



**Ideação suicida em jovens-adultos com diferentes
níveis de risco suicida: um estudo comparativo**

Mónica Isabel Simões Inácio

2017/2018



**Ideação suicida em jovens-adultos com diferentes níveis de
risco suicida: um estudo comparativo**

Mónica Isabel Simões Inácio (nº 49491)

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de Mestrado efetuada sob a orientação de:
Prof.^a Doutora Marta Brás

2017/2018

Título do trabalho

Ideação suicida em jovens-adultos com diferentes níveis de risco suicida: Um estudo comparativo

Declaração de auditoria de trabalho

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

Mônica Isabel Simões Inácio

Copyright © 2018, por Mónica Isabel Simões Inácio

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 critério ao autor e editor respetivos.

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcances não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

Agradecimentos

A presente dissertação representa o final de uma importante etapa no meu percurso formativo. Como tal, resta-me agradecer a todas as pessoas que tornaram possível este momento.

Primeiro que tudo, gostaria de agradecer à excelente orientadora, Prof.^a Doutora Marta Brás. Obrigada por toda a dedicação e preocupação que demonstrou para com a minha tese. Foi incansável ao longo de todo este processo, mostrando-se sempre disponível e receptiva para ouvir todas as minhas dúvidas e responder a todas as minhas questões. Obrigada por todo o apoio, paciência e por me incentivar a continuar com este projeto, sem nunca me deixar desmotivar ou desistir. Ficarei para sempre agradecida, pois esta dissertação não teria sido feita sem todo o seu apoio.

Gostaria também de agradecer à Prof.^a Doutora Cláudia Carmo por toda a ajuda e apoio na elaboração da plataforma de recolha de dados.

Quero igualmente agradecer às minhas colegas neste projeto, Tatiana e Cátia, com quem pude partilhar não só esta experiência, como também todas as minhas dúvidas e hesitações. Obrigada por toda a ajuda e partilha na elaboração da nossa plataforma de recolha de dados.

Um muito obrigado a ti, Tina, que tens sido a minha grande companheira não só neste projeto, mas em tudo o que temos alcançado ao longo dos anos. Obrigada pelo carinho, pela amizade e por todo o apoio.

Um gigante obrigado ao Diogo, à Marta, à Susana e ao Tiago por toda a ajuda e apoio ao longo destes meses. Obrigada por toda a disponibilidade para ouvirem as minhas dúvidas, por todos os conselhos e ideias que partilharam comigo, por celebrarem comigo as minhas pequenas vitórias e por nunca me deixarem desistir, motivando-me sempre a continuar e a fazer o meu melhor. O vosso apoio foi

fundamental para conseguir chegar a este momento tão importante e especial na minha vida.

Não podia também deixar de agradecer às minhas colegas e amigas Laura e Daniela. Obrigada não só por todo o apoio e força que me transmitiram, mas também pela amizade e carinho.

As palavras nunca serão suficientes para te agradecer, Deise, que lidaste comigo todos os dias pessoalmente e, como tal, com a minha ansiedade e stresse, com as minhas dúvidas sem fim, e com todos os medos e receios que vêm de mãos dadas com este projeto. E, como se não fosse suficiente, também tiveste de lidar com o meu mau humor e impaciência. Ainda assim, continuaste sempre lá, com um sorriso na cara e sempre com a palavra certa, no momento certo. Obrigada por tudo isto, pelo amor, pela amizade, pelo carinho. Obrigada por celebrares todas as minhas vitórias como se fossem tuas, por acreditares sempre em mim e nas minhas capacidades e por me apontares a solução quando parecia não existir nenhuma.

A ti Inês, obrigada por seres um exemplo de coragem, força e determinação que me inspira e ensina muito todos os dias. Obrigada pelo apoio incondicional, por todas as vezes que tiveste de ouvir os meus dramas e as minhas crises, sem sentido e fundamento, por me maneres com os pés assentes na terra e me ajudares a ver a realidade dos acontecimentos, quando eu só consigo ver problemas inexistentes. Mas, acima de tudo, obrigada por toda a força que me transmites. Obrigada por continuares sempre do meu lado e por acreditares em mim.

Um obrigado do tamanho do mundo não chega para ti, mãe. Quero agradecer-te não só por todo o apoio incondicional neste projeto, mas em todos os momentos da minha vida. Obrigada por estares sempre do meu lado, para amparar todas as minhas quedas e para me incentivares a continuar, sem nunca desistir. Obrigada por cuidares de

mim, por me ouvires nas horas más e por comemorares comigo todos os momentos bons. És, sem dúvida, uma força da natureza e tudo aquilo que eu aspiro ser um dia.

Por último, resta-me lembrar as minhas estrelinhas, Pai (1958-2004), Avó (1934-2013) e Avô (1932-2013) que, embora já não possam estar presentes para testemunhar este momento, estão comigo todos os dias, em tudo aquilo que sou e que faço. Obrigada por serem o melhor exemplo de dedicação, força e coragem que eu poderia ter. Espero um dia conseguir vir a ser metade do ser humano extraordinário que vocês eram.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

Resumo

O comportamento suicidário é um processo complexo, que tem início com a ideação suicida e pode terminar com o suicídio consumado do jovem. Segundo os modelos teóricos explicativos, o comportamento suicidário é influenciado por fatores de risco e de proteção, dos quais se salientam a Ansiedade, a Depressão, o Stresse, a vivência de Acontecimentos de Vida Negativos, a Satisfação com o Suporte Social e as Razões para Viver.

O presente estudo tem como objetivo, num primeiro momento, compreender o papel dos fatores de risco e de proteção nos níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens-adultos, comparando um grupo considerado de alto risco com outro de baixo risco e, num segundo momento analisar se os acontecimentos de vida negativos influenciam a ideação suicida diretamente ou por mediação das variáveis psicológicas.

Para tal, foi recolhida uma amostra de 264 jovens-adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. Esta amostra foi dividida em dois grupos – Grupo de Alto Risco ($n = 31$) e Grupo de Baixo Risco ($n = 233$) – tendo como critério os níveis de ideação suicida.

De acordo com os resultados obtidos, o Grupo de Alto Risco apresenta níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, de ansiedade e stresse. O Grupo de Baixo Risco obteve resultados mais elevados relativamente à satisfação com o suporte social e às razões para viver. Relativamente aos modelos de mediação, verifica-se que a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida é significativamente mediada pelo stresse e satisfação com o suporte social.

Deste modo, concluiu-se que a ansiedade, a depressão e o stresse são fatores de risco para o desenvolvimento de ideação suicida. Por outro lado, a satisfação com o suporte social e as razões para viver referidas pelos jovens são consideradas fatores protetores, que possibilitam a atenuação dos níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens, sendo estes dados congruentes com a literatura. Aquando da vivência de acontecimentos de vida negativos, o aumento dos níveis de stresse e a diminuição da satisfação com o suporte social poderão contribuir para aumentar o risco de ideação suicida, dado o seu papel mediador.

Palavras-Chave: ideação suicida, fatores de risco, fatores protetores, jovens-adultos.

Abstract

Suicidal behavior is a complex process that begins with suicidal ideation and can end with the young-adult's consummate suicide. According to the theoretical models, the suicidal behavior is influenced by risk and protective factors, such as Anxiety, Depression, Stress, Negative Life Events, Satisfaction with Social Support and Reasons for Living.

This study aims, first of all, to understand the role of the risk and protective factors on the levels of suicidal ideation present by young-adults, comparing a group considered with high risk against another one, with lower risk and, in a second moment, analyze if the relationship between negative life events and suicidal ideation is totally or partially mediated by psychological variables.

Thus, the sample was formed with 264 young-adults, with ages between 18 and 35 years. The sample was divided into two different groups - High Risk Group (n = 31) and Low Risk Group (n = 233) – considering the suicidal ideation levels.

According to the results obtained, the High Risk Group obtained higher levels of depression, anxiety and stress. The Low Risk Group obtained higher results regarding the satisfaction with social support and the reasons for living. Regarding the models of mediation, it was possible to verify that the relationship between negative life events and suicidal ideation is significantly mediated by stress and satisfaction with social support.

Therefore, the anxiety, depression and stress were considered risk factors for the development of suicidal ideation. Contrariwise, the satisfaction with social support and the reasons for living referred by the young-adults represent protective factors, which allow the reduction of the levels of suicidal ideation, which is congruent with the literature. It was also possible to verify that the presence of negative life events may increase stress and decrease satisfaction with social support, due to the mediating effect.

Keywords: suicidal ideation, risk factors, protective factors, young-adults.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico	2
2.1. Dados Epidemiológicos	2
2.2. Processo Suicidário.....	3
2.3. Modelos Explicativos	5
2.3.1. Teoria Cognitiva da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978)	5
2.3.2. Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (Yang & Clum, 1996).....	8
2.3.3. Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida (Wenzel & Beck, 2008) ..	9
2.3.4. Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (Connor & Portzky, 2018).....	11
2.4. Fatores de Risco.....	12
2.5. Fatores Protetores	17
3. Objetivos	20
3.1. Objetivos gerais	20
3.2. Objetivos específicos	20
4. Metodologia	22
4.1. Desenho	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	23
4.3.1. Questionário Sociodemográfico	23
4.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)	23
4.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	24
4.3.4. Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos (RFL-YA-II).....	25
4.3.5. Questionário de História de Adversidade na Infância (QHAI)	26
4.3.6. Questionário de Ideação Suicida (QIS)	27

4.4.	Procedimentos.....	28
4.4.1.	Recolha de dados.....	28
4.4.2.	Tratamento de dados.....	29
5.	Resultados.....	31
5.1.	Análise Descritiva.....	31
5.2.	Análise Comparativa.....	32
5.3.	Análise da relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida.....	41
6.	Discussão.....	47
7.	Conclusões.....	58
8.	Referências Bibliográficas.....	61
9.	Anexos.....	66

Índice de tabelas

Tabela 1 <i>Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis na Amostra Global e em função do Grupo de Risco</i>	32
Tabela 2 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar, e o Grupo de Risco de Suicídio</i>	35
Tabela 3 <i>Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis na Amostra Global e em função do Género</i>	36
Tabela 4 <i>Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste Não-Paramétrico de Mann-Whitney das Variáveis no Grupo de Alto Risco e em função do Género</i>	38
Tabela 5 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar em função do género, na Amostra Global (N = 264)</i>	39
Tabela 6 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar, e o Género, no Grupo de Baixo Risco de Suicídio</i>	40
Tabela 7 <i>Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar, e o Género, no Grupo de Alto Risco de Suicídio</i>	40
Tabela 8 <i>Efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida dos Jovens-adultos: Análise do Estatuto Mediador da Depressão, do Stresse, da Satisfação com o Suporte Social e das Razões para Viver como Fatores de Risco e de Proteção (N = 99)</i>	45

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (Yang & Clum, 1996)	9
Figura 2. Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor & Portzky, 2018).....	12
Figura 3. Esquema genérico do modelo de mediação em estudo: relação entre os AVN e a Ideação suicida, mediada pelos fatores de risco e de proteção.	42
Figura 4. Modelo de Mediação relativamente ao efeito do Stresse na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida	44
Figura 5. Modelo de Mediação relativamente ao efeito da Satisfação com o Suporte Social na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida.....	45

Índice de Anexos

Anexo A. Carta de Divulgação da Plataforma de Recolha de Dados	67
Anexo B. Consentimento Informado.....	70
Anexo C. Questionário Sociodemográfico.....	72
Anexo D. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS).....	77
Anexo E. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	79
Anexo F. Inventário de Razões para Viver para Jovens-Adultos (RFL-YA-II).....	81
Anexo G. Questionário de História de Adversidade na Infância (QHAI).....	84
Anexo H. Questionário de Ideação Suicida (QIS).....	89

1. Introdução

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2013), o suicídio consiste na morte do indivíduo, devido a atos realizados pelo próprio, com intencionalidade de morrer. Trata-se de um processo multidimensional, que envolve uma interação entre componentes biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais (OMS, 2006), sendo uma das principais causas de morte em jovens-adultos (WHO, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), um dos aspetos fulcrais para a prevenção do suicídio envolve a identificação de fatores de risco psicológicos e de vulnerabilidade, bem como a compreensão das circunstâncias que influenciam o desenvolvimento do comportamento suicida.

Deste modo, surge a necessidade de analisar e comparar os diferentes fatores de risco e de proteção associados ao desenvolvimento do comportamento suicida, de forma a potenciar a compreensão sobre os fatores relacionados com o risco de suicídio apresentado pelos jovens-adultos.

Para tal, pretende-se desenvolver a presente investigação, que se encontra dividida em várias partes. Inicialmente será elaborado um enquadramento teórico onde é explorado o processo suicidário e o seu desenvolvimento, bem como os fatores de risco e de proteção. Seguidamente são enumerados os objetivos gerais e específicos propostos na presente investigação. Em seguida, são apresentados os diversos instrumentos utilizados. Ainda na seção referente à metodologia, é explicado o processo de recolha e de tratamento de dados. Na seção seguinte são evidenciados os resultados obtidos, organizados por três análises diferentes, mais especificamente: Análise Descritiva, Análise Comparativa e Análise do Efeito Mediador. Por último, os resultados são discutidos e são apresentadas as conclusões finais. Na última seção, serão salientadas as

principais conclusões, assim como as limitações encontradas, as potencialidades do estudo e sugestões para futuras investigações a serem desenvolvidas na área.

2. Enquadramento teórico

Através do presente enquadramento teórico pretende-se analisar a literatura existente sobre os comportamentos suicidários, de modo a realçar informação relevante e pertinente sobre o mesmo, potenciando conhecimento sobre os diversos fatores associados.

Neste sentido, o enquadramento teórico encontra-se dividido em vários subtemas. Primeiramente, são apresentados os dados estatísticos recentes sobre a prevalência do suicídio a nível mundial, europeu e em Portugal. O segundo subtema consiste na exploração do processo suicidário e das condutas associadas. Seguidamente são apresentados alguns modelos explicativos que exploram o desenvolvimento do comportamento suicida e os fatores que o influenciam. Por último, são referidos os diferentes fatores de risco e de proteção associados ao desenvolvimento do comportamento suicida.

2.1. Dados Epidemiológicos

O suicídio é um grave problema mundial de saúde pública, tendo sido responsável por cerca de 800 mil mortes em 2015, o que corresponde a 1.4% do número total de óbitos. Foi ainda considerado a segunda causa de morte mundial em jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (WHO, 2018).

De acordo com os dados publicados pela *World Health Organization* (2018), a Europa é o continente com maior taxa de mortalidade, devido a lesões autoprovocadas intencionalmente, com 14.1 suicídios por cada 100 mil habitantes, no ano de 2015.

Em Portugal, estima-se que, no ano de 2016, o suicídio foi responsável por um total de 981 mortes, correspondendo a 0.9% da população total. Relativamente à população portuguesa com idade inferior a 65 anos, o suicídio foi responsável por 6.0 mortes por cada 100 mil habitantes, correspondendo a um total de 570 óbitos (INE, 2018).

Os dados evidenciados pela Direção-Geral da Saúde (2013) indicam que o suicídio é uma das principais causas de morte em jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Relativamente ao género sabe-se ainda que, embora a ideação suicida e as tentativas de suicídio sejam mais frequentes no género feminino, os jovens do género masculino apresentam um risco três vezes superior de consumir o ato.

2.2. Processo Suicidário

O comportamento suicida apresentado pelos jovens consiste num processo contínuo, constituído por diversos elementos, nomeadamente a ideação suicida, os comportamentos autolesivos, as tentativas de suicídio e a consumação do ato (Miller & Eckert, 2009).

A ideação suicida é caracterizada por pensamentos sobre o suicídio, que podem incluir planos para a sua concretização. Este processo de pensamento cognitivo coloca os jovens em risco de tentarem e consumarem o ato. Estima-se que entre 20 a 25% dos jovens tenham pensamentos sobre o suicídio, sem que cheguem a considerar a realização do mesmo (Waldvogel, Rueter, & Oberg, 2008). De acordo com Nock e

colegas (2009), a ideação suicida é um dos preditores mais fortes para a ocorrência de suicídio ou de tentativas de suicídio (Choi et al., 2015), representando o marco primário para a realização dos seguintes (Miller & Eckert, 2009).

Tanto os comportamentos autolesivos, como as tentativas de suicídio podem ser definidos como atos realizados contra o próprio, distinguindo-se através da intencionalidade suicida, presente apenas nas tentativas de suicídio (DGS, 2013).

Segundo Mazza e Reynolds (2008), o comportamento suicida termina com uma tentativa de suicídio ou com o suicídio consumado do jovem. Embora não exista um registo oficial das tentativas de suicídio realizadas pelos jovens, sabe-se que estas são mais frequentes do que a consumação do ato, uma vez que um jovem pode fazer várias tentativas até que seja fatal (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2013). Os dados estatísticos estimam ainda que, por cada suicídio, existem cerca de 20 tentativas (WHO, 2018).

Estudos efetuados sobre o tema têm identificado uma correlação significativa entre a ideação suicida e o risco de suicídio ou de ocorrência de tentativas de suicídio, uma vez que os níveis de ideação suicida e o historial de tentativas de suicídio são considerados dos preditores mais importantes para a avaliação do risco de suicídio (Santos, Ulisses, Costa, Farias, & Moura, 2016).

Em 2017, Castellví e colegas efetuaram uma meta-análise, onde pretendiam compreender a associação que existe entre os diferentes componentes do comportamento suicida. Adicionalmente, os autores tinham como objetivo analisar o número total de suicídios, em jovens-adultos que não apresentassem história prévia de tentativa de suicídio (Castellví et al., 2017).

Os resultados obtidos indicam que a ideação e intenção suicida são fatores de risco significativos para a realização de tentativas de suicídio, e para a consumação do

ato. Constataram ainda que, jovens-adultos com historial de tentativas de suicídio se encontram em risco elevado de se suicidarem, comparativamente com jovens sem este historial.

Contudo, os autores verificaram que muitos dos jovens que morreram por lesões autoprovocadas não apresentavam historial prévio de tentativas de suicídio. Assim, realçam a importância de identificar os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens, como forma de prevenir a ocorrência de tentativas de suicídio ou a consumação do ato (Castellví et al., 2017).

Não obstante, os autores referem a dificuldade em definir os principais fatores de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida, tratando-se de um processo complexo que envolve diversificados níveis de severidade, intencionalidade e intensidade (Castellví et al., 2017).

Assim, considera-se de extrema importância efetuar um maior número de investigações sobre o tema, a fim de identificar possíveis fatores de risco e o impacto dos mesmos para o risco de suicídio nos jovens-adultos.

2.3. Modelos Explicativos

De modo a promover o conhecimento sobre os processos envolvidos no desenvolvimento do comportamento suicida, assim como dos fatores de risco e de proteção associados, foram desenvolvidos, ao longo dos anos, diversos modelos explicativos.

2.3.1. Teoria Cognitiva da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978)

O primeiro modelo teórico, numa vertente cognitiva-comportamental, foi desenvolvido por Rush e Beck, em 1978. A Teoria Cognitiva da Depressão e do

Suicídio teve como intuito compreender a relação existente entre os sinais e os sintomas da depressão (Rush & Beck, 1978).

De acordo com o modelo, a depressão pode ser explicada através da ligação entre três conceitos específicos: a tríade cognitiva, os esquemas mentais e as distorções cognitivas.

A tríada cognitiva é composta por três padrões que levam o indivíduo a considerar-se a si mesmo, às suas experiências e ao seu futuro de forma negativa.

O primeiro componente da tríade está, desta forma, relacionado com a visão negativa de si mesmo. O indivíduo considera-se incompetente, inadequado e sem valor, atribuindo as suas experiências negativas a defeitos pessoais de cariz físico, mental ou moral. Deste modo, o indivíduo adota uma atitude de elevada autocrítica, acreditando que não possui os atributos necessários para viver de forma feliz e satisfeita.

O segundo componente da tríade diz respeito à tendência do indivíduo para interpretar as suas experiências negativamente. Segundo os autores, o mundo é interpretado como extremamente exigente, colocando obstáculos que o impedem de alcançar os seus objetivos e metas pessoais.

Por último, o terceiro componente consiste na visão negativa do futuro. O indivíduo prevê que as suas dificuldades se irão manter por um período de tempo indeterminado, assim como o seu sofrimento. Como forma de escapar a este sofrimento, o indivíduo pode desenvolver um comportamento suicida, uma vez que acredita que tanto a sua vida, como a dos demais, seria melhor se estivesse morto.

O segundo conceito associado à Teoria Cognitiva da Depressão e do Suicídio diz respeito aos esquemas mentais desenvolvidos pelo sujeito. Estes esquemas são padrões cognitivos estáveis, formados através da seleção de um determinado estímulo, em detrimento de outros. Este estímulo é posteriormente categorizado, de modo a permitir a

avaliação e interpretação da situação em causa, definindo a maneira como o indivíduo responde à mesma. Embora pessoas diferentes interpretem a mesma experiência de diversas formas, a mesma pessoa tende a interpretar e agir de igual modo perante situações semelhantes, uma vez que é ativado o mesmo esquema mental.

Os indivíduos com uma perturbação depressiva vão distorcer a interpretação da experiência, focando-se apenas nos aspetos negativos, o que contribui para a ativação de um conjunto limitado de esquemas mentais. Estes esquemas começam a ser cada vez mais utilizados, mesmo em situações em que não exista uma ligação lógica entre eles e a experiência. Assim, o pensamento do indivíduo fica cada vez mais dominado por ideias negativas, impedindo a ativação de esquemas mais adequados à situação em questão.

Devido à utilização destes esquemas, formam-se distorções cognitivas, que vão exacerbar as crenças negativas do indivíduo. Os autores identificaram cinco tipos diferentes de distorções cognitivas:

- a. Inferências arbitrárias: o indivíduo retira uma conclusão sem que existam evidências que a suportem;
- b. Abstração seletiva: o indivíduo foca-se num detalhe fora do contexto, ignorando outras características mais relevantes;
- c. Generalização excessiva: o indivíduo retira uma conclusão geral, considerando apenas uma característica específica;
- d. Magnificação e minimização: o indivíduo interpreta a situação de forma excessiva;
- e. Personalização: o indivíduo associa eventos externos a si mesmo.

Assim, de acordo com Rush e Beck (1978), a presença de experiências prévias negativas constitui a base para o desenvolvimento de uma visão negativa do eu, dos

acontecimentos e do futuro que, por sua vez, levam à formação de esquemas cognitivos negativos. Estes são ativados em circunstâncias específicas, levando a uma interpretação errada da situação e aumentando a predisposição da pessoa para desenvolver uma perturbação depressiva, podendo recorrer a comportamentos suicidas como estratégia de evitamento.

2.3.2. Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (Yang & Clum, 1996)

Anos mais tarde, Yang e Clum (1996) constataram que existem diversos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do comportamento suicida, para além da presença de um quadro depressivo.

Neste sentido, os autores desenvolveram o Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (1996), que estabelece uma ligação entre os acontecimentos de vida negativos, os fatores cognitivos e o comportamento suicida. De acordo com este modelo, os autores defendem que os fatores cognitivos medeiam a relação entre os acontecimentos de vida negativos e o comportamento suicida (Yang & Clum, 1996).

Os acontecimentos de vida negativos são definidos como eventos que ocorrem antes dos 18 anos de idade e que são suscetíveis de ter um impacto negativo na vida do indivíduo. Estes acontecimentos envolvem diversos aspetos, mais especificamente: o historial psicopatológico da família, a ocorrência de maus-tratos na infância, a instabilidade familiar, a presença de um ambiente familiar empobrecido e o desenvolvimento de relações insatisfatórias com os pares.

Os fatores cognitivos considerados pelos autores dizem respeito à capacidade do indivíduo para lidar com situações problemáticas, ao *locus* de controlo, ao sentimento de desesperança, à autoestima e à dependência.

De acordo com os autores, o comportamento suicida consiste num processo complexo, composto pela ideação suicida, pelos comportamentos autolesivos e pelas tentativas de suicídio.

Segundo o presente modelo, os acontecimentos de vida negativos podem influenciar direta ou indiretamente o comportamento suicida. Isto é, a ocorrência de acontecimentos de vida negativos pode conduzir ao desenvolvimento do comportamento suicida ou então, pode afetar os fatores cognitivos que, por sua vez, podem levar ao comportamento suicida (Figura 1).

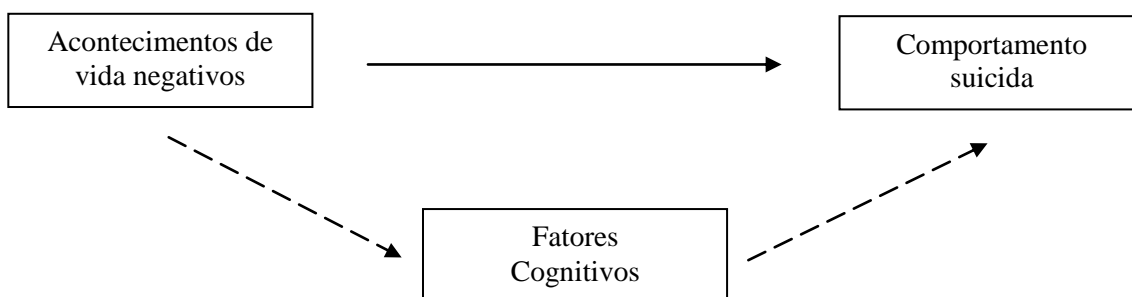


Figura 1. Modelo Etiológico do Comportamento Suicida (Yang & Clum, 1996)

Esta influência trata-se de um processo cumulativo, o que significa que, quanto mais diversificada e prolongada for a exposição do jovem a acontecimentos de vida negativos, maior será a probabilidade de desenvolver um comportamento suicida por via direta ou indireta, uma vez que os fatores cognitivos também estarão severamente afetados.

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

De modo a aumentar a compreensão sobre os mecanismos subjacentes ao comportamento suicida dos jovens, Wenzel e Beck (2008) desenvolveram o Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida. Este é composto por três construtos: fatores de

vulnerabilidade disponíveis no sujeito, processos cognitivos associados às perturbações psiquiátricas e processos cognitivos associados ao suicídio.

Os fatores de vulnerabilidade são traços, estáveis no tempo, que determinam o risco para o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica e, conseqüentemente, aumentam a probabilidade de o indivíduo desenvolver um comportamento suicida.

Por sua vez, os processos cognitivos associados às perturbações psiquiátricas estão relacionados com conteúdos cognitivos desadaptativos e com viés de processamento da informação (Ingram & Kendall, 1986).

Os processos cognitivos associados ao suicídio consistem nos conteúdos cognitivos que são ativados quando a pessoa experiencia uma crise. Estes processos cognitivos culminam no suicídio, que depende da capacidade que a pessoa considera ter para tolerar o stresse causado pelos pensamentos e emoções que emergem no momento da crise.

De acordo com o Modelo, o número de fatores de vulnerabilidade que o sujeito dispõe está relacionado com a quantidade de stresse necessária para ativar o comportamento suicida (Oquendo et al., 2004). Contudo, não existe uma quantidade exata que determine se o indivíduo em questão irá ou não iniciar um comportamento suicida, uma vez que existem diferenças entre os indivíduos relativamente a diversos fatores como, por exemplo, o suporte social (Joiner & Rudd, 2000).

Ainda assim, o modelo defende que, quanto maior for o número de fatores de vulnerabilidade do indivíduo, maior será a probabilidade deste desenvolver um comportamento suicida, em situações de vida stressantes (Rudd, 2004).

2.3.4. Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (Connor & Portzky, 2018)

Recentemente, em 2018, Connor e Portzky, construíram o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida, onde descrevem o percurso de desenvolvimento do comportamento suicida.

Os autores postulam que o sentimento de aprisionamento, associado à dificuldade em encontrar soluções adequadas para resolver os problemas, é o marco fundamental para o desenvolvimento do comportamento suicida.

Segundo o modelo, o comportamento suicida é definido como a tentativa do indivíduo em escapar a uma situação de vida insuportável, e sem aparente solução, de modo a colocar um fim ao seu sofrimento (O'Connor & Portzky, 2018).

O presente modelo é composto por três fases, onde são descritos os aspetos constituintes e os fatores que medeiam a transição do indivíduo ao longo do processo (Figura 2).

A primeira fase – Fase Pré-Motivacional – diz respeito às experiências do indivíduo e aos possíveis fatores desencadeadores do comportamento suicida. Estes podem estar relacionados com o seu humor, com o ambiente em que está inserido e com os acontecimentos de vida experienciados.

A segunda fase – Fase Motivacional – está relacionada com o desenvolvimento da ideação e da intenção suicida. Esta fase tem início com a ocorrência de experiências de insucesso e/ou humilhação, podendo conduzir ao aumento do sentimento de aprisionamento. Este é exacerbado devido à incapacidade do indivíduo para solucionar os seus problemas, apresentando estratégias de coping desadequadas, tendências ruminantes e viés de processamento da informação.

Estes fatores, juntamente com a ausência de um sentimento de pertença, de expectativas e de objetivos futuros e com uma fraca rede de suporte social, culminam no agravamento da ideação e da intenção suicida.

Por fim, na Fase Volitiva, a ideação e intenção suicida evoluem para o comportamento suicida, se o indivíduo apresentar elevados níveis de impulsividade, acesso a métodos para cometer suicídio e capacidade para o fazer, bem como história de suicídio no seu ambiente familiar e social, que funcionam como casos de aprendizagem social.

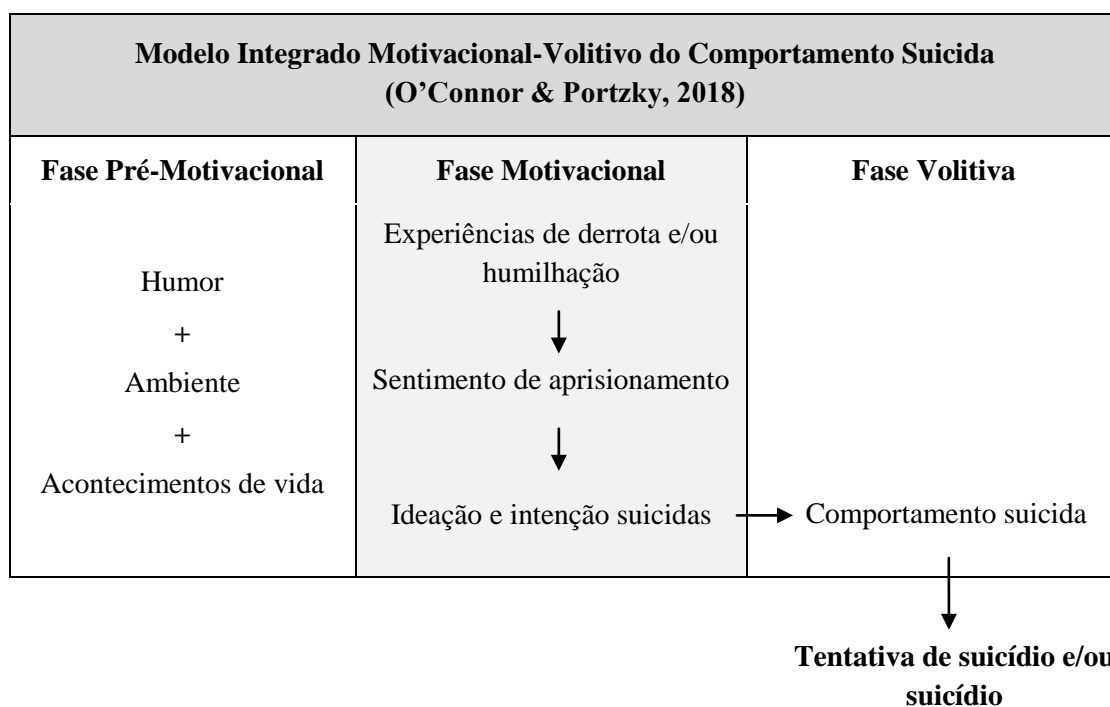


Figura 2. Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida (O'Connor & Portzky, 2018)

2.4. Fatores de Risco

Os fatores de risco podem ser definidos como diversos aspetos da vida do sujeito, que aumentam a probabilidade do mesmo de cometer uma tentativa de suicídio ou de consumir o ato. Estes fatores estão relacionados com circunstâncias, condições ou

acontecimentos de vida, com doenças físicas e/ou psicológicas e com os traços de personalidade apresentados pelos jovens (DGS, 2013).

Através da análise dos fatores de risco presentes na vida do sujeito, é possível estimar o grau de risco de cometer suicídio dos jovens, sendo que quanto maior for a presença destes fatores, maior será a probabilidade do mesmo de desenvolver um comportamento suicida (DGS, 2013).

Os fatores de risco presentes no comportamento dos jovens podem ser agrupados em diversos níveis – baixo, moderado e elevado –, tendo em consideração o grau de risco que representam para o sujeito (Waldvogel et al., 2008).

Jovens identificados com baixo risco de cometer suicídio podem ter problemas familiares e escolares. Contudo, têm uma boa rede de suporte social, recorrendo a ajuda exterior, como forma de resolver os seus problemas, não apresentando historial depressivo. Por outro lado, jovens que se encontrem em risco moderado já tiveram pensamentos sobre o suicídio, revelando sintomatologia depressiva e dificuldade em controlar o humor, podendo existir comportamentos ocasionais de consumo excessivo de substâncias. Por fim, jovens com elevado risco de cometer suicídio referem ter dificuldade em encontrar significado e propósito para a sua vida, considerando que esta seria melhor se estivessem mortos. Estes jovens relatam ódio pelos pais e pela escola, fugindo de casa e faltando regularmente às aulas (Waldvogel et al., 2008).

Deste modo, os fatores de risco para o comportamento suicida estão associados não só às características individuais dos jovens, como também ao ambiente social e familiar em que estão inseridos.

Os fatores de risco individuais podem estar relacionados com diversos aspetos, nomeadamente o género, a presença de um problema de saúde mental, a existência de experiências traumáticas, a dificuldade em recordar acontecimentos positivos e a

presença de tentativas prévias de suicídio, sendo este último um dos preditores mais fortes para a ocorrência de novas tentativas (Cassaretto & Martínez, 2012; Waldvogel et al., 2008).

Com o intuito de aprofundar o conhecimento relativo à relação existente entre a prevalência do suicídio e a presença de um quadro psicopatológico, Suokas e colegas (2011) realizaram uma investigação, onde concluíram que existe uma associação significativa entre os presentes aspetos. Isto é, grande parte dos jovens identificados com história prévia de tentativas de suicídio, tinham também sido diagnosticados com um problema de saúde mental.

Paralelamente, os autores apuraram que existe uma relação entre a comorbilidade das perturbações identificadas e a severidade do comportamento suicida desenvolvido, no sentido em que, quanto maior for o número de diagnósticos, mais suscetível será o jovem de realizar uma tentativa de suicídio ou de consumar do ato (Suokas et al., 2011).

Em 2016, Sobrinho e Campos procuraram também identificar a relação entre os problemas de saúde mental apresentados pelos jovens, particularmente a depressão, e o risco de suicídio. Deste modo, o estudo centrou-se na relação que existe entre os acontecimentos de vida negativos e o risco de suicídio e a forma como esta é influenciada pela depressão.

Os resultados obtidos indicam que a depressão medeia a relação entre os acontecimentos de vida negativos e o risco de suicídio. Os autores apuraram o risco de suicídio é influenciado pela forma como o indivíduo percebe os acontecimentos da sua vida. Isto é, um jovem com sintomatologia depressiva interpreta um acontecimento de vida negativo como tendo maior impacto na sua vida, comparativamente com jovens que não apresentem esta psicopatologia. Deste modo, o acontecimento causa um maior

sofrimento psicológico, aumentando o risco do jovem de desenvolver um comportamento suicida. Os autores verificaram ainda que, quanto maior for a frequência dos acontecimentos percebidos como negativos, maior será o risco de suicídio (Sobrinho & Campos, 2016).

Para além do quadro psicopatológico apresentado pelos jovens, é também necessário ter em consideração o historial clínico dos familiares, uma vez que estudos têm comprovado que existe uma associação entre a prevalência de psicopatologia familiar e o desenvolvimento do comportamento suicida (Yang & Clum, 1996).

Os traços de personalidade apresentados pelo jovem, nomeadamente os elevados níveis de neuroticismo, o *locus* de controlo externo, a desesperança, a impulsividade, a agressividade e a introversão, bem como a baixa autoestima, têm sido identificados como fatores predisponentes para o comportamento suicida (Waldvogel et al., 2008).

Os familiares têm também um papel importante no que diz respeito à prevenção do comportamento suicida (Buus et al., 2013), uma vez que tem sido encontrada uma relação entre determinadas características do funcionamento familiar e o suicídio ou as tentativas de suicídio (Frazão, Santos, & Sampaio, 2014).

A disfuncionalidade familiar e a existência de conflitos entre os membros da família estão relacionados com a presença de ideação suicida ou de tentativas de suicídio, uma vez que estas famílias apresentam uma baixa capacidade para resolução de problemas. A história familiar de tentativas de suicídio é também outro fator de risco para o comportamento suicida dos jovens (Tomori, Kienhorst, De Wilde, & Van Den Bout, 2001).

Diversos estudos efetuados sobre o presente tema identificaram a existência de uma relação entre o ambiente familiar e o comportamento suicida (Miller, et al., 2012). Quanto mais instável for o ambiente familiar em que o jovem está inserido, maior será a

probabilidade de desenvolver este tipo de comportamento. A instabilidade familiar pode dever-se à separação, divórcio ou absentismo parental, assim como à morte de um dos familiares (Yang & Clum, 1996).

Neste sentido, foi realizada uma investigação com o intuito de avaliar se o suporte e o conflito familiar percebido pelos jovens moderavam a associação entre a ansiedade e a ideação suicida (Machell, Rallis, & Esposito-Smythers, 2016).

De acordo com os resultados obtidos, foi possível verificar que existe uma associação entre a ansiedade e a ideação suicida, sendo esta exacerbada quando os níveis percebidos de suporte familiar são mais baixos. Estes resultados sugerem que a percepção dos adolescentes de suporte familiar atenua a relação entre a ansiedade e a ideação suicida (Machell, Rallis, & Esposito-Smythers, 2016).

No que diz respeito ao conflito familiar, os resultados indicam que este exerce uma influência direta positiva na ideação suicida. Ainda assim, os autores sugerem que deveria ser analisada a associação entre o suporte familiar percebido e a ideação suicida na população não-clínica, de forma a verificar se estes resultados se mantêm (Machell et al., 2016).

Em 2016, Castellví e colegas desenvolveram um estudo onde pretendiam analisar em que sentido é que a exposição da criança a situações de abuso físico, psicológico ou sexual, poderia conduzir, futuramente, à realização de tentativas de suicídio ou ao suicídio.

De acordo com os resultados obtidos, os autores postularam que a exposição da criança às experiências traumáticas referidas anteriormente aumenta significativamente o risco de cometer suicídio ou tentativas de suicídio, comparativamente com jovens que não vivenciaram este tipo de acontecimentos. Adicionalmente, os autores identificaram

que, grande parte destes jovens realiza uma tentativa de suicídio antes dos 20 anos de idade (Castellví et al., 2016).

Estes resultados estão de acordo com outros estudos realizados dentro do mesmo tema, onde se verificou que indivíduos que foram vítimas de algum tipo de maus-tratos, quer seja físico ou sexual, estão mais propensos a desenvolver um comportamento suicida (Yang & Clum, 1996).

Ainda assim, é difícil encontrar relações de causalidade diretas entre as variáveis de funcionamento familiar e o comportamento suicida. Isto pode dever-se à presença de fatores protetores, que podem atenuar o efeito dos fatores de risco no comportamento dos jovens (Eisenberg, Ackard, & Resnick, 2007), sem que exista uma alteração desses fatores (Sharaf, Thompson, & Walsh, 2009). Desta forma, o risco de suicídio deve ser avaliado tendo em consideração o balanço que existe entre os fatores de risco e os protetores (Fergusson et al., 2003).

2.5. Fatores Protetores

Embora a exploração dos fatores de risco seja fundamental para compreender a vulnerabilidade do indivíduo para desenvolver um comportamento suicida, considera-se fulcral a análise dos fatores de proteção, que podem contribuir para a promoção da saúde mental dos jovens (Beaudoin et al., 2018).

Os fatores protetores são definidos como características ou circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que estão associadas à prevenção do comportamento suicida (DGS, 2013).

Os estudos desenvolvidos na presente área apuraram que os fatores protetores podem ter um maior impacto na prevenção do suicídio, comparativamente com os fatores de risco (Beaudoin et al., 2018). Borowsky e colegas (1999) constataram que

augmentar o número de fatores de proteção é mais eficaz na diminuição do risco de suicídio, do que a redução direta dos fatores de risco.

Um dos fatores de proteção mais importantes, face à ideação suicida, está relacionado com as crenças evidenciadas pelos jovens, perante situações adversas. Jovens que apresentem fortes razões para viver têm maior probabilidade de resistir a sentimentos de desesperança, não desencadeando um comportamento suicida. Contrariamente, jovens que não apresentem estas crenças, têm dificuldade em encontrar significado para a vida, tendo uma maior predisposição para a ideação suicida (Cassaretto & Martínez, 2012).

Com a finalidade de estudar em que medida as razões para viver apresentadas pelos jovens influenciam a associação entre a sintomatologia depressiva, o sentimento de desesperança, a ideação suicida e a ocorrência de tentativas de suicídio, foi desenvolvido um estudo, em 2013, por Bagge, Lamis, Nadorff e Osman.

Através dos resultados obtidos, os autores concluíram que existe uma associação positiva significativa entre a sintomatologia depressiva apresentada, o sentimento de desesperança e a ideação e comportamento suicida. Por outro lado, existe uma associação significativa negativa entre este tipo de pensamento e comportamento, e as razões para viver referidas pelos jovens.

Foi ainda possível apurar que a relação existente entre os fatores de risco anteriormente descritos e o comportamento suicida é mediada, parcialmente, pelas razões para viver indicadas pelos jovens.

Assim, este estudo permite acentuar ainda mais a necessidade de analisar a importância que tanto os fatores de risco como os protetores representam para o desenvolvimento do pensamento e comportamento suicida (Bagge, Lamis, Nadorff, & Osman, 2014).

A existência de uma vinculação segura entre os membros da família, o suporte parental, a responsividade emocional materna, a baixa rigidez e disciplina parental, o calor afetivo e a comunicação entre os membros da família têm sido considerados também como fatores protetores para o suicídio (Waldvogel et al., 2008).

Relativamente ao suporte social percebido pelos jovens, estudos indicam que uma relação funcional com familiares e amigos contribui para uma melhor saúde mental, uma vez que estes podem ajudar o indivíduo a encontrar soluções para lidar com situações desencadeadoras de stresse, atenuar o isolamento social e auxiliar em períodos de instabilidade psíquica e emocional (Beaudoin et al., 2018).

3. Objetivos

3.1. Objetivos gerais

O presente estudo tem dois objetivos gerais: (a) caracterizar a ideação suicida em jovens-adultos, na população não-clínica, de modo a compreender as diferenças nos fatores de risco e de proteção, entre os jovens com alto e baixo risco de suicídio e (b) analisar se a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida é direta ou mediada pelas variáveis psicológicas.

3.2. Objetivos específicos

De acordo com os objetivos gerais do estudo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a. Caracterizar os níveis de ideação suicida em jovens-adultos, na amostra global;
- b. Comparar os níveis de ideação suicida em jovens-adultos com alto e baixo risco de suicídio;
- c. Comparar a sintomatologia depressiva, a ansiedade, o stresse, a satisfação com o suporte social e as razões para viver apresentadas pelos jovens-adultos com alto e baixo risco de suicídio;
- d. Caracterizar o historial clínico e de comportamento suicida, do próprio e dos respetivos familiares, na amostra global e em função do grupo de risco;
- e. Comparar o historial clínico e de comportamento suicida, do próprio e dos familiares, em jovens-adultos com alto e baixo risco de ideação suicida;

- f. Analisar o efeito dos acontecimentos de vida negativos nos níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens-adultos;
- g. Analisar o efeito mediador da ansiedade, da depressão, do stresse, da satisfação com o suporte social e das razões para viver nos níveis de ideação suicida, aquando da ocorrência de acontecimentos de vida negativos.

4. Metodologia

4.1. Desenho

De modo a alcançar os objetivos propostos anteriormente, a presente investigação decorrerá em três fases.

Primeiramente será realizado um estudo descritivo do historial psicopatológico dos jovens-adultos e dos respetivos familiares, tanto na amostra global, como nos diferentes grupos de risco. Paralelamente será também analisado o historial de comportamento suicida, dos jovens e dos familiares, na amostra global e nos respetivos grupos.

Em seguida, será realizado um estudo comparativo, de modo a explorar as diferenças que existem entre os grupos de alto e baixo risco de suicídio, relativamente aos fatores de risco e de proteção. Adicionalmente serão também comparados o historial clínico e de comportamento suicida entre os dois grupos.

Por fim, será analisado o efeito mediador das variáveis estudadas, na relação entre os acontecimentos de vida negativos e os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens-adultos.

4.2. Participantes

No presente estudo participaram 274 jovens. Contudo, devido ao intervalo de idades selecionado (entre os 18 e os 35 anos), foram excluídos 10 participantes. Deste modo, a amostra final é constituída por 264 jovens-adultos, 212 do género feminino (80.3%) e 52 do género masculino (19.7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos de idade ($M = 21.63$; $DP = 2.759$).

Embora a maioria dos participantes resida em Portugal continental – Faro (22%), Lisboa (16.7%) e Aveiro (14.8%) –, 5.7% e 1.5% da amostra vivem na Região Autónoma da Madeira e dos Açores, respetivamente.

Relativamente às habilitações literárias, 68.2% dos participantes frequentaram o ensino superior, sendo que 76.5% da amostra total são estudantes. Do total de participantes seleccionados, 21 têm estatuto de trabalhador-estudante (8.0%), 32 estão empregados (12.1%) e 8 encontram-se desempregados (3.0%).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário Sociodemográfico

O presente questionário, desenvolvido no âmbito da investigação em questão, é composto por um conjunto de questões que permitem a recolha de informação sobre as variáveis sociodemográficas, mais especificamente: a idade, o género, o distrito de residência, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional atual do jovem. Possibilita ainda a recolha de informação sobre o historial clínico e psicológico do próprio e dos seus familiares, bem como a recolha de informação sobre a ocorrência de comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio.

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

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) foi desenvolvida originalmente por Lovibond e Lovibond, em 1995 – *Depression Anxiety Stress Scale* – e adaptada para a população portuguesa, em 2004, por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal.

A EADS tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stresse em jovens com idade superior a 17 anos. O instrumento é composto por 21 itens, agrupados em três subescalas (Ansiedade, Depressão e Stresse), cada um com 4

hipóteses de resposta: 0 (*não se aplicou nada a mim*); 1 (*aplicou-se a mim algumas vezes*); 2 (*aplicou-se a mim muitas vezes*) e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*).

A escala fornece três pontuações, uma por cada subescala, que são determinadas pela soma dos resultados dos 7 itens correspondentes, podendo variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 21 pontos. As notas mais elevadas de cada subescala correspondem a estados afetivos mais negativos.

A fiabilidade do instrumento foi avaliada através da análise da consistência interna (alfa de Cronbach) de cada uma das subescalas, tendo sido obtidos resultados satisfatórios em todas: Ansiedade ($\alpha = .74$), Depressão ($\alpha = .85$) e Stresse ($\alpha = .81$).

No que diz respeito à validade do instrumento, foi analisada a validade convergente, onde se verificou a existência de alguma contaminação entre os itens da escala de ansiedade e stresse (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

No presente estudo, a escala apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .96$). Relativamente às respetivas subescalas, os resultados indicam uma consistência interna muito boa, mais especificamente: Ansiedade ($\alpha = .90$); Depressão ($\alpha = .92$) e Stresse ($\alpha = .90$).

4.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

De modo a avaliar a satisfação dos indivíduos com o suporte social, Pais-Ribeiro (1999) desenvolveu a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

A ESSS é constituída por 15 itens, organizados em quatro subescalas, nomeadamente: Satisfação com os amigos, Satisfação com a intimidade, Satisfação com a família e Satisfação com as atividades sociais. Cada item apresenta cinco alternativas de resposta, que vão desde A (*concordo totalmente*) a E (*discordo totalmente*). Os itens

4, 5, 9, 10, 12, 13, 14 e 15 estão formulados de forma negativa, pelo que devem ser invertidos aquando da análise de resultados.

A fiabilidade do instrumento foi estudada através da análise da consistência interna (alfa de Cronbach) de cada uma das subescalas: Satisfação com os amigos ($\alpha = .83$), Satisfação com a intimidade e Satisfação com a família ($\alpha = .74$) e Satisfação com as atividades sociais ($\alpha = .64$). A validade discriminante e concorrente do instrumento foram também estudadas, tendo-se obtido resultados satisfatórios para ambas (Pais-Ribeiro, 1999).

De acordo com a análise do alfa de Cronbach da ESSS, no presente estudo, verificou-se que o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .83$). Através de uma análise detalhada das subescalas que compõem a escala, verificou-se que a subescala da Satisfação com os amigos ($\alpha = .81$), Satisfação com a intimidade ($\alpha = .82$) e da Satisfação com a família ($\alpha = .84$) apresentam também uma boa consistência interna. Por outro lado, a subescala da Satisfação com as atividades sociais ($\alpha = .65$) apresenta uma consistência interna razoável, à semelhança dos valores obtidos no estudo original do instrumento.

4.3.4. Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos (RFL-YA-II)

A versão original do Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos – *Reasons for Living Inventory for Young Adults-II* – foi desenvolvida por Pirani, Acosta, Gonzalez e Osman (2016), como medida de avaliação das potenciais razões para viver, identificadas pelos jovens-adultos.

O instrumento é constituído por 28 itens, agrupados em quatro subescalas: Suporte relacionado com a fé; Aceitação e suporte dos pares; Recursos familiares de suporte e Força pessoal percebida. Cada item apresenta seis hipóteses de resposta: 1

(nada importante); 2 (muito pouco importante); 3 (pouco importante); 4 (algo importante); 5 (muito importante) e 6 (extremamente importante).

A fiabilidade do instrumento foi estudada numa amostra de jovens-adultos da população portuguesa através da análise da consistência interna (alfa de Cronbach) de cada uma das subescalas: Suporte relacionado com a fé ($\alpha = .98$); Aceitação e suporte dos pares ($\alpha = .95$); Recursos familiares de suporte ($\alpha = .93$) e Força pessoal percebida ($\alpha = .94$). O instrumento demonstrou características psicométricas adequadas, em termos de fiabilidade e de validade (Madeira, 2017).

No que diz respeito ao estudo em desenvolvimento, o Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos apresentou uma consistência interna (alfa de Cronbach) muito boa, tanto a nível global ($\alpha = .94$), como nas subescalas constituintes: Suporte relacionado com a fé ($\alpha = .97$); Aceitação e suporte dos pares ($\alpha = .92$); Recursos familiares de suporte ($\alpha = .95$) e Força pessoal percebida ($\alpha = .94$).

4.3.5. Questionário de História de Adversidade na Infância (QHAI)

O Questionário de História de Adversidade na Infância (QHAI) foi desenvolvido, em 1998, por Felitti e Anda, tendo sido adaptado para a população portuguesa em 2006, por Silva e Maia. Trata-se de um questionário de autorrelato para adultos, que pretende avaliar a ocorrência de experiências de adversidade na infância, que tenham ocorrido antes dos 16 anos de idade.

Como o presente estudo se centra em jovens-adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos de idade, foi adicionada uma nova hipótese de resposta, permitindo aos jovens identificar se os acontecimentos referidos tinham ocorrido antes e/ou depois dos 16 anos de idade, após o consentimento da autora do instrumento.

O QHAI é composto por 77 itens, estruturados em questões dicotômicas, de escolha múltipla e de resposta breve. Os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 15, 16, 17, 19, 22, 24 e 25 foram invertidos aquando da análise de resultados.

Estes itens abrangem experiências realizadas contra o indivíduo, um ambiente familiar disfuncional e negligência.

O questionário encontra-se organizado em diversas dimensões, nomeadamente: presença de abuso emocional, físico e/ou sexual; a exposição do jovem a violência doméstica; abuso de substâncias no ambiente familiar; divórcio ou separação parental; prisão de um membro da família; negligência física e/ou emocional.

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).

Relativamente ao presente estudo, analisou-se a fiabilidade do instrumento através do valor de alfa de Cronbach. O valor obtido indica que o QHAI apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .79$).

4.3.6. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

A versão original do Questionário de Ideação Suicida (QIS) – *The Suicidal Ideation Questionnaire* – foi desenvolvida por Reynolds, em 1988, e adaptada para a população portuguesa em 1999, por Ferreira e Castela.

O QIS tem como objetivo avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e jovens. Para tal, é constituído por 30 itens, cada um com 7 alternativas de resposta: 0 (*nunca tive este pensamento*); 1 (*pensei nisto, mas não no último mês*); 2

(cerca de uma vez por mês); 3 (duas vezes por mês); 4 (cerca de uma vez por semana); 5 (duas vezes por semana) e 6 (quase todos os dias).

A pontuação é obtida através do somatório do valor total dos itens, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 180 pontos, onde a frequência de cognições suicidas é tanto maior quanto mais elevada for a pontuação obtida.

A fiabilidade do instrumento foi estudada através da análise da consistência interna (alfa de Cronbach) e da estabilidade temporal (método teste-reteste), tendo-se obtido um valor alfa de .96 e um coeficiente de correlação entre as duas aplicações de .76.

A validade convergente e divergente do instrumento foi analisada através da relação com o Inventário da Depressão de Beck e com a Escala de Autoestima de Rosenberg, onde os resultados alcançados foram satisfatórios em ambas. A validade de construto permitiu identificar três fatores que explicam 55.7% da variância total (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach foi .97, correspondendo a uma consistência interna muito boa.

4.4. Procedimentos

4.4.1. Recolha de dados

O primeiro passo para a recolha de dados consistiu na elaboração de uma plataforma *online* de recolha de dados.

A presente plataforma tem início com a apresentação do estudo em questão e com o preenchimento do Consentimento Informado. Seguidamente é apresentado o protocolo de recolha de dados, mais especificamente: o Questionário Sociodemográfico,

o Questionário de Ideação Suicida (QIS), o Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos (RFL-YA-II), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) e, por último, o Questionário de História de Adversidade na Infância (QHAI).

Depois de elaborada, a plataforma foi partilhada pelas várias Universidades do país, incluindo da Madeira e dos Açores. Adicionalmente, a mesma foi partilhada através das redes sociais e de contactos informais, de modo a aumentar a diversidade das características sociodemográficas da amostra.

O período de recolha iniciou-se no mês de Janeiro, tendo a plataforma sido encerrada no final do mês de Junho de 2018.

4.4.2. Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Adicionalmente, recorreu-se também à página *online* de Lee Becker para calcular o *d* e o *r* de Cohen (<https://www.uccs.edu/lbecker/>) e à página *online* de Kristopher Preacher para calcular o teste de Sobel (<http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>).

O tratamento de dados estatísticos incluiu a análise das estatísticas descritivas, nomeadamente médias e desvio-padrão.

Após a análise descritiva da amostra global, a mesma foi dividida em dois grupos – Grupo de Alto Risco e Grupo de Baixo Risco –, consoante o valor normativo do QIS definido pelos autores da adaptação do instrumento para a população portuguesa ($M = 21.32$; $DP = 23.88$). Deste modo, os jovens-adultos com resultados superiores aos valores referidos anteriormente foram considerados como estando em risco elevado de

cometer suicídio, enquanto os jovens-adultos com valores inferiores à média constituíram o grupo com menor risco de suicídio.

A análise das diferenças significativas entre os valores médios de cada grupo de risco, para cada uma das variáveis analisadas, foi efetuada através do teste *t* de Student para amostras independentes. Para além da significância das diferenças, foi avaliada a magnitude do efeito das mesmas, através do cálculo do *d* de Cohen. A magnitude do efeito pode considerar-se como fraca quando o valor se aproxima de .2, de média quando se aproxima de .5 e forte quando o valor está próximo de .8.

Foi ainda realizada uma comparação relativamente ao historial clínico e de comportamento suicida dos grupos de risco definidos. Para tal recorreu-se ao Teste de Independência do Qui-quadrado, que permite determinar a associação entre as variáveis nominais em estudo.

No decorrer da análise comparativa, quando algum dos grupos apresentava pequena dimensão ($N < 30$), recorreu-se ao Teste Não-Paramétrico para amostras independentes – Teste de Mann-Whitney.

Com a finalidade de compreender o papel das variáveis em estudo, na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, recorreu-se à regressão linear. Para avaliar a significância do efeito indireto dos modelos de mediação, utilizou-se o teste de Sobel.

Para cada uma das análises referidas, considerou-se que os resultados são significativos quando o valor de *p* é inferior a .05.

5. Resultados

5.1. Análise Descritiva

Com a finalidade de alcançar os objetivos definidos, foi realizada uma primeira análise descritiva global, relativamente ao historial clínico e de comportamento suicida, tanto do próprio como dos seus familiares.

Através da análise dos resultados obtidos verificou-se que, dos 264 jovens-adultos que constituem a amostra, 69 participantes apresentam historial de comportamento suicida. Dentro deste grupo, 8 participantes realizaram tentativas de suicídio, 47 realizaram comportamentos autolesivos e 14 realizaram comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio.

Em relação ao historial de comportamento suicida na família, 23.5% dos jovens da amostra global têm familiares que efetuaram tentativas de suicídio ou suicídio.

Os resultados indicam ainda que 22.3% da amostra já foi diagnosticada com psicopatologia. Relativamente ao historial de psicopatologia familiar, 123 dos participantes têm um familiar com problemas de saúde mental (46.6%).

Seguidamente, a amostra foi dividida em dois grupos, consoante a pontuação obtida no QIS. Deste modo, podemos considerar dois grupos: Grupo de Alto Risco ($n = 31$) e Grupo de Baixo Risco ($n = 233$).

Dentro do Grupo de Alto Risco, 58.06% dos jovens já realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio. Por outro lado, apenas 21.89% dos jovens do Grupo de Baixo Risco cometeram comportamentos suicidas.

Relativamente ao historial de comportamento suicida dos familiares, o Grupo de Alto Risco apresenta uma percentagem mais elevada (32.26%), comparativamente com o Grupo de Baixo Risco (22.32%).

Aquando da análise do historial clínico do próprio e dos familiares, consoante o grupo de risco, apurou-se que 38.71% dos jovens com alto risco de suicídio foram diagnosticados com um problema de saúde mental, comparativamente com o Grupo de Baixo Risco, onde a percentagem é de 20.17%. Contudo, quando analisado o historial de psicopatologia familiar, constatou-se que o Grupo de Baixo Risco revela uma maior percentagem de problemas de saúde mental na família (46.78%), do que o Grupo de Alto Risco (45.16%).

5.2. Análise Comparativa

A fim de analisar as diferenças que existem entre o grupo de alto e baixo risco de suicídio, realizou-se um estudo comparativo entre os respetivos grupos e as variáveis em estudo, nomeadamente: Ideação suicida; Ansiedade, Depressão e Stresse; Satisfação com o Suporte social; Razões para viver e presença de Acontecimentos de vida negativos.

Na seguinte tabela (Tabela 1) encontram-se os resultados das diferentes variáveis, em função dos grupos referidos anteriormente.

Tabela 1
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis na Amostra Global e em função do Grupo de Risco

	Amostra global (N = 264)		Grupo de alto risco (n = 31)		Grupo de baixo risco (n = 233)		d de Cohen	t	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
IS	21.49	28.74	88.84	31.46	12.52	11.02	3.24	-13.40	.000
A (EADS)	4.59	5.14	9.23	5.71	3.97	4.75	1.00	-4.90	.000
D (EADS)	5.48	5.53	14.42	3.96	4.29	4.53	2.38	-11.86	.000
S (EADS)	7.22	5.26	12.10	4.60	6.58	4.50	1.15	-5.83	.000

	Amostra global (<i>N</i> = 264)		Grupo de alto risco (<i>n</i> = 31)		Grupo de baixo risco (<i>n</i> = 233)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
ESSS – Total	34.87	10.47	25.52	7.58	36.12	10.18	-1.18	6.10	.000
SA (ESSS)	2.53	.91	2.01	.86	2.59	.89	-.66	3.43	.001
INT (ESSS)	2.47	1.09	1.46	.80	2.60	1.05	-1.23	7.14	.000
SF (ESSS)	2.22	.45	1.98	.49	2.25	.43	-.59	3.21	.001
AS (ESSS)	1.91	1.03	1.23	.95	2.00	1.01	-.79	4.05	.000
RFL-YA-II – Total	4.59	.85	4.12	.99	4.65	.81	-.58	3.30	.001
SF (RFL-YA-II)	3.27	1.64	2.86	1.62	3.33	1.64	-.29	1.50	.135
ASP (RFL-YA-II)	4.94	.95	4.54	1.22	4.99	.89	-.42	1.99	.055
RFS (RFL-YA-II)	5.09	1.05	4.56	1.40	5.16	.98	-.50	2.31	.027
FPP (RFL-YA-II)	5.04	1.04	4.53	1.51	5.12	.94	-.46	2.08	.046
AVN (QHAI)	42.96	7.87	26.85	20.17	19.73	18.71	.37	-1.26	.209

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; IS = Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA = Satisfação com os amigos da ESSS; INT = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; AS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos; SF = Suporte relacionado com a fé da RFL-YA-II; ASP = Aceitação e suporte dos pares da RFL-YA-II; RFS = Recursos familiares de suporte da RFL-YA-II; FPP = Força pessoal percebida; AVN = acontecimentos de vida negativos do QHAI.

Através da análise dos níveis de ideação suicida, a amostra global apresenta um valor médio baixo ($M = 21.49$; $DP = 28.74$), comparativamente com a amplitude de respostas possíveis do QIS (0-180 pontos). Contudo, estes resultados são similares ao valor normativo definido pelos autores na adaptação do presente instrumento para a população portuguesa ($M = 21.32$; $DP = 23.88$).

Quando analisadas as médias dos respetivos grupos, verificou-se que o Grupo de Alto Risco apresenta níveis de ideação suicida significativamente mais elevados, do que o Grupo de Baixo Risco ($t_{(30.99)} = -13.40$, $p = .000$), sendo a magnitude do efeito forte (d de Cohen = 3.24).

Em relação ao estudo da Ansiedade, da Depressão e do Stresse, constatou-se que, na amostra global, o valor médio é baixo, tendo em consideração a amplitude de cada escala (entre 0 e 21 pontos), mais especificamente: Ansiedade ($M = 4.59$; $DP = 5.14$), Depressão ($M = 5.48$; $DP = 5.53$) e Stresse ($M = 7.22$; $DP = 5.26$). No que diz respeito aos grupos de risco, o Grupo de Alto Risco apresentou resultados significativamente mais elevados nas três escalas e uma magnitude de efeito forte, nomeadamente: Ansiedade ($t_{(35.74)} = -4.90$, $p = .000$, d de Cohen = 1.00), Depressão ($t_{(262)} = -11.86$, $p = .000$, d de Cohen = 2.38) e Stresse ($t_{(262)} = -5.83$, $p = .000$, d de Cohen = 1.15).

De acordo com a avaliação da satisfação dos jovens-adultos com o suporte social, apurou-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos de risco, tendo o Grupo de Baixo Risco apresentado resultados mais elevados ($t_{(45.79)} = 6.99$, $p = .000$). O valor obtido através do d de Cohen indica uma magnitude de efeito forte e com sentido negativo ($d = -1.18$). Dentro das subescalas que compõem a prova, os resultados apontam para diferenças significativas na subescala relativa à Satisfação com a Intimidade ($t_{(44.96)} = 7.14$, $p = .000$) e à Satisfação com as atividades sociais ($t_{(262)} = 4.05$, $p = .000$), sendo os resultados mais elevados no Grupo de Baixo Risco. É ainda de salientar as fortes magnitudes do efeito obtidas nas respetivas escalas: Satisfação com a intimidade (d de Cohen = -1.23) e Satisfação com as atividades sociais (d de Cohen = -.79).

A análise relativa às Razões para viver relatadas pelos jovens aponta para diferenças significativas entre os dois grupos, onde o Grupo de Alto Risco de suicídio apresenta resultados inferiores, comparativamente com o Grupo de Baixo Risco ($t_{(262)} = 3.20$, $p = .001$). Os resultados obtidos através da análise do d de Cohen obtido apontam para uma magnitude de efeito média ($d = -.58$).

De acordo com a avaliação da presença de acontecimentos de vida negativos, constatou-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos de risco ($t_{(95)} = -1.26, p = .209$).

Assim, de uma forma geral, os resultados obtidos indicam que o Grupo de Alto Risco de suicídio apresenta níveis mais elevados de ideação suicida, de ansiedade e de stress, bem como maior presença de sintomatologia depressiva. Por outro lado, os jovens que integram o Grupo de Baixo Risco apresentam maior satisfação com o suporte social e evidenciam mais razões para viver.

Seguidamente foi efetuada uma análise relativa ao historial clínico e de comportamento suicida do próprio e dos familiares, de modo a apurar se existe uma associação significativa entre as presentes variáveis e o grupo de risco (Tabela 2).

Tabela 2

Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar, e o Grupo de Risco de Suicídio

Variáveis	χ^2	gl	p	Grupo	Percentagem (%)	
					Sim	Não
DIAGN – P	5.42	1	.020	Grupo de Alto Risco	38.7%	61.3%
				Grupo de Baixo Risco	20.2%	79.8%
CAL – P	12.64	1	.000	Grupo de Alto Risco	48.4%	51.6%
				Grupo de Baixo Risco	19.7%	80.3%
TS – P	26.32	1	.000	Grupo de Alto Risco	32.3%	67.7%
				Grupo de Baixo Risco	5.2%	94.8%
DIAGN – F	0	1	.986	Grupo de Alto Risco	48.3%	51.7%
				Grupo de Baixo Risco	48.4%	51.6%
TS – F	1.50	1	.220	Grupo de Alto Risco	32.3%	67.7%
				Grupo de Baixo Risco	22.3%	77.7%

Nota. X^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; gl = Graus de liberdade; DIAGN – P = Diagnóstico clínico do próprio; CAL – P = Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS – P = Historial de tentativas de suicídio do próprio; DIAGN – F = Diagnóstico clínico dos familiares; TS – F = Historial de tentativas de suicídio dos familiares.

Os resultados obtidos apontam para uma associação significativa entre o historial de problemas de saúde mental do próprio e o risco de suicídio ($\chi^2_{(1)} = 5.42$; $p = .020$), tendo o Grupo de Alto Risco de suicídio apresentado percentagens mais elevadas, comparativamente com o Grupo de Baixo Risco.

Relativamente à realização de comportamentos autolesivos ($\chi^2_{(1)} = 12.64$; $p = .000$) e de tentativas de suicídio ($\chi^2_{(1)} = 26.32$; $p = .000$), por parte do jovem, verificou-se que o Grupo de Alto Risco obteve percentagens mais elevadas, sendo esta diferença significativa.

Adicionalmente, as variáveis de risco e de proteção foram comparadas em função do género dos participantes, tanto na amostra global (Tabela 3), como para cada um dos grupos de risco.

Através dos valores obtidos verificou-se que apenas existem diferenças significativas no que diz respeito ao número de Razões para Viver relatadas pelos jovens ($t_{(262)} = 2.48$, $p = .014$) e aos Recursos Familiares de Suporte ($t_{(262)} = 3.01$, $p = .003$), onde os jovens do género feminino obtiveram valores mais elevados. Contudo, as Razões para Viver têm uma fraca magnitude de efeito (d de Cohen = .36), enquanto os Recursos Familiares de Suporte revelam uma magnitude de efeito média (d de Cohen = .44).

Tabela 3
Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis na Amostra Global e em função do Género

	Amostra global ($N = 264$)		Género Feminino ($n = 212$)		Género Masculino ($n = 52$)		d de Cohen	t	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
IS	21.49	28.74	20.24	27.20	26.56	34.15	-.21	-1.42	.156

	Amostra global (<i>N</i> = 264)		Género Feminino (<i>n</i> = 212)		Género Masculino (<i>n</i> = 52)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
A (EADS)	4.59	5.14	4.81	5.34	3.71	4.18	.23	1.38	.169
D (EADS)	5.48	5.53	5.40	5.61	5.79	5.23	-.07	-.45	.651
S (EADS)	7.22	5.26	7.46	5.23	6.25	5.29	.22	1.49	.136
ESSS – Total	34.87	10.47	34.82	10.43	35.08	10.74	-.02	-.02	.875
SA (ESSS)	2.53	.91	2.51	.92	2.61	.86	-.12	-.12	.447
INT (ESSS)	2.47	1.09	2.49	1.05	2.37	1.21	.10	.10	.484
SF (ESSS)	2.22	.45	2.23	.45	2.17	.41	.12	.12	.440
AS (ESSS)	1.91	1.03	1.89	1.03	2.01	1.05	-.11	-.11	.461
RFL-YA-II – Total	4.59	.85	4.65	.79	4.33	.99	.36	.36	.014
SF (RFL-YA-II)	3.27	1.64	3.33	1.57	3.01	1.88	.19	.19	.261
ASP (RFL-YA-II)	4.94	.95	5.00	.88	4.68	1.15	.32	.32	.057
RFS (RFL-YA-II)	5.09	1.05	5.19	.99	4.70	1.22	.44	.44	.003
FPP (RFL-YA-II)	5.04	1.04	5.07	1.03	4.92	1.06	.14	.14	.349
AVN (QHAI)	42.96	7.87	20.21	19.70	22.63	15.89	-.14	-.50	.619

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; IS = Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA = Satisfação com os amigos da ESSS; INT = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; AS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos; SF = Suporte relacionado com a fé da RFL-YA-II; ASP = Aceitação e suporte dos pares da RFL-YA-II; RFS = Recursos familiares de suporte da RFL-YA-II; FPP = Força pessoal percebida; AVN = acontecimentos de vida negativos do QHAI.

Aquando da análise das variáveis, em função do género, no Grupo de Baixo Risco, foi possível apurar que não existem diferenças significativas entre os participantes do género feminino e masculino.

No Grupo de Alto Risco de Suicídio (Tabela 4), constatou-se que apenas existem diferenças significativas na dimensão relativa aos Recursos Familiares de Suporte, do Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos ($U = 42.50$, $p = .025$), sendo este

valor mais elevado nos participantes do género feminino. Os resultados obtidos apontam ainda para uma magnitude do efeito média (r de Cohen = .43).

Tabela 4

Médias, Desvios-Padrão, r de Cohen e Teste Não-Paramétrico de Mann-Whitney das Variáveis no Grupo de Alto Risco e em função do Género

	Grupo de Alto Risco ($N = 31$)		Género Feminino ($n = 23$)		Género Masculino ($n = 8$)		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
IS	88.84	31.46	87.52	27.32	92.63	43.31	-.07	91.50	.982
A (EADS)	9.23	5.71	9.87	5.76	7.38	5.48	.21	68.00	.278
D (EADS)	14.42	3.96	15.09	3.44	12.50	4.93	.29	59.50	.140
S (EADS)	12.10	4.60	12.35	4.30	11.38	5.63	.09	82.00	.650
ESSS – Total	25.52	7.58	25.74	7.96	24.88	6.81	.06	86.50	.803
SA (ESSS)	2.01	.86	1.99	.85	2.08	.96	-.05	83.00	.683
INT (ESSS)	1.46	.80	1.49	.83	1.38	.77	.07	91.00	.964
SF (ESSS)	1.98	.49	2.00	.49	1.92	.50	.08	83.00	.677
AS (ESSS)	1.23	.95	1.28	1.00	1.08	.81	.10	83.00	.682
RFL-YA-II – Total	4.12	.99	4.32	.85	3.57	1.19	.34	54.00	.086
SF (RFL-YA-II)	2.86	1.62	2.87	1.54	2.82	1.95	.01	91.00	.964
ASP (RFL-YA-II)	4.54	1.22	4.75	1.10	3.96	1.42	.30	56.50	.108
RFS (RFL-YA-II)	4.56	1.40	4.91	1.15	3.55	1.64	.43	42.50	.025
FPP (RFL-YA-II)	4.53	1.51	4.73	1.41	3.95	1.72	.24	65.50	.230
AVN (QHAI)	37.77	7.99	25.11	21.50	30.75	19.09	-.14	625.00	.291

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; IS = Ideação Suicida; A = Ansiedade; D = Depressão; S = Stresse; ESSS – Total = Valor total da Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA = Satisfação com os amigos da ESSS; INT = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; AS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS; RFL-YA-II – Total = Valor total do Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos; SF = Suporte relacionado com a fé da RFL-YA-II; ASP = Aceitação e suporte dos pares da RFL-YA-II; RFS = Recursos familiares de suporte da RFL-YA-II; FPP = Força pessoal percebida; AVN = acontecimentos de vida negativos do QHAI.

Para além dos fatores de risco e de proteção referidos anteriormente, foi também estudado o efeito dos quadros psicopatológicos e do historial de tentativas de suicídio e de comportamentos autolesivos do próprio e dos familiares (Tabela 5).

Tabela 5

Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar em função do género, na Amostra Global (N = 264)

Variáveis	χ^2	gl	p	Grupo	Percentagem (%)	
					Sim	Não
DIAGN – P	.05	1	.817	Género Masculino	21.2%	78.8%
				Género Feminino	22.6%	77.4%
CAL – P	2.17	1	.140	Género Masculino	15.4%	84.6%
				Género Feminino	25.0%	75.0%
TS – P	.14	1	.709	Género Masculino	9.6%	90.4%
				Género Feminino	8.0%	92.0%
DIAGN – F	.05	1	.817	Género Masculino	46.9%	53.1%
				Género Feminino	48.8%	51.2%
TS – F	5.14	1	.023	Género Masculino	11.5%	88.5%
				Género Feminino	26.4%	73.6%

Nota. X^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; gl = Graus de liberdade; DIAGN – P = Diagnóstico clínico do próprio; CAL – P = Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS – P = Historial de tentativas de suicídio do próprio; DIAGN – F = Diagnóstico clínico dos familiares; TS – F = Historial de tentativas de suicídio dos familiares.

Através dos resultados obtidos, apurou-se que existe uma associação significativa entre o género dos participantes e a ocorrência de tentativas de suicídio dos respetivos familiares ($\chi^2_{(1)} = 5.14$; $p = .023$), sendo a percentagem mais elevada nos participantes do género feminino.

Posteriormente, o mesmo procedimento foi repetido para os grupos com alto e baixo risco de suicídio.

Os resultados obtidos na análise do grupo de jovens com baixo risco de cometer suicídio sugerem que não existe uma associação significativa entre cada uma das variáveis e o género dos participantes (Tabela 6).

Tabela 6

Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar, e o Género, no Grupo de Baixo Risco de Suicídio

Grupo de Baixo Risco						
Variáveis	χ^2	gl	p	Grupo	Percentagem (%)	
					Sim	Não
DIAGN – P	1.44	1	.230	Género Masculino	13.6%	86.4%
				Género Feminino	21.7%	78.3%
CAL – P	2.40	1	.121	Género Masculino	11.4%	88.6%
				Género Feminino	21.7%	78.3%
TS – P	.92	1	.338	Género Masculino	2.3%	97.7%
				Género Feminino	5.8%	94.2%
DIAGN – F	.01	1	.906	Género Masculino	47.6%	52.4%
				Género Feminino	48.6%	51.4%
TS – F	3.75	1	.053	Género Masculino	11.4%	88.6%
				Género Feminino	24.9%	75.1%

Nota. X^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; gl = Graus de liberdade; DIAGN – P = Diagnóstico clínico do próprio; CAL – P = Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS – P = Historial de tentativas de suicídio do próprio; DIAGN – F = Diagnóstico clínico dos familiares; TS – F = Historial de tentativas de suicídio dos familiares.

No Grupo de Alto Risco, apurou-se que as associações entre as variáveis e o género dos participantes também não são significativas (Tabela 7).

Tabela 7

Análise da associação entre o Historial Clínico e de Comportamento Suicida, do próprio e do familiar, e o Género, no Grupo de Alto Risco de Suicídio

Grupo de Alto Risco						
Variáveis	χ^2	gl	p	Grupo	Percentagem (%)	
					Sim	Não
DIAGN – P	2.57	1	.109	Género Masculino	62.5%	37.5%
				Género Feminino	30.4%	69.6%
CAL – P	.51	1	.474	Género Masculino	37.5%	62.5%
				Género Feminino	52.2%	47.8%
TS – P	1.55	1	.213	Género Masculino	50.0%	50.0%
				Género Feminino	26.1%	73.9%
DIAGN – F	.12	1	.742	Género Masculino	42.9%	57.1%
				Género Feminino	50.0%	50.0%
TS – F	1.93	1	.165	Género Masculino	12.5%	87.5%
				Género Feminino	39.1%	60.9%

Nota. X^2 = Distribuição do Qui-Quadrado; *gl* = Graus de liberdade; DIAGN – P = Diagnóstico clínico do próprio; CAL – P = Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS – P = Historial de tentativas de suicídio do próprio; DIAGN – F = Diagnóstico clínico dos familiares; TS – F = Historial de tentativas de suicídio dos familiares.

5.3. Análise da relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida

Com a finalidade de compreender o efeito dos acontecimentos de vida negativos (AVN) na ideação suicida (IS), foi analisado se a relação é apenas direta ou se pode ser mediada pela presença de fatores de risco e de proteção, nomeadamente Ansiedade, Depressão, Stresse, Satisfação com o Suporte Social e Razões para Viver apresentadas pelos jovens-adultos.

Assim, os acontecimentos de vida negativos foram considerados como variável independente, a ideação suicida como variável dependente e estudou-se o papel mediador das variáveis definidas anteriormente (Figura 3).

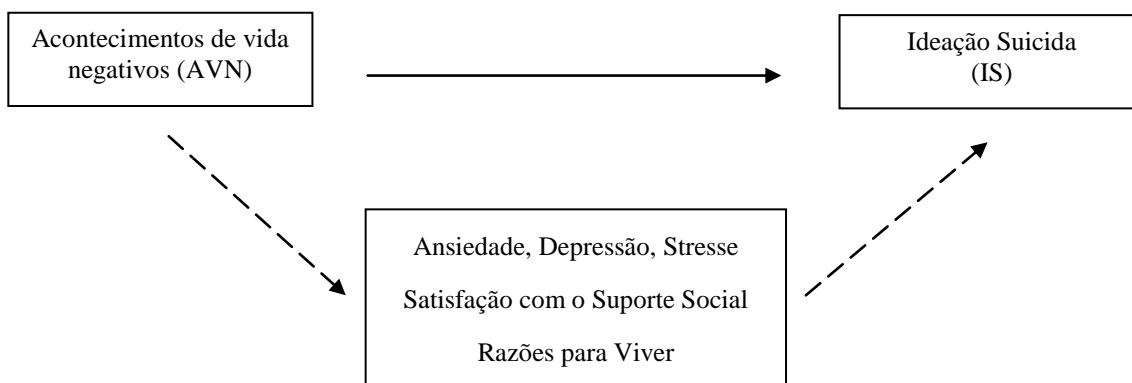


Figura 3. Esquema genérico do modelo de mediação em estudo: relação entre os AVN e a Ideação suicida, mediada pelos fatores de risco e de proteção.

Para tal, foram considerados os procedimentos definidos por Baron e Kenny (1986):

(1) Verificar a existência de correlação entre a variável independente (AVN) e a variável dependente (IS);

(2) Verificar se a variável independente (AVN) está correlacionada significativamente com cada uma das variáveis mediadoras;

(3) Verificar se as variáveis mediadoras afetam a relação existente entre a variável independente (AVN) e dependente (IS), utilizando a variável independente e a mediadora como preditores da ideação suicida;

(4) Analisar se o efeito indireto da mediação é significativo;

(5) Verificar se a mediação é total (a relação entre a variável independente e dependente deixa de ser significativa, na presença de uma terceira variável) ou parcial (a intensidade da relação entre a variável independente e dependente é atenuada, na presença de uma terceira variável mediadora).

Para a realização dos presentes testes de mediação considerou-se a amostra global.

Primeiramente analisou-se a correlação entre a variável independente e a variável dependente, isto é, se existe uma correlação significativa entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida. Através do resultado obtido apurou-se que as variáveis estão significativamente correlacionadas ($r = .24$; $p = .020$).

Para que a variável independente afete a variável dependente, através das variáveis mediadoras, é necessário que exista uma correlação significativa entre a última e a variável independente. Neste sentido, no segundo passo, foi analisada a correlação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e as potenciais variáveis mediadoras, mais especificamente: Ansiedade, Depressão, Stresse, Satisfação com o Suporte Social e Razões para Viver.

De acordo com os resultados obtidos apurou-se que a Depressão ($r = .27$; $p = .008$), o Stresse ($r = .32$; $p = .001$), a Satisfação com o Suporte Social ($r = -.44$; $p = .000$) e as Razões para Viver ($r = -.23$; $p = .026$) se encontram significativamente correlacionadas com os Acontecimentos de Vida Negativos. Porém, não existe uma correlação significativa entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ansiedade ($r = .18$; $p = .082$).

No que concerne ao terceiro passo, os Acontecimentos de Vida Negativos e as variáveis mediadoras foram consideradas variáveis independentes, com o intuito de compreender o efeito das mesmas na relação com a variável dependente.

Segundo os resultados obtidos, as variáveis mediadoras referidas afetam significativamente a relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida, mais especificamente: Depressão ($\beta = .71$; $p = .000$), Stresse ($\beta = .40$; $p = .000$), Satisfação com o Suporte Social ($\beta = -.44$; $p = .000$) e Razões para Viver ($\beta = -.28$; $p = .005$).

Seguidamente recorreu-se ao Teste de Sobel, com o objetivo de averiguar a significância do efeito mediador, isto é, se a relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos, as variáveis mediadoras e a Ideação Suicida é significativa.

Os resultados obtidos indicam que o efeito indireto apenas é significativo quando a relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida é mediada pelo Stresse (*Sobel* = 2.57; *p* = .01) e pela Satisfação com o Suporte Social (*Sobel* = -3.21; *p* = .001).

Relativamente à Depressão e às Razões para Viver, embora os critérios anteriores tenham sido cumpridos, o efeito indireto não é significativo – Depressão (*Sobel* = .27; *p* = .79) e Razões para Viver (*Sobel* = 1.77; *p* = .08). Logo, a Depressão e as Razões para Viver não são variáveis mediadoras.

No último passo analisou-se se o efeito mediador do Stresse e da Satisfação com o Suporte Social é total ou parcial.

Ainda que exista uma correlação significativa entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida, esta relação desaparece na presença do Stresse ($\beta = .11$, *p* = .217), tratando-se, deste modo de uma Mediação Total (Figura 4).

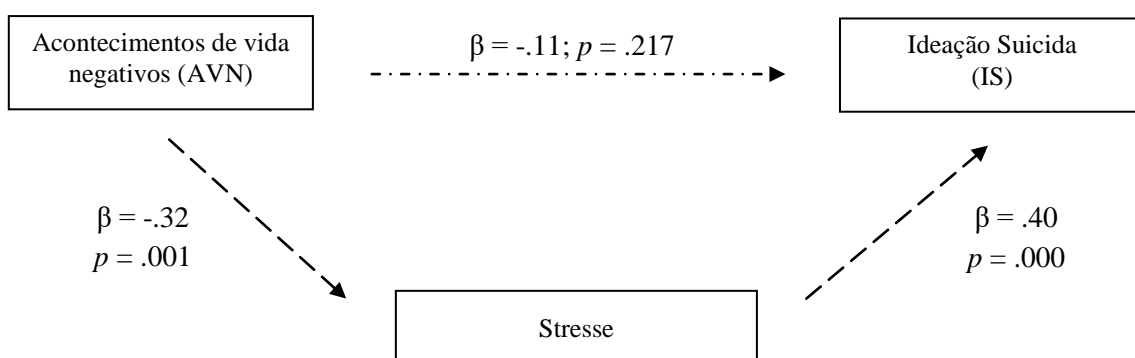


Figura 4. Modelo de Mediação relativamente ao efeito do Stresse na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida

A relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida é também totalmente mediada pela Satisfação com o Suporte Social, uma vez que o efeito direto deixa de ser significativo na presença da variável mediadora ($\beta = .04, p = .686$).

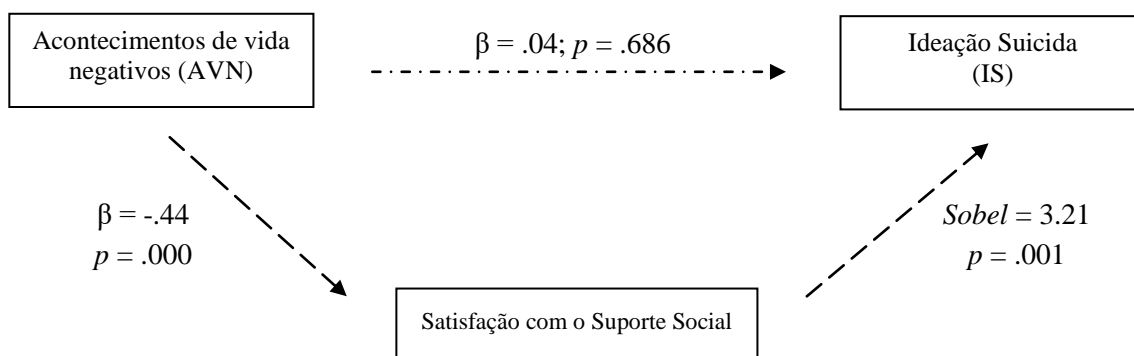


Figura 5. Modelo de Mediação relativamente ao efeito da Satisfação com o Suporte Social na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida

Os dados referentes aos presentes modelos de mediação encontram-se representados na Tabela 8.

Tabela 8

Efeito dos Acontecimentos de Vida Negativos na Ideação Suicida dos Jovens-adultos: Análise do Estatuto Mediador da Depressão, do Stresse, da Satisfação com o Suporte Social e das Razões para Viver como Fatores de Risco e de Proteção (N = 99)

Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto ^a	Observações
AVN → IS (Stresse)	.24*	.22	2.57*	Mediação Total
AVN → IS (ESSS)	.24*	.04	3.21*	Mediação Total

Nota. ^a A significância do efeito indireto foi obtida através do teste de Sobel. IS = Ideação Suicida; AVN = Acontecimentos de vida negativos; IS = Ideação Suicida; ESSS = Satisfação com o Suporte Social; RFL = Razões para Viver.

* $p < .05$

Assim, através da análise dos modelos de mediação verificou-se que o Stresse e a Satisfação com o Suporte Social têm um efeito mediador significativo na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida. Porém, ainda que o mesmo não se observe relativamente à Depressão e às Razões para Viver, as presentes variáveis

estão significativamente correlacionadas com a relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida.

6. Discussão

O presente estudo teve como objetivo a caracterização da ideação suicida em jovens-adultos, de modo a identificar o risco dos mesmos de cometer suicídio. Consoante os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens, a amostra global foi dividida em dois grupos – Grupo de Alto Risco e Grupo de Baixo Risco de suicídio. Deste modo, o Grupo de Alto Risco apresentou resultados mais elevados, relativamente aos níveis de ideação suicida apresentada pelos jovens.

É importante salientar que ideação suicida foi a variável considerada para a definição dos grupos, uma vez que representa o marco inicial para o desenvolvimento do comportamento suicida. Para além disso, a intensificação dos pensamentos sobre o suicídio pode levar a que o jovem comece a desenvolver planos para a concretização do mesmo. Deste modo, a ideação suicida é um dos mais importantes fatores de risco para a morte devido a lesões autoprovocadas intencionalmente, sendo que quanto mais elevados forem os níveis de ideação suicida apresentados, maior será a probabilidade do jovem de cometer suicídio (Miller & Eckert, 2009).

Para além da ideação suicida, pretendia-se também explorar outros fatores de risco e de proteção presentes nos jovens com alto e baixo risco de cometer suicídio, nomeadamente: a ansiedade, a depressão, o stresse, a satisfação com o suporte social, as razões para viver referidas pelos jovens e a presença de acontecimentos de vida negativos.

A depressão é considerada um dos fatores de risco mais frequentes em jovens-adultos com elevado risco de cometer suicídio (DGS, 2013). De acordo com o presente estudo, os jovens sinalizados com maiores níveis de ideação suicida obtiveram resultados mais elevados relativamente à presença de um quadro depressivo,

comparativamente com os jovens pertencentes ao Grupo de Baixo Risco. Estes valores são congruentes com os dados evidenciados pela Direção-Geral d Saúde (2013), que indicam que cerca de 20% dos indivíduos diagnosticados com uma perturbação depressiva faleceram devido a lesões autoprovocadas intencionalmente. De acordo com a presente publicação, o suicídio devido a quadros depressivos é uma das três primeiras causas de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, a nível mundial (DGS, 2013). Na sua investigação, Lee e colegas (2015) verificaram ainda que 87% dos jovens admitidos nas urgências devido a tentativas de suicídio apresentavam sintomatologia psiquiátrica e que 66% desses jovens tinham sido diagnosticados com uma perturbação depressiva.

Adicionalmente, os níveis de ansiedade e de stresse apresentados pelos jovens podem também ser considerados como fatores de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida, tendo os jovens do Grupo de Alto Risco revelado resultados mais elevados.

Algumas das investigações efetuadas com o intuito de analisar o efeito da ansiedade no desenvolvimento do comportamento suicida indicam que, quanto mais elevados forem os níveis de ansiedade apresentados pelos jovens, maior será a vulnerabilidade dos mesmos para cometer suicídio (Beaudoin et al., 2018). Ainda assim, os autores constataram que, embora a ansiedade seja um fator de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida, não desempenha um papel determinante para a predição do mesmo.

Contudo, não existe unanimidade na literatura relativamente à associação entre a ansiedade e os níveis de ideação suicida e, conseqüentemente, o risco de cometer suicídio. Contrariamente ao referido pelos autores anteriores, Lee e Bae (2015) postulam que a ansiedade é desencadeada pela presença acentuada de pensamentos

sobre o suicídio. Goldston e colegas (2001) referem ainda que jovens com tentativas prévias de suicídio apresentam valores mais elevados de ansiedade. Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de um maior número de investigações que explorem a relação de causalidade entre a ansiedade e a ideação suicida.

Relativamente aos níveis de stresse apresentados pelos jovens, embora o mesmo possa ser considerado como um fator de risco para o suicídio, o seu impacto não é significativo, comparativamente com outras variáveis como, por exemplo, a depressão (Lee & Bae, 2015). No entanto, para a amostra analisada no presente estudo, o stresse representa um fator de risco com forte impacto para os níveis de ideação suicida apresentado pelos jovens. Este resultado pode dever-se ao facto de o stresse influenciar de uma forma mais significativa os níveis de ideação suicida em jovens-adultos da população não-clínica (Meneese, & Yutrzenka, 1990).

Assim, tendo em conta os resultados obtidos, os níveis de ideação suicida, de ansiedade e de stresse, bem como a presença de sintomatologia depressiva podem ser considerados fatores de risco importantes para o desenvolvimento do comportamento suicida.

Contudo, é também crucial analisar as variáveis protetoras, uma vez que estas podem atenuar os efeitos dos fatores de risco, diminuindo os níveis de ideação suicida e, conseqüentemente, a probabilidade dos jovens de cometerem tentativas de suicídio ou de consumarem o ato (Santos, Ulisses, Costa, Farias, & Moura, 2016).

Deste modo, foi explorado o efeito que a satisfação dos jovens com o suporte social e as razões para viver referidas pelos mesmos têm nos níveis de ideação suicida.

Através da análise comparativa efetuada, relativamente à satisfação dos jovens com o suporte social e familiar, apurou-se que existe uma associação significativa e negativa entre a variável referida e os níveis de ideação suicida apresentados pelos

jovens, tendo o Grupo de Baixo Risco obtido resultados mais elevados. Estes resultados sugerem que, quanto mais satisfatória for a rede de suporte social e o apoio familiar percebido pelos jovens, menor será o risco de cometerem suicídio. Assim, considera-se fundamental o desenvolvimento de uma rede de suporte social satisfatória para a prevenção do suicídio, uma vez que esta permite a diminuição do isolamento social, bem como a aquisição de competências relativas à resolução de situações problemáticas, auxiliando os jovens na tomada de decisão e no planeamento de estratégias de confronto adequadas. Adicionalmente, as redes de suporte social são de extrema importância em momentos de instabilidade psíquica e emocional (Beaudoin et al., 2018).

As razões para viver enumeradas pelos jovens foram consideradas, pela literatura, como um dos fatores protetores mais importantes face à ideação suicida (Cassaretto & Martínez, 2012). No mesmo sentido, Bagge, Lamis, Nadorff e Osman (2014) verificaram que existe uma associação significativa e negativa entre as razões para viver, os níveis de ideação suicida e a realização de tentativas de suicídio ou o suicídio.

Na amostra analisada, os resultados estão de acordo com esta afirmação, visto que os jovens com menor quantidade de pensamentos sobre o suicídio relataram maior número de razões para viver. Por outro lado, os jovens que constituem o Grupo de Alto Risco obtiveram resultados inferiores, estando, desta forma, mais vulneráveis para o desenvolvimento do comportamento suicida.

Mais recentemente, Beaudoin e colegas (2018) constataram que os níveis de ideação suicida eram também influenciados pelo compromisso religioso apresentado pelos jovens. De acordo com os autores, seria esperado que os jovens com maior envolvimento religioso tivessem menor vulnerabilidade para aderir a comportamentos suicidas. Contudo, os resultados obtidos na análise da subescala referente ao Suporte

relacionado com a fé, do Inventário de Razões para Viver para Jovens-adultos, sugerem que não existem diferenças significativas entre os dois grupos de risco. Ainda assim, é importante realçar que os resultados podem dever-se ao baixo compromisso religioso evidenciado pela amostra global, sendo os valores obtidos muito baixos, comparativamente com o intervalo de resultados possível.

Seguidamente, foi efetuada uma análise comparativa relativa ao historial psicopatológico e de comportamento suicida, do próprio e dos familiares, a fim de compreender a forma como estas variáveis influenciam os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens.

De acordo com os resultados obtidos verificou-se que a percentagem de jovens com problemas de saúde mental é maior no Grupo de Alto Risco, comparativamente com o Grupo de Baixo Risco. Deste modo, pode-se assumir que a presença de um quadro psicopatológico é um fator de risco, acentuando a probabilidade de o jovem desenvolver um comportamento suicida.

Segundo os dados publicados pela Direção-Geral da Saúde, em 2013, cerca de 90% dos jovens que se suicidaram tinham sido diagnosticados com uma perturbação mental. Na sua investigação, Suokas e colegas (2011) obtiveram resultados congruentes com estes dados, tendo constatado que existe uma associação significativa entre os quadros psicopatológicos apresentados pelos jovens e a prevalência do suicídio, sendo que, grande parte dos jovens identificados com historial prévio de tentativas de suicídio, tinham também sido diagnosticados com um problema de saúde mental.

Para além do quadro psicopatológico apresentado pelos jovens, é também necessário ter em consideração o historial psicológico dos familiares, visto que o mesmo pode influenciar o risco dos jovens de cometer atos suicidas (DGS, 2013).

Ainda que a literatura tenha comprovado que existe uma associação entre a prevalência de psicopatologia familiar e o desenvolvimento do comportamento suicida nos jovens (Yang & Clum, 1996), no presente estudo não se obtiveram resultados significativos no que diz respeito a estas variáveis.

Adicionalmente, a Direção-Geral da Saúde (2013) referiu que os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio prévias são os fatores de risco mais relevantes, no que diz respeito à predição do risco dos jovens de cometerem suicídio.

Tal como foi referido anteriormente, estudos realizados sobre o comportamento suicida nos jovens-adultos têm comprovado a existência de uma correlação significativa entre os níveis de ideação suicida e o risco dos jovens de se suicidarem (Santos et al., 2016).

Através dos resultados obtidos no presente estudo comparativo, os jovens identificados com alto risco de cometer suicídio, isto é, com níveis mais elevados de ideação suicida, obtiveram também uma maior percentagem relativamente à presença de um historial prévio de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio. Deste modo, estes jovens encontram-se em maior risco de consumarem o ato.

Estes resultados vão ao encontro das conclusões de Castellví e colegas (2017), uma vez que os autores apuraram que os jovens-adultos com tentativas prévias de suicídio apresentavam valores mais elevados de ideação suicida, comparativamente com jovens que nunca tinham tentado colocar fim à sua vida.

Em relação ao género dos participantes, sabe-se que os jovens do género masculino têm um risco três vezes superior de cometer suicídio, quando comparado com o risco das jovens do género feminino (DGS, 2013), ainda que as jovens relatem

maior quantidade de pensamentos sobre o suicídio e efetuam um maior número de tentativas (Lee, & Bae, 2015).

Segundo os autores, as diferenças entre os gêneros, relativamente ao comportamento suicida, devem-se aos motivos associados ao desenvolvimento do mesmo. Ainda que a maioria das jovens do género feminino recorram a atos suicidas com o objetivo de obter afeto, as tentativas de suicídio efetuadas pelos jovens do género masculino estão associadas a condutas agressivas e autodestrutivas. Assim, embora as raparigas revelem uma maior percentagem de tentativas de suicídio, a maior parte das vítimas de suicídio são do género masculino (Lee, & Bae, 2015).

No entanto, através da análise dos resultados do presente estudo, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens, em função do género, tanto na amostra global como nos dois grupos de risco. O mesmo aconteceu no estudo relativo à realização de comportamentos autolesivos e de tentativas de suicídio, não se tendo encontrado diferenças significativas em nenhuma das análises.

Para além da comparação entre os dois grupos de risco, o presente estudo tinha como objetivo analisar o efeito mediador das variáveis de risco (Ansiedade, Depressão e Stresse) e de proteção (Satisfação com o Suporte Social e Razões para Viver) na relação entre os acontecimentos de vida negativos e os níveis de ideação suicida.

Através dos resultados obtidos constatou-se que existe uma associação significativa entre os acontecimentos de vida negativos e os níveis de ideação suicida. Isto é, a ocorrência de acontecimentos de vida negativos, isoladamente, aumenta a vulnerabilidade do jovem de desenvolver um comportamento suicida.

Estes resultados vêm confirmar os dados obtidos anteriormente por diversos autores. Segundo os estudos efetuados, a presença de acontecimentos de vida negativos

pode potencializar o desenvolvimento do comportamento suicida dos jovens-adultos, acentuando os níveis de ideação suicida e aumentando a probabilidade do mesmo de realizar uma tentativa de suicídio (Bakhiyi et al., 2017; Liu & Miller, 2014).

Na investigação desenvolvida, Serafim e colegas (2015) constaram também que os acontecimentos de vida negativos são um preditor significativo para os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens-adultos, podendo levar ao desenvolvimento de planos para a concretização do suicídio. Os presentes autores verificaram que os níveis de ideação suicida e, conseqüentemente, o risco de suicídio são mais elevados quanto maior for a frequência destas experiências adversas.

Recentemente, Kwon e colegas (2018) obtiveram resultados semelhantes na sua investigação, onde evidenciaram a existência de uma associação positiva e significativa entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

Quando analisado o papel mediador das variáveis de risco e de proteção na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida apurou-se que a ansiedade não apresenta um efeito significativo. Embora seja um fator importante para o risco dos jovens-adultos de cometerem suicídio, contribuindo para o aumento dos níveis de ideação suicida, não é significativamente influenciada pelos acontecimentos de vida negativos.

Os resultados obtidos permitem ainda constatar que a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida não é mediada, de forma significativa, pela depressão e pelas razões para viver. Não obstante, as presentes variáveis encontram-se significativamente relacionadas com os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

Relativamente à depressão, os resultados indicam que a presença de um quadro depressivo, juntamente com a exposição a acontecimentos de vida negativos, acentuam

os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens, existindo uma maior probabilidade dos mesmos para cometerem suicídio.

Os estudos publicados sobre o tema revelaram que a sintomatologia depressiva apresentada pelos jovens influencia a forma como estes percebem os acontecimentos de vida negativos, acentuando o seu impacto negativo e agravando o sofrimento psicológico causado pelos mesmos. Assim, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento do comportamento suicida (Sobrinho & Santos, 2016).

Este resultado permite comprovar o Modelo Etiológico do Comportamento Suicida, desenvolvido por Yang e Clum, em 1996, uma vez que os autores postularam que existe uma ligação entre os acontecimentos de vida negativos, os fatores cognitivos e o comportamento suicida.

Segundo o presente modelo, os acontecimentos de vida negativos podem conduzir ao desenvolvimento do comportamento suicida direta ou indiretamente.

De uma forma mais direta, a exposição do jovem a acontecimentos de vida negativos pode contribuir para o aumento dos níveis de ideação suicida, acentuando a vulnerabilidade do jovem para desenvolver condutas suicidas. Por outro lado, a vivência de experiências traumáticas pode afetar a forma como o jovem percebe os acontecimentos que, por sua vez, aumentam o risco do jovem de se suicidar.

O presente resultado pode ainda ser analisado através da Teoria da Depressão e do Suicídio de Rush e Beck (1978), pois os autores defendem que a exposição do jovem a experiências prévias negativas influencia a maneira como o indivíduo percebe, interpreta e responde a uma determinada situação. No caso de um indivíduo com um quadro depressivo, a visão negativa dos diferentes aspetos da sua vida, bem como os esquemas cognitivos ativados e as distorções cognitivas, aumentam a predisposição do

jovem para recorrer a atos suicidas, como forma de lidar com o desconforto causado pela sintomatologia apresentada.

As razões para viver relatadas pelos jovens afetam também, de forma significativa, a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida. Porém, enquanto a depressão acentua os níveis de ideação suicida apresentados pelos jovens, quando da presença de acontecimentos de vida negativos, as razões para viver referidas pelos mesmos atenuam estes pensamentos, diminuindo o risco de suicídio dos jovens.

Os resultados obtidos na presente investigação estão de acordo com os dados evidenciados por investigações anteriores, onde os autores defendem que as razões para viver referidas pelos jovens-adultos são consideradas como um dos fatores protetores mais importantes, diminuindo o risco dos mesmos de falecerem devido a lesões autoprovocadas intencionalmente (Cassaretto & Martínez, 2012).

Em relação às restantes variáveis analisadas, nomeadamente o stresse e a satisfação com o suporte social, verificou-se que estas têm um efeito mediador significativo na relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida.

A experiência prévia do jovem a acontecimentos de vida negativos vai aumentar os níveis de stresse apresentados pelo mesmo que, por sua vez, aumentam os níveis de ideação suicida. Segundo estudos realizados sobre a relação entre os acontecimentos de vida negativos e o stresse, este resultado pode dever-se à diminuição da satisfação do jovem com a vida e ao aumento do stresse psicológico, derivado da exposição do mesmo a acontecimentos de vida negativos (Marum, Clench-Aas, Nes, & Raanaas, 2014).

Por fim, em relação à satisfação com o suporte social, os resultados obtidos permitem afirmar que a Satisfação com o Suporte Social afeta de forma significativa e

negativa e relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Ideação Suicida. Isto é, a satisfação do jovem com o suporte social e familiar vai diminuir o risco de suicídio do mesmo, atenuando o efeito dos acontecimentos de vida negativos nos níveis de ideação suicida apresentados.

Estudos anteriores obtiveram resultados semelhantes, tendo verificado que o impacto dos acontecimentos de vida negativos pode ser atenuado pela satisfação do jovem com o suporte social e familiar (Hays, Steffens, Flint, Bosworth, & George, 2001). Neste sentido, os acontecimentos de vida negativos e a satisfação com o suporte social são preditores determinantes para o desenvolvimento do comportamento suicida e, conseqüentemente, para o risco do mesmo de cometer suicídio (Park et al., 2015).

7. Conclusões

Através do presente estudo foi possível apurar que a ideação suicida é um dos fatores mais importantes para compreender o risco dos jovens-adultos de cometer suicídio, uma vez que a intensificação destes pensamentos pode desencadear atos suicidas.

Da mesma forma, considera-se que a presença de sintomatologia depressiva, a ansiedade e o stresse são fatores fundamentais para a identificação e prevenção do comportamento suicida, devido aos níveis elevados de ideação suicida associados. Por outro lado, a satisfação dos jovens com o suporte social e as razões para viver referidas pelos mesmos permitem atenuar o risco de suicídio.

Deste modo, deve ser estudada a interação entre os fatores de risco e de proteção, de modo a obter um melhor conhecimento sobre o processo suicidário e a evolução do mesmo.

Relativamente à relação entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, conclui-se que o efeito entre as variáveis é totalmente mediado pelo stresse e pela satisfação dos jovens com o suporte social. Neste sentido, em termos de intervenção psicológica, é necessário intervir em jovens que tenham sido expostos a acontecimentos de vida negativos, potenciando a diminuição dos níveis de stresse e o aumento da satisfação com o suporte social, uma vez que afetam na totalidade a relação entre as presentes experiências adversas e os níveis de ideação suicida apresentados.

Embora o presente estudo tenha permitido analisar diferentes fatores associados ao comportamento suicida, podem ser identificadas algumas limitações.

Uma das primeiras limitações encontradas consiste na utilização dos níveis de ideação suicida como indicador do risco dos jovens-adultos de cometer suicídio. Embora a ideação suicida seja considerada o marco primário do comportamento suicida,

podendo desencadear comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, devido à complexidade de fatores associados ao processo suicidário, existe sempre alguma imprevisibilidade associada à predição do risco de suicídio.

Outra limitação prende-se com a extensão do protocolo de recolha de dados e com o facto de os mesmos terem sido recolhidos através de uma plataforma digital. Não obstante, o presente método de recolha facilitou a acessibilidade dos participantes à recolha, bem como a partilha da investigação através de contactos formais e informais.

Contudo, é também importante referir que a presente investigação permitiu a análise de diferentes fatores de risco e de proteção, e a forma como os mesmos podem influenciar o comportamento suicida desenvolvido pelos jovens-adultos.

Devido à complexidade associada ao comportamento suicida é importante que, no futuro, sejam efetuadas investigações que explorem não só o papel dos diferentes fatores isoladamente, como também a interação entre os mesmos. Como se trata de um processo que envolve variáveis interpessoais e ambientais (Liu & Miller, 2014), considera-se relevante analisar tanto os aspetos relacionados com o jovem, como o contexto familiar e social em que estão inseridos.

Os acontecimentos de vida negativos têm recebido cada vez mais atenção, uma vez que têm um papel determinante para a evolução dos níveis de ideação suicida (Liu & Miller, 2014). Deste modo, considera-se fundamental continuar a estudar a forma como estas experiências podem influenciar o risco de suicídio dos jovens. Considera-se ainda de extrema importância que os jovens vítimas de acontecimentos de vida negativos, e que revelem sintomatologia depressiva, beneficiem de apoio e de acompanhamento psicológico o mais precocemente possível, de modo a evitar que a mesma desencadeie elevados níveis de ideação suicida, aumentando o risco do jovem de cometer suicídio.

Em suma, considera-se de extrema importância continuar a estudar os diferentes fatores associados ao comportamento suicida, de modo a possibilitar a prevenção do suicídio e a sinalização de casos de risco, com a finalidade de diminuir a prevalência do suicídio em Portugal e no mundo. Adicionalmente, é de extrema importância proporcionar acompanhamento psicológico especializado a jovens que tenham sido identificados com elevado nível de ideação suicida, de modo a reduzir a sintomatologia apresentada e a promover os fatores protetores, com vista à redução do risco do jovem para cometer suicídio.

8. Referências Bibliográficas

- Baiden, P., Stewart, S. L., & Fallon, B. (2017). The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and impatient mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 1–14.
- Bakhiyi, C. L., Jaussent, I., Beziat, S., Cohen, R., Genty, C., Kahn, J. P., ... Courtet, P. (2017). Positive and negative life events and reasons for living modulate suicidal ideation in a sample of patients with history of suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research*, 88(2017), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.022>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective factors in the inuit population of nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(144), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph115010144>
- Borowsky, I.W., Resnick, M.D., Ireland, M., Blum, R.W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*, 153(6), 573–580.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2013). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 823–832. <https://doi.org/10.1111/jan.12243>
- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*, 30(1), 170–188.
- Choi, J., D, P., Yu, M., D, P., Kim, K., & D, P. (2015). Suicidal ideation in adolescents : A structural equation modeling approach. *Nursing and Health Sciences*, 17, 119–125. <https://doi.org/10.1111/nhs.12142>
- DGS (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>

- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., & Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *Journal of Pediatrics*, *151*, 482-487
- Ferreira, J. A. & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). Em Simões, M. R., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S., *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (123-130). Braga: APPORT/SHO
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young people. *Psychological Medicine*, *33*, 61-73.
- Frazão, P., Santos, J., & Sampaio, D. (2014). Família e Suicídio. Em Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D., *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (135-143). Lisboa: Edições Lidel.
- Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00056>
- Hays, J. C., Steffens, D. C., Flint, E. P., Bosworth, H. B., & George, L. K. (2001). Does Social Support Buffer Functional Decline in Elderly Patients With Unipolar Depression? *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1850–1855. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1850>
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective. Em R. E. Ingram, *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). San Diego: CA Academic Press
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2018). *Causas de morte 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 909-916
- Kwon, H., Lee, J.-S., Kim, A. R., Hong, H. J., & Kweon, Y.-S. (2018). Risk Factors for Suicidal Ideation and Attempts in Adolescents. *Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*(3), 114–121. Retrieved from <https://ezproxy.usim.edu.my:2229/docview/1904563799/ACE4B5B9B2D8450BPQ/3?accountid=33993>
- 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>

- Liu, R. T., Frazier, E. A., Cataldo, A. M., Simon, V. A., Spirito, A., & Prinstein, M. J. (2014). Negative Life Events and Non-Suicidal Self-Injury in an Adolescent Inpatient Sample. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 251–258. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824835>
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>
- Machell, K. A., Rallis, B. A., & Esposito-Smythers, C. (2016). Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.002>
- Madeira, A. R. (2017). *Razões para Viver como Fator Protetor da Ideação Suicida em Jovens-adultos*. (Tese de Mestrado), Universidade do Algarve, Faro
- Marum, G., Clench-Aas, J., Nes, R. B., & Raanaas, R. K. (2014). The relationship between negative life events, psychological distress and life satisfaction: A population-based study. *Quality of Life Research*, 23(2), 601–611. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0512-8>
- Mazza, J. J., & Reynolds, W. M. (2008). School-wide approaches to prevention of and treatment for depression and suicidal behaviors. Em B. Doll & J. A. Cummings, *Transforming School mental health services* (213-241). Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth Suicidal Behavior : An Introduction and Overview. *School Psychology Review*, 38(2), 153–167.
- Miller, E., McCullough, C., & Johnson, J. G. (2012). The association of family riskfactors with suicidality among adolescents primary care patients. *Journal of Family Violence*, 27, 523-529
- O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., et al. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2006). *Prevenção do suicídio: Um Recurso para Conselheiros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde

- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2018). *Causas de morte 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Avaliação Psicológica*, 3(17), 547-558
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovinbond e Lovinbond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239
- Pirani, S., Acosta, M., De Hoyos, J., Gonzalez, K., & Osman, A. (2016). *Structure and Validity of the Reasons for Living Inventory for Young Adults-II (RFL-YA-II): a measure for assessing reasons for living*. The University of Texas at San Antonio
- Park, S., Hatim Sulaiman, A., Srisurapanont, M., Chang, S. man, Liu, C. Y., Bautista, D., ... Wang, G. (2015). The association of suicide risk with negative life events and social support according to gender in Asian patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 228(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.032>
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric Characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in College Students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289–307. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602>
- Rudd, M. D. (2004). Cognitive therapy for suicidality: an integrative comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 59-72
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1979-24065-001&site=ehost-live&scope=site>
- Santos, W. S., Ulisses, S. M., Costa, T. M., Farias, M. G., & Moura, D. P. F. (2016). A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 515–526.
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., ... Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y>
- Silva, S., & Maia, A. (2006). Versão portuguesa do *Family ACE Questionnaire*: Questionário de História da Adversidade na Infância. Actas da XIII Conferência

Internacional da Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. 2008, Braga: Psiquilíbrios Edições

- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47–60. <https://doi.org/10.14417/ap.1061>
- Tomori, M., Kienhorst, C. W. M., Wilde, E. J., & Van Den Bout, J. (2001). Suicidal behaviour and family factors among Dutch and Slovenian high School students: a comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 198-203. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00215.x>
- Waldvogel, J. L., Rueter, M., & Oberg, C. N. (2008). Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38, 110–125. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2008.01.003>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior : Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- WHO (World Health Organization) (2018). *Suicide*. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yang, B., & Clum, G. (1996). Effects of early negative life events on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177–195. Retrieved from <http://publicaciones.umh.es/docview/618748737?accountid=28939>

9. 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

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____

2. Género:

Feminino

Masculino

3. Nacionalidade: _____

4. Distrito:

Residência: _____

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(a) por algum(a) psicólogo(a) 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 (ex.: 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 **Sim** a uma das alíneas anteriores, por favor indique:

a) Há quanto tempo (meses) 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? _____

14. Conhece familiares próximos ou amigos que tentaram suicídio?

Familiares:

a) Sim Grau de parentesco _____

b) Não

Amigos:

a) Sim

b) Não

Anexo D. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)

EADS

(*Depression Anxiety Stress Scale, DASS*; Lovibond & Lovibond, 1995; Adaptado ao português por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo E. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

De seguida, vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assimilar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

		Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1.	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2.	Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria.	A	B	C	D	E
3.	Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que eu gostaria.	A	B	C	D	E
4.	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5.	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6.	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7.	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8.	Gostava de participar mais em atividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9.	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11.	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12.	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14.	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15.	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

Anexo F. Inventário de Razões para Viver para Jovens-Adultos (RFL-YA-II)

Inventário de Razões para Viver para Jovens-Adultos

(Osman, A., Gutierrez, P. M., Bagge, C. L., & Freedenthal, S., 2015; em adaptação para a população portuguesa jovens-adultos por Rainha & Brás).

Instruções: As seguintes afirmações descrevem razões que as pessoas às vezes dão, para **não** se envolverem em comportamentos violentos autodirigidos. Em particular, gostaríamos de saber o quão importante é para si cada uma destas razões para **não** se suicidar. Utilizando a escala abaixo, por favor, classifique cada item entre: 1 (*nada importante*) a 6 (*extremamente importante*).

1	2	3	4	5	6
Nada importante	Muito pouco importante	Pouco importante	Algo importante	Muito importante	Extremamente importante

1	A minha família dá-me o amor de que preciso.	1	2	3	4	5	6
2	Acredito que os meus amigos me apoiam adequadamente.	1	2	3	4	5	6
3	Posso contar com a minha fé para obter orientação se alguma vez pensar em tentar cometer suicídio.	1	2	3	4	5	6
4	Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6
5	Os meus amigos fazem sentir-me valioso(a) como pessoa.	1	2	3	4	5	6
6	Sou feliz por ser a pessoa que sou.	1	2	3	4	5	6
7	Acredito que posso encontrar uma solução para os meus problemas devido à minha fé.	1	2	3	4	5	6
8	Tenho uma relação próxima com a minha família.	1	2	3	4	5	6
9	Gosto de estar com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10	Tenho um grande respeito por mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	6
11	Preocupo-me muito comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6
12	Acredito que posso contar com os meus amigos quando tenho um problema.	1	2	3	4	5	6
13	Acredito que os meus amigos me tratam de forma justa.	1	2	3	4	5	6
14	Estou bastante feliz comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6
15	Quando tenho um problema, posso contar com a minha família para me apoiar e aconselhar.	1	2	3	4	5	6
16	Sinto-me positivo(a) comigo mesmo(a) na maior parte do tempo.	1	2	3	4	5	6
17	Tenho amigos próximos que estão dispostos a ajudar-me em momentos de necessidade.	1	2	3	4	5	6
18	Se algum dia sentir que não consigo lidar com uma situação, posso confiar na minha fé para me orientar.	1	2	3	4	5	6
19	A minha família é calorosa e atenciosa, mesmo quando cometo erros.	1	2	3	4	5	6
20	Penso em mim como uma pessoa emocionalmente forte ou estável.	1	2	3	4	5	6

21	Estou satisfeito(a) com os meus relacionamentos com os membros da minha família.	1	2	3	4	5	6
22	Se alguma vez estiver oprimido(a) por coisas que faço de errado, eu sei que posso confiar na minha fé para me fortalecer e perdoar.	1	2	3	4	5	6
23	Em momentos difíceis ou de sofrimento, tenho experimentado força interior (esperança, confiança) porque confio na minha fé.	1	2	3	4	5	6
24	Em momentos de incerteza, posso contar com os meus amigos.	1	2	3	4	5	6
25	Se me sentir isolado(a) ou solitário(a), posso encontrar apoio emocional na minha fé.	1	2	3	4	5	6
26	Estou satisfeito(a) com as relações que tenho com os meus amigos mais próximos.	1	2	3	4	5	6
27	A minha família é uma fonte significativa de apoio emocional para mim.	1	2	3	4	5	6
28	Se num evento de vida (e.g., doença) acontecer o pior, posso confiar na minha fé para ter força e esperança.	1	2	3	4	5	6

Anexo G. Questionário de História de Adversidade na Infância (QHA)

Questionário de História na Infância

(Felitti & Anda, 1998; versão portuguesa Silva & Maia, 2007)

As questões/afirmações que se seguem referem-se a **experiências da infância (até 16 anos)**. Responda a todas as questões com a maior sinceridade.

	Sim	Não
1. Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alguém em sua casa esteve na prisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os seus pais eram divorciados ou separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sim, essa(s) pessoa(s) era(m): Pai Mãe Irmãos Irmãs
Outros Quem? _____

Com que frequência é que viu entre os seus pais (ou pessoas equivalentes) alguma destas coisas:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar-lhe alguma coisa?					
o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez à sua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua mãe (ou madrasta) ou a namorada do seu pai fez ao seu pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?					
o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez à sua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua mãe (ou madrasta) ou a namorada do seu pai fez ao seu pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bater-lhe repetidamente durante alguns minutos?					
o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez à sua mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua mãe (ou madrasta) ou a namorada do seu pai fez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ao seu pai

10. Ameaçar com uma faca ou uma arma, ou usar uma faca ou uma arma para magoar?

o seu pai (ou padrasto) ou o namorado da sua mãe fez à sua mãe

a sua mãe (ou madrasta) ou a namorada do seu pai fez ao seu pai

Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Muitíssimas vezes

11. Não tinha o suficiente para comer.

12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.

13. As pessoas da sua família chamavam-lhe coisas como “feio” ou “preguiçoso”.

14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.

15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.

16. Havia quem lavasse a roupa suja.

17. Senti-me amada (o).

18. Pensei que os meus pais desejaram que eu nunca tivesse nascido.

19. As pessoas da minha família tomavam conta uns dos outros.

20. Senti que alguém da família me odiava.

21. As pessoas da família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.

22. As pessoas da família sentiam-se próximas umas das outras.

23. Acredito que fui emocionalmente abusado.

24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.

25. A família foi fonte de força e suporte.

26. Tive de usar roupas sujas

Alguém...

27. O insultou ou lhe disse palavrões?

28. Ameaçou bater-lhe ou atirar-lhe com alguma coisa mas não o fez?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29. Puxou-o, agarrou-o ou atirou-lhe alguma coisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Bateu-lhe com tanta força que deixou marcas ou feriu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Agiu de uma forma que o deixou com medo que o magoasse fisicamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Com que frequência lhe bateram? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Não forte | Pouco forte | Médio | Um pouco forte | Muito forte |
| 33. Com que severidade /força lhe bateram? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33.a. Se alguma vez o foi, que idade tinha a última vez que se lembra de ter sido espancado/batido violentamente? _____

34. Algumas pessoas, durante os **primeiros 18 anos de vida**, tiveram experiências sexuais com um **adulto pelo menos 5 anos mais velho**. Estas experiências podem envolver pessoas da família ou estranhos. Durante esse período, **algum adulto familiar, amigo da família ou estranho, pelo menos 5 anos mais velho**:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sim | Não |
| 35. Tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____ | | |
| E da última? _____ | | |
| Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo/vontade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____ | | |
| Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | | |
| | Sim | Não |
| 36. Tocou o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____ | | |
| E da última? _____ | | |
| Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo/vontade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| Quantas vezes aconteceu? _____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? _____ | | |
| Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | | |
| | Sim | Não |
| 37. Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? _____ | | |
| E da última? _____ | | |

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo/vontade? Sim Não
Quantas vezes aconteceu? ____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? ____
Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino Feminino

Sim Não

38. **Tiveram** algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?

Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? ____

E da última? ____

Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo/vontade? Sim Não

Quantas vezes aconteceu? ____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? ____

Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino Feminino

Se respondeu “Não” às quatro últimas questões o questionário termina aqui.

Se respondeu “Sim” a uma ou mais questões, por favor, refira se estas experiências envolveram:

Sim

39. Um parente que vivia na sua casa?

40. Uma pessoa que vivia na sua casa mas não era seu parente?

41. Um parente que não vivia na sua casa?

42. Um amigo da família ou uma pessoa que conhecia mas que não vivia na sua casa?

43. Um estranho?

44. Alguém que supostamente deveria cuidar de si?

45. Alguém em quem confiava?

46. Engano, persuasão verbal ou pressão para obter a sua participação?

47. Consumir álcool ou drogas?

48. Ameaçar feri-lo se não participasse?

49. Ser fisicamente forçado a participar?

50. Alguma vez falou a um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde acerca destas experiências sexuais?

51. Algum terapeuta alguma vez referiu que você tenha sido abusado sexualmente enquanto criança?

Outras experiências? Se sim,

Qual/quais? _____

Muito Obrigado

Anexo H. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QUESTIONÁRIO DE IDEIAÇÃO SUICIDA – QIS

(Reynolds, 1988; adaptação Ferreira e Castela, 1999)

Na lista em baixo há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve **no mês passado**. Utilize a seguinte escala e faça um círculo no número que melhor descreve o seu pensamento. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas.

0 = Nunca tive este pensamento

4 = Cerca de uma vez por semana

1 = Pensei nisto mas não no último mês

5 = Duas vezes por semana

2 = Cerca de uma vez por mês

6 = Quase todos os dias

3 = Duas vezes por mês

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Pensei suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
3. Pensei na maneira como me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
4. Pensei quando me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pensei em pessoas a morrerem.	0	1	2	3	4	5	6
6. Pensei na morte.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensei em escrever um testamento.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se eu me suicidasse.	0	1	2	3	4	5	6
12. Desejei estar morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
16. Desejei ter coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
17. Desejei nunca ter nascido.	0	1	2	3	4	5	6
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0	1	2	3	4	5	6
20. Pensei em matar-me mas não o faria.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pensei em ter um acidente grave.	0	1	2	3	4	5	6

22. Pensei que a vida não valia a pena.	0	1	2	3	4	5	6
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0	1	2	3	4	5	6
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0	1	2	3	4	5	6
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0	1	2	3	4	5	6
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.	0	1	2	3	4	5	6
30. Desejei ter o direito de me matar.	0	1	2	3	4	5	6