

CÁTIA CRISTINA ANTUNES MORGADO

**ESTUDO DA INFLUÊNCIA DO PERFECCIONISMO NA IDEACÃO SUICIDA
NUMA AMOSTRA DE JOVENS ADULTOS PORTUGUESES**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

CÁTIA CRISTINA ANTUNES MORGADO

**ESTUDO DA INFLUÊNCIA DO PERFECCIONISMO NA IDEAÇÃO SUICIDA
NUMA AMOSTRA DE JOVENS ADULTOS PORTUGUESES**

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



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

**Estudo da influência do perfeccionismo na ideação suicida
numa amostra de jovens adultos portugueses**

Declaração de autoria de trabalho

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

(Cátia Cristina Antunes Morgado)

Copyright em nome de Cátia Cristina Antunes Morgado

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

Agradecimentos

Agradeço a todos os jovens adultos que se disponibilizaram para participar neste estudo e que dedicaram “um pouquinho” do seu tempo a preencher os vários questionários deste estudo. A sua colaboração foi imprescindível para a realização desta investigação.

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Carmo, por toda a dedicação e disponibilidade, especialmente na reta final, e pela persistência ao longo de todo o ano letivo.

Aos Departamentos, Faculdades e Professores das diversas Universidades do país que divulgaram junto dos alunos o *link* para o preenchimento dos questionários.

À minha colega, amiga e confidente Jéssica, um Obrigada pelo apoio incondicional e pelas muitas conversas de motivação e partilha.

Aos meus pais e ao meu irmão por compreenderem o meu afastamento nesta fase e por estarem sempre lá para me apoiarem mesmo em momentos de maior desmotivação.

Um obrigada especial à minha mãe e ao meu companheiro Bruno pela paciência, pelo carinho e dedicação, pelos discursos de incentivo, pelos bons conselhos e por estarem sempre ao meu lado.

*“Algo só é impossível até que alguém duvide
e decida provar o contrário.”*

Albert Einstein

Resumo

A morte por suicídio apresenta-se como um problema de saúde pública e as suas consequências têm vindo a tomar grandes proporções a nível mundial. Nos anos de 2015 e de 2016, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal apresentou uma média de suicídios acima da média mundial. O perfeccionismo é um traço de personalidade que tem sido fortemente apontado como um possível preditor do comportamento suicidário existindo suporte teórico e empírico que mostra a existência de uma relação entre o perfeccionismo e o suicídio. Neste trabalho serão abordados o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (PSDM; Hewitt, Flett, Sherry & Caelian, 2006) e o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008). **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo principal compreender o papel do traço de perfeccionismo na ideação suicida numa amostra de jovens-adultos portugueses. Pretende-se ainda averiguar se a existência de diferenças na perceção do suporte social influencia a relação entre o perfeccionismo e o suicídio. **Método:** Os participantes ($N = 280$), de ambos os sexos ($M = 52$; $F = 228$) responderam a um formulário *online* (*Google Forms*) composto pela Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS; Hewitt & Flett, 1991), pelo Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988) e pela Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999). **Resultados:** Os resultados obtidos demonstraram, de forma semelhante ao que é exposto pela literatura, a existência de uma associação entre o perfeccionismo, especialmente o perfeccionismo socialmente prescrito, e a ideação suicida. O que parece significar que o perfeccionismo socialmente prescrito tem o potencial de aumentar o risco de suicídio. Quanto ao suporte social, os resultados apoiam o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo, sugerindo que este é um constructo que medeia a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida e que contribui para a compreensão do processo suicidário. **Conclusão:** Após a análise dos resultados concluímos que a avaliação do traço de perfeccionismo e do suporte social percebido pode ajudar na prevenção de comportamentos suicidários bem como no planeamento de uma intervenção mais adequada. Este estudo contribuiu para sublinhar a importância de que limitando o desenvolvimento do perfeccionismo desadaptativo reduzimos o risco de suicídio.

Palavras-chave: Perfeccionismo adaptativo e desadaptativo, comportamentos suicidários, suporte social, jovens-adultos

Abstract

Death by suicide presents itself as a public health problem and its consequences have taken on major proportions worldwide. In the years 2015 and 2016, according to World Health Organization (WHO), Portugal presented a suicide rate above the global average. Perfectionism is a trait that has been strongly pointed out as a possible predictor of suicidal behavior and there are theoretical and empirical support that shows the existence of a relationship between perfectionism and suicide. In this work we will address the Perfectionism Social Disconnection Model (PSDM, Hewitt, Flett, Sherry & Caelian, 2006) and the Cognitive Model of Suicidal Behavior (Wenzel & Beck, 2008). **Objective:** The main objective of this study is to understand the role of the trait of perfectionism in suicidal ideation in a sample of young Portuguese adults. It is also intended to investigate if the differences in perception of social support influences the relationship between perfectionism and suicide. **Method:** Participants ($N = 280$), of both genders ($M = 52$; $F = 228$), responded to an online form (Google Forms) composed of the Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS; Hewitt & Flett, 1991), the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ; Reynolds, 1988) and the Satisfaction with Social Support Scale (ESSS, Ribeiro, 1999). **Results:** The obtained results demonstrated, in a similar way to what is indicated in previous studies, the existence of an association between perfectionism, especially socially prescribed perfectionism, and suicidal ideation. What seems to mean that socially prescribed perfectionism has the potential to increase the risk of suicide. As for social support, the results support the Social Disconnection Model of Perfectionism, suggesting that this is a construct that mediates the relationship between perfectionism and suicidal ideation and that contributes to the understanding of the suicidal process. **Conclusion:** After analysing the results, we conclude that the evaluation of the perfectionist trait and the perceived social support can help to prevent suicidal behaviour as well as to plan a more adequate intervention. This study has contributed to underline the importance that by limiting the development of maladaptive perfectionism we can reduce the risk of suicide.

Keywords: Adaptive and maladaptive perfectionism, suicidal behaviour, social support, young adults

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1. Comportamentos Suicidários	3
2.2. Perfeccionismo	5
2.3. Suporte Social.....	6
2.4. Modelos compreensivos do Perfeccionismo e do Suicídio.....	8
3. Objetivos.....	14
4. Método.....	14
4.1. Amostra	14
4.2. Instrumentos	15
4.2.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	15
4.2.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (HMPS).....	15
4.2.3. Questionário de Ideação Suicida (QIS).....	16
4.2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	17
5. Procedimento de recolha de dados	17
6. Procedimento de análise de dados	18
7. Resultados.....	19
7.1. Caracterização dos níveis de Ideação Suicida e de Perfeccionismo nos jovens-adultos portugueses.....	19
7.2. Níveis de Ideação Suicida e de Perfeccionismo: diferenças entre géneros.....	21
7.3. Níveis de Ideação suicida e de Perfeccionismo: diferenças entre indivíduos com/sem histórico de tentativa de suicídio	22
7.4. Análise da relação entre a Ideação Suicida e as variáveis em estudo	23
7.5. Análise do papel mediador do suporte social na relação entre as dimensões do Perfeccionismo e a Ideação Suicida.....	24
.....	26
8. Discussão	26
Conclusão.....	31
Referências Bibliográficas	34
Anexos	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Comparação dos níveis de Ideação Suicida e dos Níveis de Perfeccionismo em Função do Sexo - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t	22
Tabela 2. Comparação dos Níveis de Ideação Suicida e dos Níveis de Perfeccionismo entre Indivíduos Com e Sem Histórico de Tentativa de Suicídio - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste Mann-Whitney	23
Tabela 3. Correlação (r) entre as variáveis em estudo (Dimensões do Perfeccionismo e Suporte Social) e a Ideação Suicida na Amostra Total	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008).....	9
Figura 2. Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (Hewitt et al., 2006)	11
Figura 4. Análise da frequência do total de pontuações da Escala Multidimensional do Perfeccionismo (MPSH)	21
Figura 5. Efeito Indireto do Perfeccionismo Auto Orientado Sobre a Ideação Suicida por Mediação do Suporte Social percebido (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$).....	25
Figura 6. Efeito Indireto do Perfeccionismo Socialmente Prescrito Sobre a Ideação Suicida por Mediação do Suporte Social percebido (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$).....	26

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Consentimento informado

Anexo B – Email enviado para as faculdades dos Estabelecimentos de Ensino Superior

Anexo C – Questionário Sociodemográfico

Anexo D - Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (HMPS; Hewitt & Flett, 1991; adaptação Soares, Gomes, Macedo & Azevedo, 2003) sem a subescala do Perfeccionismo Orientado para os Outros

Anexo E – Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; adaptação Ferreira & Castela, 1999)

Anexo F – Escala de Perceção de Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999)

1. Introdução

O suicídio mostra-se como um fenómeno complexo que tem vindo a tomar relevância nacional e internacional (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014). A morte por suicídio é, nos tempos contemporâneos, um grave problema de saúde pública e as suas consequências têm vindo a tomar grandes proporções a nível mundial. A compreensão deste fenómeno requer que levemos em consideração as diferenças individuais, bem como a combinação dos muitos fatores que se influenciam mutuamente e que assumem um papel importante na génese deste processo tão complexo que é o suicídio (Orbach, 1997).

Dados estatísticos revelam que, anualmente, cerca de um milhão de indivíduos morre por suicídio a nível global e segundo as previsões da Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2012), em 2020 este número irá aumentar para aproximadamente 1.53 milhões. Em Portugal, a média de mortes por suicídio tem apresentado valores acima da média global, tendo registado uma taxa de 13.7 e 14.0 mortes por cada cem mil habitantes nos anos de 2015 e 2016, respetivamente (OMS, 2017; OMS, 2018). Nos adolescentes e jovens adultos os comportamentos suicidários são comuns e por isso este é um problema de saúde pública de grande relevo.

Este contexto tem vindo a chamar a atenção de profissionais de saúde de diversas áreas, tanto pela sua emergência de atuação como pela falta de uma adequada compreensão de todos os fatores envolvidos neste fenómeno. Assim sendo, é importante investir no desenvolvimento de estudos acerca dos vários fatores que podem colocar os indivíduos em maior ou menor risco de suicídio, de forma a existir uma maior adequação na sua prevenção e intervenção.

A literatura tem apontado diversos fatores de proteção e risco para o suicídio, sendo o perfeccionismo um dos traços de personalidade que tem sido consistentemente relacionado ao comportamento suicidário. Esta relação encontra-se fundamentada por mais de 50 anos de histórias de casos, relatos teóricos e investigação empírica (e.g., Blatt, 1995; Hewitt, Caelian, Chen & Flett, 2014; Kiamanesh, Dyregrov, Haavind & Dieserud, 2014; O'Connor, 2007), o que leva a considerar a sua importância no esclarecimento desta problemática. Uma das muitas definições de perfeccionismo foi escrita por Hollender (1965) que se refere a este traço como “a prática de exigir a si próprio ou dos outros, uma qualidade de desempenho maior do que aquela que é realmente requerida pela situação”. Apesar de existirem diversas definições de perfeccionismo, é consensual que o estabelecimento de padrões de desempenho demasiado elevados é uma característica fundamental deste conceito (e.g., Burns, 1980; Hamachek, 1978; Hollender, 1965).

Outro constructo que tem sido referido como influente no processo suicidário, podendo assumir-se como um fator de risco ou de proteção, é o suporte social. De acordo com a literatura, quando este é satisfatório, pode proteger o indivíduo e assumir um papel importante no aumento da sua satisfação global e na redução do mal-estar (e.g., Hohaus & Berah, 1996; Kessler, et al., 1985; Ornelas, 1996; Sarason, et al., 1982). Pelo contrário, quando este é insatisfatório ou inexistente coloca o indivíduo em maior risco, aumentando a probabilidade de *distress* (e.g., Dunbar, Ford, & Hunt, 1998; Singer & Lord, 1984) e, segundo alguns autores, o risco de suicídio (e.g., Durkheim, 1897; Petzel & Riddle, 1981). O suporte social pode então ser definido, de um modo geral, como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, et al., 1983).

Dado o impacto e a complexidade do fenómeno do suicídio vários autores (e.g., Baumeister, 1990; Cruz, 2003; Rush & Beck, 1978; Wenzel & Beck, 2008; Yang & Clum, 1996) se têm dedicado ao desenvolvimento de modelos explicativos com o intuito de promover um melhor entendimento sobre este tema.

No âmbito desta investigação serão abordados o Modelo Cognitivo do Suicídio de Wenzel e Beck, (2008) que explica os comportamentos suicidários através da interação entre três principais constructos, nomeadamente fatores de vulnerabilidades disposicionais, processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e processos cognitivos associados a comportamentos suicidários. Sendo que o perfeccionismo é um dos traços de personalidade que se encontra dentro dos fatores de vulnerabilidade disposicionais deste modelo; e o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (Hewitt et al., 2006) que tenta explicar a relação entre o perfeccionismo e o suicídio, propondo que são as consequências interpessoais do perfeccionismo, como o isolamento, a solidão e o sentimento de falta de pertença, que contribuem para o ato suicida.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo principal compreender o papel do perfeccionismo e do suporte social na ideação suicida numa amostra de jovens adultos portugueses.

Este trabalho encontra-se estruturado por 8 tópicos: primeiramente, no enquadramento teórico, são abordadas e definidas as variáveis em estudo, são apresentados os modelos explicativos e é feita a revisão da investigação empírica que apoia a relação entre o perfeccionismo e o comportamento suicidário e que aponta o suporte social como um fator

mediador; de seguida são referidos os objetivos gerais e específicos da investigação; posteriormente apresenta-se o método, que inclui a descrição da amostra e dos instrumentos utilizados; logo depois descrevem-se os procedimentos de recolha e de análise de dados; subsequentemente expõe-se os principais resultados e a discussão; e por último, a conclusão onde são apontadas as principais limitações do estudo e as considerações finais.

2. Enquadramento teórico

São vários os autores que se têm dedicado à investigação dos fatores que se encontram na génese do suicídio (e.g., Baumeister, 1990; Cruz, 2003; Wenzel & Beck, 2008). Dentro desses fatores, o perfeccionismo tem sido apontado como um constructo relevante na explicação deste fenómeno. Blatt (1995) e Burns (1980) analisaram a relação entre o perfeccionismo desadaptativo e o suicídio e verificaram que o perfeccionismo desadaptativo pode resultar em última instância no suicídio. O mesmo é defendido por Chang, Watkins & Banks (2004) que sublinha que o perfeccionismo desadaptativo está relacionado com maiores níveis de *stress*, de afeto negativo e de ideação suicida. Assim sendo, para uma melhor compreensão dos comportamentos suicidários, nomeadamente a ideação suicida, este estudo pretende clarificar a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida, assim como explorar o papel do suporte social nesta relação.

2.1. Comportamentos Suicidários

O suicídio é uma das principais causas de mortalidade, que se reflete em quase 1 milhão de mortes por ano a nível global e estima-se que em 2020 represente cerca de 2.4% do total de casos de doença (OMS, 2012). Em 2015, segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), Portugal apresentou uma média de suicídios acima da média global, tendo registado uma taxa de 13.7 mortes por cada cem mil habitantes. No ano de 2016 essa taxa aumentou para 14.0 mortes por cada cem mil habitantes (OMS, 2018). No que se refere à diferença entre géneros, a revisão de literatura não é consensual, sendo que para alguns autores o sexo masculino encontra-se em maior risco de suicídio (e.g., Cavalcante & Minayo, 2012; Mergl et al., 2015), enquanto outros autores defendem que não existem diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino relativamente à ideação suicida (e.g., Eshun, 2000; Rudd, 1989; Schweitzer, Klayich & McLean, 1995; Tyssen, Vaglum, Gronvold & Ekeberg, 2001). Se considerarmos a faixa etária, estima-se que o suicídio seja a 3^o causa de morte na

população entre os 15 e os 34 anos (adolescentes e jovens-adultos), estando entre as primeiras causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América (e.g., Rothes, 2006; Vidal, Gontijo & Lima, 2013).

Edwin Shneidman (1987), no âmbito da literatura clássica da suicidologia, refere-se ao fenómeno do suicídio como um “ato consciente de autoaniquilação induzida, melhor compreendido como uma doença multidimensional no indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema”.

O comportamento suicidário é um termo lato que engloba qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal ou conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Moreira, 2008). A expressão comportamento suicidário abarca assim diversos conceitos desta temática, como a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado.

Em 2013, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) propôs uma nomenclatura, de forma a uniformizar a terminologia usada em suicidologia, onde considera a existência de comportamentos autolesivos, ideação suicida e atos suicidas, dividindo-se este último em tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Os comportamentos autolesivos são definidos pelo PNPS como “comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais” (Santos et al., 2013). Estes comportamentos consistem em danos físicos autoinfligidos pelo indivíduo e têm como principal finalidade a redução de emoções negativas (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

O termo ideação suicida, segundo o PNPS, refere-se a “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, podendo ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato” (Santos et al., 2013).

No mesmo sentido, a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2014) afirma que a ideação suicida consiste na presença de pensamentos sobre autolesão, com intenção propositada ou planeamento de técnicas suscetíveis de provocarem a morte, podendo ocorrer de forma passiva ou ativa. A ideação suicida passiva é caracterizada por pensamentos leves e esporádicos sem risco aparente. Na ideação suicida ativa verificam-se pensamentos persistentes e recorrentes sobre suicídio e a pessoa possui a intenção de morrer (APA, 2014).

A tentativa de suicídio é um gesto autodestrutivo não fatal onde o indivíduo não consegue concretizar o objetivo de acabar com a vida. Neste tipo de comportamento está

presente a intenção de morrer (Matias & Santos, 2014), e por isso o mesmo deve constituir um importante sinal de alerta para o suicídio (Rapeli & Botega, 2005). De acordo com a nomenclatura do PNPS, os atos suicidas dividem-se em tentativa de suicídio e suicídio consumado; sendo a tentativa de suicídio definida como “o ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado” e o suicídio consumado definido como a “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida” (Santos et al., 2013).

Na mesma perspectiva, de acordo com vários autores, o suicídio consumado diz respeito ao ato voluntário contra a vida, através do qual o indivíduo provoca a própria morte (e.g., Vieira & Coutinho, 2008; Botega, 2000; OMS, 2002).

2.2. Perfeccionismo

O perfeccionismo é atualmente considerado um constructo complexo e multidimensional que pode ter componentes adaptativos e desadaptativos. O perfeccionismo desadaptativo, ao contrário do perfeccionismo adaptativo que reflete uma busca positiva de realizações, retrata uma preocupação excessiva com erros, falhas e com a avaliação ou crítica efetuada por outros, levando ao sentimento de que os resultados obtidos nunca são bons ou suficientes. O perfeccionismo desadaptativo está geralmente associado a várias consequências negativas, como a dor psicológica insuportável (Flamenbaum & Holden, 2007), ou a desesperança (Flett, Hewitt & Heisel, 2014); enquanto o perfeccionismo adaptativo tende a estar ligado a resultados positivos, como seja o sucesso académico (Cox, Enns, & Clara, 2002) ou a eficácia na resolução de problemas (Blankstein et al., 2007).

Regressando às origens da conceptualização do perfeccionismo positivo e negativo, Hamachek (1978) diferenciou o perfeccionismo normal do perfeccionismo neurótico. Para esta autora, no perfeccionismo normal os indivíduos desfrutam de tarefas complexas e que requerem um maior esforço e usam a aprovação dos outros como um complemento adicional para se sentirem realizados e continuarem a melhorar a sua performance. Por outro lado, no perfeccionismo neurótico, os indivíduos tendem a criar expectativas demasiado irrealistas e nunca estão satisfeitos com os resultados que obtêm.

No mesmo sentido, décadas mais tarde, Frost, Marten, Lahart & Rosenblate (1990) propõe uma definição de perfeccionismo que vai ao encontro da descrição de perfeccionismo neurótico sugerida por Hamachek (1978), na qual o constructo se apresenta como o

estabelecimento de “padrões de desempenho excessivamente elevados que são acompanhados de autoavaliações excessivamente críticas”.

Posteriormente, Hewitt e Flett (1991), combinando conceptualizações pré existentes acerca do perfeccionismo, apresentam três componentes chave deste conceito: Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) no qual o individuo deposita expectativas irrealistas para o *self* e busca de forma incessável atingir a perfeição; o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) onde existe a exigência para que os outros sejam perfeitos; e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) que envolve a crença de que outros têm padrões e expectativas irrealistas para o nosso comportamento e que devemos corresponder a essas expectativas por forma a ser aceites e respeitados. A literatura tem vindo a demonstrar que dentro destas três dimensões, o Perfeccionismo Auto Orientado, também conhecido como perfeccionismo adaptativo, está mais relacionado com as consequências positivas do perfeccionismo, como boa autoestima e sentimento de autocontrolo (Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005); por outro lado, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito, também denominando de perfeccionismo desadaptativo, encontra-se associado a consequências negativas do perfeccionismo como seja a desesperança interpessoal (Blankstein, Lumley, & Crawford, 2007; Hewitt et al., 2006), cognições mal adaptativas (Blankstein & Winkworth, 2004), *stress* (Short & Mazmanian, 2013), solidão e hostilidade (Flett, Hewitt, Garshowitz, & Martin, 1997; Hewitt et al., 2006).

Mais recentemente, o perfeccionismo é considerado um processo transdiagnóstico (Egan, Wade & Shafran, 2011), apresentando-se como um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de um amplo conjunto de problemas psicopatológicos (Shafran & Mansell, 2001). Por conseguinte, e dada a prevalência de comportamentos suicidários em amostras clínicas, torna-se fundamental perceber em que medida este traço de personalidade contribui para o funcionamento psíquico menos adaptativo dos indivíduos e de que forma se relaciona com os comportamentos suicidários.

2.3. Suporte Social

Outro constructo importante na esfera da suicidologia é o suporte social. A falta de suporte social tem sido recorrentemente apontada como um dos fatores de risco do suicídio, o que significa que aumenta a probabilidade de ocorrência de um comportamento suicidário (e.g., Beautrais, Collings, Ehrhardt, Henare, 2005; Compton, Thompson & Kaslow, 2005; Garber,

Little, Hilsman, Weaver, 1998). Exemplos de outros fatores de risco são a exposição a acontecimentos de vida stressantes (e.g., Fawcett, 2012; Sobrinho & Campos, 2016), tentativa prévia de suicídio (e.g., Anupama, & Babool 2014; Berman et al., 2006; Gutierrez & Osman, 2008; Hawton, & Van Heeringen, 2000), história familiar de suicídio (e.g., Sampaio, 2012; Werlang & Sperb, 2004), e variáveis como a desesperança (e.g., Brown et al., 2000; Wilson, Deane, Marshall, & Dalley, 2010) ou a dor psicológica (e.g., Troister, & Holden, 2012; Shneidman, 1993).

Neste estudo iremos focar a nossa atenção no impacto do suporte social percebido na relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida.

Para Dunst e Trivette (1990) o suporte social diz respeito aos recursos que se encontram à disposição dos indivíduos para dar resposta às suas necessidades. Para estes autores o suporte social integra cinco componentes principais: constitucional, relacional, funcional, estrutural e satisfação.

Na perspetiva de Cramer, Henderson & Scott (1997), o suporte social pode dividir-se em suporte social percebido e suporte social recebido. O suporte social percebido refere-se ao suporte que o indivíduo percebe como disponível no caso de precisar de recorrer a alguém; e o suporte social recebido descreve o suporte que foi de facto recebido por alguém.

Não obstante a existência de algumas divergências quanto à sua operacionalização, é possível encontrar características comuns nas diversas definições de suporte social, como seja a presença de uma componente de interação ou comportamento de interajuda perante um indivíduo que careça de apoio (e.g., Rook & Dooley, 1985).

Podemos então concluir que o suporte social é uma transação entre o indivíduo e a sua rede de apoio, que tem como finalidade auxiliar o indivíduo a lidar com as adversidades, a satisfazer as suas necessidades interpessoais e a conquistar as suas metas (Rodriguez & Cohen, 1998).

Vários estudos demonstram que o suporte social assume um papel relevante no suicídio, podendo proteger ou colocar o indivíduo em maior risco (e.g., Petzel & Riddle, 1981). Este é um constructo que está associado ao bem-estar geral do indivíduo e quando é inexistente aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos suicidários.

Cassel (1976) e Cobb (1976), pioneiros na investigação do suporte social, sublinharam a sua importância no bem-estar e saúde dos indivíduos, e apontaram para o facto de a insuficiência ou inexistência de suporte social expor o indivíduo a uma maior vulnerabilidade,

enquanto a satisfação com o suporte social protege os indivíduos de consequências adversas causadas pelo *stress*.

Alguns autores defendem que o suporte social é uma das variáveis associadas à satisfação com a vida (Hohaus & Berah, 1996) e que detém um papel importante na redução do mal-estar (Sarason et al., 1982), podendo proteger os indivíduos contra o aparecimento de possíveis perturbações mentais (Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996) e contra os efeitos negativos do *stress* (Singer & Lord, 1984).

Segundo Durkheim (1897) “o suicídio varia na razão inversa do grau de integração na sociedade”, ou por outras palavras, a carência no suporte social aumenta o risco de suicídio.

Na mesma perspetiva, Compton et al. (2005) observaram que baixos níveis de suporte social e de união familiar aumentam o risco de tentativa de suicídio, o que parece significar que um melhor funcionamento familiar e suporte social satisfatório têm um potencial protetor de comportamentos suicidários futuros.

2.4. Modelos compreensivos do Perfeccionismo e do Suicídio

Considerando a complexidade, a prevalência e a importância de prevenir o fenómeno do suicídio, são muitos aqueles que se têm dedicado ao estudo desta temática com o intuito de alcançar uma maior compreensão acerca desta realidade.

Neste sentido, nas últimas décadas, foram desenvolvidos diversos modelos explicativos que visam encontrar os fatores que estão subjacentes ao comportamento suicida (e.g., Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio de Rush e Beck, 1978; Modelo Etiológico da Conduta Suicida de Yang e Clum, 1996; Modelo Clínico do Comportamento Suicida de Mann et al., 1999; Modelo Cognitivo da Conduta Suicida de Cruz, 2003; Modelo Cognitivo do Suicídio de Wenzel e Beck, 2008). No âmbito deste estudo será abordado o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008). Este modelo integra o perfeccionismo como um dos traços de personalidade que coloca o indivíduo mais vulnerável à ocorrência de comportamentos suicidários.

O Modelo Cognitivo do Suicídio desenvolvido por Wenzel e Beck (2008) baseia-se na teoria cognitiva da psicopatologia de Beck e que inclui conceitos chave para a distinção entre indivíduos suicidas e não suicidas. Este modelo, representado na Figura 1, realça a existência de três principais constructos que sustentam os comportamentos suicidários, nomeadamente fatores de vulnerabilidades disposicionais, processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e processos cognitivos associados a comportamentos suicidários.

Os fatores de vulnerabilidade disposicionais são traços psicológicos estáveis que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos suicidários; isto significa que é necessário uma menor quantidade de eventos *stressores* para ativar os processos cognitivos associados a estes comportamentos. Os autores identificaram, dentro destes fatores, cinco categorias principais: impulsividade e constructos relacionados (e.g., agressividade e hostilidade), défice na capacidade de resolução de problemas, estilo de memória sobre generalizada, estilo cognitivo mal adaptativo (e.g., pensamento dicotómico) e personalidade (e.g., perfeccionismo e o neuroticismo).

Estes fatores foram considerados relevantes por terem a capacidade de gerar *stress*, por poderem influenciar de forma negativa o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica e por terem o potencial de reduzir a eficácia dos mecanismos de *coping* utilizados pelos indivíduos assim como impedir o processamento cognitivo adaptativo (Wenzel & Beck, 2008).

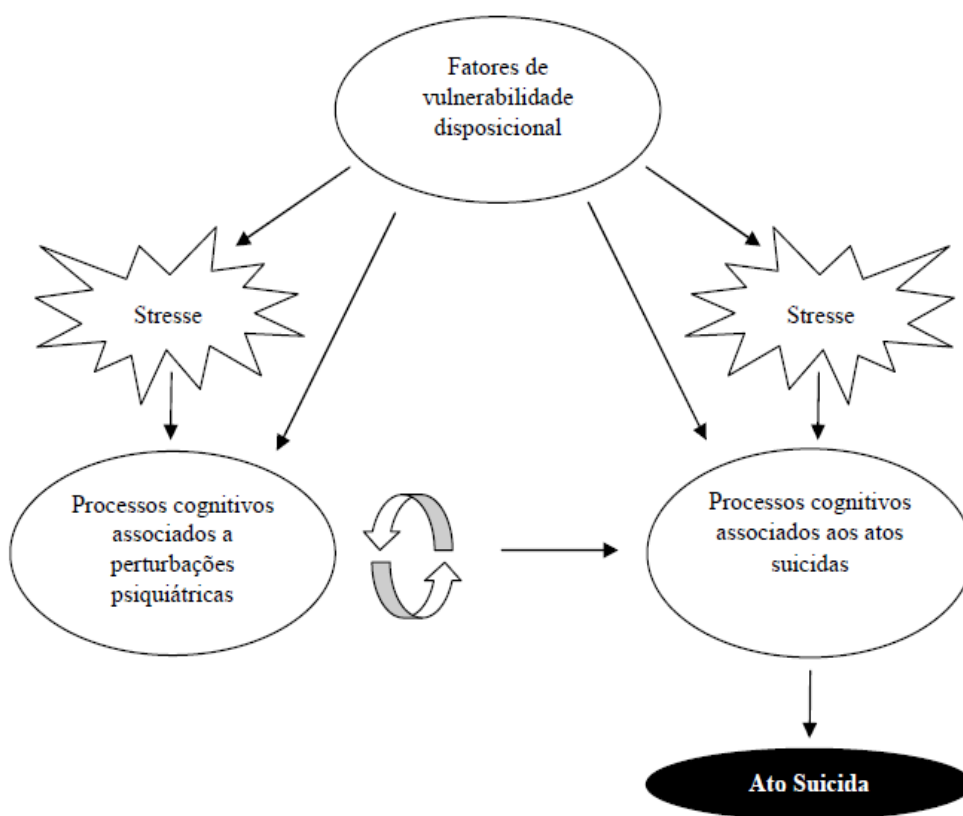


Figura 1. Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008)

Quando nos referimos aos processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas falamos de um processamento de informação cognitiva desadaptativa que depende dos esquemas aprendidos ao longo da vida. De acordo com Clark e Beck (1999), os esquemas são “estruturas internas relativamente duradouras de características genéricas ou protótipos

armazenados de estímulos, ideias ou experiências que são usados para organizar novas informações de maneira significativa, determinando, assim, como os fenômenos são percebidos e conceptualizados”. Por outras palavras os esquemas influenciam a forma como os indivíduos percebem o mundo. Estes esquemas são desenvolvidos através de experiências anteriores e informações recebidas pelo meio envolvente e podem permanecer “dormentes” até surgir um evento de vida stressante, determinando assim o modo como o indivíduo vai reagir. Este modelo propõe que os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas têm o potencial de ativar os processos cognitivos associados aos comportamentos suicidários especialmente quando estes ocorrem com maior frequência, intensidade e/ou duração.

Os processos cognitivos associados a comportamentos suicidários salientam o papel que a desesperança detém na identificação de sujeitos suicidas, uma vez que se apresenta como um forte preditor de comportamentos suicidários. A desesperança é definida como “expectativas negativas acerca do futuro” (Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973) e de acordo com este modelo o estado de desesperança em conjunto com o processamento enviesado dos estímulos aumenta o risco de suicídio. Os indivíduos com um elevado grau de desesperança e défice nas habilidades de *coping* tendem a pensar no suicídio como uma solução para os seus problemas.

Desta forma, os processos cognitivos associados a comportamentos suicidários são desencadeados quando um esquema associado a conteúdos suicidas é ativado. A ativação destes esquemas ocorre, na maioria dos casos, quando existe uma interação entre três variáveis: a presença de fatores de vida stressantes; a frequência, intensidade e/ou duração continuada de processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas e a presença de fatores de vulnerabilidade disposicionais, na qual se salientam os traços de neuroticismo e de perfeccionismo.

É importante referir que já anterior ao Modelo Cognitivo do Suicídio, no ano de 2006, Hewitt, Flett, Sherry e Caelian desenvolveram o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (PSDM) numa tentativa de esclarecer a relação entre o perfeccionismo e os comportamentos suicidários, propondo que são as consequências interpessoais do perfeccionismo que explicam o processo suicidário.

O Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (PSDM) pretende assim explicar de que forma o perfeccionismo pode contribuir para a ocorrência de comportamentos suicidários (Figura 2). Este modelo integra componentes interpessoais do suicídio e componentes interpessoais do perfeccionismo como sugeridos por Hewitt e Flett (1991): Perfeccionismo Auto-

Orientado (PAO), Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO), e Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP).

O PSDM propõe que a desconexão social medeia a relação entre o perfeccionismo e os comportamentos suicidários, o que parece significar que são as consequências interpessoais do perfeccionismo, como o isolamento, a solidão e o sentimento de falta de pertença, que podem contribuir para o ato suicida.

A desconexão social inclui um componente de desconexão subjetivo - sentimento de desprendimento dos outros - e um componente de desconexão objetivo - dificuldade nos relacionamentos interpessoais (Hewitt et al., 2006).

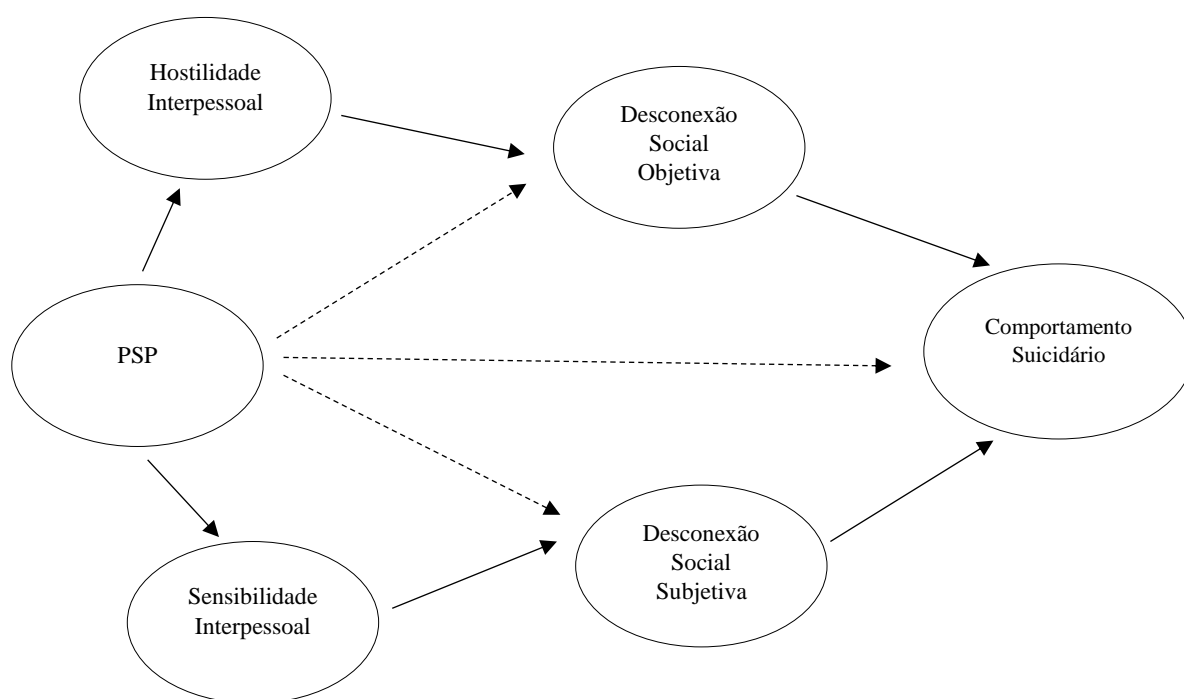


Figura 2. Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (Hewitt et al., 2006)

De acordo com este modelo, o perfeccionismo desadaptativo pode levar os indivíduos por um de dois caminhos possíveis. Por um lado, encontra-se associado a maior hostilidade (e.g., irritabilidade, ressentimento) que por sua vez produz a componente de desconexão social objetiva, ou seja, leva o indivíduo a experienciar conflitos interpessoais, falta de companheirismo e de suporte por parte dos outros, e carência de contacto social.

Por outro lado, pode associar-se a maior sensibilidade no contacto interpessoal (e.g., fragilidade emocional, timidez), aumentando o risco de o indivíduo interpretar as atitudes dos outros de forma errónea, que leva por sua vez à componente de desconexão social subjetiva. Esta componente conduz o indivíduo a experienciar sentimentos de rejeição, falta de intimidade

emocional por parte dos outros e percepção de que os outros são indiferentes. Ambas as componentes de desconexão social promovem o sentimento de desesperança interpessoal e aumentam o risco de suicídio.

Em suma, Hewitt, et al., (2006) defendem que o perfeccionismo desadaptativo pode explicar o caminho para o suicídio através do aumento da desconexão interpessoal.

A revisão da literatura aponta assim para o perfeccionismo como um fator relevante na explicação do suicídio, sendo este um traço que tem sido relacionado de modo consistente ao comportamento suicidário em populações clínicas e não-clínicas (O'Connor, 2007).

Num estudo de revisão sistemática, O'Connor (2007) concluiu que o perfeccionismo desadaptativo é um dos traços que pode prever o comportamento suicida.

No mesmo sentido, Johnson, Wood, Gooding, Taylor e Tarrier (2011) realizaram uma meta-análise, que incluiu 77 estudos, com o objetivo de investigar a existência de moderadores psicológicos de risco suicidário. Nesta meta-análise foram encontradas evidências que apontam para um forte impacto moderador do traço de perfeccionismo. Por outras palavras, níveis mais elevados de perfeccionismo contribuem para amplificar outros fatores de risco que estão associados aos comportamentos suicidários.

Ainda, num estudo de revisão sistemática, Flett, Hewitt, e Heisel (2014) concluem que o perfeccionismo desadaptativo se apresenta como um forte preditor de *distress* e comportamentos suicidários. Neste estudo os autores salientam ainda quatro fatores chave que podem levar ao aumento do risco de suicídio. O primeiro prende-se com o desejo dos perfeccionistas em manter a aparência de perfeição. De acordo com Blatt (1995), muitos perfeccionistas escondem o seu *distress* e sentimentos negativos e mantêm em sigilo o seu desejo/plano de suicídio. O segundo fator relaciona-se com o facto de os perfeccionistas não serem, geralmente, indivíduos impulsivos; pelo contrário tendem a ser bastante determinados e intencionais no planeamento das suas tentativas de suicídio, o que pode prognosticar um maior grau de letalidade (Hewitt & Flett, 1993). O terceiro fator prende-se com o sentimento de vergonha sentido pelos indivíduos perfeccionistas que tenham concretizado uma tentativa frustrada de suicídio, principalmente quando esta tentativa se torna conhecida pelos outros. Estes indivíduos tendem a interpretar essa tentativa como o derradeiro fracasso pessoal, aumentando a vergonha e os pensamentos ruminativos, o que pode levar a uma tentativa mais letal no futuro. Por fim, o quarto fator prende-se com a correlação existente entre o perfeccionismo e um constructo denominado *psychache*. Este refere-se à dor psicológica intensa

e foi reconhecido por Shneidman (1993) como o elemento psicológico mais essencial no suicídio, apresentando-se como um forte preditor dos comportamentos suicidários e mediador entre outras variáveis e o suicídio.

Na mesma perspectiva, Kiamanesh, Dieserud, Dyregrov e Haavind (2015), num estudo com base na história de vida de seis homens vítimas de suicídio, onde o objetivo principal era explorar em que medida a história de vida dos participantes, sem histórico de cuidados de saúde mental ou tentativas de suicídio anteriores, os predispôs ao perfeccionismo desadaptativo. Foi feita uma análise fenomenológica interpretativa para examinar os dados das entrevistas de 41 familiares e amigos, e os resultados apoiam os estudos anteriores no que diz respeito à existência de uma relação entre o perfeccionismo desadaptativo e o comportamento suicidário. O mesmo é defendido por Bell, Stanley, Mallon e Manthorpe (2010) que concluíram, através de um estudo de caso, que o perfeccionismo desadaptativo pode explicar o caminho para o suicídio.

Mais recentemente, numa meta-análise que reuniu 45 estudos, Smith et al. (2017) investigaram a correlação entre o perfeccionismo e a ideação suicida/ tentativa de suicídio. A análise corrobora as descobertas de estudos anteriores relativamente ao efeito danoso do perfeccionismo (Blatt, 1995; Flett et al., 2014; Hewitt et al., 2006; O'Connor, 2007). Concluindo que das 15 dimensões do perfeccionismo consideradas, 13 têm uma correlação positiva com a ideação suicida e 7 têm uma correlação positiva com a tentativa de suicídio.

Podemos concluir que face ao exposto, a pertinência deste estudo reside no facto de o suicídio, em Portugal, apresentar uma taxa elevada de mortalidade que tem aumentado ao longo dos últimos anos. O perfeccionismo surge consistentemente como um fator explicativo dos comportamentos suicidários, surgindo tanto no Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (Hewitt et al., 2006) como mais tarde, em modelos explicativos do suicídio, o que leva a considerar a sua importância no esclarecimento deste fenómeno.

Este estudo pretende averiguar a associação entre o perfeccionismo e a ideação suicida numa amostra não clínica de jovens-adultos, uma vez que a maioria dos estudos sobre comportamentos suicidários utiliza amostras clínicas (e.g., Roxborough et al., 2012, Hewitt, Caelian, Chen, & Flett, 2014). No entanto, estima-se que exista um elevado número de pessoas que morrem por suicídio e que não apresentam um histórico prévio de doença mental (Kiamanesh et al., 2014), tornando-se fundamental compreender os principais fatores de vulnerabilidade psicológica subjacentes a este fenómeno, de modo a delinear uma estratégia de prevenção e intervenção mais adequada.

3. Objetivos

Tendo em consideração a revisão de literatura apresentada, o presente estudo tem como objetivo principal compreender o papel do perfeccionismo na ideação suicida numa amostra de jovens adultos de nacionalidade portuguesa. Para tal foram delineados os seguintes objetivos específicos: a) caracterizar os níveis de ideação suicida e os níveis de perfeccionismo nos jovens adultos; b) verificar se existiam diferenças significativas entre sexos quanto aos níveis de ideação suicida e quanto aos níveis de perfeccionismo; c) investigar se existem diferenças significativas entre indivíduos com e sem histórico de tentativa de suicídio no que diz respeito aos níveis de ideação suicida e aos níveis de perfeccionismo; d) analisar a relação entre a ideação suicida e as variáveis em estudo, nomeadamente as dimensões do perfeccionismo e o suporte social percebido; e) averiguar o papel mediador do suporte social na relação entre as várias dimensões de perfeccionismo e os níveis de ideação suicida nos jovens adultos.

Globalmente esperasse observar uma relação positiva entre o perfeccionismo e a ideação suicida e que a perceção de suporte social possa ser um fator mediador entre estas variáveis, podendo assumir o papel de fator de risco ou de proteção para os indivíduos.

4. Método

4.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 280 jovens-adultos de nacionalidade Portuguesa, 228 (81.4%) do sexo feminino e 52 (18.6%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 21.69$, $DP = 2.604$). A maior parte dos participantes são solteiros (96.4%) e com habilitações ao nível do ensino superior (68.6%) e do ensino secundário (30%). Aproximadamente $\frac{1}{4}$ dos participantes (23.2%) afirmaram ter sido diagnosticados com um problema psicológico ou psiquiátrico e dentro destes mais de metade correspondia a Perturbações Depressivas (52.5%), seguindo-se as Perturbações de Ansiedade (35.6%) como as mais representativas.

Mais de metade dos participantes (55%) afirmou já ter sentido que não valia a pena viver e cerca de $\frac{1}{4}$ (22.5%) responderam afirmativo quando questionados se já tinham cometido atos para se auto-prejudicar. Quanto a tentativas de suicídio a maioria (91.1%) refere nunca ter tentado pôr fim à sua vida.

4.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

4.2.1. Questionário de dados sociodemográficos

No âmbito deste trabalho foi construído um questionário de caracterização sociodemográfica (Anexo C) que possibilitou descrever os participantes quanto ao gênero, idade, nacionalidade, distrito de residência, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. Foram ainda recolhidas algumas informações adicionais que remetiam para a temática em estudo (e.g., “Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?”, “Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?” ou “Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?”).

4.2.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (HMPS)

A *Multidimensional Perfectionism Scale* foi desenvolvida por Hewitt e Flett (1991) (Anexo D) e é constituída por uma componente intrapessoal (Perfeccionismo Auto-orientado) e por duas componentes interpessoais (Perfeccionismo Socialmente Prescrito e Perfeccionismo Orientado para os outros).

Esta escala é composta por um total de 45 itens numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde a “*discordo completamente*” e 7 corresponde a “*concordo completamente*”. Os itens distribuem-se por três subescalas que avaliam as três dimensões do perfeccionismo: Perfeccionismo Auto-orientado (18 itens), que avalia o estabelecimento de padrões excessivamente elevados dirigidos ao próprio (e.g., “Faço tudo o que posso para ser tão perfeito(a) quanto possível”); Perfeccionismo Socialmente Prescrito (14 itens), que mede a perceção de que outros possuem padrões e expectativas irrealistas dirigidos ao próprio (e.g., “As pessoas que me rodeiam esperam que eu seja bem sucedido em tudo”); e o Perfeccionismo Orientado para os Outros (8 itens), que avalia o padrão de exigência que o indivíduo deposita nos outros à sua volta para que estes sejam perfeitos (e.g., “Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros.”). A pontuação total da escala é conseguida através da soma da pontuação de cada item, sendo de salientar que 19 dos 45 itens que compõem a escala são cotados no sentido inverso. Esta pontuação pode variar entre 45 e 315, tendo em consideração que a uma pontuação mais elevada correspondem níveis mais elevados de perfeccionismo.

A versão original da escala apresenta boas qualidades psicométricas e encontra-se traduzida e adaptada para a população portuguesa por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003). A versão portuguesa da HMPS apresenta igualmente adequadas qualidades

psicométricas, sendo bastante utilizada com amostras clínicas (e.g., Maia, et al., 2009) e não clínicas (e.g., Soares et al., 2003). Demonstra também uma boa consistência interna, tanto na escala completa ($\alpha = .89$), como nas subescalas que a constituem: PAO (18 itens, $\alpha = .89$); PSP (14 itens, $\alpha = .83$); e POO (9 itens, $\alpha = .69$).

Quanto à diferença entre géneros no que diz respeito aos níveis de perfeccionismo, de acordo com Soares et al. (2003) não foram encontradas diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino nas várias dimensões de perfeccionismo.

No presente estudo foram utilizadas apenas duas das três subescalas deste instrumento, nomeadamente as que avaliam o Perfeccionismo Auto-orientado e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Optou-se por esta redução da escala, por um lado devido à maioria dos estudos empíricos demonstrarem que apenas estas duas dimensões apresentam uma relação com os comportamentos suicidários; por outro lado para reduzir a extensão do protocolo e assim manter a motivação do respondente aquando o seu preenchimento.

Foi efetuada a análise da fiabilidade das duas subescalas utilizadas, com uma amostra total de 280 jovens-adultos, tendo-se obtido valores de consistência interna (alfa de Cronbach) elevados e idênticos ao estudo da adaptação portuguesa: PAO ($\alpha = .92$) e PSP ($\alpha = .88$).

4.2.3. Questionário de Ideação Suicida (QIS)

O *Suicide Ideation Questionnaire* de Reynolds (1988) (Anexo E) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas. É constituído por 30 itens (e.g., “Pensei que seria melhor não estar vivo”, “Pensei na morte”; “Pensei suicidar-me”), numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos, na qual o respondente deve indicar a frequência da ocorrência da cognição durante o último mês. Os itens são pontuados de 0 a 6, onde 0 corresponde a “*nunca tive este pensamento*” e 6 corresponde a “*quase todos os dias*”. A pontuação total varia entre 0 e 180 pontos sendo que quanto maior for a pontuação, maior é o número de pensamentos ou cognições suicidas.

Em Portugal, o instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999), sendo o Título da versão portuguesa – Questionário de Ideação Suicida (QIS). A versão portuguesa revela características psicométricas bastante satisfatórias e uma boa consistência interna, com um Alfa de Cronbach de .96 (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo ($N = 280$), após análise da fiabilidade, obteve-se um alfa de Cronbach de .97, o que revela uma consistência interna muito boa e vai ao encontro do valor obtido no estudo da adaptação portuguesa.

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

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo F), desenvolvida por Ribeiro (1999), foi construída com o objetivo de avaliar a satisfação com o suporte social percebido, e a sua relação com a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar. A ESSS é uma escala de autopreenchimento e é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro subescalas: Satisfação com Amigos (SA), que avalia a satisfação com as amizades (5 itens) (e.g., “Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”); Intimidade (IN), que mede a percepção de existência de suporte social íntimo (4 itens) (e.g., “Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”); Satisfação com a Família (SF), que avalia a satisfação com o suporte social familiar (3 itens) (e.g., “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”); e Atividades Sociais (AS), que calcula a satisfação com as atividades sociais (3 itens) (e.g., “Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”). Para cada um dos itens o respondente deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 corresponde a “*concordo totalmente*” e 5 corresponde a “*discordo totalmente*”. À exceção dos itens invertidos, que devem ser cotados de modo contrário, e que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

A pontuação de cada subescala resulta da soma dos itens pertencentes a cada uma das subescalas e a pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A pontuação total pode variar entre 15 e 75 sendo que a uma pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social e não existem pontos de corte que possam ser considerados como deficitários.

No estudo original, a escala apresentou boas qualidades psicométricas e uma boa consistência interna tanto na escala completa ($\alpha = .85$), como nas subescalas que a constituem: SA (5 itens, $\alpha = .83$); IN (4 itens, $\alpha = .74$); SF (3 itens, $\alpha = .74$) e AS (3 itens, $\alpha = .64$) (Ribeiro, 1999).

No presente estudo, obtiveram-se valores igualmente satisfatórios de consistência interna. A escala completa apresentou um alfa de Cronbach de .89 e as subescalas que a compõe obtiveram os seguintes valores de alfa: SA ($\alpha = .84$); IN ($\alpha = .81$); SF ($\alpha = .85$) e AS ($\alpha = .66$).

5. Procedimento de recolha de dados

O procedimento iniciou-se com um pedido de autorização ao Presidente do Conselho Diretivo da Universidade do Algarve. Após a aprovação do pedido, seguiu-se com o processo

de recolha de dados que se concretizou através de um formulário *online* (*Google Forms*). O link para aceder ao formulário foi divulgado através das redes sociais e enviado por email (Anexo B) aos diretores de curso dos vários estabelecimentos de Ensino Superior do país para que estes pudessem partilhar junto dos seus alunos e assim obter uma amostra mais diversificada e de maior dimensão. Antes do preenchimento do protocolo os participantes preencheram um consentimento informado (Anexo A) que os esclarecia acerca do propósito da investigação e alertava para o facto de a sua participação ser inteiramente voluntária e de os dados por eles fornecidos serem confidenciais.

6. Procedimento de análise de dados

Os dados foram analisados recorrendo ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (24.0) para Windows. Primeiramente foi efetuada a descrição sociodemográfica da amostra com recurso a tabelas de frequência e ao cálculo das medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Seguidamente, de forma a caracterizar a amostra de jovens adultos quanto aos níveis de ideação suicida e de perfeccionismo, foi realizada uma análise descritiva mais detalhada. Esta análise pretendeu indicar e resumir os dados obtidos, através da descrição da distribuição destas variáveis quanto às suas medidas de tendência central – média, mediana e moda (estatística) – e quanto às suas medidas de dispersão – variância, desvio-padrão, valor máximo e valor mínimo e quartis.

De seguida, de forma a explorar a existência de diferenças significativas entre géneros no que se refere aos níveis de ideação suicida e aos níveis de perfeccionismo procedeu-se à realização do *Independent Sample T-Test*. Neste teste foram analisados os valores de t , os graus de liberdade (gl) e os valores de significância (p). A medida de magnitude de efeito baseada em diferenças padronizadas entre médias foi calculada através do cálculo do d de Cohen (d). Para isso foram consideradas como linhas orientadoras para a interpretação do valor de d os seguintes parâmetros: magnitudes de efeito reduzido correspondem a valores de $d = 0.2$, magnitudes de efeito moderado correspondem a valores $d = 0.5$, e magnitudes de efeito elevado correspondem a valores de $d = 0.8$ (Cohen, 1988).

Recorreu-se ainda ao *Mann-Whitney*, alternativa não paramétrica do *Independent Sample T-Test*, de modo a averiguar a existência de diferenças significativas entre indivíduos com e sem histórico de tentativa de suicídio, relativamente aos níveis de ideação suicida e aos níveis de perfeccionismo. Optou-se por esta alternativa por não se verificarem as condições de

aplicação necessárias, nomeadamente a dimensão reduzida de um dos grupos ($N < 30$). O cálculo da magnitude de efeito (d de Cohen) para este teste foi efetuado recorrendo à seguinte fórmula:

$$d = Z \times \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}.$$

Posteriormente, por forma a analisar a relação entre as variáveis de estudo (dimensões do Perfeccionismo e Suporte Social) a Ideação Suicida, recorreu-se ao cálculo do *Coefficiente de Correlação de Pearson* (r). A magnitude do efeito r foi interpretada de acordo com os critérios propostos por Cohen (1988) nos quais valores entre $[.10, .30]$ representam uma associação baixa, entre $[.30, .50]$ correspondem a uma associação moderada e entre $[.50, 1]$ representam uma associação elevada.

Por último, de modo a explorar se a existência de alterações no suporte social percebido afetava a relação entre as dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida, procedeu-se a uma análise do potencial efeito mediador do suporte social nessa relação. Foram consideradas quatro condições para se verificar a existência do efeito mediador (Baron & Keeny, 1986): primeiramente averiguou-se a existência de um efeito significativo do preditor sobre a variável dependente através da realização de uma *regressão linear simples*. De seguida, analisou-se a presença de um efeito significativo do preditor sobre o presumível mediador, novamente através de uma *regressão linear simples*. Posteriormente foi explorado se o efeito da variável mediadora sobre a variável dependente, na presença do outro preditor, era significativo, recorrendo à execução de uma *regressão múltipla*. Por fim recorreu-se ao *teste de Sobel* para verificar se o efeito mediador era significativo. Adicionalmente verificou-se ainda a magnitude do efeito desta mediação, através do cálculo da percentagem do efeito indireto face ao efeito total, através da seguinte fórmula: $100 \times ab \div c$ (Baron & Keeny, 1986).

7. Resultados

Neste tópico são abordados os principais resultados obtidos após a análise estatística dos dados por forma a verificar as hipóteses formuladas inicialmente e dar resposta aos objetivos deste estudo.

7.1. Caracterização dos níveis de Ideação Suicida e de Perfeccionismo nos jovens-adultos portugueses

No que diz respeito aos níveis de ideação suicida, a análise descritiva da totalidade da amostra apresentou um valor médio relativamente baixo e um desvio-padrão e variância

bastante elevados ($M = 22.84$; $DP = 31.186$; $S^2 = 972.561$) (consultar Figura 3). Observou-se uma grande dispersão relativamente à pontuação total do Questionário de Ideação Suicida, sendo que o participante que pontuou mais baixo obteve 0 pontos e o que pontuou mais alto obteve 174 pontos ($A = 174$). De acordo com a análise dos quartis, 25% da amostra obteve abaixo de 3 pontos, 50% pontuou abaixo e acima de 12 pontos e os outros 25% pontuaram acima de 26.75 ($Q1 = 3$; $Q2 = 12$; $Q3 = 26.75$), sendo que o valor que mais se repetiu foi 0 ($Mo = 0$).

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

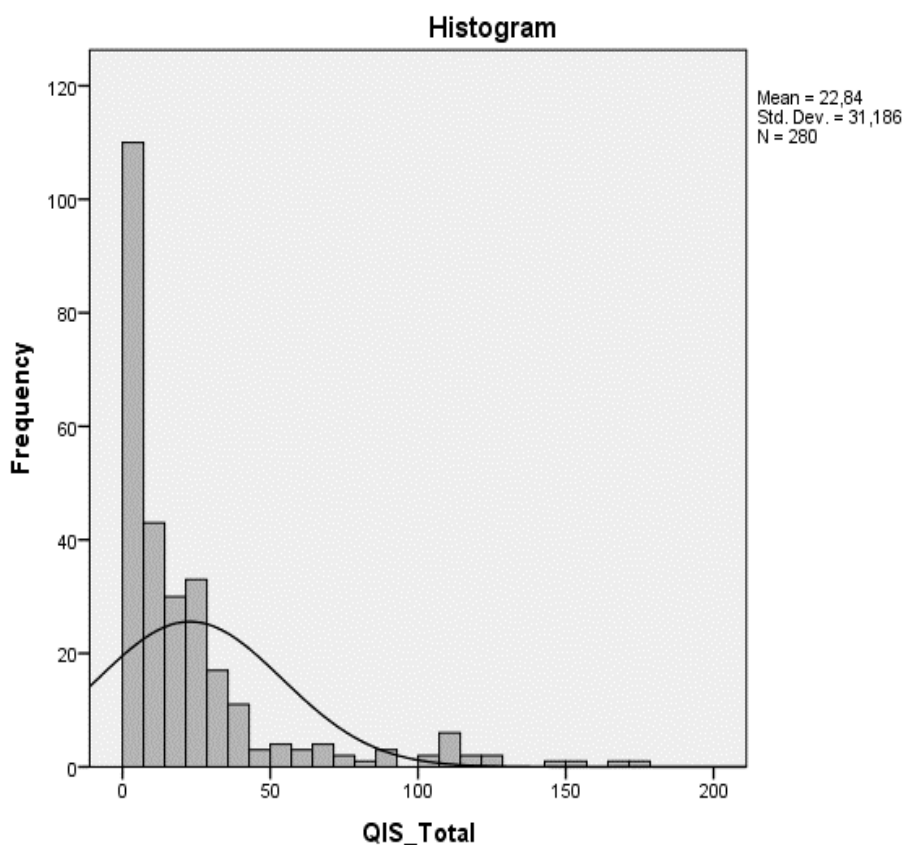


Figura 3. Análise da frequência do total de pontuações do Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Quanto aos níveis de perfeccionismo, foi igualmente realizada a análise descritiva da pontuação da amostra total na Escala Multidimensional do Perfeccionismo e nas duas subescalas que a compõe. A escala completa apresentou um valor médio relativamente alto ($M = 147.75$), tendo em consideração que a pontuação pode variar entre 45 e 315, e mostrou uma dispersão grande de pontuações ($DP = 29.998$; $S^2 = 899.901$) (consultar Figura 4). A análise dos quartis

revelou que 25% dos participantes obteve menos de 130 pontos, 50% pontuou abaixo e acima de 146 pontos e os restantes 25% pontuaram acima de 166.75 ($Q1 = 130$; $Q2 = 146$; $Q3 = 166.75$). O coeficiente de assimetria assumiu um valor próximo de zero o que indica que a distribuição de frequências da amostra é quase simétrica (*Coef. ass.* ≈ 0).

A subescala do Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) revelou valores cima do valor médio central da subescala ($M = 85.50$; $DP = 19.635$) e a subescala do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) apresentou uma média próxima do valor médio da subescala ($M = 47.13$; $DP = 14.085$).

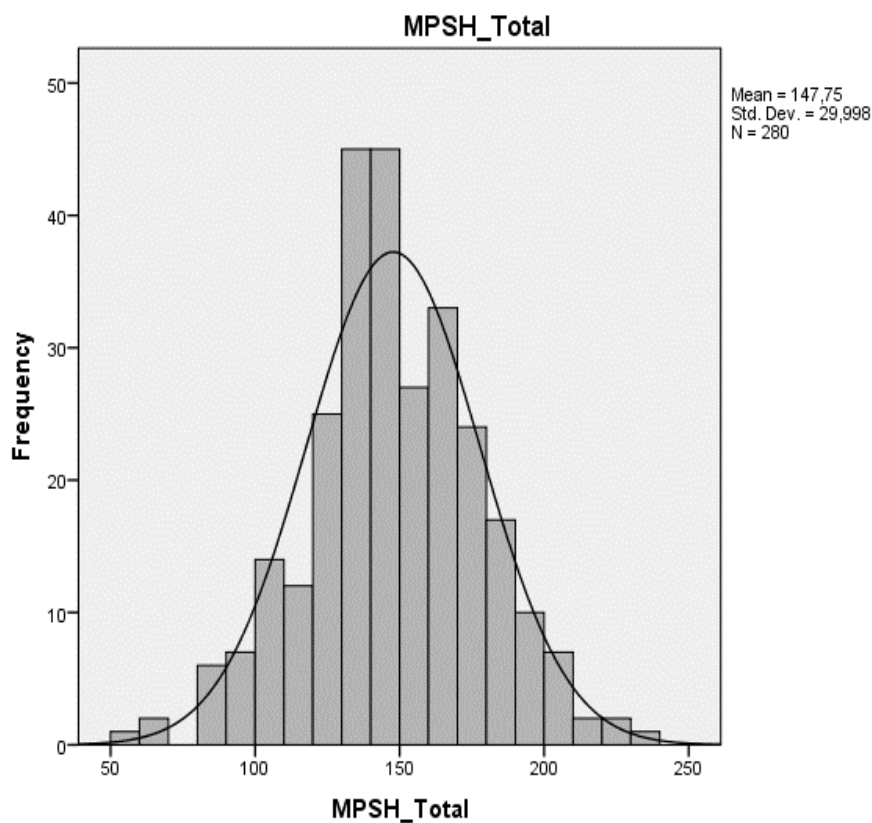


Figura 3. Análise da frequência do total de pontuações da Escala Multidimensional do Perfeccionismo (MPSH)

7.2. Níveis de Ideação Suicida e de Perfeccionismo: diferenças entre géneros

A análise dos valores médios de ideação suicida e de perfeccionismo em função do sexo dos participantes foi realizada através do *Independent Sample T-Test* (consultar Tabela 1).

No que refere à ideação suicida, o teste de *Levene* demonstrou existir homogeneidade de variância ($F = 0.290$; $p = .591$) e por isso procedeu-se à leitura dos valores na primeira linha

da tabela. O sexo masculino ($M = 26.54$; $DP = 34.155$) apresentou uma média de ideação suicida superior à do sexo feminino ($M = 21.99$; $DP = 34.155$) no entanto, essas diferenças não foram significativas ($t_{(278)} = -0.949$; $p = .344$; d de Cohen = 0.14).

Relativamente aos níveis de perfeccionismo, também não se observaram diferenças significativas nas pontuações da escala completa ($t_{(278)} = 1.525$; $p = .128$; d de Cohen = 0.22), nem em nenhuma das subescalas, entre o sexo feminino e o sexo masculino.

Tabela 1. Comparação dos níveis de Ideação Suicida e dos Níveis de Perfeccionismo em Função do Sexo - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t

	Amostra total ($N = 280$)		Sexo masculino ($n = 52$)		Sexo feminino ($n = 228$)		d de Cohen	t	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
QIS	22.84	31.186	26.54	34.155	21.99	30.486	0.14	-0.949	.344
PAO (HMPS)	85.51	19.635	82.62	22.984	86.17	18.784	0.17	1.179	.239
PSP (HMPS)	47.13	14.085	45.00	12.700	47.62	14.364	0.19	1.211	.227
HMPS - total	147.75	29.998	142.04	33.562	149.05	29.048	0.22	1.525	.128

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; QIS = Questionário de Ideação Suicida de Reynolds (1988); HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; HMPS total = Valor total de perfeccionismo avaliado pela HMPS.

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

7.3. Níveis de Ideação suicida e de Perfeccionismo: diferenças entre indivíduos com/sem histórico de tentativa de suicídio

Por forma a investigar se indivíduos com histórico de tentativa de suicídio obtinham valores significativamente diferentes de indivíduos que nunca tinham tentado o suicídio, tanto no que concerne aos níveis de ideação suicida como aos níveis de perfeccionismo, recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

Na Tabela 2 é possível observar os resultados do teste indicaram que os níveis de ideação suicida foram mais elevados nos indivíduos com histórico de tentativa de suicídio ($Mdn = 39.00$) do que nos indivíduos sem histórico de tentativas de suicídio anteriores ($Mdn = 11.00$), sendo que essa diferença foi bastante significativa ($U = 1156.00$; $p = .000$), embora com uma magnitude de efeito reduzida (d de Cohen = 0.23).

Relativamente aos níveis de perfeccionismo foram igualmente observadas diferenças significativas nas pontuações da escala total ($U = 2185.00$; $p = .009$), entre os indivíduos com

e sem histórico de tentativa de suicídio, sendo a magnitude de efeito também reduzida (d de Cohen = 0.11).

Ainda quanto ao perfeccionismo, a análise individual das subescalas demonstrou que apenas a subescala do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), uma dimensão desadaptativa do perfeccionismo, registou diferenças significativas entre estes dois grupos ($U = 1911.50$; $p = .001$), ainda que com uma de magnitude reduzida (d de Cohen = 0.15), com os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio a pontuarem mais elevado ($Mdn = 57.00$).

Já na subescala do Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), uma dimensão adaptativa do perfeccionismo, apesar de os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio ($Mdn = 100.00$) apresentarem níveis mais elevados do que os indivíduos sem histórico de tentativa de suicídio ($Mdn = 85.00$), essa diferença não foi estatisticamente significativa ($U = 2479.50$; $p = .067$).

Tabela 2. Comparação dos Níveis de Ideação Suicida e dos Níveis de Perfeccionismo entre Indivíduos Com e Sem Histórico de Tentativa de Suicídio - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e teste Mann-Whitney

	Amostra total ($N = 280$)		Com histórico TS ($n = 25$)		Sem histórico TS ($n = 255$)		d de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
QIS	22.84	31.186	62.68	52.541	18.93	25.216	0.23	1156.00	.000***
PAO (HMPS)	85.51	19.635	92.80	19.000	84.80	19.587	0.08	2479.50	.067
PSP (HMPS)	47.13	14.085	55.44	11.598	46.32	14.062	0.15	1911.50	.001**
HMPS - total	147.75	29.998	162.60	25.595	146.29	30.046	0.11	2185.00	.009**

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; U = Teste Mann-Whitney; TS = Tentativa de Suicídio; QIS = Questionário de Ideação Suicida de Reynolds (1988); HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; HMPS total = Valor total de perfeccionismo avaliado pela HMPS.

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

7.4. Análise da relação entre a Ideação Suicida e as variáveis em estudo

A associação entre a ideação suicida e as variáveis em estudo, nomeadamente as dimensões do perfeccionismo e o suporte social, foi avaliada através do *Coefficiente de Correlação de Pearson* (r) (Tabela 3).

No que diz respeito às dimensões do perfeccionismo, os resultados indicaram uma correlação positiva de intensidade reduzida, e significativa ao nível de significância $\alpha = .05$ ($r = .150$; $p = .012$) entre a ideação suicida e a subescala do Perfeccionismo Auto Orientado (PAO),

dimensão adaptativa do perfeccionismo. Quanto à associação entre a ideação suicida e a subescala do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), dimensão desadaptativa do perfeccionismo, o coeficiente de correlação de Pearson apontou para uma correlação positiva moderada, significativa ao nível de significância $\alpha = .01$ ($r = .478$; $p = .000$). Estes resultados sugerem que indivíduos com níveis de perfeccionismo mais elevados, principalmente o Perfeccionismo Socialmente Prescrito, tendem a apresentar maiores níveis de ideação suicida.

Relativamente à associação entre a ideação suicida e o suporte social, os resultados demonstraram uma correlação negativa moderada, significativa ao nível de significância $\alpha = .01$ ($r = -.447$; $p = .000$). Sugerindo que indivíduos com níveis mais baixos de suporte social tendem a apresentar maior ideação suicida.

Tabela 3. Correlação (r) entre as variáveis em estudo (Dimensões do Perfeccionismo e Suporte Social) e a Ideação Suicida na Amostra Total

	Ideação Suicida
	Amostra total ($N = 280$)
ESSS - total	-.447***
PAO (HMPS)	.150*
PSP (HMPS)	.478***

Nota. r = Coeficiente de Correlação de Pearson; ESSS = Escala de Satisfação com o Suporte Social de Ribeiro (1999); ESSS - total = Valor total de suporte social percebido avaliado pela ESSS; HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Assinalam-se a negrito as correlações moderadas e estatisticamente significativas ($|r| \geq .3$).

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

7.5. Análise do papel mediador do suporte social na relação entre as dimensões do Perfeccionismo e a Ideação Suicida

Com o objetivo de estudar o papel do Suporte Social na relação entre as dimensões do Perfeccionismo e a Ideação Suicida, procedeu-se a uma análise do potencial efeito mediador do Suporte Social. Procurou-se particularmente averiguar se o impacto individual de cada uma das dimensões do Perfeccionismo (PAO e PSP) sobre a Ideação Suicida seria parcial ou totalmente mediado pelo Suporte Social percebido.

Num primeiro momento avaliou-se o efeito mediador do Suporte Social, assumindo como preditor o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), componente adaptativa do

perfeccionismo, e como variável dependente a Ideação Suicida (Fig. 5). Para isso foi necessário efetuar uma regressão simples de modo a verificar a existência de uma relação linear entre o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) e a Ideação Suicida. Os resultados detetaram um efeito significativo do PAO sobre a Ideação Suicida ($\beta = .150$; $p = .012$), também denominado de “efeito total”. De seguida, recorrendo novamente à regressão simples, foi possível observar a existência de um efeito significativo do PAO sobre o Suporte Social ($\beta = -.167$; $p = .005$). Posteriormente, através da concretização de uma regressão múltipla verificou-se que o efeito do Suporte Social sobre a Ideação Suicida, na presença do PAO, foi significativo ($\beta = -.434$; $p = .000$). Esta regressão mostrou ainda que a associação entre o PAO e a Ideação Suicida se torna não significativa na presença do mediador ($\beta = .077$; $p = .155$), o que sugere uma mediação total. Ainda assim é necessário demonstrar que o efeito indireto “PAO \rightarrow Suporte Social \rightarrow Ideação Suicida” é significativo, sendo que para isso se recorreu ao teste de Sobel. Este teste conduziu a um resultado significativo (*teste de Sobel* = 2.67; $p = .007$), indicando que o efeito mediador é significativo. Assim, o facto conjunto do efeito direto “PAO \rightarrow Ideação Suicida” não ser significativo na presença do mediador e do efeito mediado pelo Suporte Social ser significativo, sugere que estamos perante um caso de mediação total. Adicionalmente, de forma a perceber a relevância desta mediação, explorou-se a magnitude do efeito da mesma, através do cálculo da percentagem do efeito mediado face ao efeito total. Concluiu-se que 48% do impacto do PAO na Ideação Suicida se deve ao seu efeito sobre o Suporte Social, sendo que os restantes 52% tem um efeito direto que não passa pelo Suporte Social (mas que poderá, eventualmente, ser mediado por outras variáveis não contempladas neste estudo).

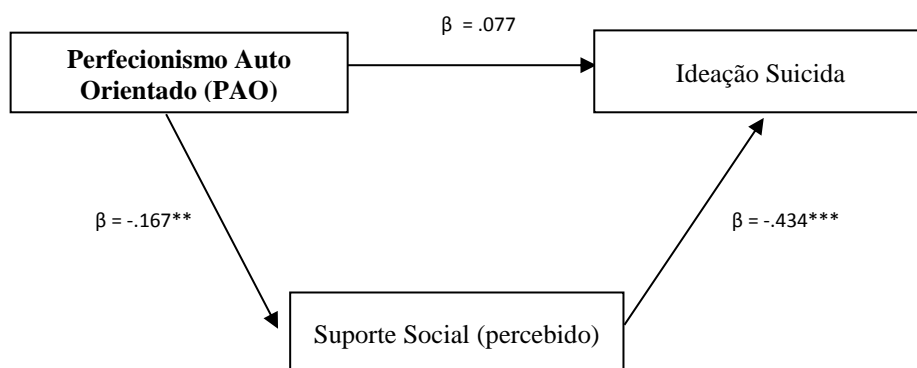


Figura 4. Efeito Indireto do Perfeccionismo Auto Orientado Sobre a Ideação Suicida por Mediação do Suporte Social percebido (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$).

Num segundo momento avaliou-se o efeito mediador do Suporte Social, mas desta vez assumindo como preditor o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), componente

desadaptativa do perfeccionismo, e mantendo como variável dependente a Ideação Suicida (Fig. 6). Recorrendo exatamente ao mesmo procedimento, observou-se um efeito significativo do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) sobre a Ideação Suicida ($\beta = .478; p = .000$), assim como foi possível observar um efeito significativo do PSP sobre o Suporte Social ($\beta = -.576; p = .000$). Verificou-se também que o efeito do Suporte Social sobre a Ideação Suicida, na presença do PSP, foi significativo ($\beta = -.257; p = .000$), e que ao contrário do PAO, a associação entre o PSP e a Ideação Suicida manteve-se significativa na presença do mediador ($\beta = .330; p = .000$), o que sugere uma mediação parcial. Quanto ao efeito indireto “PSP → Suporte Social → Ideação Suicida”, o teste de Sobel conduziu a um resultado significativo (*teste de Sobel* = 3.87; $p = .001$), indicando que o efeito mediador é significativo. Através da análise da magnitude da mediação concluiu-se que 30.96% do impacto do PSP na Ideação Suicida se deve ao seu efeito sobre o Suporte Social, sendo que os restantes 69.04% se devem ao efeito direto do PSP na Ideação Suicida, que não passa pelo Suporte Social.

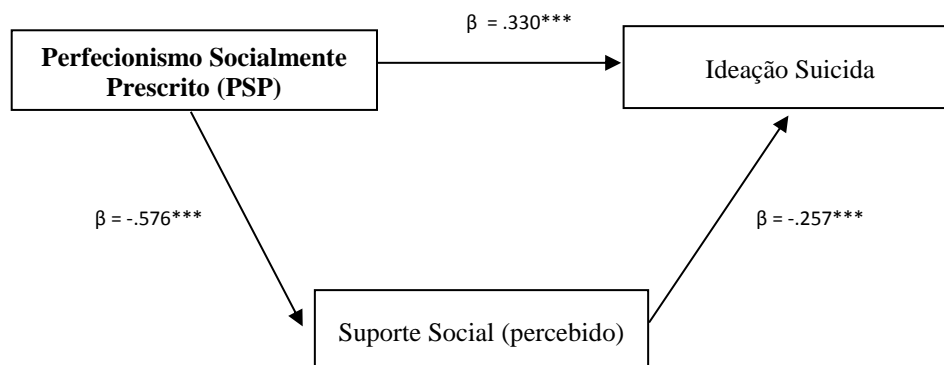


Figura 5. Efeito Indireto do Perfeccionismo Socialmente Prescrito Sobre a Ideação Suicida por Mediação do Suporte Social percebido (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$).

8. Discussão

Como foi antes mencionado na parte introdutória deste trabalho, existem evidências empíricas que apontam para a existência de uma relação entre o perfeccionismo e os comportamentos suicidários, assim como para o papel benéfico ou prejudicial que o suporte social pode assumir no processo suicidário.

O presente estudo teve como objetivo principal averiguar a existência de uma associação entre as dimensões do perfeccionismo (adaptativa e desadaptativa) e a ideação suicida numa

amostra de jovens adultos portugueses. Adicionalmente foi também propósito deste estudo, numa tentativa de testar o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo, verificar se o suporte social mediava a relação entre as diferentes dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida.

Tendo em conta estes objetivos, construiu-se um protocolo que, além do questionário sociodemográfico, incluiu instrumentos que avaliam as dimensões do perfeccionismo (Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett, 1991), a ideação suicida (Questionário de Ideação Suicida de Reynolds, 1988), e o suporte social percebido (Escala de Perceção de Suporte Social de Ribeiro, 1999). Na amostra em estudo, todas as medidas denotaram bons valores de consistência interna (alfa de Cronbach) semelhantes ou superiores aos apresentados na versão original ou adaptação dos instrumentos.

O tratamento dos dados recolhidos consistiu numa primeira instância, na realização de uma análise descritiva das características sociodemográficas, assim como dos níveis de ideação suicida e de perfeccionismo da amostra total ($N = 280$). Relativamente à ideação suicida a análise demonstrou um valor médio relativamente baixo, e quanto aos níveis de perfeccionismo apresentou um valor médio tendencialmente elevado em ambas as subescalas.

Foram também analisados os níveis de ideação suicida e de perfeccionismo em função do sexo. Apesar da amostra total ser constituída por um maior número de participante do sexo feminino, não foram detetadas diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino em nenhuma das subescalas de perfeccionismo, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo da adaptação portuguesa da HMPS (Soares et. al., 2003).

No que se refere à ideação suicida, à semelhança dos resultados observados por alguns autores (e.g., Eshun, 2000; Rudd, 1989; Schweitzer et al., 1995; Tyssen et al., 2001), também não foram encontradas diferenças significativas entre géneros.

Como esperado, a comparação entre indivíduos com/sem histórico de tentativa de suicídio demonstrou que os níveis de ideação suicida foram mais elevados nos indivíduos que já tinham tentado suicídio, sendo que esta diferença foi estatisticamente significativa. Estes resultados parecem ir ao encontro da literatura, que aponta para a história de tentativas de suicídio como um dos principais fatores de risco e preditor de comportamentos suicidários futuros (e.g., Anupama, & Babool 2014; Berman et al., 2006; Gutierrez & Osman, 2008; Hawton, & Van Heeringen, 2000; Moscicki, 1997, 2001).

Ainda quanto à comparação entre indivíduos com /sem histórico de tentativa de suicídio, a análise das subescalas do perfeccionismo permitiu-nos verificar que apenas a dimensão do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) registou diferenças significativas entre estes dois grupos, apresentando os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio uma pontuação mais elevada que aqueles que nunca cometeram uma tentativa. Estes resultados não são surpreendentes, tendo em conta que o Perfeccionismo Socialmente Prescrito, como foi antes mencionado, é considerado uma dimensão desadaptativa do perfeccionismo e encontra-se associado a diversas consequências negativas (e.g., Blankstein, Lumley, & Crawford, 2007; Hewitt et al., 2006; Short & Mazmanian, 2013). Indivíduos com níveis elevados de PSP tendem a experienciar o seu mundo social cheio de pressão, julgamento e hipercrítica, sentem-se frequentemente incapazes de corresponder às expectativas elevadas dos outros (Hewitt et al., 2006), o que gera nestes indivíduos um desejo de fuga à realidade, que em última instância poderá ser alcançada através do suicídio (e.g., Baumeister, 1990; Sherry & Hall, 2009).

Na análise correlacional entre a ideação suicida e as variáveis em estudo, nomeadamente o perfeccionismo e o suporte social, os resultados indicaram uma correlação positiva moderada e bastante significativa no que diz respeito à dimensão do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP). Estes resultados sugerem que indivíduos com elevados níveis de PSP tendem a apresentar maiores níveis de ideação suicida. Mais uma vez, estes resultados são concordantes com as descobertas de vários autores, os quais referem que o perfeccionismo desadaptativo se apresenta como um forte preditor de comportamentos suicidários (e.g., Bell et al., 2010; Blatt, 1995; Burns, 1980; Chang et al., 2004; Flett et al., 2014; Kiamanesh et al., 2015; O'Connor, 2007).

Relativamente à associação entre a ideação suicida e o suporte social, os resultados demonstraram uma correlação negativa, moderada e igualmente significativa. Tendo em consideração que uma correlação negativa implica que as variáveis crescem em sentidos opostos, as descobertas sugerem que indivíduos com níveis mais baixos de suporte social tendem a apresentar maior ideação suicida, e vice-versa. De igual modo, já Durkheim (1897) mencionava que “o suicídio varia na razão inversa do grau de integração na sociedade”. Esta perspetiva foi posteriormente defendida por vários autores, que observaram que a insuficiência/falta de suporte social coloca os indivíduos em maior risco de suicídio, enquanto o suporte social satisfatório tem o potencial de ser proteger os indivíduos de comportamentos suicidários futuros (e.g., Compton et al., 2005; Petzel & Riddle, 1981).

De acordo com os resultados acima descritos podemos concluir que, de forma semelhante ao que é exposto pela literatura, foi observada a existência de uma associação entre o perfeccionismo, especialmente o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), e a ideação suicida. O que parece significar que, tal como foi observado por outros autores (e.g., Hewitt et al., 2014; Stoeber & Otto, 2006), o perfeccionismo socialmente prescrito tem o potencial de aumentar o risco de suicídio.

Seguidamente, numa tentativa de testar o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo, explorou-se o papel mediador do suporte social nesta relação. Para isso procedeu-se à análise do impacto individual de cada uma das dimensões do Perfeccionismo (PAO e PSP) sobre a Ideação Suicida na presença de uma terceira variável: o Suporte Social.

Os resultados demonstraram que quando o preditor é o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), o suporte social assume um efeito mediador total e significativo, uma vez que na sua presença a associação entre o PAO e a Ideação Suicida deixa de ser significativa. Foi ainda possível concluir que 48% do impacto do PAO na Ideação Suicida se deve ao seu efeito sobre o Suporte Social.

Quando assumimos como preditor o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) observou-se que, ao contrário do PAO, a associação entre o PSP e a Ideação Suicida se manteve significativa na presença do mediador, o que aponta para uma mediação parcial. Concluiu-se que o efeito mediador é significativo e que 30.96% do impacto do PSP na Ideação Suicida se deve ao seu efeito sobre o Suporte Social, sendo que os restantes 69.04% se devem ao efeito direto do PSP na Ideação Suicida, que não passa pelo Suporte Social.

Note-se que a ideação suicida tem sido considerada, por diversos autores (e.g., Beck, Brown & Steer, 1997; Brown, et al, 2000; Garlow et al., 2008), como um bom indicador do risco de suicídio, o que sugere que a presença de pensamentos repetitivos sobre a morte coloca os indivíduos em risco acrescido de suicídio.

Estes resultados sugerem que o suporte social é um constructo que efetivamente contribui para a explicação do processo suicidário, apresentando-se como um dos fatores de risco/proteção que media a relação entre o perfeccionismo e o suicídio. Estes resultados apoiam o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo (Hewitt et al., 2006) que propõe que a desconexão social (e.g., sentimento de falta de pertença e desprendimento dos outros, dificuldade nos relacionamentos interpessoais) medeia a relação entre o perfeccionismo e os

comportamentos suicidários. De acordo com Sherry et al., (2016), os sentimentos de desconexão interpessoal advêm da forma conflituosa e hostil com que os indivíduos perfeccionistas tendem a relacionar-se com os outros.

Ainda quanto ao suporte social, os resultados obtidos neste estudo dão igualmente suporte ao Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008), também contemplado neste estudo. De acordo com este modelo, os processos cognitivos associados a comportamentos suicidários apontam a desesperança como um constructo relevante na identificação de sujeitos suicidas, uma vez que se apresenta como um forte preditor de comportamentos suicidários. E salienta ainda que o estado de desesperança em conjunto com o processamento enviesado dos estímulos aumenta o risco de suicídio.

De acordo com alguns autores existe uma associação negativa entre o suporte social percebido e a desesperança (e.g., Tan & Karabulutlu, 2005), sugerindo que aumentando o nível de suporte social diminuiria a desesperança, e por conseguinte a intensidade dos processos cognitivos associados aos atos suicidas baseados neste constructo.

De uma forma global, a análise dos resultados do presente estudo corroboram os resultados encontrados na revisão de literatura efetuada, que identifica o traço de perfeccionismo (componente desadaptativa) e a perceção da falta de suporte social como dois fatores relevantes para a compreensão do processo suicidário.

Tal como observado por vários autores, observou-se que o PSP (perfeccionismo desadaptativo) tem o potencial de aumentar significativamente o risco de ocorrência de comportamentos suicidários (e.g., Hewitt & Flett, 1991; Kiamanesh et al., 2015; O'Connor, 2007) e a inexistência de suporte social pode contribuir para acentuar este risco (e.g., Durkheim, 1897; Compton et al., 2005).

Em suma os resultados sublinham a importância do perfeccionismo, como um traço de personalidade fundamental na compreensão dos comportamentos suicidários, tanto na integração nos modelos etiológicos do suicídio, como na prática clínica. Talvez o maior contributo deste trabalho tenha sido o a tentativa de comprovar empiricamente o Modelo de Desconexão Social do Perfeccionismo, numa amostra de jovens-adultos portugueses e concluir que, tal como proposto pelo modelo, a desconexão social (que neste estudo foi acedida através da avaliação do suporte social percebido) apresenta-se como um mediador na relação entre o

perfeccionismo e os comportamentos suicidários, sendo de salientar a sua importância na explicação deste fenómeno.

Conclusão

Globalmente esperava-se observar uma relação positiva entre o perfeccionismo e a ideação suicida e esperava-se que o suporte social percebido atuasse como um fator mediador entre estas variáveis, podendo colocar os indivíduos em maior ou menor risco de suicídio.

Os resultados obtidos corroboraram estas hipóteses iniciais, observando-se uma relação positiva e significativa entre o traço de perfeccionismo e a ideação suicida, bem como se concluiu que o suporte social se apresenta como mediador desta relação. A mediação foi total quando se considerou como preditor o PAO (perfeccionismo adaptativo) e foi parcial quando se assumiu como preditor o PSP (perfeccionismo desadaptativo), sugerindo que este último tem um impacto, por si só, significativo na ideação suicida.

É também de salientar que os perfeccionistas recorrem frequentemente à autocrítica excessiva sempre que percecionam ter fracassado em algo (Hewitt & Flett, 1991) o que contribui significativamente para que vivam sob constante *stress* (Dunkley et al., 2000). O suicídio pode surgir assim como uma meio de fugir a uma vida que consideram insustentável (Baumeister, 1990), sendo o pior *outcome* possível do perfeccionismo desadaptativo.

Este estudo teve como finalidade ajudar a identificar fatores que aumentem o risco de suicídio em jovens adultos portugueses, para que se possa adequar estratégias específicas de prevenção e intervenção. Os resultados observados neste estudo permitiram reconhecer a existência de uma relação significativa entre o perfeccionismo desadaptativo e a ideação suicida, e ainda identificar o suporte social como uma variável mediadora nesta relação. Assim sendo, talvez o contributo mais importante deste estudo seja sublinhar a importância de que travando o desenvolvimento do perfeccionismo desadaptativo reduzimos o risco de suicídio e que acedendo ao suporte social percebido podemos perceber se o individuo se encontra em maior ou menor risco.

A combinação do perfeccionismo com a falta de suporte social, associado às evidências que sugerem que os indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo estão propensos a manter em sigilo as suas dificuldades (e.g., Blatt, 1995; Kiamanesh et al., 2014) parecem deixar estes indivíduos numa posição bastante vulnerável.

Este estudo pretende ajudar na prevenção dos comportamentos suicidários e no desenvolvimento de intervenções mais adaptadas.

De acordo com Egan, Wade, Shafran, & Antony (2016) intervenções com foco no traço de perfeccionismo têm-se revelado bastante eficazes na redução de várias psicopatologias. Posto isto, e face aos resultados acima expostos, parece fazer sentido que reduzindo o perfeccionismo desadaptativo se reduza, concomitantemente, o risco de suicídio.

Assim sendo, o traço de perfeccionismo deve ser avaliado e identificado como um sinal de alerta para que se possa providenciar uma intervenção adequada. Os profissionais de saúde devem ter em consideração o que pode ser feito para prevenir o perfeccionismo e, uma vez que ele é identificado, agir de modo a modificar os seus componentes mais desadaptativos.

Parece ficar claro que a consideração da avaliação do perfeccionismo no diagnóstico clínico, assim como da perceção do suporte social pode ajudar na prevenção de comportamentos suicidários bem como no planeamento de uma intervenção mais adequada.

Como limitações é de apontar que, relativamente à amostra, houve uma grande discrepância entre sexos, sendo o número de participantes do sexo feminino notoriamente superior aos do sexo masculino. Tendo isto em consideração, a generalização dos resultados que dizem respeito às diferenças entre géneros, terão de ser efetuadas com a devida cautela.

Outra limitação deste estudo prende-se com a forma de recolha dos dados, que decorreu via *online*. Este processo de recolha pode ter levado a um viés de seleção da amostra, isto é, os indivíduos que participaram poderão tê-lo feito por se identificarem com a temática em estudo ou por esta não lhes ser totalmente indiferente.

Como proposta para estudos futuros, seria interessante analisar as mesmas associações entre as variáveis em estudo mas desta vez recorrendo a amostras clínicas e de elevado risco suicidário de forma a compreender se a interação entre estas variáveis se mantem significativa. Assim como poderá ser importante recorrer, futuramente, a amostras equilibradas quanto ao número de participantes do sexo feminino e masculino, para que seja possível generalizar os resultados.

A continuidade do estudo do perfeccionismo não deve ser esquecida, uma vez que se apresenta como um fator importante na compreensão do fenómeno suicidário e por conseguinte no planeamento de planos de prevenção.

Deste modo, deixamos como sugestão a investigação de outras variáveis que possam ter um papel mediador na relação entre o perfeccionismo e os comportamentos suicidários, assim como propomos a inclusão, na prática clínica, de estratégias direcionadas para a componente

desadaptativa do perfeccionismo de modo reestruturar os esquemas cognitivos suicidas baseados no perfeccionismo.

Apesar das limitações acima apresentadas, o estudo vai ao encontro da revisão da literatura no que diz respeito à necessidade de considerar o perfeccionismo como um dos fatores subjacentes aos comportamentos suicidários, para além da consideração do suporte social como uma variável importante no risco de suicídio, o que leva a considerar o seu valor para a compreensão da temática em estudo.

Referências Bibliográfica

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*. Quinta Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Anupama, M., & Babool, R. (2014). Factors influencing suicide: Life Events, Personality and Coping. A Case Control Study. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 1, 29-36.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. *Wellington: Ministry of Health*, 82.
- Beck, A. T., & Rush, A. J. (1978). Cognitive approaches to depression and suicide.
- Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour research and therapy*, 35(11), 1039-1046.
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., & Manthorpe, J. (2010). The role of perfectionism in student suicide: Three case studies from the UK. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 61(3), 251–267.
- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. American Psychological Association.
- Blankstein, K. R., & Winkworth, G. R. (2004). Dimensions of perfectionism and levels of attributions for grades: Relations with dysphoria and academic performance. *Journal of Rational-emotive and Cognitive-behavior Therapy*, 22(4), 267-295.
- Blankstein, K. R., Lumley, C. H., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 279-319.
- Blankstein, K. R., Lumley, C. H., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 279-319.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003–1020.

- Botega, N. J. (2000). Suicídio e tentativa de suicídio. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.), *Depressão no ciclo da vida* (pp. 156-165). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(3), 371.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 14*(6), 34–51.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American journal of epidemiology, 104*(2), 107-123.
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. D. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & saúde coletiva, 17*, 1943-1954.
- Chang, E. C., Watkins, A. F., & Banks, K. H. (2004). How adaptive and maladaptive perfectionism relate to positive and negative psychological functioning: Testing a stress-mediation model in Black and White female college students. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 93–102.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40*(3), 175-185.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment, 14*, 365-373.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*(6), 761-775.
- Cruz, J. P. (2003). Modelo cognitivo da conduta suicida. *Studia, 5*, 193-230.

- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt of social support associated with increased psychological distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and health, 13*(3), 527-544.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology, 47*(4), 437.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review, 31*(2), 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2016). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. Guilford Publications.
- Eshun, S. (2000). Role of gender and rumination in suicide ideation: A comparison of college samples from Ghana and the United States. *Cross-cultural research, 34*(3), 250-263.
- Fawcett, J. (2012). Suicide and life stress: past and present. *Psychiatric Annals, 42*(3), 82-82.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2) (pp. 124-130). Braga: APPORT/SOHO.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 51-61.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide. *Review of General Psychology, 18*, 156-172.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(5), 1363–1381. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1363>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Garshowitz, M., & Martin, T. R. (1997). Personality, negative social interactions, and depressive symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 29*(1), 28.
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.
- Garber, J., Little, S., Hilsman, R., & Weaver, K. R. (1998). Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of adolescence, 21*(4), 445-457.

- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and anxiety*, 25(6), 482-488.
- Gutierrez, P. M., & Osman, A. (2008). *Adolescent suicide: An integrated approach to the assessment of risk and protective factors*. Northern Illinois University Press.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Perfectionism and goal orientation in impulsive and suicidal behavior. In McCown W., Shure, M. & Johnson, J. (Eds.), *The impulsive cliente: Theory, research, and therapy* (pp. 215-235). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In Ellis, T. E. (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 215–235). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P., Caelian, C., Chen, C., & Flett, G. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *J. Psychopathol Behav Assess*. doi: 10.1007/510862-014-9427-0.
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering midlife/mid-career. *Psychology and Health*, 11(5), 715-731.
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering midlife/mid-career. *Psychology and Health*, 11(5), 715-731.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive psychiatry*, 6(2), 94-103.
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31, 563-591.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual review of psychology*, 36(1), 531-572.

- Kiamaresh, P., Dieserud, G., Dyregrov, K., & Haavind, H. (2015). Maladaptive Perfectionism: Understanding the Psychological Vulnerability to suicide in Terms of Development History. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-20. doi: 10.1177/0030222815570592
- Kiamaresh, P., Dyregrov, K., Haavind, H., & Dieserud, G. (2014). Suicide and perfectionism: A psychological autopsy study of non-clinical suicides. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 69(4), 381-399.
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46(2), 141-156.
- Linehan, M. M. (2008). Suicide intervention research: a field in desperate need of development. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 483-485.
- Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., et al. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 322-327.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 09-14.
- Mergl, R., Koberger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Tóth, M. D., Coyne, J., ... & Värnik, A. (2015). What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS One*, 10(7), e0129062.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Moreira, N. A. (2008). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Mościcki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.
- Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323.
- O' Connor, R. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide and life-threatening behavior*, 37(6). The American Association of Suicidology, 698-714. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.6.698>

- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(3), 208-224.
- Organização Mundial da Saúde (2002), Relatório Mundial de Saúde. *Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*, Lisboa. Acedido em 24 de Abril de 2017. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01po.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Suicide statistics*. Acedido em 5 de Maio de 2017. Disponível em: <http://www.befrienders.org/suicide-statistic>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Suicide statistics*. Acedido em 25 de Maio de 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=e>
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Suicide mortality rate (per 100 000 population), by WHO region, 2016*. Acedido em 11 de Setembro de 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
- Ornelas, J. H. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 14, 263-268.
- Petzel, S. V., & Riddle, M. (1981). Adolescent suicide: psychosocial and cognitive aspects. *Adolescent Psychiatry*.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (2005). Severe suicide attempts in young adult: Suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal*, 123, 43-46.
- Reynolds, W. (1988). Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual. *Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.*
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3, 535-544.
- Rook, K. S., & Dooley, D. (1985). Applying social support research: Theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 41(1), 5-28.
- Roths, I. M. S. A. (2006). *Suicídio juvenil: representações sociais dos médicos e dos psicólogos*. Dissertação de Mestrado de Psicologia (Intervenção Psicológica com crianças e adolescentes). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Roxborough, H., Hewitt, P., Kaldas, J., Flett, G, Caelian, C., Sherry, S., et al. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A Test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and lifethreatening behaviour*, 42(2). The American Association of Suicidology, 217-233, doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x
- Rudd, M. D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 173-183.

- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
- Sampaio, D. (2012). *Tudo o que temos cá dentro*. Leya.
- Santos, J.C., Carvalho, A., Peixoto, A.B., Saraiva, C.B., Sampaio, D., Amaro, F., . . . Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). Suicídio e comportamentos autolesivos, Dos conceitos à prática clínica. *Lisboa: Lideleições técnicas*.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127.
- Sarason, I. G., Potter III, E. H., Antoni, M. H., & Sarason, B. R. (1982). *Life Events, Social Support and Illness* (No. CO-ONR-006). Washington univ seattle dept of psychology.
- Schweitzer, R., Klayich, M., & McLean, J. (1995). Suicidal ideation and behaviours among university students in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(3), 473-479.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Sherry, S. B., & Hall, P. A. (2009). The perfectionism model of binge eating: Tests of an integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 690.
- Sherry, S. B., Mackinnon, S. P., & Gautreau, C. M. (2016). Perfectionists do not play nicely with others: Expanding the social disconnection model. In *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 225-243). Springer, Cham.
- Shneidman, E. S. (1987). A theoretical cubic model of suicide. In VandenBos, G. R., & Bryant, B. K. (Eds.). "A Psychological Approach to Suicide". *Cataclysms, Crises and Catastrophes: Psychology in Action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Short, M. M., & Mazmanian, D. (2013). Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 716-721.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. *Handbook of psychology and health*, 4, 269-278.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G.L., Hewitt, P. L. (2017). *The perniciousness of perfectionism: a meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship*. *J. Pers.* 86, 522–542.

- Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., & Azevedo, M. H. P. (2003). Escala multidimensional de perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 46-55.
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47-59.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology review*, 10(4), 295-319.
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 236.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1019-1027.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*, 64(1), 69-79.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: Atores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 175-187.
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28, 714-727.
- Wenzel, A. E., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201.
- Werlang, B. G., & Sperb, I. W. (2004). Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica (ESAP) em casos de suicídios rurais. *Werlang BS e Botega NJ, organizadores Comportamento suicida. Artmed: Porto Alegre.*
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Marshall, K. L., & Dalley, A. (2010). Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 343-356.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195.

Anexos

Anexo A – Consentimento informado

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

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

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

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

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

Muito obrigada pela sua disponibilidade!

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

Anexo B – Email enviado para as faculdades dos Estabelecimentos de Ensino Superior

Exmo(a). Sr.(a).

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

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

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

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

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

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

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

Agradecemos toda a colaboração e disponibilidade,

Os nossos sinceros cumprimentos,

Mónica Inácio, Cátia Morgado e Tatiana Vasconcelos

(Discentes do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde)

Anexo C – Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Género

- Feminino
- Masculino

Nacionalidade: _____

Distrito de Residência: _____

Distrito de Nascimento: _____

Estado Civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

Escolaridade

- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

Outra: _____

Situação Profissional

- Estudante
- Trabalhador-estudante
- Empregado
- Desempregado
- Outra:

Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?

- Sim
- Não

Se sim, qual? _____

É ou foi acompanhado(a) por algum(a) psicólogo(a) ou psiquiatra?

- Sim
- Não

Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?

- Sim
- Não

Se respondeu "Sim" a uma das alíneas anteriores, por favor indique:

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

Qual foi o método utilizado?

- Intoxicação medicamentosa
- Tentativa de enforcamento
- Arma de fogo
- Intoxicação por pesticida ou outros tóxicos
- Precipitação (ex: saltar de uma ponte)
- Asfixia/intoxicação por gás doméstico ou dióxido de carbono
- Afogamento
- Corte/Contusão/Flebotomia
- Queimaduras na pele
- Cortes na pele com objeto cortante
- Não sei
- Outra: _____

Foi a primeira vez que aconteceu?

- Sim
- Não

Se não, quantas vezes aconteceu? _____

Qual foi o método utilizado? _____

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

Anexo D - Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (HMPS) sem a subescala do Perfeccionismo Orientado para os Outros

(Hewitt e Flett, 1991; adaptação Soares, Gomes, Macedo e Azevedo, 2003)

De seguida, vai encontrar uma lista de características ou traços pessoais, com os quais se pode sentir, ou não, identificado. Centre-se na sua própria experiência e indique o grau de concordância ou discordância, relativamente a cada um dos comportamentos em questão.

	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
1. Quando estou a trabalhar nalguma coisa, não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito.							
2. Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim.							
3. Um dos meus objetivos é ser perfeito(a) em tudo o que faço.							
4. Tudo o que as outras pessoas fazem deve ser de excelente qualidade.							
5. No meu trabalho nunca tenho como objetivo a perfeição.							
6. As pessoas que me rodeiam aceitam sem problemas, que eu também possa fazer erros.							
7. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim.							
8. Raramente sinto o desejo de ser perfeito(a).							
9. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.							
10. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito(a) quanto possível.							
11. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.							
12. Esforço-me para ser o(a) melhor em tudo o que faço.							
13. As pessoas que me rodeiam esperam que eu seja bem-sucedido em tudo.							

14. De mim, não exijo menos do que a perfeição.							
15. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo.							
16. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo.							
17. Para mim ser bem-sucedido significa que devo trabalhar mais para agradar aos outros.							
18. Se peço a alguém para fazer alguma coisa, espero que seja feito na perfeição.							
19. Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros.							
20. Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.							
21. As pessoas que me são queridas, nunca deveriam deixar de me apoiar.							
22. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem-sucedido(a).							
23. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.							
24. Em todos os momentos, devo dar o meu rendimento máximo.							
25. Mesmo que não o mostrem, as outras pessoas ficam perturbadas quando falho numa tarefa.							
26. Não preciso de ser o(a) melhor em tudo o que faço.							
27. A minha família espera que eu seja perfeito(a).							
28. Os meus objetivos não são muito elevados.							
29. Os meus pais só raramente esperavam que eu fosse excelente em tudo na vida.							
30. Respeito as pessoas vulgares.							
31. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição.							
32. Estabeleço normas muito elevadas para mim.							
33. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.							
34. Na escola ou no trabalho devo ser sempre bem-sucedido.							
35. As pessoas que me rodeiam acham que ainda sou competente, mesmo que faça um erro.							
36. Raramente espero que as outras pessoas sejam excelentes em tudo.							

Anexo E – Questionário de Ideação Suicida (QIS)

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

Na lista em baixo há um certo número de frases sobre pensamentos que, por vezes, ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve no **mês passado**.

	Nunca tive este pensamento	Pensei nisto mas não no último mês	Cerca de uma vez por mês	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por semana	Quase todos os dias
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 o suicídio.							
8. Pensei em escrever um testamento.							
9. Pensei em 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 eu 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 na maneira 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 estivesse 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 F – Escala de Percepção de Suporte Social (ESSS)

(Ribeiro, 1999)

De seguida vai encontrar várias afirmações. Para cada uma delas, marque a opção que melhor qualifica a sua forma de pensar.

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