOLESIVOS E SUICIDÁRIOS: ACONTECIMENTOS DE VIDA
NEGATIVOS E CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS**



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

Tatiana de Jesus Vasconcelos

**Jovens-adultos com história de comportamentos autolesivos e suicidários:
acontecimentos de vida negativos e características psicológicas**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

**Jovens-adultos com história de comportamentos autolesivos e suicidários:
acontecimentos de vida negativos e características psicológicas**

Declaração de Autoria do Trabalho

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

(Tatiana Jesus Vasconcelos)

Copyright Tatiana Jesus Vasconcelos 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

O trabalho aqui exposto é o resultado de um longo percurso de trabalho, acompanhado por muitas inseguranças e incertezas, resta-me apenas agradecer aos que se disponibilizaram para tentar amenizá-las.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Marta Brás que desde sempre se mostrou recetiva e compreensiva, exprimindo as palavras certas em cada momento. Obrigada por me fazer lembrar constantemente de que era possível. Tenho a certeza que, para além de uma excelente profissional, é um excelente ser humano.

Agradeço também às minhas colegas Mónica, Tina e Cátia, com quem partilhei principalmente o início desta experiência. Obrigada pela entreatajuda e partilha de dúvidas e conhecimentos.

À minha querida amiga Laura, que no meio da sua vida atarefada encontrou sempre forma de me ajudar. Obrigada por me dares o privilégio de estar na tua vida, é uma felicidade enorme podermos partilhar vitórias.

Resumo

O comportamento autolesivo e a tentativa de suicídio constituem-se como parte de um complexo problema de saúde pública, o comportamento suicidário, influenciado por fatores intra e interpessoais. Estes fatores podem assumir-se como de risco ou de proteção e é importante identificá-los e distingui-los para cada um dos grupos.

O objetivo geral desta investigação é a comparação dos fatores de risco e os fatores de proteção nos grupos: o grupo que realizou comportamento(s) autolesivo(s) - sem intenção de morrer "CAL" ($n = 49$) e o grupo que realizou tentativa(s) de suicídio - com intenção de morrer "TS" ($n = 25$). A amostra total constitui-se por 74 jovens-adultos, entre os 18 e os 35 anos. As variáveis analisadas e comparadas nos dois grupos foram a ideação suicida, a ansiedade, a depressão, o stresse, as razões para viver, o suporte social e os acontecimentos de vida negativos.

Os principais resultados mostram que o grupo TS apresenta níveis mais elevados de Ideação Suicida e Depressão, em comparação com o Grupo CAL. O diagnóstico anterior de problemas psicológicos e/ou psiquiátricos também permitiu distinguir os grupos, sendo estes mais comuns no grupo TS.

Observa-se ainda que a depressão e o suporte social contribuem de forma significativa para a explicação dos níveis de ideação suicida no grupo CAL, a primeira de forma positiva e o segundo de forma negativa. No grupo TS destaca-se o efeito positivo e significativo da depressão sobre a ideação suicida, e ainda, o efeito negativo das razões para viver sobre a ideação suicida.

Concluiu-se assim que a ideação suicida, a depressão e o anterior diagnóstico de problemas psicológicos e/ou psiquiátricos, se constituem como fatores de risco para o comportamento suicidário. Ao nível dos fatores protetores, concluiu-se que o suporte social e as razões para viver têm influência no comportamento autolesivo e tentativa de suicídio, respetivamente.

Assim, realça-se a importância do estudo mais aprofundado destes fatores para uma melhor eficácia de modelos de prevenção e intervenção suicida.

Palavras-chave: tentativa de suicídio, comportamento autolesivo, ideação suicida, jovens-adultos

Abstract

Self-injurious behavior and attempted suicide both arise as part of a complex public health problem, the suicidal behavior, which is influenced by intra and interpersonal factors. These factors can be assumed to be risky or protective and it is important to identify and distinguish them for each group.

The general objective of this investigation is to compare risk factors and protective factors in the following groups: the group that performed self-injurious behavior (s) - without the intention of dying "CAL" (n = 49) and the group that performed suicide attempt (s) - with the intent of dying "TS" (n = 25). The total sample consisted of 74 young adults, between the ages of 18 and 35.

The variables analyzed and compared in both groups were suicidal ideation, anxiety, depression, stress, reasons for living, social support and negative life events.

The main results show that the TS group has higher levels of Suicidal Ideation and Depression when compared to the CAL Group. The previous diagnosis of psychological and / or psychiatric problems also presented significant results, and once again the TS group showed higher values.

It was concluded that suicidal ideation, depression and previous diagnosis of psychological and / or psychiatric problems constitute risk factors for suicidal behavior. At the level of protective factors, it was concluded that social support and reasons for living influence self-injurious behavior and attempted suicide and suicide, respectively.

Key words: suicide attempted, self-injurious, suicide ideation, young adults

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico.....	3
2.1. Suicídio	3
2.2. Fenómenos do processo suicidário	3
2.3. Dados Epidemiológicos	5
2.4. Modelos Explicativos	6
2.4.1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996)	6
2.4.2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006)	6
2.4.3. Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Wenzel & Beck, 2008)....	7
2.5. Fatores de proteção e fatores de risco para o comportamento suicidário.....	8
2.5.1. Fatores de proteção para o comportamento suicidário	8
2.5.2. Fatores de risco para o comportamento suicidário	9
2.6. Fatores de proteção e de risco para o Comportamento Autolesivo.....	13
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo geral.....	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. Método	18
4.1. Desenho do estudo	18
4.2. Participantes	18
4.3. Instrumentos.....	18
4.3.1. Questionário sociodemográfico e da história clínica para jovens-adultos	18
4.3.2. Inventário de Razões para Viver em jovens-adultos- versão II (RFL-YA-	
II)	19
4.3.3. Questionário de ideação suicida (QIS)	19

4.3.4. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)	20
4.3.5. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)	21
4.3.6. Questionário da história da adversidade na infância (QHAI).....	22
4.4. Procedimento de recolha de dados.....	23
4.5. Procedimento de tratamento de dados	23
5. Resultados.....	25
5.1. Caracterização dos participantes.....	25
5.2. Análise das variáveis em função do grupo	26
5.3. Análise das variáveis em função do género	28
5.4. Análise das variáveis em cada grupo em função do género.....	29
5.3. Análise da associação entre a Ideação Suicida e as variáveis em estudo	32
5.4. Análise do contributo diferencial dos fatores de risco e de proteção para a ideação suicida, em função do grupo.....	33
6. Discussão e Conclusões	36
7. Referências bibliográficas	43
8. Anexos	47

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste U de Mann-Whitney na amostra global e em função do grupo</i>	26
Tabela 2 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico do próprio em função do grupo</i>	27
Tabela 3 <i>Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste U – MannWhitney das Variáveis em função do Género</i>	28
Tabela 4 <i>Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste U – MannWhitney das Variáveis no grupo CAL em função do Género</i>	29
Tabela 5 <i>Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste U – MannWhitney das Variáveis no grupo TS em função do Género</i>	30
Tabela 6 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico no grupo Comportamento Autolesivo em função do género</i>	31
Tabela 7 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico no grupo Tentativa de Suicídio em função do género</i>	32
Tabela 8 <i>Análise da correlação entre a ideação suicida e as variáveis em estudo, nos grupos (TS e CAL)</i>	33
Tabela 9 <i>Contributo Diferencial dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida no Grupo CAL</i>	34
Tabela 10 <i>Contributo Diferencial dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida no Grupo TS</i>	35

Índice de Anexos

Anexo A. Carta de Divulgação da Plataforma de Recolha de Dados

Anexo B. Consentimento Informado

Anexo C. Questionário Sociodemográfico e de História Clínica

1. Introdução

O suicídio caracteriza-se por um fenômeno complexo e multifacetado, que resulta da interação entre fatores sociais, psicológicos e culturais (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

A nível mundial, as taxas de suicídio têm vindo a aumentar, constituindo-se como uma das principais causas de morte da população jovem-adulta. Esta faixa etária corresponde à transição da adolescência para a vida adulta, cujos desafios e exigências devem ser tidas em conta quando se aborda o risco de suicídio (Almeida, 2006; WHO, 2019).

Deste modo, as circunstâncias em que o indivíduo se encontra mais ou menos vulnerável para o comportamento suicida denominam-se por fatores de risco e de proteção. Mais especificamente, quando estão presentes determinados fatores, como acontecimentos de vida ou características sociodemográficas e psicológicas, pode existir uma maior ou menor probabilidade de um sujeito realizar comportamentos autolesivos e/ou atos suicidas (DGS, 2013).

As diferentes condutas do processo suicidário, podem ser distinguidas do ponto de vista da intencionalidade do ato, sendo que o comportamento autolesivo é realizado por um sujeito sem intenção de morrer, e, pelo contrário, numa tentativa de suicídio existe a intenção de pôr fim à vida (DGS, 2013).

Assim, torna-se fundamental a análise dos fatores que podem atuar como protetores ou de risco para o comportamento autolesivo e para a tentativa de suicídio, individualmente, de modo a verificar se semelhanças, ou se estes fatores são distintos para cada grupo. Espera-se que variáveis como a depressão, a ansiedade, o stresse e os acontecimentos de vida negativos apresentem resultados mais significativos em sujeitos que já realizaram tentativa de suicídio em detrimento dos sujeitos que realizaram comportamento autolesivo, e que, por outro lado, o suporte social e as razões para viver apresentem resultados contrários.

Deste modo, a primeira parte deste estudo consiste numa revisão da literatura, onde é apresentada a relevância do tema, definições conceituais, os principais modelos explicativos associados e os fatores de risco e de proteção para os comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio. De seguida, surgem os objetivos gerais e específicos a que a investigação se propõe. O método inclui a descrição dos instrumentos e a

caracterização da amostra, assim como o procedimento de recolha e tratamento de dados. Nos resultados, surge a análise realizada em maior detalhe e, por fim, a discussão que reflete as principais conclusões e limitações do estudo, e ainda, potencialidades da investigação e sugestões para futuras investigações na área.

2. Enquadramento teórico

2.1. Suicídio

A palavra suicídio tem a sua origem no latim: *sui*, de si, e *caedere*, matar, ou seja, matar-se a si mesmo (Infopédia, 2019). O suicídio é, portanto, um tipo de morte que resulta de um ato cujo autor é a própria vítima, com conhecimento do resultado (Durkheim, 2000). Este fenómeno, de origem maioritariamente psicológica, constitui-se como um grave problema de saúde pública, complexo e multifacetado, influenciado por fenómenos filosóficos, antropológicos, biológicos e sociais, que interagem entre si (DGS, 2013; Shneidman, 1993).

O comportamento suicidário pode ser entendido como um método aprendido de resolução de problemas, com o objetivo de libertação, por parte do indivíduo, de estados emocionais internos dolorosos para si e de acontecimentos externos que sente como inevitáveis, intoleráveis e intermináveis (Chiles & Strosahl, 1995; Shneidman, 1993).

Por estas razões, tem aumentado o interesse das várias áreas do conhecimento humano na compreensão e interpretação do suicídio, de acordo com as diferentes características pessoais, contextos sociais, símbolos e representações, de modo a propor novas alternativas de intervenção sobre esta problemática social (Peña, 2015).

Contudo, o suicídio é o fim de um processo, cujos fenómenos psicológicos associados importam conhecer.

2.2. Fenómenos do processo suicidário

A abordagem à temática do suicídio integra outros conceitos a si complementares, entre os quais a ideação suicida, a intenção suicida, o comportamento autolesivo, a tentativa de suicídio e o suicídio.

A ideação suicida caracteriza-se por pensamentos e cognições relacionados com o terminar com a própria vida. Estes pensamentos podem ser vistos como antecipadores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas, no entanto, também podem apresentar-se na forma de desejos ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente uma passagem ao ato (DGS, 2013).

A intenção suicida pode ser definida como a determinação do sujeito para agir de modo a atingir um objetivo, isto é, o suicídio. Pode referir-se não ao objetivo de

suicídio, mas ao propósito de provocar lesões ou dor autoinfligida. É o conceito mais controverso na investigação sobre o comportamento suicida, no entanto, sabe-se que é a intenção o que distingue uma tentativa de suicídio de um comportamento autolesivo (DGS, 2013).

Como referido, o comportamento autolesivo não tem intencionalidade suicida, mas envolve atos autolesivos intencionais, ou seja, é um ato não-fatal. Os sujeitos que praticam atos autolesivos são acompanhados por uma vontade de escapar a situações problemáticas para si, têm uma preocupação constante em magoar-se fisicamente, fracassam no controlo do impulso, que resulta no dano, e sentem alívio depois do ato. (Abufhele & Correa, 2016; James & Hawton, 2015). A título de exemplo, cortar-se ou saltar de um local elevado, ingerir fármacos em doses superiores ao prescrito, ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com o propósito autoagressivo ou ingerir uma substância ou objeto não-ingeríveis (e.g., lixívia, detergente, lâminas ou pregos) (DGS, 2013).

Os atos suicidas em si, podem subdividir-se por tentativa de suicídio e suicídio consumado. A tentativa de suicídio é o ato levado a cabo por um indivíduo com o objetivo de morrer, mas que por diversas razões não é alcançado. O nível de intencionalidade é uma das principais diferenças entre a tentativa de suicídio e o comportamento autolesivo (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2014; DGS, 2013).

Por fim, o suicídio consumado é a morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr fim à vida, que inclui uma intencionalidade de natureza psicopatológica (DGS, 2013). O ato suicida define-se, assim, como o último estado do processo suicida, tornando-se um ato irremediável. Este ato expõe as condições humanas favoráveis e desfavoráveis, pelas quais a pessoa toma a decisão de morrer voluntariamente (Peña, 2015). A nível mundial, o método mais utilizado na tentativa de suicídio é através da ingestão de pesticidas, o enforcamento e o uso de armas de fogo (WHO, 2019).

Neste seguimento, a análise do suicídio não pode ocorrer sem antes ter em conta os acontecimentos e definir os fatores do contexto imediato, que provocam mal-estar, impotência, desequilíbrio, desesperança e depressão – elementos estes que aumentam a probabilidade de a pessoa recorrer ao suicídio (Peña, 2015). As investigações destinadas a entender e clarificar o comportamento suicida e, por sua vez, a avaliar a eficácia dos tratamentos relacionados têm grande potencial para salvar vidas e aliviar o sofrimento

comum aos pacientes e aos familiares e amigos próximos (Wenzel & Beck, 2008). Assim sendo, torna-se urgente estabelecer esforços globais coordenados e intensificados para prevenir este fenómeno (Serra, 2006).

2.3. Dados Epidemiológicos

Segundo a *World Health Organization* (2019) suicidam-se diariamente cerca de 3000 pessoas, o que se traduz na morte de aproximadamente uma pessoa a cada 40 segundos e, por cada suicídio consumado, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio.

As estatísticas mostram que o número de mortes por suicídio é superior ao número de mortos pela guerra e por homicídio juntos, sendo que, anualmente existem cerca de 1 milhão de suicídios e estima-se que em 2020, esse número atinga os 1.5 milhões (WHO, 2019).

Apesar de na maioria das regiões do mundo as taxas de suicídio serem mais elevadas em idosos com mais de 70 anos, nalguns países, estas taxas são também bastante elevadas entre as populações jovens, constituindo-se como a segunda causa de morte entre os jovens-adultos dos 15 aos 29 anos (WHO, 2019). Sabe-se ainda, que nos países desenvolvidos, o número de suicidas do sexo masculino é três vezes maior do que do sexo feminino, mais concretamente, caracteriza 50% das mortes violentas dos homens e 71% das mulheres (WHO, 2014).

Em Portugal, os comportamentos autolesivos e os atos suicidas predominam entre a população idosa e na região sul, no entanto, a população jovem adulta também apresenta resultados preocupantes, com o suicídio como sendo a segunda causa de morte para os homens dos 15 aos 29 anos (DGS, 2013). Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de suicidas variou entre 519 em 2000 e 1098 em 2010, tendo-se registado 1012 casos em 2011. De 2013 para 2014, o número de suicídios no país aumentou 16.1%, representando um aumento de 1053 para 1223 pessoas. A nível da população com menos de 65 anos, no ano de 2016, os números rondaram os 570 óbitos por suicídio (INE 2016).

Em 2017, existiram 1061 mortes devido a lesões autoprovocadas intencionalmente, o que corresponde a 1.0% da mortalidade no país, atingido mais o género masculino (1.4% do total de óbitos de homens) do que o género feminino (0.5% do total de óbitos de mulheres). Estes números refletem a taxa bruta de mortalidade no

país, nesse ano, de 10.3 mortes, por 100 mil habitantes (16.1 para homens e 5.1 para as mulheres) (INE, 2019). Sabe-se ainda, que os suicídios consumados são mais frequentes nos homens, no entanto, são as mulheres que realizam mais comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio (DGS, 2013).

2.4. Modelos Explicativos

Com o objetivo de explicar o comportamento suicidário e os seus processos associados, têm sido desenvolvidos modelos teóricos, à luz das diversas vertentes da psicologia e, seguidamente, serão abordados três de índole cognitivo-comportamental.

2.4.1. Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996)

O Modelo Etiológico da Conduta Suicida surgiu na literatura científica através de Yang e Clum (1996), os quais defendiam que as experiências negativas precoces, como a psicopatologia e instabilidade familiar, os maus-tratos infantis e as relações negativas com os pares podem contribuir, de forma direta - como um evento stressante - , como indiretamente, devido aos défices cognitivos que surgem como consequência destes fatores - défices esses que poderão estabelecer-se sob a forma de dependência da rede social ou desesperança, por exemplo. Os autores acrescentam que estes acontecimentos têm uma influência no futuro do indivíduo que os experienciou, exposto a stresse atual ou não (Yang & Clum, 1996).

2.4.2. Modelo Cognitivo da Conduta Suicida (Cruz, 2000, 2006)

Já o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida proposto por Cruz (2000, 2006) veio definir três conjuntos de fatores determinantes na conduta suicida: fatores de vulnerabilidade, fatores de predisposição e fatores precipitantes.

Os primeiros constituem-se como base da crise suicida, incluindo a vivência de acontecimentos traumáticos e características como a desesperança, o perfeccionismo, a impulsividade e a baixa capacidade de resolução de problemas.

Estes fatores de vulnerabilidade são de natureza estável e funcionam como moderadores, influenciando a forma como o sujeito lida com as suas experiências pessoais.

Os fatores de predisposição são mediadores entre os acontecimentos de vida e a conduta suicida, acentuando o risco de suicídio. Caracterizam-se por modos cognitivos e comportamentais específicos, como a baixa autoestima, o pensamento dicotômico, a rigidez cognitiva, um estilo atributivo disfuncional e a perspectiva distorcida do tempo pessoal.

Por último, o que determina o momento e a forma da conduta suicida são os fatores precipitantes, que incluem uma dor psicológica insuportável, o desespero, a ansiedade elevada, a constrição cognitiva e afetiva, a frustração de necessidades consideradas vitais e, em última instância, a decisão de morrer como única solução.

Deste modo, a conduta suicida emerge da combinação dos pontos anteriormente enumerados: a experiência de acontecimentos de vida negativos com determinadas características de personalidade, estilos cognitivos disfuncionais e a vivência de acontecimentos atuais que o indivíduo considera intoleráveis, dos quais surge a dor psicológica que leva à decisão suicida (Cruz, 2000, 2006).

2.4.3. Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Wenzel & Beck, 2008)

Wenzel e Beck (2008) propuseram um modelo cognitivo com três fatores: a vulnerabilidade disposicional, os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e os processos cognitivos que se associam aos atos suicidas.

A vulnerabilidade disposicional diz respeito às variáveis-traço estáveis que aumentam a probabilidade de o indivíduo cometer suicídio, como um estilo cognitivo mal-adaptativo e o tipo de personalidade. Relativamente aos processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas surgem conteúdos cognitivos mal adaptativos e vieses na forma como se processa a informação.

Por último, os processos cognitivos associados aos atos suicidas consistem na desesperança, sendo que, a desesperança-traço é um esquema mental que quando ativado através dos stressores ambientais se transforma em desesperança-estado. Portanto, o estado de desesperança e o processamento enviesado da informação promovem a ideação suicida e o risco de suicídio (Wenzel & Beck, 2008).

2.5. Fatores de proteção e fatores de risco para o comportamento suicidário

Quando referidos os fatores de proteção e de risco relacionados com os comportamentos suicidários, é importante lembrar que, um fator por si só, não predispõe nem protege um indivíduo de um comportamento suicidário, pois nem todos os fatores são igualmente significativos. Estes devem ser sempre considerados em simultâneo e enquadrados no contexto do indivíduo e na sua história de vida (DGS, 2013; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

A literatura mostra que os fatores de risco e de proteção são semelhantes tanto para o sujeito que realiza comportamento autolesivo como para o sujeito que realiza tentativa de suicídio (Hawton & James, 2005; Darke, Torok, Kaye & Ross, 2010), embora a intencionalidade de morrer seja diferente (DGS, 2013).

No entanto, a informação é mais escassa no que diz respeito aos fatores de risco e de proteção para o comportamento autolesivo individualmente. As investigações que abordam o tema e classificam os fatores, referem-se na sua maioria a comportamento suicidário, incluindo os dois processos: tentativa de suicídio e comportamento autolesivo. Esta premissa vai de acordo a esta investigação, como foco na análise de dois grupos: o grupo que realizou comportamento autolesivo e tentativa de suicídio – comportamento suicidário - e o grupo que realizou apenas comportamento autolesivo, assim, serão assim apresentados os fatores de risco e proteção: primeiramente para o comportamento suicidário e, posteriormente, para o comportamento autolesivo.

2.5.1. Fatores de proteção para o comportamento suicidário

Os fatores de proteção correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando estão presentes, se associam à prevenção dos comportamentos suicidários. Podem ser fatores individuais, familiares, como o suporte e apoio, e sociais, como o estar empregado (DGS, 2013). Segundo a *WHO* (2014), os fatores protetores para o comportamento suicida são as relações pessoais mais significativas, crenças religiosas, práticas positivas e estratégias de *coping* adaptativas.

Na mesma linha, as crenças que contribuem para o desejo de viver em detrimento de cometer suicídio - as razões para viver - assumem um papel importante contra o pensamento e comportamento suicida (Cassaretto & Martínez, 2012), servindo

como um mecanismo que poderá dirigir a atenção para longe de proposições relacionadas com o ato, pois, durante uma crise, lembretes de razões para viver têm o potencial de reduzir a fixação atencional no suicídio como a única opção (Wenzel & Beck, 2008).Guttierrez, Osman, Kopper e Barrios (2000) evidenciaram que a sua amostra não-clínica, apresentava melhor pontuação de razões para viver em detrimento de sujeitos que já tinham realizado alguma tentativa de suicídio, acrescentando ainda que, mesmo com fatores de risco, a probabilidade de suicídio é menor quando acompanhado de razões para viver.

No mesmo sentido, diversas investigações têm demonstrado a importância da satisfação com o suporte social, assumindo-se como um fator protetor para o comportamento suicida. A investigação de Hirsch e Barton (2011), com uma amostra de 439 estudantes, dos quais 46% reportaram ideação suicida no passado e 10% tentaram o suicídio, concluíram que os apoios emocionais e informativos estavam negativamente associados ao pensamento e comportamento suicida e as experiências sociais negativas estavam positivamente relacionadas com o pensamento e comportamento suicida.

Milner e colaboradores (2015) desenvolveram um estudo com o objetivo de examinar o número de conexões sociais das pessoas que tentaram ou morreram por suicídio, usando dois estudos de caso baseados numa população de jovens-adultos (18-34 anos). Um maior número de conexões sociais estava significativamente associado com um risco mais reduzido de probabilidade de suicídio ou tentativa.

Especificamente, os casos incluíram 84 suicídios e 1101 tentativas. As principais conclusões mostraram que os sujeitos com 3 a 4 conexões sociais tinham 74% menos probabilidade de morte por suicídio ou tentativa, sujeitos com 5 a 6 conexões tinham 89% menos de probabilidade de morte por suicídio ou tentativa, comparativamente com sujeitos com conexões sociais de 0 a 2.

2.5.2. Fatores de risco para o comportamento suicidário

Por outro lado, surgem fatores que podem predispor para comportamento suicida, os fatores de risco. Estes são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer um comportamento autolesivo, uma tentativa de suicídio, ou mesmo, suicídio (DGS, 2013). Devem ser corretamente identificados para, conseqüentemente, ser aplicada uma

adequada estratégia de prevenção do suicídio, mostrando as circunstâncias em que o indivíduo ou a população se encontram vulneráveis (DGS 2013).

Investigações apontam para diversos fatores de risco, tais como a depressão, ter entre os 15 e 24 anos, pertencer ao sexo masculino, vivenciar a morte do conjugue ou de amigos íntimos, hospitalizações frequentes, abuso, violência, família desagregada, ausência de projetos futuros, desesperança, culpabilidade sobre o passado, perdas precoces de figuras significativas e a ausência de crenças religiosas, situação de desemprego, mudança de residência, emigração, falta de apoio familiar ou social, reforma, história familiar de doença psicológica ou psiquiátrica, história familiar de tentativa de suicídio, perturbação psicológica ou psiquiátrica e anterior comportamento autolesivo e tentativa de suicídio (Hawton & James, 2005; WHO, 2019).

O fator de risco que se constitui como o mais importante na avaliação do risco de suicídio é a existência de tentativa de suicídio anterior, pois a probabilidade de voltar a acontecer é mais significativa (WHO, 2014), sendo que a taxa de suicídio consumado aumenta 100 vezes quando os sujeitos apresentam história anterior de tentativa (Burns, 2016).

O estudo de Castellví e colaboradores (2017) mostrou que jovens com história de tentativa de suicídio revelavam maior risco de suicídio, em comparação aos jovens sem historial.

Também fatores da história familiar podem influenciar os atos suicidas, sobretudo uma história de suicídio na família ou de perturbação mental (DGS, 2013).

A investigação de Wang e colaboradores (2017) propôs-se a identificar as diferenças entre tentativas de suicídio e ideação suicida, através de um estudo transversal. Os resultados indicam que, embora o sexo feminino, a doença psiquiátrica, a história familiar de suicídio e a impulsividade estivessem correlacionadas com a ideação suicida, apenas a história familiar de suicídio e impulsividade poderiam diferenciar tentativas de suicídio de ideação suicida.

Rodante e colaboradores (2016) mostraram que há associação entre o número de tentativa de suicídio e história familiar de tentativa de suicídio em mulheres hospitalizadas por comportamento suicida. Destas 157 mulheres, com mais de 18 anos, 79 pacientes (50.3%) não tinham história familiar de comportamento suicidário ao contrário de 78 pacientes (49.7%) que reportaram uma história familiar de

comportamento suicidário. A investigação concluiu que pacientes com história familiar de tentativa de suicídio tinham mais probabilidade de apresentar um número prévio de tentativa de suicídio comparado com pacientes sem história familiar de comportamento suicidário e história familiar de suicídio.

A perturbação mental constitui-se também como fator de risco relevante a ter em consideração, sendo que existem estudos que demonstram que cerca de 90% das pessoas que se suicidaram sofriam de perturbação mental (DGS, 2013). Para identificar fatores associados à tentativa de suicídio, Zhang e colaboradores (2005) analisaram uma amostra de homens e mulheres entre os 17 e 39 anos e verificaram que havia associação entre a história de perturbação mental e a tentativa de suicídio, no género masculino e feminino.

A literatura apresenta igualmente a sintomatologia depressiva como um fator de risco para o comportamento suicida. Um estudo com 729 jovens adultos, com o objetivo de examinar a relação da ideação suicida com a depressão, concluiu que os estudantes com ideação suicida tinham sintomas depressivos significativamente mais altos do que aqueles que não tinham ideação suicida (Garlow et al., 2008). Na mesma temática, desta vez examinando as diferenças de género na tentativa de suicídio de jovens-adultos, Burns (2016) concluiu que a história de perturbação depressiva major era o fator de risco com maior associação à tentativa de suicídio em homens e em mulheres.

Para além da perturbação depressiva, a ansiedade também mostra ter um impacto no suicídio. Rodrigues e colaboradores (2012) estudaram a relação entre a presença de perturbações de ansiedade e risco de suicídio em 1621 jovens, dos 18 aos 24 anos. A presença de perturbação de ansiedade esteve significativamente associada ao risco de suicídio pois o risco de suicídio foi identificado em 27% dos casos. O que se traduziu num risco de suicídio seis vezes maior em indivíduos com diagnóstico do que nos indivíduos sem tal ocorrência. Na população australiana, outro estudo conduzido com jovens-adultos (dos 18 aos 34 anos), concluiu que, dentro da sua amostra de jovens que tentaram o suicídio (71 homens e 13 mulheres), ambos os sexos tinham fortes associações entre doenças mentais e suicídio - a associação mais forte foi com perturbações de ansiedade (Page et al., 2014).

Na mesma linha e ainda proferindo os fatores de risco, os acontecimentos de vida negativos, como os maus-tratos infantis, instabilidade familiar e relacionamentos pobres entre pares têm um impacto negativo na vida do sujeito (Yang & Clum, 1996).

Sobrinho e Campos (2016) acrescentam ainda questões como a morte ou doença de alguém próximo, problemas nas relações interpessoais, alterações na situação profissional/acadêmica ou sair de casa pela primeira vez.

O estudo de Rajalin, Hirvikoski e Jokinen (2013) veio acrescentar que os homens, com mais de 18 anos, que tinham tentado o suicídio e/ou com história familiar de suicídio mostraram um risco maior para consumarem o suicídio, se expostos a uma infância traumática com violência interpessoal.

Também Spring e colaboradores (2016) investigaram a prevalência de tentativas de suicídio em jovens-adultos em associação com negligência ou violência de natureza física, emocional ou sexual. A amostra incluiu um número total de 1259 jovens-adultos dos 18 aos 25 anos de idade. As experiências adversas físicas e emocionais mostraram associações significativas com a tentativa de suicídio, embora a prevalência de negligência física relatada tenha sido maior que a da violência física, a violência emocional teve uma prevalência maior do que a negligência emocional, mas a negligência mostrou uma associação mais forte com a tentativa de suicídio. Todas as correlações entre os indicadores de violência emocional, física e sexual e negligência física e emocional durante a infância, foram significativas.

Por fim, sabe-se que é igualmente importante explorar a diferença entre gêneros no comportamento suicida. Diversas investigações alertam para a distinção entre homens e mulheres e suas características enquanto grupos de risco que realizam comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio. Apesar de a ideação suicida e as tentativas de suicídio serem mais frequentes no gênero feminino, o gênero masculino tem um risco três vezes superior de consumir o ato, ou seja, a maioria das vítimas de suicídio são homens (DGS, 2013; Lee & Bae, 2015).

Stenager e Qin (2008) mostraram existir diferenças significativas entre gêneros no que diz respeito à história de problemas psiquiátricos e psicológicos em jovens adultos. O efeito mostrou-se mais forte em mulheres, assim como na história psiquiátrica e psicológica familiar, o que se traduziu numa forte associação entre as duas variáveis separadamente e o sexo feminino.

Um estudo com ênfase nos jovens estudantes, dos 9 aos 30 anos, com a maioria dos casos entre os 10 e 24 anos (230 homens e 233 mulheres), mostrou uma prevalência de conduta suicida de 30.2%. Esta conduta verificou-se mais nas mulheres do que nos

homens e a idades mais preocupantes dos 17 aos 20 anos. Os jovens que tinham tentado o suicídio apontavam mais eventos stressantes do que aqueles que não apresentavam conduta, nomeadamente, violência física e sexual, antecedentes familiares de conduta suicida e viver longe da família, o desemprego de um familiar e o divórcio (Villalobos-Galvis, 2009).

2.6. Fatores de proteção e de risco para o Comportamento Autolesivo

O comportamento autolesivo, para além de se constituir por si só como um fator de risco para o suicídio (DGS, 2013) também é um fenómeno individual que acarreta os seus próprios fatores de proteção e de risco, e por isso, é importante tentar fazer uma distinção entre sujeitos que realizam este comportamento e sujeitos que realizam tentativas de suicídio.

Apesar de os fatores protetores terem sido ainda pouco explorados na literatura, sabe-se que pertencer ao género masculino, a satisfação com o suporte social, a religião, as relações familiares significativas, altas competências académicas e uma perspetiva otimista sobre os acontecimentos de vida assumem um papel importante na prevenção de comportamentos autolesivos (Aggarwal et. al, 2017; Davis, Weiss, Tull & Gratz, 2017; Straiton, Hjelmeland, Grimholt & Dieserud, 2013; Skegg, 2005).

O estudo de Davis e colaboradores (2017), com o intuito de avaliar as diferenças na perceção do suporte social em 244 estudantes universitários, mostrou que o grupo que não realizou comportamento autolesivo mostrava maiores níveis de satisfação com o suporte social, do que o grupo que tinha historial de comportamento autolesivo.

Por outro lado, os fatores de risco para o comportamento autolesivo são a depressão, a ansiedade, dificuldades na relação com os pares, baixa autoestima, abuso de droga e álcool, doença, problemas no trabalho ou na escola, ato prévio de comportamento autolesivo, isolamento social, problemas familiares, abuso físico ou emocional, impulsividade, conhecimento de familiares ou amigos que tiveram os mesmos comportamentos, desesperança, entre outros (Hawton & James, 2005).

Whitlock e colaboradores (2013) falam sobre a importância de compreender quais os indicadores que estão associados ao pensamento e comportamento suicida, entre indivíduos com história de comportamento autolesivo, para uma melhor identificação de sujeitos que estão ou não em risco de realizarem mais comportamentos

autolesivos. A investigação focou-se na relação entre o comportamento autolesivo e o risco de suicídio numa amostra de 14000 jovens-adultos. Os resultados sugeriram que a história de comportamento autolesivo anterior ao pensamento e comportamento suicida quase triplica o risco de pensamento e comportamento suicida simultâneo ou posterior.

O estudo acrescentou ainda que os indivíduos com história de comportamento autolesivo que estão em maior risco para pensamento e comportamento suicida tardio ou simultâneo diferem uns dos outros na gravidade dos indicadores psicológicos e sociais (Whitlock et. al, 2013).

Outras investigações suportam a ideia de que existem fortes associações entre o suicídio e anterior comportamento autolesivo. Hawton e James (2005) aponta, que cerca de um quarto, a metade dos jovens que cometem suicídio, já tinham anteriormente experienciado um comportamento autolesivo.

O estudo de Chapman e Dixon-Gordon (2007) com 105 mulheres com comportamentos suicidários mostrou que o alívio foi a consequência mais comum sentida por quem realizou comportamentos autolesivos, sendo que quando existiu apenas tentativa e não conseguiam completar sentiam raiva. O que permitiu concluir que o comportamento autolesivo assume um papel de regulação emocional.

Também McAuliffe, Arensman, Keeley, Corcoran e Fitzgerald (2007), através da análise de uma amostra de 46 pacientes com história de comportamentos suicidários, entre os 14 e os 70 anos, concluíram que os sujeitos que realizaram tentativa de suicida estavam mais motivados a escapar do seu problema em relação aqueles que tinham baixa intenção de suicídio, que queriam apelar aos outros e obter uma interrupção temporária do seu problema.

De um modo geral, existem poucos estudos que façam a análise do comportamento suicida consoante o grupo, ou seja, entre sujeitos que apresentaram apenas comportamento autolesivo e sujeitos que realizaram tentativa de suicídio, tal como se pretende nesta investigação. Com base neste pressuposto, Brausch e Gutierrez (2010), examinaram as diferenças entre os grupos de adolescentes com vários níveis de comportamento suicidário, nas variáveis: sintomas depressivos, ideação suicida, suporte social, autoestima, satisfação corporal e perturbações alimentares.

A amostra total foi dividida em três grupos, o primeiro sem comportamento autolesivo, o segundo com comportamento autolesivo e o terceiro, com comportamento autolesivo e tentativa de suicídio. Os resultados mostraram que os adolescentes que tinham realizado apenas comportamento autolesivo mostravam menos sintomas depressivos e menos ideação suicida do que o grupo que para além do comportamento autolesivo, tinha também história de tentativa de suicídio. Por sua vez, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao suporte social (Brausch & Gutierrez, 2010).

Resultados similares foram encontrados no estudo de Stanley, Gameroff, Michalsen e Mann (2001), com uma amostra de 53 pacientes psiquiátricos, com uma média de idades de 30 anos. Dividiram também a sua amostra em indivíduos que realizaram comportamento autolesivo e indivíduos com comportamento autolesivo e tentativa de suicídio. Os resultados indicaram que o grupo com tentativa de suicídio apresentava episódios depressivos mais severos.

Globalmente, os fatores de risco que são persistentemente referidos nos modelos teóricos explicativos do comportamento suicidário consistem na sintomatologia depressiva e acontecimentos negativos de vida, sendo que os sujeitos que realizam tentativa de suicídio apresentam por norma valores mais elevados, em comparação com sujeitos que realizam comportamentos autolesivos. No que diz respeito aos fatores protetores, o suporte social e razões para viver parecem assumir um papel importante tanto para um grupo como o para outro.

No entanto, como referido anteriormente, ainda existe algum caminho a percorrer no que diz respeito à definição de fatores e características psicológicas que se associam a cada fase do comportamento suicida, e para além disso, será também importante a análise em função do género.

Brausch e Gutierrez (2010) chamam a atenção para a importância da realização de mais estudos que façam a diferenciação das características dos sujeitos que realizam comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio.

Yang e Clum (1996) afirmam que, no seu modelo para a compreensão do comportamento suicida, estão ainda em falta fatores que também são relevantes e

devem ser considerados na construção de outros modelos e investigações, tais como, o stresse da vida atual e o suporte social.

Mais recentemente, Milner (2015) sugeriu que para a prevenção precoce do suicídio ser efetiva, deve ser direcionada para a promoção de maiores níveis de ligações familiares, sociais e intrapessoais, pois, todos os fatores sociais, psicológicos e culturais estão em interação quando existe comportamento suicida e, por isso, devem ser tidos em conta.

Apesar da informação existente sobre os fatores que predis põem o comportamento suicidário, é importante reconhecer que a verdadeira dimensão do fenómeno não é conhecida. Assim, para a realização de um plano adequado de prevenção é necessário precisar não só o número de suicídios, mas também o perfil dos suicidas, pois, na prática, compreender os fatores que colocam os jovens-adultos em risco é essencial para completar as políticas e programas com finalidade de reduzir as taxas de morte e proteger os jovens adultos (DGS, 2013, Hooven, Snedker, & Thompson, 2012).

Sintetizando, a literatura nomeia como fatores que exercem um grande impacto sobre o comportamento suicida o suporte social, as razões para viver, a depressão, ansiedade e stresse e os acontecimentos de vida.

Deste modo, esta investigação pretende aprofundar e contribuir para a compreensão dos fatores intra e interpessoais que funcionam como protetores ou de risco para o comportamento autolesivo e para a tentativa de suicídio, bem como as características psicológicas e sociodemográficas dos sujeitos, fazendo uma comparação entre grupo e género, nas variáveis destacadas acima.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

O objetivo geral a que esta investigação se propõe é a diferenciação das características psicológicas entre jovens-adultos com história de comportamento autolesivo (CA) e dos jovens-adultos com história de tentativa de suicídio (TS).

3.2. Objetivos específicos

Para a concretização do objetivo geral são ainda delineados os seguintes objetivos específicos:

a. descrever as características sociodemográficas e da história clínica da amostra global e dos dois grupos (CAL e TS);

b. comparar os níveis de ideação suicida e das variáveis psicológicas (ansiedade, depressão, stresse, satisfação com o suporte social, razões para viver) e acontecimentos de vida negativos dos participantes na amostra global e nos dois grupos (CAL e TS);

c. comparar o historial clínico dos jovens-adultos nos dois grupos (CAL e TS);

d. comparar os níveis de ideação suicida e das variáveis psicológicas e acontecimentos de vida negativos no género feminino e masculino;

e. analisar as variáveis psicológicas e os acontecimentos de vida negativos no grupo CAL e no grupo TS, em função do género;

f. comparar o historial clínico dos jovens-adultos no grupo CAL e no grupo TS, em função do género;

g. analisar a relação entre a ideação suicida e as variáveis: ansiedade, depressão, stresse, satisfação com o suporte social, razões para viver e acontecimentos e vida negativos, no grupo CAL e no grupo TS.

h. analisar o contributo dos fatores de risco e de proteção na explicação dos níveis de ideação suicida em cada um dos grupos (CA e TS).

4. Método

4.1. Desenho do estudo

A investigação terá início com a descrição das características sociodemográficas e o historial suicida dos participantes (amostra global e grupos) e familiares, através de um estudo descritivo.

Posteriormente, será realizado um estudo comparativo onde serão avaliadas as variáveis, que funcionam como fatores de risco ou proteção, e o historial clínico e de comportamento suicida na amostra global e grupos.

Por fim, será analisada a associação da ideação suicida e as variáveis em estudo, nos grupos CAL e TS.

4.2. Participantes

A amostra total deste estudo constitui-se por 74 jovens-adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 33 anos ($M = 21.42$; $DP = 3.244$), 64 participantes do género feminino (86.5%) e 10 (13.5%) do género masculino.

Os participantes residem maioritariamente em Faro (28.4%), Aveiro (14.9%), Lisboa (12.2%) e Braga (9.5%). De notar ainda a participação de sujeitos da Região Autónoma da Madeira (2.7%) e da Região Autónoma dos Açores (1.4%).

No que diz respeito às habilitações literárias, 62.2% dos participantes terminaram o ensino superior, 33.8% têm o ensino secundário e 4.1% o 3º ciclo de estudos. A amostra inclui estudantes (66.2%), empregados (13.5%), trabalhadores-estudantes (12.2%) e desempregados (8.1%).

A amostra foi dividida em dois grupos: grupo de sujeitos que realizou comportamento autolesivo (CAL) e grupo que realizou tentativa de suicídio (TS).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário sociodemográfico e da história clínica para jovens-adultos

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido com o intuito de recolher informação sociodemográfica relevante acerca do jovem-adulto participante no estudo,

tal como, idade, género, nacionalidade, distritos de residência e nascimento, estado civil, escolaridade e situação profissional. As questões englobam ainda informação sobre problemas psicológicos ou psiquiátricos anteriores, acompanhamento, as características do ato suicida, nomeadamente a intencionalidade e o método, e dados prévios como a história de perturbações psicopatológicas, entre outras informações.

4.3.2. Inventário de Razões para Viver em jovens-adultos- versão II (RFL-YA-II)

O *Reasons for Living Inventory for Young Adults-II* foi desenvolvido por Pirani, Acosta, Hoyos, Gonzalez e Osman (2016) e, posteriormente, traduzido e estudado do ponto de vista psicométrico por Madeira (2017) - Inventário de Razões para Viver para jovens-adultos (versão II).

O inventário tem como objetivo a análise das razões pelas quais os jovens-adultos não cometem suicídio. No total existem 28 itens distribuídos por quatro subescalas: aceitação e suporte dos pares ($\alpha=.95$), força pessoal percebida ($\alpha=.94$), recursos familiares de suporte ($\alpha=.93$) e suporte relacionado com a fé ($\alpha=.98$). A escala de resposta varia entre 1 (*nada importante*) e 6 (*extramente importante*).

O estudo das características psicométricas mostrou resultados bastante satisfatórios no que diz respeito à validade e fiabilidade, para a população portuguesa de jovens adultos, sendo este instrumento apropriado para ser utilizado em investigações empíricas. Especificamente, ao nível da consistência interna, o inventário apresenta um coeficiente alfa de escala total muito satisfatório ($\alpha=.95$) (Madeira, 2017).

Na presente investigação o Alfa de Cronbach mostrou-se muito satisfatório, tanto para a escala total ($\alpha=.96$), como para as respetivas subescalas, suporte relacionado com a fé ($\alpha=.96$), aceitação e suporte dos pares ($\alpha=.96$), recursos familiares de suporte ($\alpha=.96$) e força pessoal percebida ($\alpha=.95$).

4.3.3. Questionário de ideação suicida (QIS)

O questionário de ideação suicida – *Suicidal Ideation Questionnaire* - foi concebido por Reynolds (1988) e a respetiva versão portuguesa é da autoria de Ferreira e Castela (1999).

O principal objetivo deste questionário prende-se na avaliação da gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes e adultos, através da aplicação de 30 itens, com sete alternativas de resposta: desde 0 (*nunca tive este pensamento*) até 6 (*tenho este pensamento quase todos os dias*). Os resultados podem variar de um total de 0 a 180 pontos, sendo que, a soma de cada item vai revelar a pontuação obtida pelo indivíduo no que diz respeito a pensamentos suicidas, ou seja, quanto mais alta a pontuação maior total, maior é a frequência de cognições suicidas (Ferreira & Castela, 1999).

Os estudos psicométricos realizados na versão portuguesa revelam um coeficiente Alfa de Cronbach de .96 e uma correlação teste-reteste de .76 (com intervalo de um mês). As validades concorrentes e divergentes estão presentes e a validade de construto permitiu identificar três fatores que explicam 55.7% da variância total. De ressaltar que os itens têm uma boa validade interna. Assim, as características psicométricas do instrumento são bastante satisfatórias (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo as propriedades psicométricas são muito satisfatórias, sendo o coeficiente Alfa de Cronbach de .98.

4.3.4. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)

A escala de satisfação com o suporte social foi construída por Ribeiro (1999) com o objetivo de recolher informação acerca da satisfação com o suporte social existente, oriunda de várias fontes, tais como família e amigos (Ribeiro, 1999).

A escala é constituída por 15 itens, num formato tipo Likert, em que o participante deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de A (*Concordo totalmente*) a D (*Discordo totalmente*), cujos resultados podem variar entre 0 a 75 valores. Os itens 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14 e 15 estão formulados na negativa, e, portanto, devem ser invertidos durante a análise dos resultados.

Constitui-se ainda por quatro subescalas: “satisfação com os amigos” ($\alpha=.83$), “intimidade” ($\alpha=.74$), “satisfação com a família” ($\alpha=.74$) e “atividades sociais” ($\alpha=.64$). No que diz respeito ao alfa de Cronbach da escala total, este valor é de .85 e os resultados mostraram validade discriminante e concorrente. O instrumento mostra-se assim sensível e válido (Ribeiro, 1999).

Na presente investigação, a escala total apresentou um alfa de Cronbach de ($\alpha=.78$), e as respetivas escalas, satisfação com os amigos ($\alpha=.74$), intimidade ($\alpha=.72$),

atividades sociais ($\alpha=.68$), no entanto a escala de satisfação com a família apresentou um valor negativo de $\alpha=-1.64$.

4.3.5. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) é a versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), de Lovibond & Lovibond (1995). Foi adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) e tem como objetivo discriminar os sintomas de ansiedade, depressão e stress, podendo ser aplicada a indivíduos com mais de 17 anos (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A escala é constituída por 21 itens, distribuídos por três dimensões (ansiedade, depressão e stress), cada uma com sete itens. A depressão inclui disforia, desanimo, desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. A ansiedade inclui excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade. Por fim, o stress diz respeito a itens relacionados com a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reação exagerada e impaciência (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

As afirmações são referentes à “semana passada” e para cada frase existem quatro hipóteses de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. A escala de resposta é de 4 pontos de gravidade ou frequência, sendo que 0 (*não se aplicou nada a mim*) e 4 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Na adaptação foram confirmadas as propriedades psicométricas da escala, sendo o coeficiente alfa da escala total .93, assim como para as subescalas de depressão ($\alpha=.85$), ansiedade ($\alpha=.74$) e stresse ($\alpha=.81$). Os resultados mostraram-se bastante satisfatórios.

No que a esta investigação diz respeito, os resultados das propriedades psicométricas também se mostraram muito satisfatórias, tanto na escala total ($\alpha=.96$), como na subescala depressão ($\alpha=.92$), ansiedade ($\alpha=.91$) e stresse ($\alpha=.89$).

4.3.6. Questionário da história da adversidade na infância (QHAI)

O *Family ACE Questionnaire* foi desenvolvido por um grupo de investigação norte-americano conhecido por “*Adverse Childhood Experiences – ACE*”, constituído por Felitti, Anda, Nordenber, Williamson, Spitz e Edwards (1998). A sua versão portuguesa foi realizada por Silva e Maia (2006).

Este questionário é para adultos e tem como principal objetivo avaliar as experiências de adversidade que ocorreram na infância.

Através do autorrelato, solicita-se a resposta a questões dicotómicas, de escolha múltipla e de resposta breve, que se agrupam por experiências contra o indivíduo, ambiente familiar disfuncional e negligência.

No total o questionário contém 77 itens. As questões de abuso emocional e abuso físico são cotadas numa escala likert, variando entre 0 (*nunca*) e 4 (*muitíssimas*).

No que diz respeito ao abuso sexual, este é avaliado com questões dicotómicas e a exposição à violência doméstica é cotada através de respostas como “algumas vezes”, “muitas” ou “muitíssimas vezes”. Por fim, o abuso de substâncias no ambiente familiar é avaliado por duas questões categoriais e o divórcio ou separação parental numa questão dicotómica.

A prisão de um membro da família é também avaliada por uma questão dicotómica, assim como a doença mental ou suicídio. A negligência física e a negligência emocional são avaliadas através de afirmações diretas e invertidas em que se averigua numa escala de 0 (*nunca*) a 4 (*muitíssimas vezes*). Os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 15, 16, 17, 19, 22, 24 e 25 estão formulados na negativa, e, portanto, devem ser invertidos durante a análise de resultados.

A validade do instrumento foi estudada através do método teste-reteste, onde se obteve um valor entre .56 e .72 para as dimensões referentes ao abuso emocional e físico, e à exposição do jovem a violência doméstica. Para as restantes dimensões obteve-se um valor entre .46 e .86. Deste modo, a escala pode ser considerada como adequada para a avaliação do objetivo proposto pelos autores (Silva & Maia, 2006).

O alfa de Cronbach no presente estudo mostrou-se bastante satisfatório ($\alpha=.92$), refletindo assim uma boa consistência interna da escala.

4.4. Procedimento de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados realizou-se online, com recurso à plataforma digital *Google Forms*, através do preenchimento de formulários. O link de acesso aos questionários foi anexado em e-mail e enviado para diversas faculdades de Portugal continental e ilhas, e ainda, partilhado em grupos informais de jovens-adultos através das redes sociais, ambos acompanhados de uma breve explicação do objetivo a que a investigação se propôs.

Na plataforma online de recolha de dados foi apresentado o devido consentimento informado e, somente após confirmação do mesmo, surgiram os instrumentos por preencher.

Após recolhida a amostra total de 269 participantes, foram somente selecionados para estudo os jovens-adultos que apresentavam história de tentativa de suicídio e/ou comportamento autolesivo, o que se traduz num total de 74 participantes.

4.5. Procedimento de tratamento de dados

Depois da recolha, os dados foram transferidos para o *Excel* e posteriormente tratados e analisados no programa de análise estatística *IBM SPSS Statistics 24 (Statistical Package for the Social Sciences)*. No que diz respeito a recursos online, para calcular o d e o r de Cohen utilizou-se a página de Lee Becker (<http://www.uccs.edu/Idbecker/>). Para cada uma das análises referidas a baixo, considerou-se significativo quando o valor de p surgiu inferior a .05.

Na análise foram selecionados os testes e técnicas mais adequados à amostra e aos objetivos do estudo, sendo que, numa fase inicial realizou-se a análise das estatísticas descritivas - médias e desvio-padrão.

A análise dos resultados foi sempre em prol da amostra global e dos dois grupos: CAL, que incluiu sujeitos que realizaram comportamento autolesivo, e TS, que incluiu sujeitos que realizaram tentativas de suicídio.

Para analisar se existiam diferenças significativas entre os valores médios de cada grupa, para as variáveis e a magnitude de efeito, foram aplicados o Teste Não-Paramétrico ($N < 30$) Mann-Whitney para amostras independentes e o cálculo do r de Cohen, respetivamente.

Seguidamente, para comparar o historial clínico do próprio e da tentativa de suicídio de familiares e amigos, utilizou-se o Teste de Independência do Qui-quadrado, para identificar a associação entre as variáveis nominais.

Finalmente, para explorar a relação entre as variáveis em estudo e a Ideação Suicida, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman (r). A magnitude de efeito r foi interpretada de acordo com Cohen (1988) que propôs: valores entre [.10, .30[significa uma associação baixa, entre [.30, .50[significa uma associação moderada e entre [.50, 1] existe uma associação elevada.

5. Resultados

5.1. Caracterização dos participantes

A análise descritiva global mostrou que de um total de 74 participantes com história de comportamento suicidário, 49 realizaram pelo menos um comportamento autolesivo, 9 pelo menos uma tentativa de suicídio e 16 comportamento autolesivo e tentativa de suicídio. Apenas 23 sujeitos referiram o método, e o mais utilizado foi a intoxicação medicamentosa (14.9%), seguida por tentativa de enforcamento (2.7%) e corte/contusão/flebotomia/cortes na pele com objeto cortante (2.7%). Os resultados indicam que 41.9% dos participantes da amostra total apresentam algum tipo de diagnóstico psicológico e/ou psiquiátrico, e ainda, revelaram conhecer familiares (29.7%) e/ou amigos (55.4%) com história de tentativa de suicídio.

A amostra foi posteriormente dividida em dois grupos para uma análise mais detalhada: *grupo CA- sujeitos que realizaram comportamento(s) autolesivo(s) (n = 49); grupo TS- sujeitos que realizaram tentativa(s) de suicídio (n = 25).*

O primeiro grupo inclui apenas sujeitos que realizaram comportamento autolesivo e o segundo grupo inclui os sujeitos que realizaram comportamento autolesivo e tentativa de suicídio.

Os dois grupos são constituídos na sua maioria por mulheres (CA= 89.8%; TS= 80%). A média de idades é semelhante para o grupo CA ($M=21.61$; $DP=3.278$) como para o grupo TS ($M=21.04$; $DP=3.208$). Estes resultados não mostram diferenças significativas em função do género ($\chi^2_{(1)} = 1.341$; $p = .247$), nem da idade ($\chi^2_{(1)} = .950$; $p = .330$).

No que diz respeito ao anterior diagnóstico psicológico ou psiquiátrico, no grupo CA os resultados mostraram 24.5%, no grupo TS 76%, nomeadamente depressão e ansiedade (8.2%) e perturbação depressiva (32%), respetivamente.

O grupo CA apresenta historial familiar de tentativa de suicídio (26.5%), tal como o TS (36%). No que diz respeito aos amigos com tentativa de suicídio, estes valores são de 51% para o grupo CA e 64% para o TS.

5.2. Análise das variáveis em função do grupo

Foi realizado um estudo comparativo de modo a analisar as diferenças entre os dois grupos nas variáveis em estudo: ideação suicida, ansiedade, depressão, stresse, satisfação com o suporte social, razões para viver e acontecimentos de vida negativos. Na tabela 1 é possível verificar os diferentes resultados, em função do grupo.

Tabela 1

Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste U de Mann-Whitney na amostra global e em função do grupo

	Amostra Total (N=74)		Grupo CA (N=49)		Grupo TS (N=25)		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIS	41.92	40.60	31.31	28.05	62.72	52.53	0.74	340	.002
A (EADS)	7.93	6.01	7.31	5.41	9.16	6.99	0.29	524	.311
D (EADS)	8.80	6.07	7.69	5.55	10.96	6.59	0.54	433	.040
S (EADS)	10.46	5.17	10.20	4.82	10.96	5.88	.14	586	.761
ESSS Total	2.08	0.61	2.15	.68	2.11	.72	.06	515	.979
RFL-YA-II Total	4.38	1.08	4.38	.99	4.38	1.26	0	576	.681
AVN (QHAI)	50.20	17.96	48.50	13.98	53.22	24.19	.24	69	.887

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; U= Teste U de Mann-Whitney; QIS = Questionário de Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para viver em Jovens-adultos; AVN = Acontecimentos de vida negativos (QHAI).

Em detrimento da análise dos níveis de ideação suicida, e tendo em consideração a amplitude de respostas do QIS (0-180 pontos), a amostra global apresenta um valor mais elevado ($M = 41.92$; $DP = 40.60$) do que os definidos como normativos na adaptação portuguesa do instrumento ($M = 21.32$; $DP = 23.88$).

Quando comparados o Grupo Comportamento Autolesivo e o Grupo Tentativa de Suicídio, verifica-se que o grupo com maiores níveis de ideação suicida é o grupo de Tentativa de Suicídio ($U=340$, $p=.002$), com a magnitude de efeito médio (r de *Cohen* = .74).

No que diz respeito aos resultados referentes à Ansiedade, Depressão e Stresse, da amostra global, verificou-se que são altos quando comparados com a amplitude de cada escala (entre 0 e 21 pontos), ou seja: Ansiedade ($M = 7.93$; $DP = 6.01$); Depressão ($M = 8.80$; $DP = 6.07$); Stresse ($M = 10.46$; $DP = 5.17$).

Quando comparados os valores da escala da depressão nos dois grupos, é possível verificar que existem diferenças significativas, sendo que o grupo TS tem valores mais elevados que o grupo CAL ($U = 433$, $p=.040$, r de *Cohen* = .54). As restantes escalas referentes à ansiedade e ao stresse não apresentam diferenças significativas entre os grupos.

De forma geral, os resultados obtidos mostram que a amostra global apresenta valores elevados de ideação suicida. Por sua vez, quando analisados os grupos, o grupo TS destaca-se pelos níveis mais elevados de ideação suicida e de depressão, em comparação ao grupo CAL.

As restantes escalas e respetivas subescalas não apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

Posteriormente, a análise passou por verificar se existia associação significativa entre o historial clínico do próprio e o grupo de risco.

Tabela 2

Análise da associação entre o Historial Clínico do próprio em função do grupo

Variáveis	χ^2	Gl	P	Grupo	Percentagem %	
					Sim	Não
DIAGN – P	18.04	1	.000	Grupo CA	31.5%	61.5%
				Grupo TS	75.5%	24.5%

Nota. χ^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; gl = Graus de liberdade; DIAGN – P = diagnóstico clínico do próprio.

Os resultados obtidos mostram uma associação significativa no que diz respeito à variável Diagnóstico Clínico do próprio e o grupo ($\chi^2 = 18.04$; $p = .000$), sendo que o grupo TS apresenta valores mais elevados, comparativamente ao grupo CAL.

5.3. Análise das variáveis em função do género

As variáveis em estudo foram posteriormente comparadas em função do género.

Tabela 3

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste U – MannWhitney das Variáveis em função do Género

	Género Feminino (N=64)		Género Masculino (N=10)		<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIS	39.56	38.41	57.00	52.44	.38	258	.327
A (EADS)	8.05	6.20	7.20	4.73	.15	311	.887
D (EADS)	8.70	6.28	9.40	4.77	.13	289	.623
S (EADS)	10.53	5.26	10	4.76	.11	296	.604
ESSS Total	2.09	.63	2.05	.51	.07	290	.939
RFL-YA-II Total	4.41	1.06	4.23	1.24	1.16	302	.776
AVN (QHAI)	51.05	19.43	46.80	11.12	.27	46.50	.812

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *U* = Teste U de Mann-Whitney; QIS = Questionário de Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para viver em Jovens-adultos; AVN = Acontecimentos de vida negativos (QHAI).

Os níveis médios de ideação suicida no género feminino ($M = 39.56$; $DP = 38.41$) e no género masculino ($M = 57$; $DP = 52.44$) são elevados, tendo em consideração os valores definidos como normativos na adaptação portuguesa do instrumento ($M = 21.32$; $DP = 23.88$), no entanto, não apresentam diferenças

significativas entre géneros ($U=258$, $p=.327$), com a magnitude de efeito médio (r de $Cohen=.38$).

Verificou-se que não existem quaisquer diferenças significativas entre os dois géneros em nenhuma das dimensões avaliadas, tanto nas escalas totais como nas subescalas.

5.4. Análise das variáveis em cada grupo em função do género

De seguida, analisou-se as variáveis em estudo dentro de cada grupo, em função do género dos participantes, sendo que o primeiro grupo observado foi o grupo CAL.

Tabela 4

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste U – MannWhitney das Variáveis no grupo CAL em função do Género

	Grupo Comportamento Autolesivo				<i>r</i> de <i>Cohen</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	Género Feminino (<i>N</i> =13)		Género Masculino (<i>N</i> =3)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QIS	31.43	29.26	30.20	15.25	.05	98.50	.704
A (EADS)	7.14	5.47	8.80	5.17	.31	86.00	.426
D (EADS)	7.70	5.68	7.60	4.72	.02	105.50	.882
S (EADS)	9.95	4.72	12.40	5.32	.49	75.00	.226
ESSS Total	2.08	.57	1.97	.49	.21	93.50	.691
RFL-YA-II Total	4.39	1.01	4.35	.97	.04	109.00	.974
AVN (QHAI)	47.46	14.93	53.00	9.54	.44	14.50	.501

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *U* = Teste U de Mann-Whitney; QIS = Questionário de Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para viver em Jovens-adultos; AVN = Acontecimentos de vida negativos (QHAI).

Quando comparados os níveis de ideação suicida no grupo CAL, o género feminino apresenta valores mais elevados ($M = 31.43$; $DP = 29.26$) do que o género masculino ($M = 30.20$; $DP = 15.25$), no entanto, os valores médios não apresentam diferenças significativas do ponto de vista estatístico.

No que diz respeito às variáveis, também não foram encontradas diferenças significativas, tanto nas escalas totais como nas subescalas.

O mesmo processo foi realizado para o grupo TS.

Tabela 5

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste U – MannWhitney das Variáveis no grupo TS em função do Género

	Grupo Tentativa de Suicídio				<i>r de Cohen</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	Género Feminino		Género Masculino				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	(<i>n=7</i>)		(<i>n=2</i>)				
QIS	57.45	49.64	83.80	64.49	.46	36.00	.341
A (EADS)	10.05	7.33	5.60	4.16	.75	33.50	.261
D (EADS)	10.90	7.10	11.20	4.55	.05	47.50	.865
S (EADS)	11.80	6.18	7.60	2.89	.87	27.50	.125
ESSS Total	2.10	.77	2.12	.57	.03	39.50	.814
RFL-YA-II Total	4.44	1.21	4.11	1.58	.23	38.50	.434
AVN (QHAI)	57.71	25.88	37.50	4.95	1.08	3.50	.303

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; U= Teste U de Mann-Whitney; QIS = Questionário de Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para viver em Jovens-adultos; AVN = Acontecimentos de vida negativos (QHAI)

Quando comparados os níveis de ideação suicida no grupo TS, o género masculino apresenta valores mais elevados ($M = 83.80$; $DP = 64.49$) do que o género feminino ($M = 57.45$; $DP = 49.64$), no entanto, os valores médios não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Novamente, não existem diferenças significativas entre os géneros, no grupo TS, tanto nas escalas totais como nas subescalas.

Posteriormente, realizou-se a análise da associação entre o historial clínico, em função do género, para cada grupo respetivamente: grupo CAL e grupo TS.

Tabela 6

Análise da associação entre o Historial Clínico no grupo Comportamento Autolesivo em função do género

Variáveis	χ^2	Gl	p	Género	Percentagem %	
					Sim	Não
DIAGN – P	.004	1	.952	Feminino	38.6%	61.4%
				Masculino	67.5%	62.5%

Nota: X^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; gl = Graus de liberdade; DIAGN – P = diagnóstico clínico do próprio;

No grupo CAL não existem diferenças significativas entre a variável diagnóstico clínico do próprio e o género dos participantes.

O mesmo processo foi utilizado para a análise do grupo TS.

Tabela 7

Análise da associação entre o Historial Clínico no grupo Tentativa de Suicídio em função do género

Variáveis	χ^2	Gl	P	Grupo	Percentagem %	
					Sim	Não
DIAGN – P	.055	1	.815	Feminino	75%	25%
				Masculino	80%	20%

Nota: X²= Distribuição do Qui-Quadrado; gl = Graus de liberdade; DIAGN – P = diagnóstico clínico do próprio.

Novamente, não foi encontrada uma relação significativa entre as variáveis e o género, no grupo TS.

5.3. Análise da associação entre a Ideação Suicida e as variáveis em estudo

De seguida, foi avaliada a associação entre a ideação suicida e as variáveis depressão, ansiedade, stresse, satisfação com o suporte social e razões para viver. Para o efeito, utilizou-se o *Coefficiente de correlação de Spearman (r)*.

Tabela 8

Análise da correlação entre a ideação suicida e as variáveis em estudo, nos grupos (TS e CAL)

	Ideação Suicida			
	Grupo TS (n=25)		Grupo CAL (n=49)	
	r	p	r	p
A (EADS)	.124	.554	.311	.030
D (EADS)	.391	.053	.533	.000
S (EADS)	.044	.833	.417	.003

Ideação Suicida				
	Grupo TS (n=25)		Grupo CAL (n=49)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
ESSS Total	-.254	.254	-.561	.000
RFL-YA-II Total	-.459	.021	-.184	.205
AVN (QHAI)	-.695	.038	.171	.527

Nota: *r* = Coeficiente de Correlação de Spearman ; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA = Satisfação com os amigos (ESSS); INT = Satisfação com a Intimidade (ESSS); SF = Satisfação com a família (ESSS); AS = Satisfação com as atividades sociais (ESSS); RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para viver em Jovens-adultos; AVN = Acontecimentos de vida negativos (QHAI).

Quando analisados os resultados do grupo TS, verifica-se uma correlação negativa elevada e significativa entre a ideação suicida e os acontecimentos de vida negativos ($r=-.713$; $p=.031$) e entre a ideação e as razões para viver ($r=-.637$; $p=.001$).

No grupo CAL, o coeficiente de correlação de Spearman indica uma correlação positiva moderada e significativa da ideação suicida e a ansiedade ($r=.331$; $p=.020$), positiva elevada com a depressão ($r=.686$; $p=.000$) e positiva e moderada com o stresse ($r=.441$; $p=.002$)

No que diz respeito à associação entre a ideação suicida e o suporte social, esta relação é negativa elevada e significativa ($r=-.541$; $p=.000$).

5.4. Análise do contributo diferencial dos fatores de risco e de proteção para a ideação suicida, em função do grupo

Utilizou-se a regressão linear para entender o contributo das variáveis psicológicas na explicação dos níveis de ideação suicida.

Foi primeiramente realizada a análise para o grupo CAL.

Tabela 9

Contributo Diferencial dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida no Grupo CAL (N = 49)

Ideação suicida (IS)	
Subescalas	
(constante= 65.93)	
A (EADS)	$\beta = -.172$
D (EADS)	$\beta = .762^{***}$
S (EADS)	$\beta = -.127$
ESSS Total	$\beta = -.337^{**}$
RFL-YA-II Total	$\beta = -.124$
	$R^2 = .605$

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação;

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No grupo CAL, verificou-se um contributo significativo positivo da depressão ($\beta = .762$; $p = .000$) na explicação da variância da ideação suicida.

O suporte social, por sua vez, também mostrou ter um contributo significativo, mas negativo, para os níveis de ideação suicida ($\beta = -.337$; $p = .004$).

Em conjunto estas variáveis explicam 60% dos níveis de ideação suicida no grupo CAL.

De seguida, realizou-se a análise para o grupo TS.

Tabela 10

Contributo Diferencial dos Fatores de Risco e dos Fatores Protetores na Explicação da Ideação Suicida no Grupo TS (N = 25)

Ideação suicida (IS)	
Subescalas	
Constante (130.69)	
A (EADS)	$\beta = .169$
D (EADS)	$\beta = .583^*$
S (EADS)	$\beta = -.488$
ESSS Total	$\beta = -.025$
RFL-YA-II Total	$\beta = -.457^*$
	$R^2 = .466$

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação;

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No grupo TS, a depressão ($\beta = .583$; $p = .044$) demonstra ter um efeito positivo significativo na explicação da ideação suicida.

Por sua vez, as razões para viver ($\beta = -.457$; $p = .043$) demonstraram ter um efeito negativo significativo na explicação da ideação suicida.

Estes dois fatores, em conjunto, explicam 46 % da ideação suicida.

6. Discussão e Conclusões

A investigação teve como principal objetivo conhecer as variáveis de risco e proteção de jovens-adultos com história de comportamentos autolesivos e suicidários, e, para o efeito, a amostra total foi dividida em dois grupos: Grupo Comportamento Autolesivo e Grupo Tentativa de suicídio. O primeiro grupo incluiu todos os participantes que realizaram exclusivamente comportamento autolesivo e, o segundo comportamento autolesivo e tentativa de suicídio.

No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra global, os participantes são na sua maioria do género feminino (86.5%), entre os 18 e os 33 anos, com o ensino superior (62.2%).

No grupo CAL 89.8% são mulheres e no grupo TS este número é semelhante, 80%. Estes dados mostram que os grupos são semelhantes no que diz respeito ao género e, tal como aconteceu noutros estudos com incidência na mesma temática (Sobrinho & Campos, 2016; Spino et. al 2016) a maioria dos participantes são mulheres. A literatura refere que apesar do suicídio consumado ser mais frequente nos homens, são as mulheres que realizam mais comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio (DGS, 2013).

O método mais reportado pelos participantes, tanto na amostra total como no grupo TS, foi a intoxicação medicamentosa o que está em concordância com os dados da DGS (2013).

No presente estudo, o grupo CA e o grupo TS afirma na sua maioria, não ter familiares com história de comportamento suicida (73.5% e 64% respetivamente), e não foi encontrada relação significativa entre as variáveis, o que não vai ao encontro com a literatura que refere existir associação entre as mesmas (DGS, 2013).

Quando analisados os níveis de ideação suicida nos dois grupos, verificou-se existir uma diferença significativa, sendo que os valores se revelaram mais elevados no TS, comparativamente ao CAL. Estes resultados vão ao encontro da literatura (Brausch & Guitierrez, 2010) e são essenciais na interpretação do comportamento suicidário, refletindo o papel da ideação suicida enquanto fator de risco, pois, quanto mais elevados os níveis de ideação, maior o risco de cometer suicídio. Ao nível das diferenças entre os grupos, é possível concluir que existe uma distinção entre sujeitos que realizam

comportamento autolesivo, não demonstrando intenção de morrer, e sujeitos que efetivamente tentam o suicídio, ato que, por sua vez, é acompanhado de intencionalidade. Sabe-se que os sujeitos que realizam comportamentos autolesivos não têm real intenção de morrer, sendo que este se constitui como um ato de regulação emocional, com o objetivo de enfrentar situações adversas (Chapman e Dixon-Gordon, 2007).

Foram posteriormente comparadas as variáveis ansiedade, depressão e stresse, satisfação com o suporte social, razões para viver e acontecimentos de vida negativos, nos dois grupos.

Verificou-se que as variáveis ansiedade, depressão e stresse, apresentam médias elevadas nos dois grupos, no entanto, apenas existem resultados significativos na escala da depressão: o grupo TS apresenta níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo CAL.

Estes resultados estão em concordância com a literatura. Os investigadores Brausch e Guiterrez, (2010) mostraram que os sujeitos que realizaram apenas comportamento autolesivo, apresentavam menos sintomas depressivos do que o grupo que para além desse comportamento, apresentava ainda história de tentativa de suicídio. Stanley e colaboradores (2001), referiram também uma maior severidade dos sintomas depressivos do grupo que realizou tentativa de suicídio.

As conclusões mostram diferenças significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva apresentada pelos dois grupos, traduzindo-se numa clara distinção entre o sujeito que realiza comportamento autolesivo, que por sua vez, apresenta menos sintomas depressivos, em detrimento do sujeito que realiza tentativa de suicídio, acompanhado por um maior e mais severo número de sintomas depressivos. Tal como Burns (2016) confirmou, esta é uma variável fundamental a ter em conta no estudo do processo suicidário, pois é um dos principais fatores de risco para o jovem que realiza tentativa de suicídio.

Com a análise destes resultados pode concluir-se que sujeitos que apresentam níveis mais elevados de ideação suicida e sintomatologia depressiva se encontram em maior risco de realizar tentativas de suicídio. O que reflete a importância do estudo destes fatores como tendo um impacto no comportamento suicidário, para uma intervenção clínica mais eficaz de modo a evitar os atos suicidas.

As restantes variáveis em estudo não mostraram resultados significativos, ou seja, a satisfação com o suporte social, as razões para viver e os acontecimentos de vida negativos, não apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Relativamente ao suporte social, também Brausch e Guiterrez (2010), não encontraram diferenças entre os grupos no seu estudo.

Estes resultados podem ter-se devido ao fato da amostra ser pequena e portanto, as variáveis analisadas devem continuar a ser objeto de estudo no âmbito do comportamento suicidário, enquanto variáveis de proteção e risco, para cada grupo.

Quando analisado o diagnóstico anterior de problemas psicológicos ou psiquiátricos em função do grupo, verifica-se uma relação significativa, sendo que o grupo TS apresenta valores mais elevados que o grupo CAL, ou seja, sujeitos que realizaram tentativas de suicídio apresentam um maior historial de problemas psicológicos e/ou psiquiátricos. A literatura corrobora estes resultados, no que diz respeito à associação entre o comportamento suicidário e o diagnóstico anterior de perturbação mental (Zhang et al., 2005). Estes resultados refletem que a presença de um quadro psicopatológico é um fator de risco, pois acentua a probabilidade de um jovem-adulto desenvolver um comportamento suicidário, dados reforçados pela DGS (2013) que referiu que 90% dos jovens que cometeram o suicídio tinham sido diagnosticados com uma perturbação mental.

Foram também realizadas análises em função do género, pois, são diversas as investigações que sublinham a importância do estudo do comportamento suicida em função do mesmo. Investigações essas que identificam as mulheres como detentoras de um maior número de problemas psicopatológicos e conduta suicida, quando comparadas aos homens (Stenager & Qin, 2008; Villalobos-Galvis, 2009), no entanto, a presente amostra não apresentou resultados significativos ao nível do género. Apesar disso, verificou-se que a média da ideação suicida no género masculino, foi mais elevado do que no género feminino, o que não vai totalmente de acordo com os dados da Direção-Geral da Saúde (2013) que refere que os níveis de ideação suicida mais elevados são por noma do género feminino, no entanto, são os homens que cometem mais suicídios.

Quando avaliado se existia relação entre o historial clínico e de comportamento suicida de familiar e de amigos, nos dois grupos separadamente, não foram encontrados resultados significativos. Lester (1999) corrobora estes resultados, também não

encontrou associação entre o género e o comportamento suicida (comportamento autolesivo e ideação suicida), em adultos.

Quando analisadas as variáveis em cada grupo em função do género dos participantes, as escalas e subescalas também não apresentaram diferenças significativas, no entanto, foi possível observar que os níveis de ideação suicida dentro do grupo CAL apresentavam-se mais elevados entre as mulheres e, por sua vez, no grupo TS os homens apresentavam mais ideação suicida do que o género feminino. Estes resultados suportam a investigação na área, que se refere ao género feminino como o grupo que realiza mais comportamentos autolesivos e, em contrapartida, o suicídio é realizado na sua maioria por homens (DGS, 2013).

No que diz respeito à análise da correlação entre a ideação suicida e as variáveis em estudo, nos grupos CAL e TS, os resultados mostraram-se significativos.

Dentro do grupo tentativa de suicídio, observou-se uma correlação negativa elevada e significativa entre a ideação suicida e os acontecimentos de vida negativos. Quando surge uma relação negativa entre as variáveis, implica que as mesmas cresçam em sentidos opostos, no entanto, seria esperado que estas variáveis crescessem no mesmo sentido, ou seja, que níveis mais elevados de ideação suicida estariam associados a níveis mais elevados de acontecimentos de vida negativos. Neste caso, os resultados sugerem que indivíduos que vivenciaram mais eventos de vida negativos têm menores níveis de ideação suicida.

A literatura demonstrou que os acontecimentos de vida negativos são um fator de risco para a ideação suicida. Spring e colaboradores (2016) indicaram que as experiências adversas, físicas e emocionais, mostram associações significativas com a tentativa de suicídio, o que não corresponde aos resultados apresentados nesta investigação.

Ainda no grupo TS, a correlação mostrou-se negativa elevada e significativa, entre a ideação e as razões para viver. Estes resultados sugerem que indivíduos que dentro do grupo de sujeitos que realizaram tentativa de suicídio, os que apresentam níveis mais elevados de ideação suicida apresentam menos razões para viver, e vice-versa. Tal como é descrito pela literatura, as razões para viver têm o potencial de reduzir a fixação atencional no suicídio como a única opção (Wenzel & Beck, 2008).

No que diz respeito ao grupo CAL, a correlação mostrou-se positiva moderada e significativa entre a ideação suicida e a ansiedade e stresse. Estes resultados indicam-nos que no grupo de sujeitos que realizaram comportamento autolesivos que têm elevados níveis de stresse e ansiedade, tendem a apresentar maiores níveis de ideação suicida. Deste modo, pode concluir-se que a o stresse e a ansiedade contribuem para a ideação suicida, constituindo-se como fator de risco para o comportamento autolesivo, tal como Hawton e James (2005) referiram.

Esta relação observou-se também positiva elevada e significativa para a depressão, sendo que sujeitos que realizaram comportamento autolesivo com maiores níveis de sintomatologia depressiva, tendem a apresentar maiores níveis de ideação suicida. O estudo de Garlow e colaboradores (2008) também concluiu que os jovens-adultos com ideação suicida tinham sintomas depressivos significativamente mais altos do que aqueles que não tinham ideação suicida.

Ainda no grupo CAL, a análise da correlação entre a ideação suicida e o suporte social, mostrou-se negativa elevada e significativa, o que nos indica que neste grupo sujeitos com maiores níveis de suporte social apresentam menor ideação suicida e vice-versa. Davis e colaboradores (2017) que também estudaram a relação entre as duas variáveis concluíram que os sujeitos com comportamentos autolesivos apresentavam menores níveis de suporte social, em comparação com aqueles que não realizaram. Estes resultados podem refletir que o suporte social é importante na prevenção dos CAL, pois poderá dar aos jovens um menor sentimento de isolamento.

Por fim, com o intuito de entender se existia relação linear entre a ideação suicida (variável dependente) e a ansiedade, a depressão, o stresse, o suporte social, as razões para viver (variáveis independentes) utilizou-se a regressão linear simples, nos dois grupos.

No grupo CAL, verificou-se um contributo positivo da depressão nos níveis de ideação suicida, o que significa que as variáveis crescem no mesmo sentido. Hawton e James (2005) referiu que a depressão se constituía como fator de risco para a realização de comportamentos autolesivos, o que nos indica que estes jovens que pretendem atenuar a dor, sem intencionalidade suicida, também têm os seus níveis de ideação suicida influenciados pela sintomatologia depressiva. A depressão assume assim um papel relevante para o comportamento suicidário.

Por outro lado, os resultados mostram também que a ideação suicida é negativamente influenciada pelo suporte social, ou seja, quanto mais elevados os níveis de suporte social, mais baixa a ideação suicida apresentada pelo sujeito. Estes resultados estão em concordância com a literatura, tendo em conta que o suporte social é considerado um fator protetor para a ideação suicida. O estudo de Davis e colaboradores (2017), mostrou que na sua amostra, o grupo que não realizou comportamento autolesivo tinha maiores níveis de satisfação com o suporte social, do que o grupo que tinha historial de comportamento autolesivo. O suporte social assume um papel protetor, o que demonstra a importância das relações interpessoais face ao comportamento suicidário.

Cerca de 60% da variância da ideação suicida é explicada por estes fatores.

No grupo TS surge a depressão com uma influência positiva nos níveis de ideação suicida, o que nos indica que as variáveis crescem no mesmo sentido. Estes resultados corrobam a literatura que aponta a depressão como um fator de risco para a ideação suicida. Garlow e colaboradores (2008), quando estudaram a relação da ideação suicida com a depressão, concluíram que os estudantes com ideação suicida tinham sintomas depressivos significativamente mais altos do que aqueles que não tinham ideação. A depressão assume novamente um papel fundamental no grupo tentativa de suicídio, afirmando o seu papel no desenvolvimento da ideação suicida e, conseqüentemente, no comportamento suicidário.

Existe ainda, uma influência negativa das razões para viver na ideação suicida, ou seja, sujeitos que realizaram tentativa de suicídio, mas que apresentavam menor ideação suicida, tinham por sua vez, mais razões para viver em detrimento de morrer. Tal como Wenzel e Beck (2008) postularam no seu modelo, as razões para viver podem funcionar como um mecanismo que poderá dirigir a atenção para longe de proposições relacionadas com o ato.

Cerca de 46% da variância da ideação suicida é explicada por estes fatores.

O presente estudo comprovou a importância da ideação suicida, da sintomatologia depressiva e do anterior diagnóstico de perturbações mentais no processo suicidário enquanto fatores de risco para o comportamento suicidário, no entanto, mostrou algumas limitações.

Primeiramente, a nível de praticidade da aplicação dos questionários, surge a questão de que a plataforma era demasiado extensa, o que pode ter levado a algum desinvestimento por parte dos participantes que se propuseram a realizá-los. Para além disso, foi realizado online, o que por si só também poderá acarretar fatores externos mais difíceis de controlar. No entanto, também tem vantagens, como a facilidade em chegar a mais pontos do país que, por consequência, se traduz numa amostra mais diversificada.

A amostra total não tem um número de participantes elevado para poder ser considerada representativa da população, e, por consequência, os grupos também, o que poderá ter influenciado alguns resultados que não foram de encontro ao esperado, no entanto, quando verificados os estudos no mesmo âmbito, conclui-se que amostras com as mesmas características são na sua maioria clínicas.

Na literatura, existem diversos estudos que documentam a tentativa de suicídio e o comportamento autolesivo separadamente do ponto de vista concetual, no entanto, são poucos os que fazem uma delimitação dos grupos de comportamento suicidário do mesmo modo que nesta investigação. Assim, tornou-se também uma limitação, o pouco sustento teórico exatamente com as mesmas características de amostra. O mesmo se observou na investigação focada nos comportamentos autolesivos e fatores de risco e, principalmente, de proteção associados.

Apesar das limitações, a investigação demonstrou resultados relevantes para a compreensão dos fatores de risco e proteção, do jovem que realiza tentativa de suicídio, assim como do jovem que realiza comportamentos autolesivos. A investigação mostrou que a ideação suicida, a depressão e o diagnóstico anterior de problemas mentais se constituem como fatores de risco para o comportamento suicidário e o suporte social e as razões para viver como fatores protetores, para o comportamento autolesivo e tentativa de suicídio, respetivamente.

Estudos futuros devem continuar a investir no tema do comportamento suicidário, nomeadamente, apostar na distinção entre as características psicológicas e fatores de risco e proteção, de sujeitos que realizam comportamento autolesivo e tentativa de suicídio. Deste modo, com um conceito mais detalhado do tema e, consequentemente, para a criação de medidas de prevenção e intervenção mais eficazes.

7. Referências bibliográficas

- Abufhele, M., & Correa, A. (2016). Manejo de autoagresiones y conducta suicida en adolescentes. *Contacto Científico*, 6(6).
- Aggarwal, S., Patton, G., Reavley, N., Sreenivasan, S. A., & Berk, M. (2017). Youth self-harm in low-and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. *International journal of social psychiatry*, 63(4), 359-375. Doi: 10.1177/0020764017700175,
- Almeida, N. (2006) O jovem adulto e o suicídio. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio. (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 231-241). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 39(3), 233-242. Doi: 10.1007/s10964-009-9482-0.
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., & Lagares, C. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 215, 37-48. Doi:10.1016/j.jad.2017.03.035
- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(1), 169-188.
- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (1995). *The suicidal patient: Principles of assessment, treatment, and case management*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association. Doi:10.1016/s0033-3182(95)71635-8
- Cruz, J. P. (2000) *Terapia cognitiva de los intentos de suicídio: Cambiando historias de muerte por historias de vida*. (Tese de Doutoramento), Universidade de Sevilla, Sevilla.
- 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.
- Cruz, J. P., & Carmo, C.. (2009) Modelos Cognitivos da Depressão e do Suicídio. In: C. Nunes, S. Jesus (Coords.) *Temas Actuais em psicologia* (pp. 173-220). Faro: Universidade do Algarve. ISBN: 978-972-9341-88-5
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Erlbaum. Doi:10.4324/9780203771587
- Davis, L. T., Weiss, N. H., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2017). The relation of protective factors to deliberate self-harm among African-American adults: moderating roles of gender and sexual orientation identity. *Journal of Mental Health*, 26(4), 351-358. Doi: 10.1080/09638237.2017.134061.
- Darke, S., Torok, M., Kaye, S., & Ross, J. (2010). Attempted suicide, self-harm, and

- violent victimization among regular illicit drug users. *Suicide and life-threatening behavior*, 40(6), 587-596. Doi:10.1521/suli.2010.40.6.587
- Direção-Geral de Saúde. (2013) *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Retirado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: Estudo de Sociologia*. Martins Fontes.
- Ferreira, J. & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida, *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais. Doi:10.1590/s1413-85571999000200006
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and anxiety*, 25(6), 482-488. doi:10.1002/da.20321
- Hirsch, J. K., & Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 393-398. doi:10.1080/07448481.2010.515635
- Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2012). Suicide risk at young adulthood: continuities and discontinuities from adolescence. *Youth & society*, 44(4), 524-547. <https://doi.org/10.1177/0044118X11407526>
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2019). *Causas de morte 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Lee, J. Y., & Bae, S. M. (2015). Intra-personal and extra-personal predictors of suicide attempts of South Korean adolescents. *School Psychology International*, 36(4), 428-444. <https://doi.org/10.1177/0143034315592755>
- Lester, D. (1999). Locus of control and suicidality. *Perceptual Motor Skills*, 89, 1042. Doi:10.2466/pms.89.7.1042-1042
- Madeira, A. R. 2017. *Razões para viver como fator protetor da ideação suicida em jovens adultos*. (Tese de mestrado em psicologia). Universidade do Algarve
- Page, A., Morrell, S., Hobbs, C., Carter, G., Dudley, M., Duflou, J., & Taylor, R. (2014). Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study. *BMC psychiatry*, 14(1), 68. doi:10.1186/1471-244x-14-68
- Peixoto, B. & Azenha S. (2006) Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio. (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-49). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Peña, J. (2015). Enfoque Psicosocial del Suicidio. In Cuesta, O., Salazar, J., Nuñez, H., Peña, J., Bernal, B., (Eds.). *El suicídio: Cuatro perspectivas*. (pp. 33-48). Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigó.

- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (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*, 2229-239.
- Serra, A. (2006). Prefácio. In Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D. (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 13-15). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432. Doi:10.1176/appi.ajp.158.3.427
- Shneidman, E. S. (1993). *Commentary: Suicide as psychache*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147. doi: 10.1097/00005053199303000-00001.
- Straiton, M. L., Hjelmeland, H., Grimholt, T. K., & Dieserud, G. (2013). Self-harm and conventional gender roles in women. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 43(2), 161-173. Doi:10.1111/sltb.12005
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Perceção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47-59. Doi:10.14417/ap.1061
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483. doi:10.1016/s0140-6736(05)67600-3
- Spino, E., Kameg, K. M., Cline, T. W., Terhorst, L., & Mitchell, A. M. (2016). Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide. *Archives of psychiatric nursing*, 30(5), 602-606. Doi:10.1016/j.apnu.2016.02.001
- Thompson, E. A., Mazza, J. J., Herting, J. R., Randell, B. P., & Eggert, L. L. (2005). The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1). Doi:10.1521/suli.35.1.14.59266
- Wenzel, A. & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization. Retirado de: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/en/
- 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. Doi:10.1016/s0272-7358(96)00004-9
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de

colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud mental, 32(2), 165-171.

Zhang, J., Mckeown, R. E., Hussey, J. R., Thompson, S. J., & Woods, J. R. (2005).

Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of epidemiology, 15(2), 167-174.* Doi:10.1016/j.annepidem.2004.07.095

8. Anexos

Anexo A. Carta de Divulgação da Plataforma de Recolha de Dados

Exmo. Sr.,

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve está em desenvolvimento uma investigação científica acerca da Saúde Mental e dos comportamentos da esfera suicidária dos jovens-adultos portugueses.

Os comportamentos suicidários representam um grave problema de saúde pública a nível internacional e nacional, pelo que é essencial um melhor conhecimento dos fatores de risco e protetores associados ao mesmo, no sentido de delinear posteriormente melhores estratégias de prevenção e intervenção

Os participantes serão jovens universitários e não-universitários (dos 18 aos 30 anos), sendo a sua participação totalmente voluntária. O protocolo de recolha de dados será acompanhado de um consentimento informado que assegura o cumprimento de questões éticas à investigação científica, como é o caso da confidencialidade e anonimato.

Neste sentido, vimos por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a para divulgar junto dos vossos alunos o link que se segue, de modo a que possam colaborar na presente investigação.

O link para o preenchimento dos questionários é o seguinte:

https://drive.google.com/open?id=17tsubFCmrbCfSg6FnS8cmaF4QhwDxPi6SbC-pR8hC_0

Mais informamos que esta investigação dará suporte a teses de mestrado, sob a orientação da Prof.^a Doutora Cláudia Carmo e da Prof.^a Doutora Marta Brás.

Estaremos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas acerca do projeto de investigação e/ou procedimentos de recolha de dados.

Agradecemos toda a colaboração e disponibilidade,

Os nossos sinceros cumprimentos,

Mónica Inácio, Cátia Morgado e Tatiana Vasconcelos

(Discentes do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde)

Anexo B. Consentimento Informado

Saúde Mental dos Jovens-adultos Portugueses

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve está em desenvolvimento uma investigação acerca da Saúde Mental dos Jovens-adultos Portugueses.

A sua participação é muito importante! Pedimos que responda com sinceridade a todas as questões. O tempo de preenchimento estimado é de 20 minutos.

Será garantida total confidencialidade dos dados recolhidos, sendo estes apenas utilizados no âmbito desta investigação científica. Os resultados estarão disponíveis na Biblioteca da Universidade do Algarve, quando a investigação tiver terminado. No entanto, se precisar de algum esclarecimento adicional pode contactar-nos pelo endereço a49491@ualg.pt (Mónica Inácio).

Caso aceite participar na presente investigação, por favor preencha o espaço abaixo indicado.

Os dados só serão guardados quando, no final, clicar em SUBMETER, pelo que é muito importante que não desista antes de chegar a este passo.

Muito obrigada pela sua disponibilidade!

Tomei conhecimento dos objetivos e procedimentos previstos para a minha colaboração neste estudo e aceito participar.

Anexo C. Questionário Sociodemográfico e de História Clínica

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____

2. Género:

a) Feminino

b) Masculino

3. Nacionalidade: _____

4. Distrito:

a) Residência _____

b) Nascimento _____

5. Estado civil:

a) Solteiro(a)

b) Casado(a)

c) União de fato

d) Divorciado(a)

e) Viúvo(a)

6. Escolaridade:

a) 1º Ciclo

b) 2º Ciclo

c) 3º Ciclo

d) Ensino Secundário

e) Ensino Superior

f) Outro

Qual? _____

7. Situação profissional:

- a) Estudante
- b) Trabalhador-estudante
- c) Empregado Descreva _____
- d) Desempregado
- e) Outro Qual _____

8. Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?

- a) Sim Qual? _____
- b) Não

9. É ou foi acompanhado por algum psicólogo ou psiquiatra?

- a) Sim
- b) Não

10. Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?

- a) Sim
- b) Não

11. Alguma vez cometeu atos para se auto-prejudicar (exemplo: fazer cortes ou tomar medicação em excesso) mas sem a finalidade de morrer?

- a) Sim
- b) Não

12. Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?

- a) Sim
- b) Não

13. Se respondeu que sim a uma das alíneas anteriores, por favor indique:

a) Há quanto tempo aconteceu a tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo? _____

b) Qual foi o método utilizado?

b1) Intoxicação medicamentosa

O que tomou? _____ Em que quantidade? _____

b2) Tentativa de enforcamento

b3) Arma de fogo

b4) Intoxicação por pesticida ou outros tóxicos

b5) Precipitação (exemplo: saltar de uma ponte)

b6) Asfixia/intoxicação por gás doméstico

ou dióxido de carbono

b7) Afogamento

b8) Corte/Contusão/Flebotomia

b9) Queimaduras na pele

b10) Cortes na pele com objeto cortante

b11) Não sei

b12) Outro Qual? _____

c) Foi a primeira vez que aconteceu?

c1) Sim

c2) Não

Quantas vezes aconteceu? _____

Que método foi utilizado? _____

d) Que idade tinha (anos) quando aconteceu a primeira tentativa de suicídio/comportamento autolesivo? _____

13. Conhece familiares próximos ou amigos que tentaram o suicídio?

Familiares:

a) Sim Grau de parentesco _____

b) Não

Amigos:

a) Sim

b) Não