



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

“Variáveis Predictoras da Ideação Suicida em Alcoólicos e Deprimidos”

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde

IDENTIFICAÇÃO: SILVANA ANDREIA PROENÇA DE FREITAS, N.º 33326

2011

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**“Variáveis Predictoras da Ideação Suicida em
Alcoólicos e Deprimidos”**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde

IDENTIFICAÇÃO: SILVANA ANDREIA PROENÇA DE FREITAS, N.º 33326

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA ANTÓNIA ROS

2011

AGRADECIMENTOS

“Obrigada” é a palavra mais adequada para agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a concretização e conclusão deste trabalho.

Primeiramente quero agradecer à minha família e ao meu namorado pelas palavras de encorajamento nos momentos difíceis, pela paciência nos meus momentos de maior impaciência e irritabilidade e por terem acreditado em mim.

Às minhas amigas, Catarina, Daniela e Diana, pelos bons momentos passados, por terem-me acompanhado e ajudado nesta viagem e pela amizade construída, o meu muito obrigado...vocês são inesquecíveis.

Ao meu grupo especial de amigos, Obrigada pelo apoio demonstrado, pelas palavras de incentivo e por entenderem a minha ausência nestes últimos meses.

Um agradecimento muito especial é dirigido a todos os professores que acompanharam-me ao longo deste percurso académico, todos eles contribuíram para a etapa presente. Especialmente ao Professor Doutor José Pestana Cruz e à Professora Doutora Antónia Ros pela orientação que tornou possível esta dissertação.

A todos os participantes que colaboraram para que este estudo pudesse-se concretizar, um Muito Obrigada.

À Dra. Manuela Silva por ter-me ajudado a recolher a amostra e pelas palavras de apoio.

Por fim, Muito Obrigada, à minha estrelinha... *“sei que iluminaste todos os meus dias...embora ausente, estiveste sempre presente”*.

... a todos o meu sincero Obrigado!

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um
pode começar agora e fazer um novo fim”*

(Chico Xavier)

RESUMO

A literatura sugere a existência de variáveis que permitem explicar a variabilidade da ideação suicida, entre as mesmas encontra-se, a desesperança, a sintomatologia depressiva e as tentativas de suicídio anteriores. Investigações neste âmbito contribuem para a diminuição do risco de suicídio, essencialmente em amostras que apresentam um risco acrescido, nomeadamente, pacientes deprimidos e alcoólicos (Swendsen & Merikangas, 2000; Schuckit & Smith, 2006).

O presente estudo propôs-se a consecução de três objectivos, designadamente, averiguar a existência de diferenças significativas entre alcoólicos e deprimidos relativamente às variáveis preditivas da ideação suicida: depressão, desesperança e tentativas de suicídio anteriores, bem como a influência das variáveis sócio-demográficas, e analisar o papel mediador da desesperança na relação entre depressão e ideação suicida. Para tal, recorreu-se a uma amostra de 30 deprimidos e 30 alcoólicos, de ambos os sexos, utentes do Centro de Saúde de Machico – Região Autónoma da Madeira.

Foram aplicados aos participantes, um Questionário Sócio-demográfico, o Inventário da Depressão de Beck (Serra, Patto, & Lima, 1976); a Escala da Desesperança de Beck (tradução portuguesa de Cruz, 1992) e o Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999).

Os resultados obtidos permitiram verificar a ausência de diferenças estatisticamente significativas na ideação suicida em função das características sócio-demográficas, à excepção da idade na amostra de deprimidos onde se verificou que, quanto menor a idade maior a ideação suicida, e da variável sexo na amostra de alcoólicos, constatando-se níveis mais elevados de ideação suicida no sexo masculino. No que concerne às variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de deprimidos destacaram-se a desesperança, tentativas de suicídio anteriores e a idade e na amostra de alcoólicos, a desesperança e as tentativas de suicídio anteriores. Em

ambas as amostras a relação entre depressão e ideação suicida foi mediada totalmente pela desesperança.

Palavras-chave: Suicídio, Ideação Suicida, Tentativa de suicídio, Depressão, Desesperança, Alcoólicos, Deprimidos

ABSTRACT

The literature suggests the existence of variables that help explain the variability in suicidal ideation, among them is, hopelessness, depressive symptoms and previous suicide attempts. Investigations in this area contribute to the reduction of suicide risk, mainly in samples that have an increased risk, namely, patients with depression and alcohol dependence (Swedsen & Merikangas, 2000; Schuckit & Smith, 2006).

This study aimed to achieve three objectives, namely to ascertain the existence of significant differences between alcoholics and depressed with respect to the predictive variables of suicidal ideation, depression, hopelessness and previous suicide attempts, as well as the influence of socio-demographic and analyze the mediating role of hopelessness in the relationship between depression and suicidal ideation. We used a sample of 30 depressed and 30 alcoholics of both sexes, users of the Machico Health Centre in Madeira Island.

Were administered to study participants, a Socio-Demographic Questionnaire, the Beck Depression Inventory (Serra, Patto, & Lima, 1976), the Beck Hopelessness Scale (Portuguese translation of the Cruz, 1992) and the Suicidal Ideation Questionnaire (Ferreira & Castille, 1999).

The results allowed to verify the absence of statistically significant differences in suicidal ideation as a function of socio-demographic characteristics, except age in the sample of depressed, it was found that the younger the more suicidal ideation and the sex in the sample of alcoholics, where one finds higher levels of suicidal ideation in males. In relation the predictive variables of suicidal ideation in the depressed sample stood out hopelessness, previous suicide attempts and age. In the sample of alcoholics, hopelessness and previous suicide attempts were the variables that best explained the variance in suicidal ideation. In both samples the relationship between depression and suicidal ideation was fully mediated by hopelessness.

Keywords: Suicide, Suicide Ideation, Suicide Attempt, Depression, Hopelessness, Alcoholics, Depressives

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1. Comportamento Suicida	3
2.1.1. Suicídio Consumado	3
2.2.2. Tentativa de Suicídio	6
2.2.3. Ideação Suicida	7
2.2.3.1. Variáveis Associadas à Ideação Suicida	8
2.2.3.2. Ideação Suicida em Depressivos.....	11
2.2.3.3. Ideação Suicida em Alcoólicos	13
2.2.3.4. Depressão, Desesperança e Ideação Suicida	15
3. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	20
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	22
4.1. Amostra.....	22
4.2. Variáveis em estudo.....	24
4.3. Instrumentos	25
4.3.1. Questionário sócio-demográfico.....	25
4.3.2. Inventário de Depressão de Beck	25
4.3.3. Escala da Desesperança de Beck	27
4.3.4. Questionário de Ideação Suicida	28
4.4. Procedimentos de Recolha de Dados	29
4.5. Procedimento de Análise de Dados.....	30
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	32
5.1.Diferenças relativamente à intensidade de sentimentos depressivos, desesperança e ideação suicida em ambas as amostras.....	32
5.2.Diferenças em função das variáveis sócio-demográficas na ideação suicida nos alcoólicos e deprimidos	34

5.3. Diferenças em função das tentativas de suicídio anteriores na ideação suicida nas duas amostras.....	39
5.4. Associação da sintomatologia depressiva e desesperança na ideação suicida nas duas amostras.....	41
5.5. Variáveis Preditivas da Ideação Suicida em ambas as amostras	44
5.6. Efeito mediador da desesperança na relação entre sintomatologia depressiva e a ideação suicida em ambas as amostras.....	45
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
6.1.Diferenças relativamente à intensidade de sentimentos depressivos, desesperança e ideação suicida em ambas as amostras?.....	47
6.2.Diferenças em função das variáveis sócio-demográficas na ideação suicida nos alcoólicos e depressivos	49
6.3.Diferenças em função das tentativas de suicídio anteriores na ideação suicida nas duas amostras.....	51
6.4.Associação da sintomatologia depressiva e desesperança na ideação suicida.....	52
6.5.Variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de deprimidos e alcoólicos	55
6.6.Efeito mediador da variável desesperança na relação entre a sintomatologia depressiva e ideação suicida nas duas amostras.....	58
7. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	59
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das tentativas de suicídio anteriores nas duas amostras.....	25
Tabela 2: Diferenças em relação à sintomatologia depressiva, ideação suicida, desesperança e factores em função dos grupos da amostra (Média, Desvio-Padrão, <i>Test t- student d de Cohen</i>).....	33
Tabela 3: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável sexo nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste <i>Mann- Whitney, d de Cohen</i>).....	35
Tabela 4: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável estado civil nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste <i>Kruskal-Wallis</i>).....	36
Tabela 5: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável agregado familiar nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste <i>Mann-Whitney, d de Cohen</i>).....	37
Tabela 6: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável ocupação nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste <i>Mann-Whitney</i>).....	38
Tabela 7: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável tentativa de suicídio anterior nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste <i>Mann-Whitney</i>)...	40
Tabela 8: Resultados do Teste <i>Mann-Whitney</i> relativamente às diferenças entre grupos com/sem tentativa de suicídio anterior e a variável ideação suicida.....	41
Tabela 9: Relação entre a sintomatologia depressiva e a variável dependente ideação suicida em ambas as amostras (Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i>).....	41
Tabela 10: Relação entre a desesperança e factores e a variável dependente ideação suicida em ambas as amostras (Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>).....	43
Tabela 11: Resultados da análise por passos sucessivos (<i>stepwise</i>) para as variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de alcoólicos.....	44

Tabela 12: Resultados da análise por passos sucessivos (*stepwise*) para as variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de deprimidos.....45

Tabela 13: Correlações parciais entre a Depressão e Ideação suicida, controlando a variável Desesperança Total.....46

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Questionário Sócio-demográfico.....	75
Anexo B: Inventário da Depressão de Beck.....	77
Anexo C: Escala da Desesperança de Beck.....	81
Anexo D: Questionário de Ideação Suicida.....	83
Anexo E: Pedido de autorização à instituição para recolha de dados.....	86
Anexo F: Consentimento Informado.....	88

1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida pode ser definido como uma acção pela qual um indivíduo se magoa a si mesmo, independentemente do grau de letalidade, da intenção e da consciência da verdadeira motivação para o acto (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo, & Marín-León, 2005). Este comportamento é comumente classificado em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito (consumado). O acto suicida pode ser perspectivado num continuum, encontrando-se num dos extremos a ideação suicida (pensamentos, ideias e desejos de estar morto), e no pólo oposto, o suicídio consumado, com as tentativas de suicídio entre estes (Mann, Waternaux, Hass, & Malone, 1999).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) estima que anualmente o suicídio seja responsável pela perda de um milhão de vidas, sendo considerado como a décima causa de morte a nível mundial. Em Portugal o Instituto Nacional de Estatística aponta o suicídio como sendo a causa de morte não-natural mais frequente, com uma prevalência superior no sexo masculino.

De acordo com dados da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Portugal teve um aumento de cerca de 500 suicídios por ano no final da década de 90 para aproximadamente 1200, em 2002 (Oliveira, et al., 2006). Devido ao crescimento exponencial que tem vindo a ser denotado, o suicídio enquanto fenómeno multidimensional e complexo tem atraído a atenção de profissionais de distintas áreas (e.g. filósofos, teólogos, médicos, sociólogos, psicólogos) com o objectivo principal de investigar os factores que determinam este comportamento (OMS, 2000).

A literatura consultada refere que o suicídio resulta da interacção de múltiplos factores, nomeadamente, biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (Marusic & Farmer, 2001; McGirr, et al., 2007). Sendo que, um único factor de modo isolado, não determina ou evita um comportamento suicida (OMS, 2000; Kutcher & Chehil, 2007 citados por Rodrigues, 2009).

No amplo espectro do comportamento suicida, a ideação suicida é considerada como sendo o primeiro passo para a efectivação do suicídio (Raynolds, 1991) e como tal, investigações neste âmbito possibilitam o conhecimento das variáveis que podem aumentar ou reduzir o risco de suicídio e consequentemente diminuir o número de vidas perdidas (Kutcher & Chehil, 2007 citados por Rodrigues, 2009).

Aquando de uma pesquisa bibliográfica focada nas variáveis preditivas da ideação suicida é possível constatar que existe um extenso corpo teórico que menciona as Perturbações Mentais, nomeadamente, depressão (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Rudd, 1990; Rudd, et al., 1993; Vilhjálmsson, et al., 1998); as tentativas de suicídio anteriores (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Alexopoulos, et al., 1999); a dependência e abuso de substâncias (Kandel, Ravies, & Davis, 1991; Murphy, Wetzell, Robins, & McEvoy, 1992; Pages, Russo, Roy-Byrne, Ries, & Cowley, 1997; Vilhjálmsson, et al., 1998) e a desesperança (Beck, et al., 1985; O'Connor, Armitage, & Gray, 2006) como as variáveis mais preditivas. Todavia parece existir um consenso ao apontar a depressão e a desesperança como as variáveis psicológicas mais preponderantes do acto suicida (Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1973; Beck, et al., 1979; Rudd, 1990; Beck, Steer, Beck, & Newman, 1993).

Tendo em consideração, que a ideação suicida associa-se comumente a quadros clínicos depressivos, bem como à dependência alcoólica emerge o interesse de investigar se as variáveis que predizem a ideação suicida nos alcoólicos e nos depressivos são as mesmas. Investigações neste sentido proporcionam uma diminuição do risco eminente de suicídio nestas populações.

Seguidamente é apresentado o enquadramento teórico alusivo ao estado da arte neste âmbito.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Comportamento Suicida

O comportamento suicida pode ser definido como uma acção pela qual um indivíduo se magoa, independentemente do grau de letalidade, da intenção e da consciência da verdadeira motivação para o acto (Botega, et al., 2005). Durkheim (1897 citado por Braconnier, 2001) classifica como suicídio qualquer caso de morte que resulte de um acto executado pela própria vítima tendo conhecimento do resultado que produzirá.

2.1.1. Suicídio Consumado

O suicídio é um fenómeno complexo e multidimensional (Marusic & Farmer, 2001; McGirr, et al., 2007) cuja prevalência na população geral tem atraído a atenção de profissionais de distintas áreas (e.g. filósofos, teólogos, médicos, sociólogos, psicólogos) (OMS, 2000).

De acordo com os dados disponibilizados pela OMS (2005) a nível mundial, estima-se que anualmente, são perdidas 1 milhão de vidas apresentando como causa de morte o suicídio. No que concerne ao espaço europeu, o suicídio é uma das principais causas de mortes prematuras, aproximadamente 12 de 1000 cidadãos da União Europeia (UE) morrem prematuramente devido a suicídio. Em 2006, cerca de 59. 000 europeus nos 27 Estados Membros da UE completou um suicídio, incluindo 45. 000 homens e 14. 000 mulheres (Eurostat, 2011).

Segundo dados divulgados, Portugal encontra-se no 30º lugar numa listagem que engloba 45 países com uma taxa de 11,7 suicídios por 100.000 habitantes (OMS, 2002). Os estudos epidemiológicos que têm sido realizados indicam que em Portugal a região Alentejana apresenta as taxas de mortalidade por suicídio nos últimos 10 anos mais elevadas, só tendo sido ultrapassado pelo Algarve nos anos de 1990, 1992 e

1994, sendo a população masculina com idade superior a 75 anos a que mais se suicida (Ministério da Saúde, 2004).

No que concerne à Região Autónoma da Madeira na segunda metade dos anos 90, a taxa de suicídio era relativamente baixa, quando comparada com as outras regiões do país. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a média anual de 1996-1999 indicava que havia 3 suicídios por 100.000 habitantes. Ao analisar o período compreendido entre 2003 e 2006, conclui-se que houve um crescente número de suicídios, 12 por cada 100.000 habitantes (INE, 2009). Dados mais recentes, que remetem ao ano de 2009, apontam que na região nesse ano, houve 26 morte por suicídio, sendo que 20 dos quais no sexo masculino com uma prevalência superior em idades compreendidas entre os 60 e 64 anos (Direcção Regional de Estatística, 2011).

Este comportamento representa um desafio para os serviços de Saúde Mental, no que concerne à compreensão dos múltiplos factores que predispõem e o precipitam (MacLeod, et al., 1998), nomeadamente, factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (Marusic & Farmer, 2001; McGirr, et al., 2007) que se relacionam e potencializam ao longo da vida de uma pessoa (OMS, 2000; Mitchell, Garand, Dean, Panzak, & Taylor, 2005).

De acordo com Kutcher e Chehil (2007 citados por Rodrigues, 2009) a identificação das variáveis que podem aumentar ou reduzir o nível de risco de suicídio dos pacientes proporciona uma estimativa do risco para cada caso específico e consequentemente auxilia no desenvolvimento de planos de tratamento e numa intervenção mais eficaz e objectiva sobre os factores identificados e modificáveis. É importante considerar que o impacto desses factores podem variar conforme características individuais e culturais, como por exemplo, idade, sexo, psicopatologia (Corrêa & Barrero, 2006 citados por Rodrigues, 2009).

No que concerne ao sexo, a nível mundial, inclusive Portugal, englobando a Região Autónoma da Madeira o suicídio é superior no sexo masculino, com uma razão de três para um em relação ao sexo feminino (OMS, 2011; INE, 2010; Ministério da Saúde, 2004). Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos homens utilizarem métodos mais agressivos e potencialmente letais nas tentativas em relação às mulheres, nomeadamente, armas de fogo e enforcamento (Oliveira, et al., 2006).

Relativamente à variável idade de acordo com a OMS (2011) as taxas de suicídio aumentam com a idade, sendo a faixa etária das pessoas com mais de 75 anos a mais preocupante devido ao número de suicídios consumados.

Referente ao estado civil a pesquisa consultada, refere o casamento como um factor de protecção contra o suicídio, conferindo um suporte emocional, social e funcional (Oliveira, et al., 2006). Todavia o estado civil solteiro, viúvo ou divorciado aumenta o risco de suicídio (Botega, et al., 2005), assim como a situação de passar a viver só (Agebro, Nordentoft, & Mortensen, 2002).

Estudos de autópsia psicológica na população geral têm aludido à existência de factores que elevam o risco de suicídio, incluindo as perturbações psicopatológicas de eixo I e II de acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (Werlang, 2000; Allen, et al., 2005).

O suicídio em si não é uma doença, mas constitui um factor frequentemente associado às perturbações mentais (Oliveira, et al., 2006). A literatura consultada aponta que apenas em 10% dos casos dos comportamentos suicidas não está diagnosticado uma patologia psiquiátrica, sendo os quadros clínicos mais frequentes a depressão, dependência de substâncias químicas, designadamente, consumo abusivo de álcool (Beck, et al., 1979; Smith & Crawford, 1986; Bertolote & Fleischmann, 2002; Konick & Gutierrez, 2005; Silva, Oliveira, Botega, Marin-Leon, Barros, & Dalgalarondo, 2006; Robins, Schmidt, & O'Neil, 1959 citados por Troister & Holden, 2010).

Um estudo realizado por King e Colaboradores (1993) concluiu que 70% das pessoas que se suicidaram apresentavam um diagnóstico de depressão e 15% das pessoas hospitalizadas com este diagnóstico tentam suicídio. Um outro estudo estima que 87% das pessoas que morrem por suicídio tiveram um episódio depressivo major (Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000).

O espectro do comportamento suicida inclui não apenas o suicídio consumado – comportamento letal, mas também comportamentos não letais, nomeadamente ideação suicida e tentativa de suicídio (Mann, et al., 1999). De seguida é abordado de modo sucinto o comportamento tentativa de suicídio, e numa fase posterior a ideação suicida. Neste último tipo será dada maior ênfase, visto ser o tipo de comportamento suicida em estudo na presente investigação.

2.2.2. Tentativa de Suicídio

Define-se tentativa de suicídio como um gesto auto-destrutivo não fatal, isto é, o indivíduo não conseguiu concretizar o objectivo de pôr termo à vida. Neste tipo de comportamento encontra-se presente a intenção de morrer (Santos & Sampaio, 1996).

A tentativa de suicídio é o factor de risco mais previsível para o suicídio. Estima-se que, para cada suicídio, existam pelo menos dez tentativas com necessidade de recorrer aos serviços médicos, assim como é previsto que para cada tentativa de suicídio registada, existem quatro não conhecidas (Diekstra, 1993 citado por Costa, 2010). Szadoczky e Colaboradores (2000 citados por Chachamovich, 2009) mencionam que entre 3% a 5% dos adultos fazem pelo menos uma tentativa de suicídio em algum momento de sua vida.

Este tipo de comportamento suicida deve ser encarado como um sinal de alerta para um suicídio futuro (Rapeli & Botega, 2005). Tentativas de suicídio anteriores são consideradas como um factor de risco importante, pois expressa, a vivência de um sofrimento intenso, resultante de fenómenos psicossociais complexos, (e.g.

psicológicos, ambientais, económicos). Pessoas com tentativas anteriores possuem um risco superior de reincidência deste comportamento, comparativamente a pessoas sem este historial clínico (Alexopoulos, et al., 1999; Werlang & Botega, 2004 citados por Rodrigues, 2009).

De acordo com a OMS (2007), as tentativas de suicídio são mais frequentes do que os suicídios e acarreta consequências negativas para a própria pessoa, para a família e amigos próximos, assim como também para a sociedade em geral, devido aos elevados custos para o Estado.

Relativamente à incidência das tentativas de suicídio, as maiores taxas encontram-se no sexo feminino ao contrário do suicídio consumado, onde prevalece o sexo masculino (Stablon, 1999 citado por Monteiro, 2009; OMS, 2002).

2.2.3. Ideação Suicida

Ideação suicida, refere-se a pensamentos, fantasias, ruminações e preocupações sobre a morte, auto-lesão ou morte auto-infligida, englobando desejos atitudes e planos que o indivíduo tenha para pôr termo à vida (Kutcher & Chehil, 2007 citados por Rodrigues, 2009). Segundo Allen e Colaboradores (2005) este comportamento pode ser significado como um precursor de outro comportamento suicida mais grave e transmite o sofrimento actual sentido.

São significadas como ideias suicidas desde ideias não específicas de inutilidade como a "vida não vale a pena ou eu queria estar morto" (Vijayakumar, 2005; Oliveira, et al., 2006) a ideias mais específicas que podem ser acompanhadas de uma intenção de morrer e/ou de um plano suicida elaborado pela pessoa (Suominen, Isometsa, & Lonnqvist, 2004).

De acordo com Reynolds (1991) a ideação suicida, parece ser o primeiro marcador de risco suicida à efectivação do acto suicida. A importância de estudar a ideação suicida reside no facto deste comportamento ser um dos preditores para o

risco de suicídio e situar-se num dos pólos de um *continuum* que pode levar à auto-destruição (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000).

Um estudo realizado por Mann (2002) aponta que um terço da população geral, já teve em algum momento da vida, ideias suicidas, considerando todas as faixas etárias. Tendo em conta a prevalência deste comportamento, revela-se pertinente o estudo das variáveis que o influenciam e predizem no sentido de melhor compreender este fenómeno complexo.

Seguidamente apresentam-se as variáveis que de acordo com a literatura consultada encontram-se associadas à ideação suicida.

2.2.3.1. Variáveis Associadas à Ideação Suicida

Variáveis sócio-demográficas

As variáveis sócio-demográficas são relevantes para identificar grupos que possam estar em maior risco de comportamento suicida. No entanto, possuem pouca utilidade prática na avaliação do risco em casos específicos. Pois facultam-nos informações insuficientes para determinar o risco actual de maneira isolada, dependendo da interacção que formam com outras variáveis, ou seja, este tipo de variáveis auxilia a compor o perfil de risco (Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Haas, & Kyle, 2001).

As variáveis sócio-demográficas englobam os contextos pessoais, sociais e demográficos, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, profissão. Relativamente ao sexo, a ideação suicida é mais comum e duradoura entre as mulheres (Botega, et al., 2005; Kessler, et al., 2005 citados por Sokero, 2006), embora seja possível encontrar estudos onde esse facto não se consolide, e aponte o sexo masculino como manifestando mais ideação (Sorenson & Rutter, 1991).

No que concerne à idade, Carlson e Cantwell (1982) referenciam que a frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica,

principalmente depois da puberdade. Um outro estudo realizado por Botega e Colaboradores (2005) concluiu que a ideação suicida é mais frequente em jovens adultos, o que corrobora um estudo anteriormente efectuado na Austrália com pacientes internados numa unidade psiquiátrica que concluiu que 22% dos pacientes com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos tinham ideação suicida (McKelvey, Pfaff, & Acres, 2001).

A variável estado civil também tem vindo a ser estudada. Os dados apontam que pessoas divorciadas apresentam mais ideação suicida, seguidos pelos solteiros e viúvos (Zimmerman, Lish, Lush, Farber, Plescia, & Kuzma, 1995; Kessler, et al., 2005 citados por Sokero, 2006). De acordo com a OMS (2000) e Agebro e Colaboradores (2002) existe um risco acrescido de ideação suicida quando uma pessoa mora ou passa a morar sozinha. Relativamente, à situação profissional, estudos apontam para uma associação positiva entre desemprego e ideação suicida, especialmente entre o sexo masculino (OMS, 2000).

Variáveis Psicológicas

- Desesperança e Depressão

Apesar das muitas variáveis que exercem influência no comportamento suicida, a pesquisa consultada apresenta consenso ao referir a gravidade da depressão e a desesperança como as variáveis psicológicas mais preditivas da ideação suicida (Hill, Gallagher, & Thompson, 1988 citados por Neufeld & O'Rourke, 2009; Minkoff, et al., 1973; Beck, et al., 1979; Rudd, 1990; O'Connor, et al., 2006).

A desesperança é um termo utilizado para referir uma complexa tendência afectiva, cognitiva e emocional de uma pessoa, que consequentemente resulta na expectativa negativa quanto ao futuro (Rifai, George, Stack, Mann, & Reynolds III, 1994) ou como é definida por Beck, Weissman, Lester, & Trexler (1974) "um sistema

de esquemas cognitivos comuns cuja denominação são expectativas negativas sobre o futuro".

Frequentemente aquando de um episódio depressivo, há presença de desesperança (Brown & Harris, 1978 citados por Whipple, et al., 2009). No entanto, este constructo não está incluído nos critérios de diagnóstico de depressão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, e a presença deste sentimento não é suficiente para diagnosticar um quadro depressivo, pois é possível um indivíduo experienciar sentimentos de desesperança, sem critérios para diagnosticar depressão (Greene, 1989 citado por Whipple, et al., 2009). Porém, é de realçar que determinadas pessoas apresentam maior predisposição para a desesperança e quando essas pessoas apresentam sintomatologia depressiva vivenciam níveis superiores de ideação suicida (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985).

Com base no modelo cognitivo postulado por Beck (1963 citado por Glanz, Haas, & Sweeney, 1995), os indivíduos deprimidos visualizam-se como ineficazes e auto-culpabilizam-se pelos problemas pessoais e sociais e consideram que investir no futuro não trará os resultados esperados, logo é desnecessário esse investimento. O resultado dessas crenças e redução de objectivos de vida constituem as dimensões atitudinais e emocionais da desesperança e contribuem para o aumento da ideação suicida.

Devido à elevada prevalência dos comportamentos suicidas em indivíduos com perturbações de humor, torna-se fulcral que todos os pacientes com este diagnóstico tenham sob controlo o risco de suicídio (OMS, 2000). Num episódio depressivo típico, a pessoa normalmente sofre de humor deprimido (tristeza), perda de interesse ou prazer por actividades e redução de energia. Esse estado é marcado pelo aumento de pensamentos negativos e pela intensificação de auto-critica, o que contribui para o comportamento suicida (American Psychiatric Association - APA, 2002). Nos processos cognitivos relacionados à depressão, os pacientes muitas vezes entendem

o suicídio como a única solução possível para situações extremas de desesperança (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990).

2.2.3.2. Ideação Suicida em Depressivos

É verificável na literatura consultada uma associação entre depressão e comportamento suicida (Konick & Gutierrez, 2005) como foi supramencionado. O risco de suicídio entre os doentes deprimidos é superior comparativamente à população geral (Ensinck, et al., 2002). Aproximadamente 4% dos doentes com diagnóstico de depressão morre por suicídio (Simon & Von Korff, 1998) e cerca de 15 a 20% dos doentes gravemente deprimidos põem termo à vida através do suicídio (Coryell, Noyes, Clancy, 1982). Deste modo, o suicídio pode ser entendido como um resultado directo, e um dos mais trágicos, das perturbações depressivas.

Embora seja evidente que a depressão desempenha um papel determinante no suicídio, nem todas as pessoas deprimidas tentam suicídio, bem como nem todas as pessoas que tentam suicídio vivenciam um episódio depressivo (Harkavy-Friedman, Nelson, Venarde, & Mann, 2004). A ideação suicida surge como um sintoma de depressão, especialmente se houver razões para uma pessoa se sentir desesperançada em relação ao futuro. Ainda assim, a maioria dos indivíduos que experimentam ideação suicida não tentam o suicídio (Kessler, et al., 1999).

Com base em alguns estudos consultados e seguidamente referenciados, as variáveis que surgem citadas como as mais influentes da ideação suicida na população de deprimidos, são nomeadamente a gravidade da depressão (Van Gastel, Shotte, & Maes 1997; Pages, Russo, Roy-Burne, Ries, & Cowley, 1997; Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey, & Kakuma, 1999), perturbações da personalidade (Van Gaste, et al., 1997), comorbilidade com dependência ou abuso de álcool (Cornelius, Clark, Salloum, Bukstei, & Kelly, 1995; Pages, et al., 1997), o sexo feminino (Pages, et al., 1997; Schaffer, et al., 1997), desemprego (Pages, et al., 1997), suporte social

deficitário (Alexopoulos, et al., 1999), a desesperança (Rudd, 1990, Van Gastel, et al., 1997; Pages, et al., 1997) e tentativas de suicídio anteriores (Alexopoulos, et al., 1999).

Um estudo transversal realizado com 626 pacientes de 74 unidades de cuidados primários da Alemanha, com idade compreendida entre os 18 e os 80 anos e com diagnóstico de depressão major foram recrutados com o objectivo de identificar os preditores da ideação suicida. Os dados foram recolhidos entre Abril de 2005 e Julho de 2006 e com recurso à regressão logística binária para avaliar se a gravidade da depressão (Questionário Saúde do Paciente, PHQ-9), a dor física (Escala dor física SF-36), comorbilidade física, ingestão de medicação anti-depressiva, sexo e idade eram preditores da ideação suicida. Os resultados obtidos indicaram que a gravidade da depressão e o sexo masculino são variáveis preditoras significativas da ideação suicida em pacientes dos cuidados primários com depressão major (Gensichen, Teising, König, Gerlach, & Petersen, 2010).

É necessário debruçar especial atenção não só às perturbações de humor, mas também a perturbações relacionadas com dependência alcoólica. De acordo com Pompili e Colaboradores (2010) o suicídio é um grave problema de saúde pública e o uso de álcool tem consistentemente sido implicado na precipitação do comportamento suicida, como tal emerge a necessidade de rastrear sintomas psiquiátricos associados à ideação suicida em pessoas com dependência alcoólica tal como nas pessoas com perturbações depressivas.

Partindo do pressuposto de uma significativa associação entre depressão e ideação suicida, bem como dependência alcoólica e ideação suicida surgem algumas questões que suportam os objectivos da presente investigação, nomeadamente:

Qual ou quais as variáveis que maior influência exercem na ideação suicida?
Essas variáveis são as mesmas na população de deprimidos e de alcoólicos?

2.2.3.3. Ideação Suicida em Alcoólicos

Estudos consultados sugerem que o comportamento suicida e dependência alcoólica encontram-se intimamente relacionados. Indivíduos que abusam ou dependem do álcool têm mais ideação suicida e um risco acrescido de tentativas de suicídio, assim como também para a consumação do acto em si (OMS, 2000; Hoffman, 2000; Owens, Horrocks, & House, 2002; Sher, 2005).

O consumo de álcool está relacionado a até 50% das mortes por suicídio. Aproximadamente 15% dos indivíduos diagnosticados com perturbações associados ao abuso de álcool cometem suicídio, principalmente durante os estágios mais avançados da doença, quando os efeitos crónicos da doença afectam significativamente a vida física e social do indivíduo. Alguns factores estão associados a um maior risco de suicídio entre os alcoólicos, nomeadamente, consumo precoce do álcool, alto nível de dependência e consumo, humor depressivo, ocorrência de problemas familiares e sociais (OMS, 2000; Kutcher & Chehil, 2007 citados por Rodrigues, 2009).

De acordo com Cornelius, Clark, Salloum, Bukstein e Kelly (2004), os pacientes com dependência de álcool devem ser avaliados relativamente à ideação suicida, sempre que estejam expostos a um nível significativo de sintomas depressivos assim como, sempre que tenham uma recaída. Uma investigação realizada por Chaves (2007) procurou comparar 3 amostras, doentes depressivos (n=20), alcoólicos (n=20) e população geral (n=60), concluindo que a prevalência de sintomatologia depressiva na amostra de alcoólicos embora seja inferior à apresentada pelos depressivos é superior à amostra da população geral.

Há fortes evidências da existência de uma associação entre desesperança e comportamento suicida nesta população, mesmo quando contabilizados outros factores de risco (Hewitt, Norton, Flett, Callander, & Cowan, 1998; Kingree, Thompson, & Kaslow 1999). Níveis elevados de desesperança, que muitas vezes acompanha um

quadro clínico de dependência alcoólica, fazem com que estes indivíduos sejam mais vulneráveis à depressão e ao comportamento suicida (Conner, McCloskey, & Duberstein, 2008).

Uma investigação efectuada por Silva (2007) com uma amostra de 30 alcoólicos e com um grupo controlo formado por 30 elementos da população geral, com o intuito de comparar estas amostras relativamente ao auto-conceito, depressão e desesperança, concluiu que os alcoólicos apresentam depressão e desesperança. Acrescentou ainda que nos factores da escala de desesperança mais concretamente, perda de motivação e sentimentos acerca do futuro apresentavam valores mais elevados que a população geral.

Um outro estudo de Vicente, Nunes, Viñas, Freitas, & Saraiva (2001) com 2 amostras de alcoólicos, alcoólicos abusadores (n=20) e alcoólicos dependentes (n=40) procurou averiguar a depressão, desesperança e ideação suicida nestas populações concluiu que os dois grupos em estudo apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva, desesperança e ideação suicida, porém o grupo de alcoólicos dependentes possuía valores superiores.

Hufford (2001) resumiu quatro caminhos psicológicos para a relação entre dependência alcoólica e suicídio: (1) aflição psicológica elevada, incluindo desesperança, solidão e depressão; (2) melhorar ou facilitar o comportamento agressivo, incluindo auto-agressão; (3) mudança de expectativas de um indivíduo e ajudar a impulsionar a ideação suicida em acção, e (4) ausência de estratégias eficazes de enfrentamento que facilitaria o evitamento do comportamento suicida.

De seguida são apresentados alguns estudos, com o objectivo de verificar a associação existente entre as variáveis depressão, desesperança e ideação suicida.

2.2.3.4. Depressão, Desesperança e Ideação Suicida

A depressão geralmente reflecte sintomas de desesperança, que por sua vez, pode promover um perigoso risco de suicídio (APA, 2002). A desesperança pode ser entendida como um sintoma, bem como consequência da depressão (Metalsky & Joiner, 1992) e também pode ser visualizada como um sintoma da ideação suicida e, possivelmente, uma das melhores variáveis preditoras do risco de suicídio comparativamente à depressão (Westefeld, Gama, Rogers, Maples, Bromley, & Alcorn, 2000). De acordo com o mesmo autor, a desesperança é uma característica central da depressão e serve de ligação entre depressão e suicídio (Beck, et al., 1985).

Um corpo considerável de investigações tem explorado as relações entre depressão, desesperança e comportamento suicida (Correia, 2004). Estudos com distintas amostras têm constatado que a desesperança está correlacionada mais fortemente com a ideação suicida do que com a gravidade dos sintomas depressivos. Todavia, outros estudos têm obtido resultados distintos, no que concerne à variável que melhor prediz a ideação suicida, como será possível verificar seguidamente, com recurso aos estudos apresentados.

Beck e Colaboradores (1993), num estudo realizado com uma amostra de 1,306 pessoas com diagnóstico de perturbação afectiva e outro de 488 pessoas sem perturbação afectiva, mas com ideação suicida aplicaram a Escala de Ideação Suicida, a Escala de Depressão e a Escala de Desesperança com recurso à regressão múltipla como técnica de tratamento dos resultados e concluíram que, a desesperança foi identificada como 1,3 vezes mais importante do que a depressão para a explicação das variações de ideação suicida. Foi possível também constatar que não houve diferenças significativas nas duas amostras relativamente aos resultados da Escala de Depressão e da Escala de Desesperança.

Num estudo longitudinal realizado por Beck e Colaboradores (1985) com 207 pacientes deprimidos hospitalizados devido a ideação suicida no momento da admissão, durante um período de seguimento entre 5 a 10 anos, 14 pacientes se suicidaram. Os resultados obtidos no momento do internamento através da Escala de Desesperança de Beck e do item pessimismo do Inventário da Depressão de Beck previram os eventuais suicídios. A pontuação de 10 ou mais na Escala de Desesperança identificou correctamente 91% dos suicídios ocorridos, sendo possível concluir que a desesperança é um indicador de longo prazo do risco de suicídio em pacientes deprimidos. O mesmo estudo permitiu ainda verificar a existência de uma relação entre a variável desesperança e ideação suicida.

Num outro estudo, com data posterior Beck, Brown, Berquik, Stewart e Steer (1990) com 1958 pacientes em ambulatório, foi aplicado a Escala da Depressão de Beck e a Escala de Desesperança. Os pacientes avaliados foram seguidos durante 17 anos. De todos os pacientes observados, 31 morreram durante o período de seguimento e de entre estes, 54,8% suicidaram-se. As pessoas que se suicidaram tiveram resultados significativamente superiores nas escalas mencionadas, quando comparadas com os que morreram de outras causas, ou com os que continuavam vivos.

Um estudo longitudinal com uma amostra da comunidade com mais de 3.000 participantes concluiu que a desesperança foi a variável preditiva mais influente no comportamento suicida a longo prazo, comparativamente à presença de um episódio depressivo ou abuso/dependência de substâncias. O presente estudo apoiou a ideia de que a desesperança é a variável preditiva mais consistente do comportamento suicida mais do que a presença de um diagnóstico de qualquer perturbação depressiva ou de abuso de substâncias (Kwo, et al., 2004). Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos por um outro estudo longitudinal realizado

anteriormente por Wetzel, (1976) que verificou também que a desesperança está mais estreitamente relacionada com a ideação suicida do que a depressão.

Um estudo realizado por Beck, Steer, & McElroy (1982 citado por Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002) com pacientes alcoólicos em ambulatório concluíram que a desesperança era a variável que melhor predizia a ideação suicida comparativamente à depressão ou o número de tentativas de suicídio no passado.

A importância da variável desesperança, como factor facilitador do comportamento suicida foi demonstrada por vários estudos empíricos como foi possível verificar. Porém, alguns estudos, embora em número mais reduzido, apresentam resultados diferenciados que serão de seguida mencionados.

Um estudo realizado com 7737 estudantes universitários, 287 do sexo masculino e 450 do sexo feminino, que procurou averiguar as relações entre as variáveis demográficas, stresse, depressão, desesperança, suporte social, e ideação suicida constatou que contrariamente a conclusões anteriores, a depressão revelou-se como sendo a variável que melhor predizia a ideação suicida, isto quando comparada com a desesperança (Rudd, 1990).

Segundo Reifman e Windle (1995) numa investigação que pretendia averiguar a relação entre as variáveis depressão, desesperança e suicídio, concluiu que a variável desesperança nem sempre é a variável que melhor prediz o comportamento suicida. Quando a população é adulta esse facto confirma-se, porém em populações mais jovens essa proporção inverte-se e a desesperança não se revela um predictor tão poderoso do comportamento suicida como a depressão. Estes resultados foram obtidos também num estudo realizado por Goldston e Colaborades (2001).

Conclusões de estudos permitem evidenciar que há uma associação relativamente consistente entre desesperança e comportamentos suicida que não é possível ser explicada pela depressão por si só. A hipótese da desesperança ser uma variável de mediação, da relação entre depressão e suicídio também tem sido

colocada (Weishaar, & Beck, 1992). Todavia outros estudos não conseguiram encontrar evidências de apoio para essa hipótese colocada, o que permite sugerir que essa relação pode ser associada apenas com alguns grupos de pacientes (Beck, & Steer, 1989; Enns, et al., 1997).

Continuamente será explanado estudos neste âmbito.

Desesperança: Variável Mediadora ou Moderadora da ideação suicida?

Para Baron e Kenny (citados por Kwon, & Oei, 1994) a desesperança tem sido classificada como desempenhando uma influência moderadora ou mediadora entre depressão e comportamento suicida.

Cruz (2000) coloca como questão se a desesperança não pode ser entendida como sendo uma variável moderadora ou mediadora entre a depressão e a ideação suicida. Segundo o mesmo autor, caso a desesperança desempenhe o papel de moderadora nas relações dos outros dois fenómenos psicológicos deve ser considerada como uma característica psicológica estável, que modera a percepção pessoal do vivido, num sentido negativo e pessimista permitindo, por esta via, um aumento da probabilidade do aparecimento da ideação suicida. Por outra perspectiva, quando a desesperança é entendida como variável mediadora, será o resultado da acumulação de vivências pessoais negativas que, devido à sua natureza e frequência, provocam um estado psicológico actual dominado por esta, que funcionará como intermediária entre a depressão e a ideação suicida.

Uma investigação realizada por Minkoff, et al. (1973) com pessoas que tentaram suicídio concluiu que, a intensidade da ideação suicida correlacionou-se mais significativamente com a desesperança do que com a depressão. Concluiu ainda que a desesperança actuava como uma variável moderadora entre depressão e as ideias suicidas.

São inúmeros os estudos que averiguam a relação entre as variáveis depressão, desesperança e ideação suicida em alcoólicos e deprimidos, mas escassos são os que comparam estas duas amostras relativamente às variáveis preditivas da ideação suicida. Posto isto, a presente investigação revela-se uma mais-valia na compreensão de variáveis (depressão, desesperança e ideação suicida e tentativas de suicídio anteriores) já estudadas por outros autores nestas duas populações cujas perturbações diagnosticadas são consideradas como um grave problema de saúde pública.

É possível verificar que embora uma grande parte da literatura consultada aponte a desesperança como sendo a variável com maior poder preditivo face ao comportamento suicida, os resultados não são conclusivos e consistentes. Deste modo, suscita o interesse em perceber se, uma vez que a ideação suicida encontra-se directamente associado a perturbações psicopatológicas, essencialmente à depressão e à dependência alcoólica se as variáveis preditivas deste comportamento são as mesmas nas duas amostras.

A continuidade da presente investigação encontra-se à posteriori e assenta na apresentação de um estudo empírico, transversal e comparativo de uma amostra de doentes depressivos com um amostra de doentes com dependência alcoólica.

3. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Após a revisão da literatura, verifica-se que existem variáveis que exercem influência na ideação suicida (e.g. gravidade da sintomatologia depressiva, desesperança, variáveis sócio-demográficas). Uma vez que, este tipo de comportamento suicida não letal desempenha um papel fulcral em comportamentos suicidas letais futuros é importante investigar os factores que contribuem para o desencadear desta ideação com o intuito de intervir precocemente com esta população.

A ideação suicida encontra-se frequentemente associada a perturbações psiquiátricas, sendo de destacar as perturbações de humor, nomeadamente a depressão, e as perturbações associadas ao consumo de substâncias, tais como, dependência alcoólica. A investigação acerca das variáveis associadas à ideação suicida em pacientes com estas patologias pode contribuir para uma melhor abordagem técnica da mesma e conseqüentemente para uma maior prevenção do suicídio.

O presente estudo propõem-se a consecução de três objectivos gerais:

1. Averiguar a existência de diferenças significativas entre alcoólicos e deprimidos no que concerne às variáveis preditivas da ideação suicida: depressão, desesperança e tentativas de suicídio anteriores.
2. Verificar a influência das variáveis sócio-demográficas (e.g. sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação) na ideação suicida destas populações.
3. Analisar o papel mediador da desesperança na ideação suicida.

Para dar resposta a estes objectivos gerais foram definidos objectivos específicos que se encontram seguidamente:

1. Diferenças relativamente à intensidade de sentimentos depressivos, desesperança e ideação suicida em ambas as amostras;
2. Diferenças em função das variáveis sócio-demográficas na ideação suicida nos alcoólicos e deprimidos;
3. Diferenças em função das tentativas de suicídio anteriores na ideação suicida nas duas amostras;
4. Associação da sintomatologia depressiva e desesperança na ideação suicida;
5. Variáveis preditivas da ideação suicida nas amostras de deprimidos e alcoólicos;
6. Efeito mediador da variável desesperança na relação entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida nas duas amostras.

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4.1. Amostra

O processo de selecção da amostra para a presente investigação foi o de uma amostragem não-probabilística por conveniência, em que os participantes foram seleccionados por facilidade de acesso. Como critérios de inclusão os participantes tinham que ter idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (Grupo 1) ou Dependência Alcoólica (Grupo 2) e ausência de comorbilidade entre ambos os diagnósticos.

Participaram no estudo 60 pessoas de ambos os sexos, 30 alcoólicos e 30 deprimidos utentes da consulta de Alcoologia e Psicologia respectivamente.

A amostra de pacientes depressivos foi maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino, 86,7% (n=26) e 13,3% (n=4) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos, sendo a média de 37,43 anos e com um desvio-padrão de 13,119. Relativamente ao estado civil, a amostra foi composta por 46,7% (n=14) pessoas casadas, 33,3% (n=10) solteiras, 10% (n=3) divorciadas e 10% (n=3) em união de facto. Quanto à ocupação dos inquiridos à data da investigação, 66,6% (n=20) encontravam-se activos e 33,3% (n=10) não tinham ocupação profissional, ou seja estavam inactivos profissionalmente. Cerca de 30% (n=9) dos inquiridos vivia sozinho, enquanto que, os restantes 70% (n=21) viviam com familiares.

No que concerne, à amostra de pacientes com dependência alcoólica foi composta por 80% (n=24) de indivíduos do sexo masculino e 20% (n=4) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 29 e os 66 anos, sendo a média de idades de 47,77 anos e com um desvio-padrão de 10,699. Tal como na amostra de depressivos, o estado civil casado foi o mais frequente com 43,3% (n=13), seguindo-se o solteiro com 20,0% (n=6), o divorciado com 16,7% (n=5) e união de facto com

10% (n=3). Quanto à ocupação dos inquiridos à data da investigação, 56,6% (n=17) encontravam-se activos e 43,3% (n=13) não tinham ocupação profissional, ou seja estavam inactivos profissionalmente. Cerca de 43,3% da amostra vivia só, enquanto que, os restantes 56,7% viviam com familiares.

É possível verificar com recurso à Tabela 1, que na amostra de deprimidos 56,7% dos inquiridos referenciou nunca ter feito tentativa de suicídio no passado, 30% já teve pelo menos uma tentativa e 13,3% mais do que duas tentativas de suicídio anteriormente. Relativamente à população de alcoólicos cerca de 26,7% dos indivíduos afirmou ter tentado suicídio pelo menos uma vez, 46,7% referenciou que tal nunca aconteceu e 26,7% dos indivíduos já tentou pôr termo à vida mais do que duas tentativas de suicídio.

Tabela 1: Caracterização das tentativas de suicídio anteriores nas duas amostras

Tentativas de suicídio Anteriores	N	%
Deprimidos		
Nenhuma	17	56,7
Uma	9	30,0
Mais que 2	4	13,3
Alcoólicos		
Nenhuma	14	46,7
Uma	8	26,7
Mais que 2	8	26,7

4.2. Variáveis em estudo

As variáveis em estudo nesta investigação podem ser agrupadas e operacionalizadas do modo seguidamente apresentado:

- Sintomatologia Depressiva:

Um quadro clínico de depressão é marcado pela prevalência de sintomas depressivos, nomeadamente, humor deprimido, perda de interesse em quase todas as actividades, alterações no apetite ou peso, sono e agitação ou lentificação psicomotora, desvalorização pessoal, pensamentos recorrentes acerca da morte (APA, 2002).

- Desesperança:

Desesperança é um constructo psicológico que pode ser definido como um sistema de esquemas cognitivos, que partilham como elemento comum as expectativas negativas em relação ao futuro (Rifai, et al., 1994). Beck e Colaboradores (1985) considerava-a como uma ponte entre a depressão e o suicídio.

- Ideação Suicida:

Ideação suicida pode ser definida pela existência de pensamentos e desejos acerca do suicídio sem que ocorra passagem ao acto causando auto-lesões. Este comportamento inclui ameaças de suicídio, preocupações com o suicídio, expressões directas do desejo de morrer e indicações indirectas acerca de um plano suicida (Beck & Weishaar, 1992).

4.3. Instrumentos

Com o intuito de obter resposta aos objectivos colocados inicialmente, foram utilizados nesta investigação, instrumentos que permitiram, primeiramente adquirir alguns dados sócio-demográficos e clínicos dos participantes, com a finalidade de conhecer e obter informação importante para os objectivos propostos nesta investigação.

Foram também utilizados instrumentos que permitiram avaliar a intensidade de sentimentos depressivos, de desesperança, bem como os níveis de ideação suicida na população de alcoólicos e de deprimidos. Seguidamente são apresentados os mesmos pela ordem que foram aplicados na recolha dos dados.

4.3.1. Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico elaborado para o presente estudou apresentou como principal objectivo recolher informação importante para a caracterização dos participantes da amostra, deste modo é composto por questões de carácter sócio-demográfico (e.g. idade, sexo, estado civil, profissão, e agregado familiar), e também questões relacionadas com a história clínica (tentativas de suicídio anteriores, diagnóstico) (Anexo A).

4.3.2. Inventário de Depressão de Beck

O Inventário da Depressão de Beck (BDI) foi elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh (1961). O BDI foi validado para a população depressiva portuguesa em geral por Serra, Patto e Lima (1976) (Anexo B).

Segundo Beck, et al. (1979) o BDI é uma escala de auto-resposta que avalia sintomas cognitivos, motivacionais, físicos e afectivos da depressão. De acordo com Beck, Steer e Garbin (1988), o BDI derivou de observações clínicas acerca de atitudes e sintomas que são frequentemente desencadeados em pessoas deprimidas e muito

raramente em pessoas não deprimidas. As observações clínicas foram consolidadas sistematicamente em 21 sintomas e atitudes. Os itens foram escolhidos para avaliar a intensidade da depressão. Para a sua aplicação, é pedido aos participantes que indiquem qual a frase que melhor reflecte os sentimentos experienciados durante a semana anterior e incluindo o próprio dia em que está a preencher o inventário.

Em cada item são apresentadas quatro frases alternativas que representam diferentes graduações da intensidade do sintoma a avaliar. As respostas são codificadas numa escala de *Likert* de 0-3, no final somam-se os resultados das diferentes questões para obter um nível de intensidade global da depressão. O resultado global pode oscilar entre 0 e 63 (Beck, et al., 1985),

Beck e Colaboradores (1988) propõem valores de corte para interpretar os resultados obtidos na aplicação do instrumento, ou seja, para estes autores, valores menores que 10 indicam ausência de depressão, valores entre 10 e 18 depressão ligeira a moderada, entre 19 e 29 depressão moderada a grave e entre 30 e 63 depressão severa. De acordo com os mesmos autores, a consistência interna do BDI em amostras psiquiátricas e não psiquiátricas é muito elevada. O coeficiente alfa para a consistência interna calculado foi de 0,87. A consistência em relação ao teste re-teste foi superior a 0,60.

Os 21 itens da escala baseiam-se em sintomas e atitudes, nomeadamente, 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sentimento de fracasso; 4) insatisfação; 5) sentimentos de culpa; 6) percepção de estar a ser punido; 7) baixa auto-estima; 8) auto-acusações; 9) pensamentos acerca da morte; 10) choro; 11) irritabilidade; 12) isolamento social; 13) indecisão; 14) distorção da imagem corporal 15) dificuldade em trabalhar; 16) perturbações do sono 17) fadiga; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas; 21) perda da libido.

Esta escala de auto-preenchimento é tanto utilizada em prática clínica como em investigação. O seu preenchimento demora aproximadamente 10 minutos.

4.3.3. Escala da Desesperança de Beck

A escala de Desesperança de Beck (HS) foi criada em 1974, por Beck, Weissman, Lester e Trexler, e traduzida para português por Cruz em 1992 (Anexo C).

De acordo com Beck e Colaboradores (1985), a HS é constituída por 20 frases, em que as respostas são do tipo verdadeiro ou falso e avalia o grau de pessimismo e desespero em relação ao futuro. A pontuação atribuída a cada um dos itens varia entre 0 e 1, o resultado final é a soma da pontuação atribuída a cada item e pode oscilar entre 0 e 20.

De acordo com Beck e Colaboradores (1974) nove dos itens foram seleccionados a partir de um teste de atitudes em relação à estrutura futura num formato diferencial semântico. Estes itens foram posteriormente revistos para adequarem ao teste de desesperança. Os restantes 11 itens foram retirados de um conjunto de relatos pessimistas emitidos por pacientes psiquiátricos que aparentemente se encontravam desesperançados. Do total de 20 itens, 10 são cotados como falsos e 10 como verdadeiros.

Em função da pontuação total considera-se com baixo risco de cometer suicídio entre os 0 e os 8 pontos, entre 0 e 3 nenhum risco ou risco mínimo, e entre 4 e 8 risco leve, entre os 9 e os 20 pontos considera-se que existe um risco elevado de cometer suicídio (Cochrane-Brink, Phil, Lofchy, & Sakinofsky, 2000).

Este instrumento já foi aplicado a uma amostra de 294 pacientes hospitalizados que haviam realizado tentativa de suicídio recentes com o objectivo de determinar a consistência interna da escala os resultados obtidos permitiram concluir que o coeficiente alfa de Cronbach era de 0,93 as intercorrelações entre os itens da escala variam entre 0,39 e 0,76 (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975).

Esta escala permite a avaliação da probabilidade de um suicídio futuro. Através da mesma foram confirmadas as seguintes hipóteses:

a) Os doentes deprimidos tem uma atitude não realista em relação ao futuro e estas expectativas negativas sobre o futuro desvanecem-se quando regressam ao seu estado normal;

b) A severidade da intenção suicida está mais relacionada com as expectativas negativas face ao futuro do que com a depressão.

Obtiveram-se 3 factores:

- 1) Sentimentos acerca do futuro (itens 1,6,13,15,19) - Factor afectivo
- 2) Perda de motivação (itens 2,3,9,11,12,16,17,20) – Factor motivacional
- 3) Expectativas de futuro (itens 4,7,14,18) – Factor cognitivo

4.3.4. Questionário de Ideação Suicida

O Questionário de Ideação Suicida (QIS) – *Suicide Ideation Questionnaire* foi elaborado por Reynolds, em 1988, e adaptada para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999) (Anexo D).

O QIS pretende avaliar a gravidade dos pensamentos e cognições suicidas em adolescentes e jovens adultos. Este questionário é composto por 30 itens, que apresentam sete alternativas de resposta, desde “nunca tive este pensamento” até “quase todos os dias”. Os resultados obtidos no QIS podem variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 180 pontos, sendo que uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponderá a uma pontuação mais elevada no questionário (Ferreira & Castela, 1999).

Ferreira e Castela (1999) propõem alguns parâmetros de interpretação dos resultados. A média global obtida pelos autores numa população não clínica foi de 21,32 e o desvio padrão de 23,88. Os autores referem ainda que as diferenças existentes entre os valores médios a nível do grupo etário e do género sexual não se revelaram significativas. Os estudos no âmbito da precisão demonstraram que relativamente à consistência interna, os resultados revelaram um coeficiente alfa de

cronbach no valor de 0,96. No que diz respeito à estabilidade temporal foram realizadas duas aplicações distintas com o objectivo de avaliar esta dimensão sendo que o coeficiente de correlação entre as duas aplicações indica um valor de 0,76.

De acordo com os mesmos autores o QIS pode ser administrado individualmente ou em grupo. Não existe tempo limite para completar o seu preenchimento sendo, em média necessários 10 minutos.

4.4. Procedimentos de Recolha de Dados

Para a presente investigação, primeiramente foi contactada a administração do Centro de Saúde de Machico para requerer a autorização para a realização da investigação e recolha de dados com os utentes (Anexo E). Após a autorização desta entidade, foi realizado o contacto telefónico ou presencial com os utentes da consulta de alcoologia e com os utentes que frequentam as consultas de psicologia com diagnóstico de depressão para solicitar a participar no estudo.

A selecção dos pacientes que apresentavam os critérios necessários para ingressar a amostra foi realizada com a colaboração dos técnicos responsáveis pelos casos clínicos, nomeadamente, médico e psicólogos.

Foi previamente explicado aos utentes que a participação neste estudo era voluntária, sendo salvaguardada a identidade dos mesmos e que os resultados seriam confidenciais e apenas seriam utilizados com fins estatísticos. Os participantes que se disponibilizaram para participar no estudo assinaram um consentimento informado (Anexo F) onde constava os objectivos do estudo e as informações anteriormente referidas.

Posteriormente, foram aplicados os instrumentos psicológicos com o intuito de recolher a informação necessária para a presente investigação. Os instrumentos foram aplicados individualmente e de modo presencial nas instalações do centro de saúde em horário combinado com os participantes de acordo com a disponibilidade dos

mesmos. Dadas as características da população em causa, por vezes foi necessário ler os instrumentos em voz alta aos pacientes e esclarecidas as dúvidas colocadas relativamente aos itens.

A recolha de dados realizou-se entre Fevereiro e Maio de 2011.

4.5. Procedimento de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente com o objectivo de averiguar a comparação entre os dois grupos da amostra relativamente às diferentes variáveis. Este tratamento estatístico foi realizado com recurso ao programa estatístico processador de dados, o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0).

O tratamento estatístico foi realizado recorrendo à estatística descritiva para determinar frequências, médias, desvio padrão, mínimo e máximo, nas duas amostras. Recorreu-se aos testes não-paramétricos, úteis quando a amostra em estudo é reduzida, o que é o caso, pois neste estudo existem grupos com um número de participantes inferior a 30. Para averiguar em que medida a média de determinada variável apresenta diferenças significativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney*, tendo atenção à sua magnitude da diferença, isto é, o *d* de *Cohen* calculado através da calculadora de *Becker*¹ em que é considerado um efeito reduzido aquando de um valor igual a 0,2, um efeito médio quando apresenta um valor igual a 0,5 e um efeito grande quando apresenta um valor igual a 0,8. Quando em estudo encontravam-se mais de dois grupos independentes foi utilizado o Teste de *Kruskal-Wallis* para compreender as diferenças entre as variáveis em estudo.

Os testes paramétricos também foram utilizados em situações de estarmos perante uma amostra maior ou igual a 30 sujeitos. Para tal recorreu-se ao Teste

¹ Calculado com recurso à calculadora de Becker: Becker, L. A. (1999). Calculadora para calcular a magnitude do efeito segundo Cohen. Em: <http://www.uccs.edu/~faculty/lbecker/>

Estatístico *Independent-Sample T Test* para comparar diferenças entre grupos independentes.

Foi utilizado também a Correlação de *Pearson*, que consiste numa medida de associação linear entre variáveis quantitativas, permitindo avaliar a associação entre duas variáveis. Os valores de referência para interpretação dos resultados foram os seguintes: $r=0$ não existe correlação; $r<0,20$ correlação negligenciável; $r<0,40$ correlação fraca; $r<0,60$ correlação moderada; $r<0,80$ correlação forte e $r>0,80$ correlação muito forte.

Posteriormente, através das regressões lineares múltiplas com recurso ao método *stepwise*, elaborou-se uma análise das variáveis que se correlacionaram significativamente com a ideação suicida. Foi também um recurso a este estudo a utilização do Coeficiente de Correlação Parcial que nos permite averiguar a associação entre duas variáveis, controlando em simultâneo os efeitos de outras variáveis que possam causar interferência na relação entre ambas.

Na análise estatística consideram-se os seguintes níveis de significância:

$p<0,01^{**}$; $p< 0,05^*$

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e descritos os resultados obtidos na presente investigação, pela ordem dos objectivos formulados anteriormente.

5.1. Diferenças relativamente à intensidade de sentimentos depressivos, desesperança e ideação suicida em ambas as amostras

Tendo por base os resultados obtidos pelos sujeitos no BDI, encontramos que, em média, os pacientes alcoólicos apresentam níveis leves a moderados de sintomatologia depressiva ($M=15,73$; $DP=9,962$) que são, no entanto, significativamente inferiores e com uma magnitude da diferença elevada ($t=4,415$; $p=0,000$; d de *Cohen*=1,16) aos obtidos pelo grupo de pacientes deprimidos que apresentam níveis de depressão correspondentes a um grau moderado a grave ($M=26,50$; $DP=8,897$).

No que concerne aos resultados obtidos no QIS verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pacientes alcoólicos ($M=27,70$; $DP=31,148$) e deprimidos ($M=43,57$; $DP=39,659$), todavia os alcoólicos possuem valores médios de ideação suicida inferiores com a magnitude da diferença média ($t=1,723$; $p=0,090$; d de *Cohen*=0,45), ou seja em termos clínicos a diferença entre grupos poderá ser significativa.

Atendendo aos resultados obtidos pelos sujeitos na HS, verifica-se que em média, os pacientes alcoólicos apresentam níveis inferiores de desesperança ($M=9,53$; $DP=4,006$) comparativamente à amostra de deprimidos ($M=11,57$, $DP= 4,431$) com uma magnitude da diferença entre as amostras média ($t=1,864$; $p=0,067$; d de *Cohen*=0,5), todavia não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras.

Relativamente, aos factores obtidos na HS, constata-se, que a amostra de deprimidos apresenta valores médios superiores nos três factores da HS,

nomeadamente, sentimentos acerca do futuro (M=1,60; DP=1,793); perda de motivação (M=4,93; DP=1,741) e expectativas de futuro (M=3,07; DP=0,828) comparativamente aos valores médios obtidos na amostra de alcoólicos no factor sentimentos acerca do futuro (M=0,47; DP=9,973); perda de motivação (M=3,63; DP=4,006) e expectativas de futuro (M=2,70; DP=1,022). Verifica-se que no factor sentimentos acerca do futuro ($t=3,043$; $p=0,004$; d de *Cohen* =0,28) e no factor perda de motivação ($t=2,761$; $p=0,008$; d de *Cohen*=0,32) existem diferenças estatisticamente significativas com uma magnitude da diferença reduzida nas duas amostras. No que concerne, ao factor expectativas de futuro não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t=1,527$; $p=0,132$; d de *Cohen* =0).

Os resultados referentes às diferenças entre estas variáveis em função dos grupos da amostra apresentam-se seguidamente na tabela 2.

Tabela 2: Diferenças em relação à sintomatologia depressiva, ideação suicida, desesperança e factores em função dos grupos da amostra (Média, Desvio-Padrão, Teste *t-student*, d de *Cohen*)

	Grupos da Amostra				Test t-student		<i>d</i> de <i>Cohen</i>
	Deprimidos (n=30)		Alcoólicos (n=30)		T	P	
	M.	D.P.	M.	D.P.			
Sintomatologia Depressiva	26,50	8,897	15,73	9,962	4,415	0,000**	1,16
Ideação Suicida	43,57	39,659	27,70	31,148	1,723	0,090	0,45
Desesperança	11,57	4,431	9,53	4,006	1,864	0,067	0,5
Sentimentos acerca do futuro	1,60	1,793	0,47	9,973	3,043	0,004**	0,28
Perda de Motivação	4,93	1,741	3,63	4,006	2,761	0,008**	0,32
Expectativas de Futuro	3,07	0,828	2,70	1,022	1,527	0,132	0

5.2. Diferenças em função das variáveis sócio-demográficas na ideação suicida nos alcoólicos e deprimidos

Variável sexo na Ideação Suicida

Com recurso ao Teste *Mann-Whitney*, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao sexo no que concerne à variável ideação suicida, no entanto encontrou-se uma magnitude da diferença grande ($U=20,00$; $p=0,051$; d de *Cohen* = $-0,863$). Verificando-se assim que os homens ($M=68,5$; $DP=24,06$) apresentam mais ideação suicida comparativamente às mulheres ($M=39,73$; $DP=40,50$) na amostra de deprimidos.

No que se refere à amostra de alcoólicos os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas da variável sexo em relação à ideação suicida ($U=33,000$; $p=0,043$; d de *Cohen* = $1,016$), com uma magnitude de diferença grande. Tal como se verificou na amostra de deprimidos, os homens ($M=59,67$; $DP=52,68$) da amostra de alcoólicos também apresentam níveis superiores de ideação suicida comparativamente às mulheres ($M=19,71$; $DP=16,94$).

Os resultados referentes às diferenças entre estas variáveis em função dos grupos da amostra apresentam-se seguidamente na tabela 3.

Tabela 3: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável sexo nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste *Mann-Whitney*, *d* de *Cohen*)

	Sexo				Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de <i>Cohen</i>
	Feminino (n=26)		Masculino (n=4)		U	P	
	M.	D.P.	M.	D.P.			
Ideação Suicida (sujeitos Deprimidos)	39,73	40,500	68,50	24,062	20,00	0,051	-0,863

	Feminino (n=6)		Masculino (n=24)		Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de <i>Cohen</i>
	M.	D.P.	M.	D.P.	U	P	

Estados Cívicos em relação à Ideação Suicida

É possível concluir com recurso ao teste estatístico *Kruskal-Wallis*, que não existem diferenças significativas entre os estados cívicos e ideação suicida ($\chi^2=2,150$; $p=0,143$) na amostra de depressivos. Relativamente à amostra de alcoólicos também não foram encontradas diferenças significativas entre os estados cívicos e ideação suicida ($\chi^2=0,850$; $p=0,356$).

Os resultados referentes às diferenças entre estas variáveis em função dos grupos da amostra apresentam-se seguidamente na tabela 4.

Tabela 4: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável estado civil nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste *Kruskal-Wallis*)

	Estado Civil										Teste <i>Kruskal-Wallis</i>	
	S (n=10)		C (n=14)		U.F. (n=3)		D. (n=3)		V. (n=0)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	X ²	P
Ideação Suicida (deprimidos)	53,1	47,9	29,5	25,6	43,3	29,1	77,7	61,6	-	-	2,15	0,143
	Estado Civil										Teste <i>Kruskal-Wallis</i>	
	S (n=6)		C (n=13)		U.F. (n=3)		D. (n=3)		V. (n=0)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	X ²	P
Ideação Suicida (alcoólicos)	28,7	21,8	20,0	15,3	10,0	8,71	38,8	44,9	58,3	69,4	0,85	0,36

Nota: S= solteiro; C= casado; U.F.= união de facto; D= divorciado; V= Viúvo

Agregado familiar na Ideação Suicida

Com recurso ao teste *Mann-Whitney*, verificou-se que na amostra de deprimidos não existem diferenças estatisticamente significativas, em função da variável agregado familiar relativamente à ideação suicida, no entanto encontrou-se uma magnitude da diferença grande ($U=59,00$; $p=0,108$; d de *Cohen* $=-0,96$). Verificando-se assim que os sujeitos que vivem acompanhados ($M=53,00$; $DP=43,72$) apresentam mais ideação suicida comparativamente aos que vivem sozinhos ($M=21,56$; $DP=12,00$).

Os resultados obtidos na amostra de alcoólicos permitem constatar diferenças estatisticamente significativas na variável agregado familiar na ideação suicida ($U=102,000$; $p=0,722$; d de *Cohen* $=-0,40$), com uma magnitude de diferença reduzida. Tal como se verificou na amostra de deprimidos, os sujeitos que vivem acompanhados ($M=20,54$; $DP=15,06$) da amostra de alcoólicos também apresentam níveis superiores de ideação suicida comparativamente aos que vivem sozinhos ($M=33,18$; $DP=38,99$).

Os resultados referentes às diferenças entre estas variáveis em função dos grupos da amostra apresentam-se seguidamente na tabela 5.

Tabela 5: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável agregado familiar nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste *Mann-Whitney*, *d* de *Cohen*)

	Agregado Familiar				Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de <i>Cohen</i>
	Vive só (n=9)		Vive acompanhado (n=21)		U	P	
	M.	D.P.	M.	D.P.			
Ideação Suicida (sujeitos Deprimidos)	21,56	12,00	53,00	43,72	59,00	0,108	-0,96
	Vive só (n=6)		Vive acompanhado (n=17)		Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de <i>Cohen</i>
	M.	D.P.	M.	D.P.	U	P	
Ideação Suicida (sujeitos Alcoólicos)	20,54	15,06	33,18	38,99	102,000	0,722	- 0,40

Ocupação na ideação suicida

No sentido de analisar as diferenças entre a variável ocupação em relação à ideação suicida verificou-se através do Teste *Mann-Whitney* que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as ocupações dos sujeitos que integraram a nossa amostra em relação à ideação suicida, na amostra de deprimidos, no entanto a magnitude da diferença encontrada é média ($U=89,00$; $p=0,628$ *d* de *Cohen*=0,56), Verificando-se assim que os sujeitos que se encontram no activo profissionalmente ($M=50,20$; $DP=45,53$) apresentam mais ideação suicida comparativamente aos que estão inactivos ($M=30,30$; $DP=19,95$).

Na amostra de alcoólicos os resultados diferem dos anteriores apesar de não terem sido encontradas também diferenças estatisticamente significativas, apresentam uma magnitude da diferença média ($U=85,00$; $p=0,285$ *d* de *Cohen*= 0,56), verifica-se

assim que os sujeitos que se encontram inactivos (M=39,15; DP=42,36) apresentam níveis superiores de ideação suicida comparativamente aos que se encontram activos (M=18,94; DP=14,99).

Os resultados referentes às diferenças entre estas variáveis em função dos grupos da amostra apresentam-se seguidamente na tabela 6.

Tabela 6: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável ocupação nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste *Mann-Whitney*)

	Ocupação				Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de Cohen
	Activo (n=20)		Inactivo (n=10)		U	P	
	M.	D.P.	M.	D.P.			
Ideação Suicida (sujeitos Deprimidos)	50,20	45,53	30,30	19,95	89,00	0,628	0,56
	Activo (n=17)		Inactivo (n=13)		Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de Cohen
	M.	D.P.	M.	D.P.	U	P	
Ideação Suicida (sujeitos Alcoólicos)	18,94	14,99	39,15	42,36	85,000	0,285	-0,63

Associação da variável idade na Ideação Suicida

Com recurso ao Coeficiente Correlação de *Pearson* constatamos que a variável idade apresenta correlações significativas com a ideação suicida na amostra de depressivos ($r=-0,377$; $p=0,040$) com uma associação fraca de signo negativo entre a idade e a ideação suicida. Todavia, o mesmo não acontece com a amostra de alcoólicos ($r=0,199$; $p=0,291$).

5.3. Diferenças em função das tentativas de suicídio anteriores na ideação suicida nas duas amostras

Tentativa de suicídio anterior na ideação suicida

É possível concluir com recurso ao teste estatístico *Mann-Whitney*, que existem diferenças estatisticamente significativas entre tentativa de suicídio anterior e ideação suicida com uma magnitude da diferença grande ($U=34,00$; $p=0,001$; d de *Cohen*= 1,24) na amostra de depressivos. Relativamente à amostra de alcoólicos também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, com uma magnitude média entre esta variável e a ideação suicida ($U=25,00$; $p=0,000$; d de *Cohen*= 1,11). Verificando-se assim que os sujeitos da amostra de deprimidos com história de tentativas de suicídio no passado apresentam mais ideação suicida ($M=68,15$; $DP=42,353$) comparativamente aqueles que nunca realizaram uma tentativa de suicídio ($M=24,76$; $DP=25,27$). Na amostra de alcoólicos é possível verificar o mesmo, ou seja, os sujeitos com tentativas de suicídio anteriores ($M=41,56$; $DP=35,33$) apresentam mais ideação suicida.

Os resultados referentes às diferenças entre estas variáveis em função dos grupos da amostra apresentam-se seguidamente na tabela 7.

Tabela 7: Diferenças em relação à ideação suicida em função da variável tentativa de suicídio anterior nas duas amostras (Média, Desvio-Padrão, Teste *Mann-Whitney*)

	Tentativa de Suicídio				Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d de Cohen</i>
	Sim (n=13)		Não (n=17)		U	P	
	M.	D.P.	M.	D.P.			
Ideação Suicida (sujeitos Deprimidos)	68,15	42,353	24,76	25,27	34,000	0,001	1,24
	Sim (n=16)		Não (n=14)		Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d de Cohen</i>
	M.	D.P.	M.	D.P.	U	P	
Ideação Suicida (sujeitos Alcoólicos)	41,56	35,33	11,86	14,73	25,000	0,000	1,11

Diferenças entre grupos com/sem tentativa² de suicídio anterior na ideação suicida

Com recurso ao teste estatístico *Mann-Whitney*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sujeitos com e sem tentativa de suicídio anterior e ideação suicida com uma magnitude da diferença grande ($U=140,00$; $p=0,001$; d de *Cohen*=1,084). Verificando-se assim que os sujeitos do grupo com tentativas de suicídio apresentam níveis superiores de ideação suicida ($M=53,48$; $DP=40,23$) comparativamente aos sujeitos que nunca realizaram uma tentativa de suicídio ($M=18,94$; $DP=21,84$).

Os resultados das diferenças apresentadas entre estas variáveis encontram-se de seguida na tabela 8.

² Grupo com/sem tentativa de suicídio anterior (deprimidos+alcoólicos)

Tabela 8: Resultados do Teste *Mann-Whitney* relativamente às diferenças entre grupos com/sem tentativa de suicídio anterior e a variável ideação suicida

	Tentativas de suicídio anteriores				Teste <i>Mann-Whitney</i>		<i>d</i> de Cohen
	Com Tentativa (n=29)		Sem Tentativa (n=31)		U	P	
	M	DP	M	DP			
Ideação Suicida	53,5	40,2	18,9	21,8	140,00	0,000	1,084

5.4. Associação da sintomatologia depressiva e desesperança na ideação suicida nas duas amostras

Sintomatologia depressiva e ideação suicida em ambas as amostras

Constata-se que na amostra de deprimidos a sintomatologia depressiva apresenta uma correlação positiva e fraca ($r=0,397$; $p=0,030$) com a ideação suicida. Na amostra de alcoólicos a sintomatologia depressiva encontra-se igualmente correlacionada com a ideação suicida com uma associação positiva e moderada ($r=0,505$; $p=0,004$).

Os resultados referentes a associação entre estas variáveis apresentam-se seguidamente na tabela 10.

Tabela 9: Relação entre a sintomatologia depressiva e a variável dependente ideação suicida em ambas as amostras (Coeficiente de correlação de *Pearson*)

	Ideação Suicida	
	Alcoólicos (n=30)	Deprimidos (n=30)
Sintomatologia depressiva	0,505**	0,397*

*correlação significativa aos 0,05 **correlação significativa aos 0,01

Uma análise mais pormenorizada entre os resultados totais do QIS e os itens do BDI, permite-nos verificar que na amostra de deprimidos existe uma correlação positiva e moderada com o BDI_1 (estado de animo triste) ($r=0,435$; $p=0,016$); com o BDI_2 (pessimismo) ($r=0,456$; $p=0,011$); BDI_3 (sentimento de fracasso) ($r=0,436$; $p=0,016$); com o BDI_4 (insatisfação) ($r=0,448$; $p=0,013$); com o BDI_7 (ódio a si mesmo) ($r=0,433$; $p=0,017$); BDI_8 (auto-acusações) ($r=0,426$; $p=0,019$). Com o BDI_9 (pensamentos acerca da morte) a correlação encontrada foi positiva e forte ($r=0,655$; $p=0,000$).

No que se refere à amostra de alcoólicos, encontra-se uma associação positiva e fraca entre a pontuação total do QIS e com o item: BDI_1 (estado de animo triste) ($r=0,391$; $p=0,033$); uma associação positiva e moderada com o BDI_11 (irritabilidade) ($r=0,415$; $p=0,023$); com o BDI_18 (perda de apetite) ($r=0,419$; $p=0,021$) com o BDI_19 (perda de peso) ($r=0,424$; $p=0,020$) e com o BDI_20 (preocupações somáticas) ($r=0,462$; $p=0,010$) e uma associação positiva e forte com o item BDI_16 (perturbações do sono) ($r=0,627$; $p=0,000$).

Desesperança e factores na ideação suicida em ambas as amostras

Verifica-se com base nos resultados obtidos que na amostra de deprimidos a variável desesperança total correlaciona-se de forma positiva e forte, com a ideação suicida ($r=0,678$; $p=0,000$), com o factor sentimentos acerca do futuro ($r=0,668$; $p=0,000$), e o factor perda de motivação ($r=0,638$; $p=0,000$). Todavia o factor expectativa do futuro ($r=0,324$; $p=0,081$) não se encontra associado com a ideação suicida de acordo com as Correlações de *Pearson* realizadas.

Relativamente à amostra de alcoólicos, apenas existe uma correlação positiva e forte com variável desesperança total ($r=0,690$; $p=0,000$). No que concerne aos factores da mesma escala, nomeadamente, factor sentimentos acerca do futuro ($r=0,009$; $p=0,961$), factor perda de motivação ($r=0,060$; $p=0,751$) e factor expectativa

do futuro ($r=0,100$; $p=0,598$) não se correlacionam de modo significativo com a ideação suicida.

Os resultados referentes à associação entre estas variáveis apresentam-se seguidamente na tabela 10.

Tabela 10: Relação entre a desesperança e factores e a variável dependente ideação suicida em ambas as amostras (Coeficiente de Correlação de *Pearson*)

	Ideação Suicida	
	Alcoólicos (n=30)	Deprimidos (n=30)
Desesperança Total	0,690**	0,678**
Sentimentos acerca do futuro	0,009	0,668**
Perda de Motivação	0,060	0,638**
Expectativas do Futuro	0,100	0,248

*correlação significativa aos 0,05 **correlação significativa aos 0,01

Uma análise mais pormenorizada entre os resultados totais do QIS e os itens da HS, permite-nos verificar que na amostra de deprimidos existe uma correlação positiva e forte com os itens HS_1 (factor afectivo) ($r=0,639$; $p=0,000$) e HS_11 (factor motivacional) ($r=0,619$; $p=0,000$). Com os itens HS_5 ($r=0,452$; $p=0,012$), HS_6 (factor afectivo) ($r=0,444$; $p=0,014$), com o HS_12 (factor motivacional) ($r=0,552$; $p=0,002$), com o HS_13 (factor afectivo) ($r=0,427$; $p=0,019$), com o HS_18 (factor cognitivo) ($r=0,488$; $p=0,006$) uma associação positiva moderada e com o item HS_15 (factor afectivo) apresenta uma associação positiva e fraca ($r=0,362$; $p=0,049$).

No que se refere à amostra de alcoólicos, encontra-se uma associação negativa e fraca entre a pontuação total do QIS e com o item: HS_4 (factor cognitivo) e ($r=-0,387$; $p=0,035$); e uma associação de signo negativo e moderada com o item HS_9 (factor motivacional) ($r=-0,488$; $p=0,066$).

5.5. Variáveis Preditivas da Ideação Suicida em ambas as amostras

Realizou-se uma análise de regressão múltipla (método *stepwise*) considerando a ideação suicida como variável dependente e posteriormente, foram introduzidas de forma simultânea com as variáveis que revelaram uma relação significativa, nas análises correlacionais prévias, com a variável dependente.

Neste sentido, verificou-se que na amostra de alcoólicos apenas duas variáveis entraram na recta de regressão final, nomeadamente, a desesperança total e as tentativas de suicídio anteriores ($F=28,182$; $p=0,000$). Relativamente à amostra de deprimidos, as variáveis que entraram na recta final foram as seguintes: a desesperança total, tentativas de suicídio anteriores e a idade ($F=21,881$; $p=0,000$).

Apresentam-se os resultados da análise de regressão linear múltipla, com recurso ao método *stepwise*, acerca das variáveis preditivas da ideação suicida nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11: Resultados da análise por passos sucessivos (*stepwise*) para as variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de alcoólicos

		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Passo 1	Constante	-23,458	10,967	
	Escala da Desesperança Total	5,366	1,063	0,690***
Passo 2	Constante	-42,513	9,948	
	Desesperança	4,604	0,872	0,592***
	Tentativas de suicidio prévias	13,851	3,394	0,458***

Nota: $R^2 = 0,458$ para o passo 1; $\Delta R^2 = 0,652$ para o passo 2; * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 12: Resultados da análise por passos sucessivos (*stepwise*) para as variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de deprimidos

		<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>
Passo 1	Constante	-26,649	15,363	
	Escala da Desesperança	6,071	1,243	0,678***
Passo 2	Constante	-53,436	15,079	
	Desesperança	5,294	1,074	0,591***
	Tentativas de suicidio anteriores	22,831	6,536	0,419***
Passo 3	Constante	-13,380	19,457	
	Desesperança	5,593	0,961	0,625***
	Tentativa de Suicidio anterior	17,585	6,103	0,323**
	Idade	-0,943	0,332	-0,312**

Nota: $R^2 = 0,460$ para o passo 1; $\Delta R^2 = 0,628$ para o passo 2; $\Delta R^2 = 0,716$ para o passo 3 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

5.6. Efeito mediador da desesperança na relação entre sintomatologia depressiva e a ideação suicida em ambas as amostras

Nesta última parte da apresentação dos resultados do nosso estudo pretende-se demonstrar se a variável desesperança medeia a relação entre a sintomatologia depressiva e a variável dependente ideação suicida.

No entanto, para se proceder ao teste de mediação é necessário reunir três condições, sendo que na primeira a sintomatologia depressiva têm de correlacionar-se significativamente com a variável dependente. Na segunda condição tem de existir uma correlação significativa entre a sintomatologia depressiva e desesperança, por fim, o último requisito é a existência de uma correlação significativa entre a desesperança e a variável dependente ideação suicida. Estes três requisitos podem ser verificados nas tabelas 9 e 10 anteriormente apresentadas.

O teste de mediação será efectuado através de correlações parciais, entre a depressão e a variável dependente ideação suicida, controlando a desesperança.

No interesse de síntese e de compreensão será apresentado o raciocínio subjacente ao teste de mediação. Se a correlação parcial entre a variável dependente e a sintomatologia depressiva, controlando a variável desesperança, perder a significância, isso significa que a desesperança medeia totalmente a relação entre a sintomatologia depressiva e variável dependente, i.e., é necessária a presença da variável mediadora para potenciar o efeito da variável moderadora. No entanto, se o resultado da correlação parcial for significativo mas inferior ao valor da correlação bivariada, existe uma situação de mediação parcial.

Por fim, caso o valor da correlação parcial seja idêntico ao da correlação bivariada entre a sintomatologia depressiva e a variável dependente significa que desesperança não medeia essa relação.

Tabela 13: Correlações parciais entre a Depressão e Ideação suicida, controlando a variável Desesperança Total

Variáveis controladas nas correlações parciais	Grupos da amostra	
	Depressão/Ideação suicida	
	Alcoólicos	Deprimidos
Desesperança	$r = 0,289$	$r = 0,090$

Recordando o valor da correlação entre sintomatologia depressiva e a ideação suicida na amostra de deprimidos ($r=0,397$; $p=0,030$), constata-se que a desesperança medeia totalmente a relação entre estas duas variáveis, visto que a variável sintomatologia depressiva perde a sua significância e apresenta uma correlação negligenciável ($r=0,090$; $p=0,641$). O mesmo acontecendo para a amostra de alcoólicos que apresentava uma correlação moderada e significativa ($r=0,505$; $p=0,004$) na correlação bivariada, e ao recorrer à correlação parcial, controlando a variável desesperança a correlação passa a fraca e há uma perda de significância ($r=0,289$; $p=0,128$).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão discutidos os principais resultados obtidos no presente estudo, tendo por base as investigações anteriormente apresentadas no enquadramento teórico.

A discussão dos resultados encontra-se organizada pela ordem dos objectivos de investigação formulados inicialmente.

6.1. Diferenças relativamente à intensidade de sentimentos depressivos, desesperança e ideação suicida em ambas as amostras?

Tendo por base os resultados obtidos pelos sujeitos no BDI verificamos que, em média os pacientes alcoólicos apresentam níveis leves a moderados de sintomatologia depressiva, que são no entanto significativamente inferiores aos obtidos pelo grupo de pacientes deprimidos que apresentam níveis de depressão correspondentes a um grau de moderado a grave. A magnitude da diferença encontrada foi grande o que nos permite sugerir que em termos clínicos são também resultados significativos. Os nossos resultados corroboram os resultados obtidos por Chaves (2007), que concluiu na sua investigação que os sujeitos alcoólicos apresentam níveis de depressão superiores à população geral, mas inferiores aos da população de deprimidos.

Atendendo aos resultados, constata-se que a população de alcoólicos apresenta níveis médios ligeiramente inferiores de desesperança, comparativamente à amostra de deprimidos, todavia verifica-se a inexistência de uma diferença significativa entre as duas amostras, apesar de apresentarem uma magnitude da diferença moderada, o que nos permite colocar como hipótese a existência de uma diferença em termos clínicos significativa. Os resultados obtidos na presente investigação vão de encontro a um estudo anterior de Silva (2007) onde se verificou que os sujeitos com dependência alcoólica apresentam valores mais elevados de desesperança

comparativamente a um grupo de controlo com sujeitos da população geral, embora não tenha sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

Relativamente, aos factores medidos pela HS, constata-se que a amostra de deprimidos apresenta valores médios superiores nos três factores, comparativamente aos valores médios obtidos na amostra de alcoólicos. Verifica-se que no factor sentimentos acerca do futuro e no factor perda de motivação existem diferenças estatisticamente significativas entre alcoólicos e deprimidos mas com uma magnitude da diferença pequena. Relativamente a estes factores os resultados podem ser justificados à luz da perspectiva de Beck, et al., (1974) que preconiza que o factor perda de motivação encontra-se ligado a associações afectivas, tais como: esperança, entusiasmo, felicidade, entre outras e o factor sentimentos acerca do futuro, encontra-se associado a pensamentos ou atitudes de desistência, de decidir e de não tentar alcançar o que é desejado. Ambas as amostras encontram-se em processo de tratamento, deste modo, estes sentimentos são frequentes em sujeitos com estas patologias, podendo mais uma vez, justificar os resultados obtidos, de que quanto maior a perda de motivação e os sentimentos acerca do futuro maior a ideação suicida.

No que concerne, ao factor expectativas de futuro não se verificou diferenças significativas entre os dois grupos, o que poderá ser explicado por dois modos, por um lado pode ser o reflexo do tamanho da amostra, e por outro, pela fase do tratamento que as duas amostras se encontram, devido ao seu diagnóstico clínico. Estes resultados podem ser comparados aos obtidos por Silva (2007) onde este factor revelou-se não significativo, nas duas amostras em estudo, ou seja nos alcoólicos e na população geral.

No que concerne à ideação suicida verifica-se que não existem diferenças significativas entre alcoólicos e deprimidos, apesar disso a magnitude da diferença encontrada entre ambas as amostras foi moderada, ou seja em termos estatísticos

não são encontradas diferenças, porém em termos clínicos poderão estar presentes. Contudo constata-se que o grupo de alcoólicos apresenta valores médios de ideação suicida inferiores ao grupo de deprimidos.

Os resultados obtidos neste objectivo vão de encontro à literatura consultada, podendo destacar um estudo realizado por Vicente e Colaboradores (2001) que avaliou a depressão, desesperança e ideação suicida e concluiu a prevalência destas variáveis numa amostra de alcoólicos. A literatura consultada apontou também para uma prevalência de sintomatologia depressiva, desesperança e ideação suicida em sujeitos com perturbações depressivas (Rudd, 1990, Van Gastel, et al., 1997; Pages, et al., 1997) o que permite afirmar os resultados obtidos.

6.2. Diferenças em função das variáveis sócio-demográficas na ideação suicida nos alcoólicos e depressivos

Variável sexo na ideação suicida

Na presente investigação, os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas na ideação suicida em função do sexo na amostra de deprimidos o mesmo não se verifica na amostra de alcoólicos. A literatura consultada realçava que a ideação suicida é mais comum e duradoura entre as mulheres (Botega, et al., 2005; Kessler, et al., 2005), embora seja possível encontrar estudos onde esse facto não se consolide, e aponte o sexo masculino como sendo o género com mais ideação suicida (Sorenson & Rutter, 1991). A amostra de alcoólicos corrobora este facto pois nesta amostra os homens apresentam mais sintomatologia depressiva comparativamente às mulheres, com uma magnitude de diferença grande. Relativamente à amostra de deprimidos verificou-se uma prevalência superior de ideação suicida no sexo feminino o que corrobora os estudos anteriores de Pages e Colaboradores (1997) e de Schaffer e Colaboradores (2000).

Estados Civis na ideação suicida

Os resultados obtidos permitem-nos constatar a ausência de diferenças significativas entre os estados civis e ideação suicida, em ambas as amostras. A literatura consultada permitiu verificar que o estado civil casado é um factor protector da ideação suicida (Meltzer & Colaboradores (2002 citado por Teixeira, 2010). De acordo com Zimmerman e Colaboradores (1995) e Kessler e Colaboradores (2005) as pessoas divorciadas apresentam mais ideação suicida, seguidos pelos solteiros e viúvos.

Agregado familiar na ideação suicida

É possível constatar que não existem diferenças significativas relativamente à variável agregado familiar em ambas as amostras. Todavia foi possível verificar que as pessoas que vivem acompanhadas, na amostra de deprimidos apresentam níveis de ideação suicida superiores, estes resultados contradizem os resultados obtidos pela OMS (2000) e por Agebro e Colaboradores (2002) que indicam que o risco de suicídio aumenta quando a pessoa mora ou passa a morar só.

Ocupação na ideação suicida

Os resultados obtidos da análise das diferenças entre a variável ocupação em relação à ideação suicida permitiram constatar a ausência de diferenças entre as ocupações dos sujeitos que integraram a nossa amostra em relação à ideação suicida. Contudo verificou-se que na amostra de deprimidos as pessoas que se encontravam activas apresentavam mais ideação suicida, e na amostra de alcoólicos as que se encontravam inactivas tinham mais ideação suicida. Os resultados obtidos na amostra de deprimidos contradizem os resultados apresentados por Meltzer e Colaboradores (2002 citados por Teixeira, 2010) que verificaram que estar activo/empregado actua como factor de protecção da ideação suicida. Na amostra de alcoólicos os resultados

são corroborados pelos apresentados pela OMS (2000) que apontam para uma correlação positiva entre desemprego e ideação suicida.

Associação da variável idade na ideação suicida

No que concerne à idade foram encontradas diferenças significativas. Com recurso ao Coeficiente Correlação de *Pearson* constatamos que a variável idade apresenta correlações significativas com a ideação suicida na amostra de depressivos com uma associação fraca de signo negativo entre a idade e a ideação suicida. Estes resultados permite-nos verificar que os indivíduos mais novos da amostra de deprimidos apresentam níveis superiores de ideação suicida estes resultados vão de encontro a resultados anteriormente anunciados por Botega e Colaboradores (2005) e Meltzer e Colaboradores (2002 citados por Teixeira, 2010) que concluíram que a ideação suicida é mais frequente em jovens adultos. Todavia, o mesmo não acontece com a amostra de alcoólicos, o que nos leva a constatar que a idade na amostra de alcoólicos não se encontra associada a ideação suicida.

6.3. Diferenças em função das tentativas de suicídio anteriores na ideação suicida nas duas amostras

Relativamente à influência da variável tentativa de suicídio anterior na ideação suicida os resultados obtidos indicam que existem diferenças significativas entre tentativa de suicídio anterior e ideação suicida nas duas amostras em estudo, ou seja permite-nos afirmar que a quanto mais tentativas de suicídio anteriores, maiores os níveis de ideação suicida, o que é corroborado por um estudo anterior que afirma que os doentes deprimidos com tentativas de suicídio anteriores apresentam mais ideação suicida (Alexopoulos, et al., 1999). Na perspectiva de outros autores, os indivíduos que abusam ou dependem do álcool têm mais ideação suicida e um risco acrescido de tentativas de suicídio (OMS, 2000; Hoffman, 2000; Owens, Horrocks, & House, 2002; Sher, 2005) o que permite uma vez mais a comparação com os resultados obtidos.

6.4. Associação da sintomatologia depressiva e desesperança na ideação suicida

Sintomatologia depressiva e ideação suicida em ambas as amostras

Constata-se que na amostra de deprimidos a sintomatologia depressiva apresenta uma correlação positiva e fraca com a ideação suicida. Na amostra de alcoólicos a sintomatologia depressiva encontra-se igualmente correlacionada com a ideação suicida com uma associação positiva e moderada. Esta associação permite-nos constatar que quanto maior a sintomatologia depressiva maiores os níveis de ideação suicida.

Uma análise mais pormenorizada entre os resultados totais do QIS e os itens do BDI, permite-nos verificar que na amostra de deprimidos existe uma correlação positiva e moderada com o BDI_1 (estado de animo triste); BDI_2 (pessimismo), BDI_3 (sentimento de fracasso), BDI_4 (insatisfação), BDI_7 (ódio a si mesmo) BDI_8 (auto-acusações) e BDI_9 (pensamentos acerca da morte). No que se refere à amostra de alcoólicos, encontra-se uma associação positiva e fraca entre a pontuação total do QIS e com o item: BDI_1 (estado de animo triste); uma associação positiva e moderada com o BDI_11 (irritabilidade); com o BDI_18 (perda de apetite) com o BDI_19 (perda de peso) e com o BDI_20 (preocupações somáticas) e uma associação positiva e forte com o item BDI_16 (perturbações do sono).

No que concerne à amostra de deprimidos, as associações encontradas eram já esperadas à luz da revisão da literatura apresentada. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, num episódio depressivo típico a pessoa normalmente sofre de humor deprimido, perda de interesse ou prazer por actividades e redução de energia. Esse estado é marcado pelo aumento de pensamentos negativos e pela intensificação de auto-critica que contribui significativamente para o comportamento suicida (APA, 2002).

Nos processos cognitivos relacionados à depressão os pacientes muitas vezes entendem o suicídio como a única solução para situações extremas de desesperança (Beck, et al., 2002). O suicídio pode ser entendido como um resultado directo, e um dos mais trágicos, das perturbações depressivas, o que corrobora os resultados obtidos no presente estudo onde se verificou que quanto maior a sintomatologia depressiva maior a ideação suicida, posto isto e de acordo com Kessler e Colaboradores (1999) a ideação suicida poderá surgir como um sintoma de depressão, o que poderá justificar a associação do QIS com o item que avalia os pensamentos acerca da morte.

Na perspectiva destas formulações teóricas é possível justificar os resultados obtidos, nesta amostra, ou seja, níveis superiores de ideação suicida.

Referente à amostra de alcoólicos, os resultados obtidos também foram os esperados, uma vez que a literatura consultada apontava para uma associação significativa de comportamentos suicidas em dependentes de álcool, nomeadamente um estudo apresentado por Pompili e Colaboradores (2010). Assim como para a prevalência de sintomatologia depressiva nesta amostra (Silva, 2001; Vicente, 2001). Na análise entre os itens do BDI e os QIS, verifica-se que nesta amostra há uma correlação positiva com itens que avaliam a irritabilidade, perda de apetite e sono, ânimo triste e preocupações somáticas. Estes resultados tendo em conta a condição clínica da amostra são justificáveis, pois nesta população devido aos consumos abusivos estes sintomas são frequentes.

Desesperança e factores na ideação suicida em ambas as amostras

Verifica-se com base nos resultados obtidos que na amostra de deprimidos a variável desesperança total correlaciona-se de forma positiva e forte, com a ideação suicida, com o factor sentimentos acerca do futuro, e o factor perda de motivação. Todavia o factor expectativa do futuro não se encontra associado com a ideação suicida de acordo com as Correlações de *Pearson* realizadas.

Relativamente à amostra de alcoólicos, apenas existe uma correlação positiva e forte com variável desesperança total. No que concerne aos factores da mesma escala, não se correlacionaram de modo significativo com a ideação suicida.

A depressão geralmente reflecte sintomas de desesperança, que por sua vez, pode promover um perigoso risco de suicídio (American Psychiatric Association, 1996). A desesperança pode ser entendida como um sintoma, bem como consequência da depressão (Metalsky & Joiner, 1992). Por outro lado, a ideação suicida surge como um sintoma de depressão, especialmente se houver razões para uma pessoa se sentir desesperança com relação ao futuro (Kessler, et al., 1999). Estas formulações teóricas permitem corroborar os resultados obtidos.

O constructo psicológico desesperança é considerado como um factor de risco em todos os tipos de comportamento suicida, incluindo a ideação suicida, em diferenciadas perturbações psicopatológicas inclusive em amostras com perturbações depressivas e dependência alcoólica (Rudd, 1990; Minkoff, et al., 1973; O'Connor, et al., 2006) sendo estes resultados equivalentes aos resultados obtidos no presente estudo.

Relativamente aos resultados obtidos na amostra de alcoólicos, a literatura consultada aponta para fortes evidências da existência de uma associação entre desesperança e comportamento suicida nesta população, mesmo quando contabilizados outros factores de risco (Hewitt, et al., 1998; Kingree, Thompson, & Kaslow 1999). Níveis elevados de desesperança, que muitas vezes acompanha um quadro clínico de dependência alcoólica, fazem com que estes indivíduos sejam mais vulneráveis à depressão e ao comportamento suicida (Conner, et al., 2008).

Em suma, a variável desesperança e a variável sintomatologia depressiva associaram-se de modo positivo e estatisticamente significativo com a ideação suicida em ambas as amostras sendo estes resultados semelhantes a estudos realizados anteriormente.

6.5. Variáveis preditivas da ideação suicida na amostra de deprimidos e alcoólicos

Os resultados obtidos indicaram-nos que existem variáveis em estudo que contribuem para a explicação da variabilidade da ideação suicida em ambas as amostras.

Na amostra de deprimidos, verificamos que a desesperança, as tentativas de suicídio anteriores e a idade são variáveis preditivas da ideação suicida, explicando 71,6% da sua variância. Contudo, a variável idade apresenta uma influência negativa na ideação suicida, o que nos indica que na amostra de deprimidos quanto menos idade mais ideação suicida, o que vai de encontro ao mencionado por Carlson e Cantwell (1982) referenciam que a frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica.

Verificamos deste modo que as variáveis que anteriormente apresentavam uma correlação significativa com ideação suicida, nomeadamente, sintomatologia depressiva, factor sentimentos acerca do futuro e factor perda de motivação não são consideradas nos modelos apresentados como variáveis preditivas da ideação suicida.

Relativamente à amostra de alcoólicos verifica-se que das variáveis em estudo, a desesperança e as tentativas de suicídio anteriores são variáveis importantes na explicação da ideação suicida, explicando 65,2% da variância. Verificamos deste modo que as variáveis que anteriormente apresentavam uma correlação significativa com ideação suicida, nomeadamente, o sexo e a sintomatologia depressiva não são consideradas nos modelos apresentados como variáveis preditivas da ideação suicida.

Com base nos resultados é possível constatar que em ambas as amostras as tentativas de suicídio anteriores e a desesperança foram variáveis preditivas da ideação suicida. Estes resultados podem ser explicados à luz de estudos realizados anteriormente. Relativamente à variável desesperança estudos anteriores têm vindo a referenciar esta variável como preditora da ideação suicida (Beck, et al., 1985). Os

indivíduos deprimidos visualizam-se como ineficazes e auto-culpabilizam-se pelos problemas pessoais e sociais e consideram que investir no futuro não trará os resultados esperados logo é desnecessário esse investimento estas crenças e a redução de objectivos de vida contribui para o aumento da ideação suicida. Daí o facto de esta variável influenciar a variância da ideação suicida na amostra de deprimidos.

O constructo psicológico desesperança é considerado como um factor de risco em todos os tipos de comportamento suicida, incluindo a ideação suicida, em diferenciadas perturbações psicopatológicas inclusive em amostras com perturbações depressivas (Rudd, 1990; Minkoff, et al., 1973; O'Connor, et al., 2006) sendo estes resultados equivalentes aos resultados obtidos no presente estudo.

Um estudo realizado por Beck e Colaboradores (1982 citado por Goldsmith, et al., 2002) com pacientes alcoólicos em ambulatório que concluíram que a desesperança era a variável que melhor predizia a ideação suicida comparativamente à depressão ou ao número de tentativas de suicídio no passado. No que concerne à desesperança, os nossos resultados também verificaram como sendo uma variável explicativa da ideação suicida. Todavia os nossos resultados verificaram que relativamente à variável tentativas de suicídio anteriores também explicam parte da variância da ideação suicida tanto na amostra de alcoólicos como na de deprimidos.

A literatura consultada faz referência as tentativas de suicídio anteriores devem ser visualizadas como um sinal de alerta para um suicídio futuro (Rapeli & Botega, 2005). Pessoas com tentativas anteriores possuem um risco superior de reincidência deste comportamento, comparativamente a pessoas sem este historial clínico (Alexopoulos, et al., 1999; Werlang & Botega, 2004 citados por Rodrigues, 2009). Estes estudos corroboram os nossos resultados, onde foi possível constatar que ao juntar os sujeitos das duas amostras com tentativas de suicídio e sem tentativas de suicídio, os que tinham historial clínico de comportamento suicida apresentam níveis superiores de ideação suicida.

Em suma, os resultados obtidos corroboram resultados de anteriores investigações, que sugerem variável a desesperança mais preditiva do comportamento suicida comparativamente à variável depressão (Minkoff, et al., 1973; Wetzel, 1976; Kwo, et al., 2004). Na presente investigação a sintomatologia depressiva mostrou-se correlacionada de modo positivo e significativo mas nos modelos apresentados das variáveis preditivas da ideação suicida não era uma variável explicativa da sua variância.

6.6. Efeito mediador da variável desesperança na relação entre a sintomatologia depressiva e ideação suicida nas duas amostras

Foi possível verificar com recurso a correlações parciais que a variável desesperança medeia totalmente a relação entre a depressão e a ideação suicida, em ambas as amostras da presente investigação. Estes resultados são consistentes com a literatura consultada (Minkoff, et al., 1973; Beck, et al., 1985; Weishaar & Beck, 1992; Glanz, et al., 1995) que atribuem o efeito mediador à variável desesperança. Todavia estes resultados foram obtidos com adolescentes com tentativas de suicídio e com pacientes suicidas. Não sendo possível fazer uma análise comparativa dos resultados obtidos no presente estudo, uma vez que na pesquisa bibliográfica realizada não constar a averiguação do efeito mediador da variável desesperança com amostras de doentes depressivos e com doentes alcoólicos.

Na perspectiva de Cruz (2000) quando a desesperança é entendida como variável mediadora, será o resultado da acumulação de vivências pessoais negativas que, devido à sua natureza e frequência, provocam um estado psicológico actual dominado por esta, que funcionará como intermediária entre a depressão e a ideação suicida, o que poderá justificar os resultados obtidos na presente investigação, uma vez que, em estudo encontram-se amostras clínicas marcadas por uma grande vulnerabilidade psicológica. Por fim, é possível referenciar que a desesperança ocorre frequentemente associada a depressão e serve como ponte entre este constructo psicologico e o suicídio, o que permite mais uma vez justificar os resultados obtidos que apontam a desesperança como uma variável com efeito mediador (Beck, et al., 1985).

Seguidamente serão explanadas as principais conclusões do presente estudo, bem como são apresentadas as limitações do mesmo e sugestões para investigações futuras.

7. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Após apresentação e discussão dos resultados obtidos, será explanado as principais conclusões em função dos objectivos propostos para o presente estudo, bem como as limitações do mesmo.

A presente investigação propôs-se a averiguar a existência de diferenças significativas entre alcoólicos e deprimidos no que concerne às variáveis preditivas da ideação suicida: depressão, desesperança e tentativas de suicídio anteriores, bem como a influência das variáveis sócio-demográficas na ideação suicida destas populações. Pretendia ainda analisar o papel mediador da desesperança na ideação suicida.

Primeiramente, com o intuito de verificar se existiam diferenças significativas entre as duas amostras em estudo, procedeu-se ao estudo individual de cada amostra no que concerne às variáveis depressão, desesperança, ideação suicida, tentativa de suicídio anteriores. Concluiu-se que a amostra de alcoólicos apresenta níveis de sintomatologia depressiva, desesperança e ideação suicida inferiores à amostra de deprimidos, contudo referente a estas variáveis apenas foram encontradas diferenças significativas entre as amostras na variável sintomatologia depressiva.

Concluiu-se ainda, que na amostra de deprimidos, não existiam diferenças significativas entre as variáveis sócio-demográficas e ideação suicida, à excepção da variável idade, que apresentava uma associação significativa negativa e fraca com a ideação suicida, ou seja, nesta amostra, quanto menor a idade maior a ideação suicida apresentada. Na amostra de alcoólicos, apenas a variável sexo apresentou diferenças em relação à ideação suicida, concluindo assim que os homens apresentavam níveis de ideação suicida superiores, comparativamente às mulheres.

Relativamente à variável tentativas de suicídio anteriores, em ambas as amostras foi possível verificar diferenças significativas com a ideação suicida,

concluindo assim que apresentar tentativas de suicídio anteriores se reflecte em maiores níveis de ideação suicida.

Uma outra conclusão obtida, foi que em ambas as amostras os resultados totais da Escala da Desesperança de Beck e do Inventário da Depressão de Beck encontraram-se associados com a ideação suicida, o que nos permite afirmar que quanto maior os níveis de desesperança e de sintomatologia depressiva maior a ideação suicida. Contudo, referente aos factores da Escala de Desesperança apenas o factor sentimentos acerca do futuro e perda de motivação encontraram-se associados com a ideação suicida e somente na amostra de deprimidos, o que nos permite concluir que quanto mais os sujeitos apresentem perda de motivação e sentimentos acerca do futuro maior a ideação suicida.

Relativamente às variáveis preditivas da ideação suicida nestas populações concluiu-se que na amostra de deprimidos as variáveis desesperança, tentativas de suicídio anteriores e a idade explicam 71,6% da variância da ideação suicida e na amostra de alcoólicos, as tentativas de suicídio e a desesperança explicam 62,8% da variância. Este facto permite-nos constatar que as variáveis que explicam a ideação suicida não diferem entre as amostras em estudo nesta investigação, a excepção da influência da idade na amostra de deprimidos.

Concluiu-se ainda que, a variável desesperança medeia totalmente a relação entre depressão e ideação suicida em ambas as amostras, verificando assim o papel mediador desta variável.

De pertinente importância é a consideração das limitações do presente estudo que são seguidamente apresentadas com o desígnio de contribuir para investigações futuras.

Primeiramente, a replicação do presente estudo com uma amostra de tamanho superior poderá ser um ganho para investigações futuras, permitindo assim generalizar os resultados obtidos.

É de apontar limitações a nível dos instrumentos seleccionados e utilizados. A Escala de Desesperança de Beck (Beck, et al., 1974) não está aferida para a população portuguesa mas apenas traduzida, o que poderá ter comprometido os resultados obtidos, visto não ser um instrumento com a confiança desejável por não estar adaptado à realidade da população portuguesa.

No que se refere à análise das variáveis, seria relevante em estudos futuros analisarem a influência de variáveis não contempladas neste estudo e que são indicadas na literatura como influentes da ideação suicida. A título de exemplo referenciava a resolução de problemas e a impulsividade.

Outra limitação a referenciar é a desejabilidade social. Este aspecto tem vindo a ser apontado em outros estudos como um factor que influencia os resultados obtidos. No presente estudo, alguns participantes devido à baixa escolaridade, solicitaram ao investigador a leitura das questões, este facto poderá ter condicionado as respostas dadas, visto que em estudo estavam variáveis pessoais, afectivas e com uma conotação negativa.

O estudo acerca das variáveis associadas à ideação suicida pode contribuir para uma melhor abordagem técnica e consequentemente para uma maior prevenção do suicídio. A presente investigação vem aludir à importância de debruçar um olhar atento sobre estas populações devido à prevalência elevada de comportamentos suicidas nas mesmas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agebro, E., Nordentoft, M., & Mortensen, B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, *325* (13), 74-77.
- Alexopoulos, G., Bruce, M., Hull, J., Sirey, J., & Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1048-1053.
- Allen, M., et al. (2005). Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, *35* (6), 671-680.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.^a Edição revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barconnier, A. (2001). Suicídio. In R. Doron & F. Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia*. pp. 724-725. Lisboa: Climepsi.
- Barrios, L., Everett, S., Simon, T., & Brener, N. (2000). Suicide ideation among US college students: Associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, *48*, 229-233.
- Bartels, S., Drake, R., & McHugo, G. (1992). Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *149* (3), 394-395.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 53-63.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42* (6), 861-865

- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *The Journal of the American Medical Association*, 234 (11), 1146-1149.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142 (5), 559-562.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A., & Steer, R. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: a 5 to 10 year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affect Disorder*, 17, 203-209.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147 (2), 190-195.
- Beck, A., Steer, R, Beck, J., & Newman, C. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 23 (2), 139-145.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective*. *World Psychiatry* 1, 3, 181-185.
- Breslau, N. (1992). Migraine suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology*, 42, 392-395.
- Borges, V., & Werlang, B. (2006). Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia: Saúde & Doença*, 7 (2), 195-210.

- Botega, N., Barros, M., Oliveira, H., Dalgalarrodo, P., & Marin-Leon, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 45-53.
- Burge, V., Felts, M., Chenier, T., & Parrillo, A. (1995). Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in U.S. high school students. *Journal of School Health*, 65 (6), 222-227.
- Carlson, G., & Cantwell, D. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *American Academy of Child Psychiatry*, 21 (4), 361-368.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 18-25.
- Chaves, A. (2007). *Alcoolismo e Depressão – Comunalidades*. Monografia de Licenciatura. Faro: Universidade do Algarve.
- Cheng, A., Chen, T., Chen, C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.
- Cochrane-Brink, K., Lofchy, J., & Sakinofsky I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22, 445-451.
- Conner, K., McCloskey, M., & Duberstein, P. (2008). Psychiatric Risk Factors for Suicide in the Alcohol-dependent Patient. *Psychiatric Annals*, 38, (11), 742-747.
- Conwell, Y., Cholette, J. & Duberstein, P. (1998). Suicide and schizophrenia: identifying risk factors and preventive strategies. *Medscape Psychiatry and Mental Health ejournal*. Acedido a 5 de Novembro em <http://www.medscape.com/medscapetoday>
- Cornelius, J., Clark, D., Salloum, I., Bukstein, O., & Kelly, T. (2004). Interventions in suicidal alcoholics. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28, 89-96.

- Coryell, W., Noyes, R., & Clancy, J. (1982). Excess mortality in panic disorder. A comparison with primary unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 39 (6), 701-703.
- Cornelius, J., et al. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal Psychiatry*, 152, 358-364.
- Costa, J. (2010). Tentativa de suicídio - Revisão Bibliográfica. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Cruz, J. (2000). *Terapia cognitiva de los intentos de suicidio: Cambiando historias de muerte por historias de la vida*. Tese de Doutoramento. Sevilha: Faculdade de Psicologia de Sevilha.
- Direcção Regional de Estatística. (2011). Estatísticas da Saúde da Região Autónoma da Madeira, 2009. Funchal: D.R.E.
- Enns, M., et al. (1997). Prediction of suicide intent in native and non-native adolescent inpatients: a research note. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 27(2), 218-224.
- Ensinck, K., et al. (2002). Is there an increased risk of dying after depression?. *American Journal of Epidemiology*, 156, (11), 1043-1048.
- Eurostat. (2011). Suicide. Acedido a 10 de Novembro de 2011 em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDPH250
- Ferreira, J. & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol 2). Braga: APPORT/SO.

- Gensichen, J., Teising, A., König, J., Gerlach, G., & Petersen, J. (2010). Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *Journal of Affective Disorders, 125*, 124-127.
- Glanz, L., Haas, G., & Sweeney, J. (1995). Assessment of Hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychology Review, 15* (1), 49-64.
- Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A., & Bunney, W. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington: National Academies Press.
- Goldston, D., Daniel, S., Reboussin, B., Reboussin, D., Frazier, P., & Harris, A. (2001). Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 91–99.
- Harkavy-Friedman, J., Nelson, E., Venarde, D., & Mann, J. (2004). Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide & Life - Threatening Behavior, 34* (1), 66-76.
- Hendin, H., Maltzberger, J., Lipschitz, A., Haas, A., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31* (2), 115-128.
- Hewitt, P., Norton, G., Flett, G., Callander, L., & Cowan, T. (1998). Dimension of Perfectionism, Hopelessness and Attempted Suicide in a Sample of Alcoholics, *Suicide e Life-Threatening Behavior, 28* (4), 395-406.
- Hintikka, J., Viinamäki, H., Koivumaa-Tanskanen, H., Saarinen, P., Tanskanen, A., & Lehtonen, J. (1998). Risk Factors for suicidal ideation in psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology, 33* (5), 235-240.
- Hoffman, M. (2000). Suicide and Hastened Death: A biopsychosocial perspective. *The Counseling Psychologist, 28*, 561-572.

- Hufford, M. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review, 21*, 797-811.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2009). *Anuário Estatístico de Portugal 2008*.
INE: Estatísticas da Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). *Anuário Estatístico de Portugal 2009*.
INE: Estatísticas da Saúde.
- Kandel, D., Raveis, V., & Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors, *Journal of Youth and Adolescence, 20* (2), 289-308.
- King, C., et al. (1993). Alcohol consumption in relation to other predictors of suicidality among adolescent inpatient girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32* (1) 82-88.
- Kingree, J., Thompson, M., & Kaslow, N. (1999). Risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems. *Addictive Behaviors, 24* (4), 583-587.
- Konick, L., & Gutierrez, P. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 181-192.
- Kuo, W., Gallo, J., & Eaton, W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39* (6) 497-501.
- Kwon, S., & Oei, T. (1994). The Roles of two levels of Cognition in the Development, Maintenance and Treatment of Depression. *Clinical Psychology Review, 14* (5), 331-358.

- MacLeod, A., et al. (1998). Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 371-379.
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annual International Medicine, 136*, 302-311.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Psychiatry, 156*, 181-189.
- Marusic, A., & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *The British Journal of Psychiatry, 179*, 194-196.
- McGirr, A. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders, 97* (3), 203-209.
- McKelvey, R., Pfaff, J., & Acres, J. (2001). The relationship between chief complaints, psychological distress, a suicidal ideation in 15-24-yearold patients presenting to general practitioners. *Medical Journal of Australia, 175* (10), 550-552.
- Metalsky, G., & Joiner, T. (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: A perspective test of the diathesis- stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 667-675.
- Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Volume II- Orientações Estratégicas. Lisboa.
- Minkoff, K., et al. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry, 130* (4), 455-459.

- Mitchell, M., Garand, L., Dean, D., Panzak, L., & Taylor, V. (2005). Suicide assessment in Hospital Emergency Departments- Implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine, 27* (4), 302-312.
- Murphy, G., Wetzel, R., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry, 49* (6), 459-63.
- Neufeld, E., & O'Rourke, N. (2009). Impulsivity and Hopelessness as Predictors of Suicide-Related Ideation Among Older Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54* (10), 684-692.
- O'Connor, R., Armitage, C., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 465-481.
- Oliveira, A., et al. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção primária*. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança (1ª Edição)*. Lisboa: Edição da Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Global status report: alcohol policy*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *The World Health Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. World Health Organization. Acedido a 11 de Maio de 2011 em : http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/en/index.html

- Organização Mundial de Saúde. (2011). Global status report on alcohol and health. Switzerland. Acedido 8 de Março de 2011 em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgstruprofiles.pdf
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Pages, K., Russo, J., Roy-Byrne, P., Ries, R., Cowley, D. (1997). Determinants of suicidal ideation: The role of substance use disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 58, 510-515.
- Pompili, M.(2010). Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 1392-1431.
- Pompili, M., et al. (2010). Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 1392-1431.
- Rapeli, C., & Botega, N.(2005). Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal*, 123 (1), 43-46.
- Reifman, A., & Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology*, 23, 329-354.
- Reynolds, W. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56 (2), 289-307.
- Rifai, A., George, C., Stack, J., Mann, J. & Reynolds, C. (1994). Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *American Journal of Psychiatry*, 151 (11), 1687-1689.
- Rodrigues, J. (2009). *A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia.

- Rudd, M. (1990). An integrated model of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20 (1), 16-30.
- Rudd, M., Dahm, P., & Rajab, M. (1993). Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *American Journal Psychiatry*, 150 (6), 928-934.
- Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- Schuckit, M., & Smith, T. (2006). An evolution of the level of response to alcohol, externalizing symptoms, and depressive symptoms as predictors of alcoholism. *Journal of studies an Alcohol*, 67, 215-227
- Serra, A., Patto, M., & Lima, M. (1976). Aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de indivíduos normais. *Medicina*, 10, 537-548.
- Sher, L. (2005). Alcohol consumption and suicide. *An International Journal of Medicine*, 99 (1), 55-61.
- Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marin-Leon, L., Barros, M. B. A., & Dalgalarondo, P. (2006). Factores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso controle. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (9), 1835-1843.
- Silva, I. (2007). Auto-Conceito, Depressão e Desesperança em indivíduos dependentes de álcool. *Revista de Saúde Mental*, 9 (5), 17-44.
- Simon, G., & Von Korff, M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology*, 147 (2), 155-160.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2011). Suicídio. Acedido a 3 de Novembro de 2011 em: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=61&Itemid=59

- Sokero, P. (2006). *Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder*. Publications of the National Public Health Institute: Helsinki.
- Sorenson, S., & Rutter, C. (1991). Transgenerational patterns of suicide attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (6), 861-873.
- Suominen, K., Isometsa, E. & Lonnqvist, J. (2004). Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 5* (19), 35-40.
- Swendsen, J., & Merinkangas, K. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 20*, 173-189.
- Teixeira, A. (2010). *Ideação Suicida em Prostitutas de rua*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto.
- Troister, T., & Holden, R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A teste of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences, 49*, 689-693.
- Van Gastel, A., Schotte, C., & Maes, M. (1997). The prediction of suicidal intent on depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 254-259.
- Vicente, S., Nunes, A., Viñas, C., Freitas, D. & Saraiva, C. (2001). Depressão, ideação suicida e desesperança em doentes alcoólicos. *Psiquiatria Clínica, 22* (1), 85-93.
- Vijayakumar, L. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine, 35* (10), 1457-1465.

- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnadottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 97-103.
- Weishaar, M., & Beck, A. (1992). Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 4, 177-184.
- Westefeld, J., Range, L., Rogers, J., Maples, M., Bromley, J., & Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The Counselling Psychologist*, 28, 445–510.
- Wetzel, R. (1976). Hopelessness, depression, and suicide intent. *Archives of General Psychiatry*, 33 (9), 1069–1073.
- Whipple, M., et al. (2009). Hopelessness, depressive symptoms and carotid atherosclerosis in women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Heart Study. *Stroke*, 40, (10), 3166–3172.
- Zimmerman, M., Lish, J., Lush, D., Farber, N., Plescia, G., & Kuzma, M. (1995). Suicidal ideation among urban medical outpatients. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 573-576.

ANEXOS

Anexo A: Questionário Sócio-demográfico

Participante nº _____

Questionário Sócio-demográfico

O presente questionário incide sobre um conjunto de questões que visa a obtenção dos seus dados pessoais e que tornam-se pertinentes para a presente investigação.

Relembro que as suas respostas são confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins estatísticos, deste modo é importante ser sincero nas suas respostas dadas.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a colaboração neste estudo.

I – Dados Pessoais

1- Sexo: F M

2- Idade: _____

3- Vive só Vive acompanhado

4- Profissão: _____

II – Dados Clínicos

1- Já alguma vez realizou alguma tentativa de suicídio?

Nenhuma 1 Mais de 2

2- É acompanhado no Centro de Saúde por diagnóstico de:

Problemas relacionados com o álcool Perturbações depressivas
Outro

Este Questionário terminou!

Obrigada pela sua colaboração

Anexo B: Inventário da Depressão de Beck

Participante nº _____

Inventário da Depressão de Beck

(Beck, et al., 1961; Beck *et al.*, 1979 – Adaptado para a população portuguesa por Adriano Vaz Serra, Maria da Luz Patto & Mario Mendes Lima (1976)

Para cada número seleccione a resposta que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Se varias respostas parecem igualmente aplicar-se ao seu caso pessoal, assinale cada uma delas.

1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não me sinto triste. Sinto-me triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso. Estou tão triste ou infeliz que não consigo aguentar.
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não estou demasiado pessimista ou desencorajado/a quanto ao futuro. Sinto-me pessimista ou desencorajado/a quanto ao futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro. Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não me sinto fracassado/a. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Quando revejo a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado/a como pessoa.
4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtenho tanta satisfação nas coisas como habitualmente. Não gosto das coisas como costumava gostar. Não consigo obter satisfação real seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.
5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não me sinto particularmente culpado/a. Sinto-me culpado/a boa parte do tempo. Sinto-me culpado/a a maior parte do tempo. Sinto-me muito culpado/a a maior parte do tempo.
6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sinto que esteja a ser castigado/a. Sinto que posso ser castigado/a. Espero ser castigado/a. Sinto que estou a ser castigado/a.
7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não estou desapontado/a comigo mesmo/a. Sinto-me desapontado/a comigo mesmo/a. Sinto-me aborrecido/a comigo mesmo/a. Ódio-me.

8	----- ----- ----- ---	Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. Responsabilizo-me o tempo todo pelas minhas falhas. Culpo-me por todas as coisas más que acontecem.
9	----- ----- ----- ---	Não tenho qualquer ideia de me matar. Tenho ideias de me matar mas não as levaria avante. Gostaria de me matar. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
10	----- ----- ----- ---	Não costumo chorar mais que o habitual. Choro agora mais do que costumava. Actualmente passo o tempo todo a chorar. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.
11	----- ----- ----- ---	Não me irrita mais agora do que costume. Fico aborrecido/a ou irritado/a mais facilmente do que costumava. Actualmente sinto-me sempre irritado/a. Já não consigo irritar-me com o que anteriormente me irritava.
12	----- ----- ----- ---	Não perdi o interesse pelas outras pessoas. Interesso-me menos do que costumava com as outras pessoas. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. Perdi todo o meu interesse pelos outros.
13	----- ----- ----- ---	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antes. Adio as minhas decisões mais do que costumava. Tenho agora mais dificuldade em tomar decisões do que antes. Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.
14	----- ----- ----- ---	Não acho que tenha pior aspecto que habitualmente. Preocupo-me por estar a parecer velho/a e pouco atraente. Sinto que se deram modificações na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Considero-me feio/a.
15	----- ----- ----- ---	Consigno trabalhar tão bem como antes. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. Tenho que me esforçar muito antes de começar qualquer coisa. Não consigo fazer nenhum trabalho.
16	----- ----- ----- ---	Durmo tão bem como habitualmente. Não durmo tão bem como de costume. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que o costume e tenho dificuldade para voltar a adormecer. Acordo várias horas mais cedo do que de costume e não consigo voltar a adormecer.
17	----- ----- ----- ---	Não fico mais cansado/a do que antes. Fico cansado/a com mais facilidade do que de costume. Fico cansado/a quando faço seja o que for. Estou cansado/a de mais para fazer o que quer que seja.
18	----- ----- ----- ---	O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. O meu apetite está muito pior agora. Perdi por completo todo o apetite que tinha.
19	----- ----- ----- ---	Não perdi peso ultimamente. Perdi mais do que 2,5 kg. Perdi mais do que 5 kg. Perdi mais do que 7,5 kg.

20	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Não me preocupo mais do que habitualmente com a minha saúde.</p> <p>Preocupo-me com problemas físicos como dores ou aflições, ou perturbação o estômago ou prisão de ventre.</p> <p>Estou tão preocupado/a com os meus problemas físicos que me é difícil pensar noutra coisa além disso.</p> <p>Estou tão preocupado/a com os meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.</p>
21	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pelo sexo.</p> <p>Estou menos interessado/a em sexo do que habitualmente.</p> <p>Estou muito menos interessado/a em sexo actualmente.</p> <p>Perdi completamente o interesse pelo sexo.</p>

Anexo C: Escala da Desesperança de Beck

Participante nº _____

Escala de Desesperança de Beck

(Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974, traduzida para português por Cruz, 2002)

Instruções

A seguir encontra-se uma lista de afirmações, à frente de cada informação assinale com um X na coluna correspondente, se a afirmação é verdadeira ou Falsa para si.

Assinale apenas uma resposta para cada afirmação. Não deixe nenhuma por responder.

	Verdadeiro	Falso
1. Espero o futuro com esperança e entusiasmo.		
2. Mais vale deixar andar, já que não posso melhorar a minha vida.		
3. Quando tudo vai mal, ajuda-me pensar que isso não será para sempre.		
4. Não consigo imaginar o que será a minha vida daqui a dez anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar o que mais desejo fazer		
6. Espero, no futuro, ser bem sucedido no que mais conta para mim.		
7. O meu futuro parece sombrio.		
8. Espero conseguir da vida mais do que a maioria das pessoas.		
9. Não me sinto arrependido, nem espero vir a estar no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me adequadamente para o futuro.		
11. Espero do futuro mais desprazer do que prazer.		
12. Não espero vir a conseguir o que mais desejo.		
13. Quando penso no futuro espero ser mais feliz do que sou agora,		
14. A vida não me corre como desejo.		
15. Tenho fé no futuro.		
16. Nunca consigo o que desejo, por isso é ridículo esperar seja o que for do futuro.		
17. É pouco provável que venha a obter satisfação real no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Espero mais bons do que maus momentos no futuro.		
20. Não vale a pena esforçar-me para conseguir qualquer coisa que desejo, porque provavelmente não a vou conseguir.		

Anexo D: Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Participante nº _____

Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Adaptado de William M. Reynolds, 1988 por J. Armando Ferreira e M. Castela (1993/94)

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.** Faça uma cruz na resposta que melhor descreve os seus pensamentos. Certifique-se que preenche uma cruz para cada frase. Lembre-se que **não há respostas certas ou erradas.**

Pensei nisto	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
1. Pensei que seria melhor não estar Vivo							
2. Pensei suicidar-me							
3. Pensei na maneira como me suicidaria							
4. Pensei quando me suicidaria							
5. Pensei em pessoas a morrerem							
6. Pensei na morte							
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio							
8. Pensei em escrever um testamento							
9. Pensei dizer às pessoas que planeava suicidar-me							
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente							
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse							

12. Desejei estar morto(a)							
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo							
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas							
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a)							
16. Desejei ter coragem para me matar							
17. Desejei nunca ter nascido							
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria							
19. Pensei nas maneiras como as pessoas se suicidam							
20. Pensei em matar -me mas não o faria							
21. Pensei em ter um acidente grave							
22. Pensei que a vida não valia a pena							
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar							
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me							
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo							
26. Pensei que ninguém se importava se eu estava vivo(a) ou morto(a)							
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me							
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar							
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia							
30. Desejei ter o direito de me matar							

Anexo E: Pedido de autorização para recolha de dados à instituição

Silvana Freitas
Estagiária de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde
E-mail: silvana_apfreitas@hotmail.com

Funchal, 8 de Novembro de 2010

Assunto: Pedido de autorização

Exm^a Senhora Directora Dr.^a Maria Rosário Ferraz Silva

Sou aluna de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Algarve, actualmente encontro-me a realizar o estágio curricular no Centro de Saúde de Machico. A par do estágio curricular, necessito realizar um trabalho de investigação que servirá de base para o desenvolvimento da dissertação do mestrado acima referido e para a conclusão do mesmo.

Neste sentido, pretendia investigar as variáveis preditivas da ideação suicida em doentes alcoólicos e deprimidos. A recolha de dados, a decorrer durante o presente estágio curricular, será realizada por mim e implicará entre outros: a) a realização de entrevista aos utentes, mais concretamente um questionário sócio-demográfico b) a aplicação de testes psicológicos que avaliem a depressão, desesperança e ideação suicida

Os dados recolhidos serão divulgados na apresentação da dissertação, sendo o anonimato dos participantes salvaguardado.

Neste sentido, solicito a Vossa Excelência se digne autorizar a realização da referida recolha de informação.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por V^a Ex^a, apresento os meus melhores cumprimentos

Funchal, ____ de _____ de 20__

(A estagiaria)

Anexo F: Consentimento Informado



Consentimento Informado



A presente investigação é desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, pela Mestranda Silvana Freitas e sob Orientação do Professor Doutor José Pestana Cruz.

O presente estudo tem como principal objectivo averiguar a intensidade de sentimentos depressivos, ideação suicida e avaliar do ponto de vista subjectivo, o modo como o indivíduo percepção o seu futuro.

Este estudo terá o contributo de 50 pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, nomeadamente, utentes da consulta de alcoologia e da de psicologia do centro de saúde de Machico que revelem interesse em participar no estudo e que contenham os critérios de inclusão pedidos.

Será pedido aos participantes que preencham 4 questionários que visam atingir os objectivos propostos para esta investigação. A duração da aplicação dos instrumentos será aproximadamente 30 minutos.

É importante referir que a participação nesta investigação é voluntária, confidencial, e em caso de recusa ou desistência não acarreta qualquer consequência, acrescento que os dados obtidos serão exclusivamente para fins estatísticos, posto isto é fulcral a sinceridade das suas respostas.

Caso tenha disponibilidade e concorde em fazer parte da presente investigação é pedido que indique e assine no espaço correspondente.

Sem mais a acrescentar, agradeço desde já a sua colaboração.

(Silvana Freitas)

Após o conhecimento dos objectivos da presente investigação aceito participar no estudo.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____