

Mariana Filipa Inácio Cortesão (a53064)

**Estudo comparativo entre jovens-adultos com e sem história de  
tentativas de suicídio**



**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**2020**

Mariana Filipa Inácio Cortesão (a53064)

**Estudo comparativo entre jovens-adultos com e sem história de  
tentativas de suicídio**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação efetuada sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Marta Brás



**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**2020**

**Título do Trabalho:**

Estudo comparativo entre jovens-adultos com e sem história de tentativas de suicídio

**Declaração de Autoria do 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.

---

Mariana Filipa Inácio Cortesão

## **Direitos de Cópia ou Copyright**

© **Copyright 2020:** Mariana Filipa Inácio Cortesão

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.

*“O importante não é ver o que ninguém viu, mas sim, pensar o que nunca ninguém pensou sobre algo que todo o mundo vê”*

Arthur Schopenhauer

## **Agradecimentos**

À professora Doutora Marta Brás, por todo o carinho, dedicação e muita, muita paciência no decorrer da dissertação.

A todas as minhas colgas da APAV, que facilitaram em todos os momentos os meus horários.

À diretora técnica da APAV, Filipa Nobre, pelo ser “colo” e por me “dar na cabeça” também.

À minha amiga Patrícia, por ver em mim, o potencial que muitas vezes nem eu sei ver.

À minha fiel melhor amiga, que me honra a sua amizade há mais de 15 anos, sendo a pessoa que melhor me conhece e me ama tal e qual como sou, permitindo-me ser aquilo que mais gosto de ser, eu mesma. Obrigada Sofia.

À minha doce avó, pelas suas sábias palavras.

À minha estrelinha mais brilhante, porque sei, que estás a olhar por mim, na fila da frente, porque te guardo no meu coração todos os segundos da minha vida.

Ao meu pequeno irmão, que mesmo maior que eu, será sempre o meu pequeno e querido irmão. É, sem hesitar, quem mais acredita em mim.

Um especial obrigado, aos pilares da minha vida, aos meus pais. Que um dia, os meus filhos me olhem com os mesmos olhos que vos vejo.

## **Resumo**

Nos jovens, o suicídio continua a ser um problema de saúde pública preocupante.

A vulnerabilidade para a ideação suicida inclui a ausência de suporte social e a presença de fatores psicológicos de risco para a ideação suicida, segundo os modelos teóricos. Além disso, a história de tentativas de suicídio parece aumentar o risco de suicídio.

O presente estudo teve como principal objetivo comparar os fatores de risco e de proteção em jovens com e sem história de tentativas de suicídio.

A amostra total foi constituída por 44 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos ( $M=20,8$ ;  $DP= 3,3$ ). Esta amostra foi dividida em dois grupos: Grupo com história de tentativas de suicídio ( $n=22$ ) e Grupo Normativo ( $n=22$ ). Em ambas as amostras avaliou-se a sintomatologia depressiva, ansiedade e stresse, satisfação com o suporte social, história de adversidade na infância e a ideação suicida.

Os resultados mostraram que o grupo com história de tentativas de suicídio, vivenciou mais acontecimentos adversos na infância e apresentou valores mais elevados de ansiedade, depressão e stresse em comparação ao grupo normativo. Os resultados também mostraram uma menor satisfação com o suporte social nos jovens adultos com história de tentativas de suicídio.

Concluiu-se assim que a ideação suicida, o stresse, a ansiedade e a depressão e os acontecimentos adversos na infância se constituem como fatores de risco para o comportamento suicidário. Ao nível dos fatores protetores, concluiu-se que a satisfação com o suporte social tem influência no comportamento suicidário.

Realça-se, assim, a importância de integrar estes fatores em programas de prevenção e intervenção face ao suicídio para uma melhor eficácia.

**Palavras-Chave:** Ideação suicida; Jovens-adultos; Suporte Social; Adversidade na Infância

## **Abstract**

In young adults, suicide remains a worrying public health problem.

Vulnerability to suicidal ideation includes the absence of social support and the presence of psychological risk factors for suicidal ideation, according to the theoretical models. Besides this, the history of suicide attempts seems to increase the risk for suicide.

The present study aimed to compare the risk and protection factors in young adults with and without history of suicide attempts.

The final sample had 44 young adults, with ages between 18 and 29 years ( $M=20,8$ ;  $DP= 3,3$ ). This sample was divided in two separate groups: one group with history of suicide attempts ( $n=22$ ) and a normative group. In both samples depressive symptomatology, anxiety and stress, satisfaction with social support, history of childhood adverse experiences and suicide ideation were evaluated.

The results showed that the group with history of suicide attempts experienced more adverse events during childhood, higher levels of anxiety, depression and stress comparing to the normative group. The results also showed less satisfaction with social support in young adults with a history of suicide attempts.

In conclusion, suicidal ideation, stress, anxiety, depression and adverse childhood experiences are risk factors for suicidal behavior. For protection factors, it was possible to conclude that the satisfaction with the social support has an influence in suicidal behavior.

This shows the relevance of including these factors in suicide prevention and intervention programs for a better effectiveness.

**Keywords:** Suicidal Ideation, Young Adults, Social Support, Adverse Childhood experiences

## Índice

1. Introdução.....	11
2. Enquadramento Teórico.....	14
2.1. Dados epidemiológicos .....	14
2.2. Modelos Explicativos.....	15
2.2.1. Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978).....	15
2.2.2. O Modelo Etiológico da conduta suicida (Yang & Clum, 1996) .....	16
2.2.3. Modelo Cognitivo do Comportamento suicida (Wenzel & Beck, 2008) .....	17
2.2.4. O modelo motivacional-volitivo integrado do comportamento suicida (Connor & Portzky, 2018). .....	18
2.3. Fatores de risco na ideação suicida.....	19
3. Objetivos .....	23
3.1. Objetivos gerais .....	23
3.2. Objetivos específicos .....	24
4. Método.....	24
4.1. Amostra.....	24
4.2. Instrumentos.....	24
4.2.1. Questionário Sociodemográfico .....	24
4.2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) .....	24
4.2.3. Questionário de Ideação Suicida (Reynolds, 1988; adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela, 1999) .....	25
4.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (Lovibond & Lovibond, 1995 adaptado para a população portuguesa por Ribeiro, Horando & Leal, 2004) .....	26
4.2.5. Questionário de História de Adversidade na Infância (Felitti & Anda, 1998; adaptado para a população portuguesa por Silva & Maia, 2007) .....	27
5. Procedimentos.....	28
5.1. Recolha de dados .....	28
5.2. Tratamento de dados .....	28
6. Resultados .....	29
6.2. Características descritivas do grupo com história de tentativas de suicídio e do grupo normativo.....	29
6.3. Análise Comparativa entre o grupo com história de tentativas de suicídio e o grupo normativo.....	31
6.4. Preditores da ideação suicida no grupo com história de tentativas de suicídio e no grupo normativo.....	36
7. Discussão .....	39

<b>8. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>44</b>
--	-----------

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica .....	29
Tabela 2- Caracterização Clínica e Comportamento suicidário no grupo com história de tentativas de suicídio e no Grupo Normativo .....	30
Tabela 3- Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função do grupo GTS e GN na ideação Suicida .....	32
Tabela 4- Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função do grupo GTS e GN na Satisfação com o Suporte Social.....	32
Tabela 5- Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função do grupo GTS e GN na EADS.....	33
Tabela 6- Comparação entre o grupo GTS e o grupo GN em relação à Escala de Adversidade na Infância.....	34
Tabela 7- Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney na adversidade total...34	
Tabela 8- Corelações entre EADS, ESSS e QIS com a adversidade na infância no grupo GTS e GN.....	35
Tabela 9 – Correlações entre ESSS e EADS com QIS no grupo GTS e GN.....	36
Tabela 10- Contributos dos AVN na explicação da Ideação Suicida .....	37
Tabela 11- Contribuição dos AVN, ESSS e EADS na explicação da ideação suicida.....	38

## **1. Introdução**

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2013), o suicídio é a morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica.

O suicídio é um processo complexo, desde a ideação suicida até ao suicídio consumado. A ideação suicida são pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem 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 (DGS, 2013). Neste processo podem também existir comportamentos autolesivos, que correspondem a comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não-ingeríveis (por exemplo, lixívia, detergente, lâminas ou pregos) e tentativas de suicídio, que corresponde ao ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado (DGS, 2013).

Nos jovens, o suicídio continua a ser a segunda causa de morte dos 15 aos 19 anos e a terceira causa de morte dos 15 aos 34 anos (DGS, 2013), pelo que importa estudar a sua vulnerabilidade para os atos suicidas.

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

Desenvolvido em 1978, o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio de Rush e Beck, explica a depressão através de três noções: a tríade cognitiva, que consiste em três principais padrões cognitivos que levam o indivíduo a considerar-se a si mesmo, ao seu futuro e às suas experiências de forma negativa (desesperança), os esquemas cognitivos, que são utilizados para explicar o motivo de um paciente deprimido se focar na atitude dolorosa e, por fim, os erros cognitivos, nomeadamente a interferência arbitrária, a abstração seletiva, a supergeneralização, a magnificação ou minimização e a personalização. Estes erros cognitivos dão lógica ao pensamento (Rush & Beck, 1978).

Por Yang e Clum, em 1996, foi desenvolvido o Modelo Etiológico da Conduta Suicida, com o objetivo de ligar fatores ambientais precoces, a fatores cognitivos e o comportamento suicida. Os autores defendem assim, que a ocorrência de acontecimentos de vida negativos, podem influenciar direta ou indiretamente o desenvolvimento do comportamento suicida, ao afetar os fatores cognitivos (Yang & Clum, 1996).

Em 2008, desenvolvido por Wenzel e Beck, o Modelo Cognitivo do Comportamento Suicida assume os fatores de vulnerabilidade disposicional, os processos cognitivos associados às perturbações psiquiátricas e os processos cognitivos associados ao suicídio, como três construtos subjacentes ao comportamento suicida (Wenzel & Beck, 2008).

Mais recente, o Modelo Motivacional-Volitivo Integrado do Comportamento Suicida, desenvolvido em 2018 por Connor e Portzky, descreve o caminho final comum para o suicídio através de três fases, nomeadamente a fase pré-motivacional, a fase motivacional e a fase volitiva (Connor & Portzky, 2018).

Sabendo-se que não é um único fator de risco ou proteção que determinam o ato suicida (DGS, 2013), foram desenvolvidos estudos que apontam a desesperança e os acontecimentos de vida negativos como fatores de risco para o suicídio, indicando a razão para viver, a autoestima e a satisfação com o suporte social, como fatores protetores (Brás, Jesus, & Carmo, 2016).

As perturbações mentais anteriores também são apontadas como fatores de elevado risco para a primeira tentativa de suicídio (Miché et al., 2017), indicando a depressão como mediador da relação entre a intensidade e a frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos e o suicídio (Sobrinho & Campos, 2016).

Sendo o funcionamento familiar, o suporte social e a comunicação, bons fatores de proteção contra o suicídio (Gonçalves, 2015), a exposição precoce a maus-tratos infantis está associada a tentativas futuras de suicídio, apresentando um risco duas vezes maior quando exposto a abusos físicos na infância e de quatro vezes maior quando expostos a abusos sexuais na infância em comparação aos pares não expostos (Castellvi et al., 2016).

Apesar das fortes evidências apresentadas nos fatores de risco descritos, aponta-se a história de tentativas e a ideação suicida atual como os melhores preditores do comportamento suicida (Hesketh & Castro, 1978; Mann, 2002; Spirito & Esposito-

Smythers, 2006; Werneck et al., 2006; Werlang & Botega, 2004). No entanto, a história prévia de tentativas de suicídio isoladamente, não é suficiente para prever o suicídio (Mann, 2002).

Neste sentido, o presente estudo teve como principal objetivo comparar a ideação suicida entre um grupo com história de tentativas de suicídio e um grupo normativo numa amostra de jovens-adultos.

Deste modo, a investigação apresentada nesta dissertação, está organizada em diversos capítulos, começando pelo enquadramento teórico, onde são expostas as problemáticas do suicídio, através de diversos modelos explicativos do comportamento suicidário.

Em seguida serão referidos os objetivos gerais e específicos do estudo, bem como o método, onde serão apresentadas as características da amostra, os instrumentos aplicados e os procedimentos da recolha e tratamento de dados. De seguida, são apresentados os resultados obtidos no estudo.

A finalizar, na discussão são interpretados os resultados em comparação com outros estudos, apresentando também as limitações, potencialidades do estudo e as implicações práticas do mesmo.

## **2. Enquadramento Teórico**

Através do presente enquadramento teórico pretende-se analisar a literatura sobre os comportamentos suicidários, explorando os modelos que explicam estes comportamentos, de modo a identificar os principais fatores de risco e de proteção.

Neste sentido, o enquadramento teórico encontra-se dividido em vários subtemas. Inicialmente serão apresentados os dados estatísticos recentes sobre a prevalência do suicídio a nível mundial e em Portugal. O segundo subtema consiste na apresentação de alguns dos modelos explicativos que exploram o desenvolvimento deste comportamento. Por último, são apresentados alguns dos estudos empíricos que exploram a relação entre os fatores de risco e de proteção enunciados nos modelos explicativos e, além disso, comparam-nos em amostras de indivíduos com e sem história de tentativa de suicídio.

### **2.1. Dados epidemiológicos**

A nível mundial, é apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma taxa global de mortalidade por suicídio de 10.6 por 100000 habitantes, em 2016 (OMS, 2018), ou seja, os suicídios registados mundialmente excederam o número de mortes por homicídio (500000) e guerras (230000) em conjunto (OMS, 2013). Nesta escala mundial, o suicídio corresponde à 13ª causa de morte, sendo de salientar que entre jovens dos 15 aos 19 anos de idade, apresenta-se como a segunda causa de morte (OMS, 2018).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2016, a taxa de suicídio foi de 9.6 por 100000 habitantes, tendo uma incidência maior no sexo masculino (15.1) comparativamente ao sexo feminino (4.7) (INE, 2020).

No contexto português, um dos grupos de risco, referenciado pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) são os adolescentes. Apesar de em 2009 se ter verificado um aumento na taxa de suicídio consoante o aumento da idade (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, SPS, 2018), nos jovens, os resultados continuam a apontar o suicídio como uma das três principais causas de morte entre os 15 e os 24 anos (DGS, 2013).

Para tentar compreender estes dados têm sido propostos alguns modelos explicativos nomeadamente o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978), o Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996), o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008) e o modelo motivacional-volitivo (IMV) integrado do comportamento suicida (Connor & Portzky, 2018).

## **2.2. Modelos Explicativos**

Ao longo dos anos foram desenvolvidos diversos modelos explicativos que visam promover o conhecimento sobre os fatores e processos envolvidos no desenvolvimento do comportamento suicida.

Os principais modelos psicológicos são: o Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978), o Modelo Etiológico da Conduta Suicida (Yang & Clum, 1996), o Modelo Cognitivo do Suicídio (Wenzel & Beck, 2008) e o modelo motivacional-volitivo (IMV) integrado do comportamento suicida (Connor & Portzky, 2018). Estes modelos compreensivos integram um conjunto de fatores de risco e de proteção na explicação do comportamento suicida.

### **2.2.1. Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978)**

O primeiro modelo teórico, numa vertente cognitivo-comportamental, foi desenvolvido por Rush e Beck, em 1978. O modelo cognitivo da depressão e do suicídio postula três noções específicas para explicar a depressão: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste em três principais padrões cognitivos que induzem o indivíduo a considerar-se a si mesmo, ao seu futuro e às suas experiências de forma negativa (Rush & Beck, 1978). O primeiro componente da tríade está, desta forma, relacionado com a visão negativa de si, o segundo componente da tríade diz respeito à tendência do indivíduo para interpretar as suas experiências negativamente e, por último, o terceiro componente consiste na visão negativa do futuro. O segundo conceito associado à teoria cognitiva da depressão e do suicídio diz respeito aos esquemas cognitivos são utilizados para explicar o motivo de um paciente deprimido se focar nas vivências dolorosas, apesar de evidências objetivas de fatores positivos na sua vida (Rush & Beck, 1978). Estes esquemas são padrões cognitivos estáveis, formados através da seleção de um determinado estímulo, em detrimento de outro. Os indivíduos com uma perturbação depressiva tendem a distorcer a interpretação da experiência, focando-se apenas nos aspetos negativos, contribuindo assim, para a ativação de um conjunto limitado de esquemas mentais (Rush & Beck, 1978). Por fim, devido à utilização destes esquemas, formam-se erros cognitivos correspondem a erros que dão lógica ao pensamento da pessoa deprimida, sendo os mais comuns: (a) inferência arbitrária, onde o indivíduo retira uma conclusão sem evidências que a sustentem, (b) abstração seletiva, o indivíduo foca-se num detalhe fora do contexto ignorando outras características mais relevantes, (c) supergeneralização, o indivíduo retira uma conclusão geral, considerando apenas uma

característica específica, (d) magnificação ou minimização, é uma interpretação feita pelo indivíduo da situação de forma excessiva e (e) personalização, o indivíduo associa eventos externos a si mesmo (Rush & Beck, 1978).

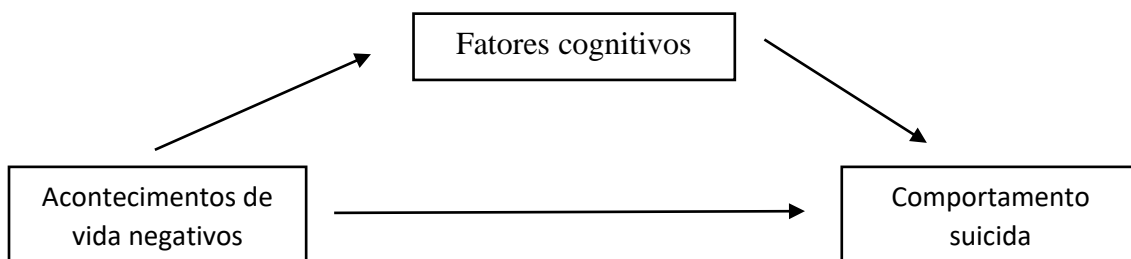
### **2.2.2. O Modelo Etiológico da conduta suicida (Yang & Clum, 1996)**

Anos mais tarde, Yang e Clum (1996), constatam que existem diversos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do comportamento suicida, para além da presença de um quadro depressivo. Surgem com o modelo etiológica da conduta suicida que procura ligar fatores ambientais precoces, principalmente dentro de um contexto familiar, a fatores cognitivos e comportamento suicida. De acordo com este modelo, os autores defendem que os fatores cognitivos medeiam a relação entre os acontecimentos de vida negativos e o comportamento suicida. Os acontecimentos de vida negativos são definidos como eventos que ocorrem antes dos 18 anos de idade e que são suscetíveis de ter um impacto negativo na vida do indivíduo (Yang & Clum, 1996). Para suportar essa hipótese, examinam evidências relacionando: (a) défices cognitivos e comportamento suicida, (b) fatores ambientais precoces e défices cognitivos, e (c) fatores ambientais precoces e comportamento suicida (Yang & Clum, 1996).

Em seguida, examinam a contribuição de fatores ambientais específicos. Assim, os eventos negativos precoces da vida são definidos como aqueles que ocorrem na infância e adolescência e que provavelmente terão um impacto negativo nos mesmos. Estes eventos negativos incluem: (a) psicopatologia familiar, (b) maus-tratos infantis, (c) instabilidade familiar, (d) ambiente familiar geral pobre e (e) relacionamentos pobres entre pares (Yang & Clum, 1996).

Os fatores cognitivos examinados para a sua relação com o comportamento suicida são: (a) défices na resolução de problemas, (b) locus de controle externo, (c) desesperança, (d) baixa autoestima e (e) dependência (Yang & Clum, 1996).

Assim, os acontecimentos de vida negativos podem influenciar direta ou indiretamente o comportamento suicida. Segundo Yang e Clum (1996), a ocorrência de acontecimentos de vida negativos podem levar ao desenvolvimento do comportamento suicida ou então, podem afetar os fatores cognitivos que, por sua vez, podem levar ao comportamento suicida (Figura 1).



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

Além disso, os autores defendem que os efeitos dos eventos negativos precoces no funcionamento cognitivo são hipoteticamente cumulativos. Ou seja, os indivíduos que experimentaram mais tipos de eventos negativos precoces são mais propensos a exibir mais disfunção cognitiva, da mesma forma que os indivíduos que têm mais tipos de défices cognitivos têm mais tendência a apresentar comportamento suicida. Conseqüentemente, os indivíduos que experimentaram mais eventos negativos precoces têm maior probabilidade de apresentar risco de comportamento suicida (Yang & Clum, 1996).

### **2.2.3. Modelo Cognitivo do Comportamento suicida (Wenzel & Beck, 2008)**

Este modelo tem como base uma perspectiva cognitiva e assume a existência de três construtos subjacentes ao comportamento suicida, nomeadamente os fatores de vulnerabilidade disposicional, os processos cognitivos associados às perturbações psiquiátricas e os processos cognitivos associados ao suicídio. Os fatores de vulnerabilidade disposicional, caracterizados como variáveis-traço, são traços estáveis no tempo, que determinam o risco para o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica e, conseqüentemente, aumentam a probabilidade de o indivíduo desenvolver um comportamento suicida, tais como: (a) impulsividade e constructos relacionados, (b) défice na capacidade de resolução de problemas, (c) um estilo de memória sobre-generalizada, (d) um estilo cognitivo mal-adaptativo e (e) personalidade (Wenzel & Beck, 2008). Os processos cognitivos associados a perturbações psiquiátricas correspondem a conteúdos cognitivos desadaptativos (o que as pessoas pensam) e os viés de processamento das informações (como as pessoas pensam) que estão associados a muitos tipos de perturbações e sintomas psiquiátricos e, por fim, os processos cognitivos associados aos atos suicidas que segundo os autores são conteúdos cognitivos mal

adaptativos e processos de informação que os autores supõe estarem em ação quando uma pessoa está numa crise suicida (Wenzel & Beck, 2008).

Os autores defendem que os processos cognitivos associados às perturbações psiquiátricas e aos processos cognitivos associados ao ato suicida são ativados no contexto do stresse (Wenzel & Beck, 2008).

#### **2.2.4. O modelo motivacional-volitivo integrado do comportamento suicida (Connor & Portzky, 2018).**

Recentemente Connor e Portzky (2018) desenvolveram o modelo motivacional-volitivo integrado do comportamento suicida (IMV), que se baseia no quadro da ideação para a ação.

O presente modelo é tripartido e descreve o caminho final comum para o comportamento suicida. O modelo IMV postula que a experiência de derrota/ humilhação da qual não há escapatória, isto é, aprisionamento, é o fator-chave da ideação suicida. O modelo IMV também descreve os fatores que facilitam a transição da derrota / humilhação para o “encarceramento”, do “encarceramento” para a ideação suicida e da ideação para a tentativa de suicídio. Com efeito, o comportamento suicida é uma tentativa individual de acabar com a dor ou escapar de circunstâncias de vida insuportáveis (Connor & Portzky, 2018).

O modelo é composto por três fases, onde são descritos os aspetos constituintes e os fatores que medeiam a transição do indivíduo ao longo do processo. A primeira fase, a fase Pré-Motivacional, diz respeito às experiências do indivíduo e aos possíveis fatores desencadeadores do comportamento suicida. A segunda fase, a fase motivacional, está relacionada com o desenvolvimento da ideação e da intenção suicida, tendo início com a ocorrência de experiências de insucesso e/ou humilhação, podendo conduzir ao aumento do sentimento de aprisionamento. Por fim, na fase volitiva, ideação e a intenção suicida evoluem para o comportamento suicida se o indivíduo apresentar elevados níveis de impulsividade, acesso ao método e capacidade para o fazer, bem como história de suicídio no seu ambiente familiar e social (Connor & Portzky, 2018).

### **2.3. Fatores de risco na ideação suicida**

Os fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se. A identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção torna-se essencial numa estratégia de prevenção do suicídio, pois contribui para delinear e detetar a natureza e o tipo de intervenção necessários, sendo indicativo das circunstâncias em que um indivíduo, uma comunidade ou uma população se encontram particularmente vulneráveis para o suicídio.

Quando se encontram presentes uma série de fatores negativos existe uma maior probabilidade de comportamentos autolesivos e atos suicidas, no entanto, não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita o ato suicida. Além disso, nem todos os fatores são igualmente significativos em termos de prevenção, por isso devem ser considerados em conjunto e enquadrados no contexto do indivíduo e da sua história biográfica (DGS, 2013).

Num estudo com uma amostra de 344 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, dos quais 144 eram do sexo masculino e 200 do sexo feminino foi observada a relação dos fatores psicológicos de risco e de proteção com a ideação suicida. Os resultados caracterizam o contributo diferencial de fatores de risco (acontecimentos de vida negativos e desesperança) e de proteção (razões para viver, autoestima e satisfação com o suporte social), os quais, em conjunto, explicam cerca de 40% da ideação suicida. Verificou-se ainda que os níveis de ideação suicida são diretamente influenciados pelos acontecimentos de vida negativos, coexistindo com uma influência mediada por fatores psicológicos (Brás, Jesus, & Carmo, 2016).

A associação entre fatores de risco e resiliência (desesperança, depressão, felicidade subjetiva) que contribuem para comportamentos suicidas em jovens italianos foi avaliada num estudo composto por uma amostra de 253 adolescentes italianos do ensino médio (idade média = 18.9,  $DP = 0.57$ ; 137 do sexo masculino; 116 do sexo feminino) (onde os sintomas depressivos foram positivamente associados a vulnerabilidades cognitivas (tendências características de interpretar informações de forma negativa e distorcida ao deparar-se com um evento stressante percebido) e negativamente associadas à felicidade subjetiva. Os participantes com risco elevado de suicídio também relataram sintomas depressivos aumentados, mais vulnerabilidades cognitivas e menos felicidade subjetiva (Pompili et al., 2015).

Além disso, os sintomas depressivos mediarão significativamente a relação entre felicidade subjetiva e risco de suicídio (Pompili et al., 2015).

Com o objetivo de avaliar a associação temporal de perturbações mentais anteriores e subseqüentes tentativas de suicídio numa amostra de 3021 jovens (14- 24 anos), recolhida durante 10 anos, demonstrou que a maioria das perturbações mentais anteriores apresenta um risco elevado para a primeira tentativa de suicídio, sendo que, os maiores riscos foram associados com perturbações de stress pós-traumático, distímia e dependência de nicotina (Miché et al., 2017).

Medeiros (2016) num estudo realizado em Portugal, com uma amostra de 53 participantes entre os 14 e os 29 anos, demonstrou que os comportamentos autolesivos e a ideação suicida ocorrem com elevada frequência na população em estudo e na origem dos comportamentos autolesivos foi possível identificar fatores como o autocríticismo e a impulsividade. Relativamente à ideação suicida, os resultados indicam que é a depressão, a satisfação com a vida e a capacidade para lidar com a emoção que estão na sua génese e podem contribuir para a sua manutenção (Medeiros, 2016).

Também em 2016, Sobrinho e Campos confirmam a mesma evidência, com um estudo realizado com o objetivo de testar dois modelos de previsão do risco de suicídio que assumem que a depressão medeia a relação entre a frequência e a intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio. Para o devido efeito, foram recolhidos dados em dois momentos diferentes, com um intervalo de cinco meses a 195 participantes jovens-adultos. Os resultados obtidos mostram que a depressão medeia a relação entre a intensidade e a frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio (Sobrinho & Campos, 2016). Em ambos os modelos, também a sintomatologia depressiva e a idade se relacionam positivamente de forma direta com o risco de suicídio. Esta relação é especialmente importante no início da vida adulta, pois é uma fase desenvolvimental que se pode definir como um momento de crise, devido às mudanças vivenciadas pelo jovem-adulto e à necessidade de assumir novas responsabilidades e novos papéis (Sobrinho & Campos, 2016).

Assim, os estudos confirmam a existência de uma forte relação entre a depressão e o risco de suicídio (Campos et al., 2012; Galambos et al., 2006; Lamis et al., 2010).

De forma a avaliar o impacto do suporte social, num estudo realizado por Gonçalves (2015) com uma amostra de 326 participantes adolescentes entre os 14 e os 20 anos de

idade ( $n=124$ ) e aos respectivos pais com idades compreendidas entre os 29 e os 68 anos ( $n=202$ ), foi explorada a relação entre a Ideação Suicida, o Funcionamento Familiar e o Suporte Social, bem como a análise da existência de padrões Transgeracionais de Ideação Suicida.

A análise dos resultados obtidos demonstrou que todas estas dimensões se relacionam entre si, sendo que na amostra dos adolescentes foi ainda possível observar que tanto o Funcionamento Familiar como o Suporte Social e a Comunicação são bons fatores de proteção contra o surgimento de ideação suicida (Gonçalves, 2015).

Foi feita uma revisão sistemática de pesquisas publicadas até 2018, com o objetivo de identificar mediadores e moderadores de fatores que predizem a automutilação em jovens com idades iguais ou superiores a 25 anos (Abdelraheem, McAloon, & Shand, 2018).

Dos 25 estudos que preencheram os critérios de inclusão, 22 relataram pelo menos um resultado positivo de um mediador ou moderador. Especificamente, 15 mediadores significativos e 20 moderadores significativos foram identificados em relação a uma ampla gama de preditores de automutilação. Os preditores foram classificados como experiências adversas na infância e fatores parentais, fatores psicológicos e psiquiátricos, fatores sociais e fatores intrapessoais. Um número de mediadores potencialmente modificáveis e moderadores foram identificados, incluindo dificuldades interpessoais, impulsividade, autoestima e autocompaixão. O género foi o moderador mais comumente relatado (Abdelraheem, McAloon, & Shand, 2018).

Com o objetivo de perceber a prevalência de 10 categorias de experiências adversas na infância autorrelatadas em mulheres adultas portuguesas e se essas experiências eram preditoras do índice de sintomatologia depressiva e de tentativas de suicídio, foi utilizada uma amostra de 225 mulheres Portuguesas (Pinto, Alves, & Maia, 2015). Os resultados do estudo mostram que a exposição a experiências adversas na infância é frequente e o seu grau é preditor de sintomatologia depressiva e tentativas de suicídio (Pinto, Alves, & Maia, 2015). Castellvi e colaboradores (2016) confirmaram a mesma evidência através de uma revisão sistemática, incluindo 52 amostras de 26 estudos, fornecendo fortes evidências de que as vítimas precoces, desde a infância até à idade jovem-adulta, de qualquer violência interpessoal, independente do tipo, são consistentemente mais propensas do que os pares não expostos a apresentar tentativas de suicídio.

De acordo com os riscos atribuíveis à população, o abuso sexual na infância e o bullying foram as exposições à violência interpessoal que mais contribuíram para as tentativas de suicídio em jovens e jovens-adultos (Castellvi et al., 2016).

O estudo concluiu que a exposição precoce a maus-tratos infantis está associada a tentativas de suicídio mais tarde na vida. Os resultados mostram que, em comparação com os pares não expostos, os indivíduos expostos precocemente a maus-tratos infantis apresentam um risco duas vezes maior de tentativas de suicídio em jovens/ jovens-adultos, e um risco duas vezes maior quando expostos a abuso físico na infância de quatro vezes maior quando exposto a abuso sexual na infância (Castellvi et al., 2016).

A exposição à violência intrapessoal tem consequências a longo-prazo para a saúde. As vítimas de maus-tratos infantis, sexuais ou não-sexuais, são mais propensas a apresentar perturbações mentais, uso de drogas, tentativas de suicídio, infecções sexualmente transmissíveis e comportamentos sexuais de risco. No bullying e na violência no namoro, foram encontrados resultados semelhantes, em que as vítimas têm maior probabilidade de relatar mais problemas de saúde mental e mais comportamentos de autoagressão na idade adulta (Castellvi et al., 2016).

Segundo Castellvi e colaboradores (2017), mais de 60% dos estudos encontraram uma associação significativa entre uma história de ideação suicida e tentativas futuras de suicídio.

Segundo os autores, indivíduos entre os 12 e os 26 anos, com qualquer pensamento e comportamento autolesivo anterior, apresentam um maior risco de morrer por suicídio, sugerindo assim, que os pensamentos e comportamentos autolesivos são melhores preditores dos fatores de risco de morte por suicídio nesta população (Castellvi et al., 2017).

Olfson e colaboradores (2018) realizaram um estudo com o objetivo de identificar os fatores de risco para comportamentos autolesivos repetidos e morte por suicídio ao longo do ano seguinte entre adolescentes e jovens-adultos com automutilações não-fatais entre os 12 e os 24 anos de idade, acompanhados durante um ano após a autoagressão. Numa amostra de 32395 participantes, os resultados do estudo mostram que após as automutilações não-fatais, os adolescentes e os jovens-adultos estavam em risco acentuadamente elevado de suicídio (Olfson et al., 2018).

A literatura aponta a história de tentativa e ideação suicida atual como os melhores preditores do comportamento suicida (Hesketh & Castro, 1978; Mann, 2002; Spirito & Esposito-Smythers, 2006; Werlang & Botega, 2004; Werneck et al., 2006). Entre uma variedade de fatores, a história de antecedentes de tentativas de suicídio tem sido o maior destaque na literatura, pois uma grande quantidade de pessoas que morre por suicídio apresenta tentativa prévia na sua história (Vaz, 2010). Estimativas apontam para o aumento de morte por suicídio de 20 a 30 vezes, em indivíduos que se referem a esse tipo de experiência anterior (Prieto & Tavares, 2007; Rapeli & Botega, 2005; Werneck et al., 2006). Então, inquirir cuidadosamente sobre tentativas passadas é parte essencial na avaliação de risco. Contudo, a história prévia de tentativas isoladamente é insuficiente na predição de suicídio, assim, outros fatores (internos e externos) também devem ser considerados na avaliação (Mann, 2002).

Apesar do pensamento e comportamentos autolesivos anteriores parecer ser o mais forte preditor de morte por suicídio entre jovens-adultos, é importante ter em atenção a contribuição de outros fatores de risco, sendo necessário mais pesquisas para identificar outros fatores de risco para o suicídio entre jovens que morrem na sua primeira tentativa.

Assim sendo, percebe-se a importância e necessidade de mais estudos para identificar outras causas de morte por suicídio entre jovens-adultos que morrem na sua primeira tentativa.

A avaliação das possíveis variáveis de risco na gênese do suicídio nos jovens-adultos, é importante, para testar como estão envolvidas no desenvolvimento do mesmo, para posteriormente se poder atuar com estratégias preventivas mais eficazes e provavelmente mais direcionadas para estas variáveis, se assim se confirmarem. Apesar dos inúmeros estudos que sustentam a importância dessas mesmas variáveis na ideação suicida é importante existir um estudo que contemple todas estas variáveis e que demonstre de que forma estas podem ou não estar envolvidas na gênese do suicídio, de forma a compreender de que forma a sintomatologia depressiva, o stress, o suporte social e os acontecimentos de vida negativos na infância podem aumentar o risco de suicídio nesta população.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivos gerais**

O presente estudo tem como objetivo geral comparar os fatores de risco e de proteção para a ideação suicida em jovens com e sem história de tentativa de suicídio.

### **3.2. Objetivos específicos**

Em traços mais específicos, apresentam-se os seguintes objetivos: (a) Caracterizar os níveis de ideação suicida em jovens adultos, na amostra global; (b) Avaliar a relação entre os fatores de risco e de proteção para a ideação suicida no grupo com história de tentativas de suicídio; (c) Comparar os níveis de ideação suicida em jovens adultos com e sem história de tentativas de suicídio; (d) comparar a sintomatologia depressiva, a ansiedade, o stresse, a satisfação com o suporte social e os acontecimentos de vida negativos na infância nos jovens adultos com e sem história de tentativas de suicídio; (e) Avaliar a influência dos acontecimentos adversos na infância, da satisfação com o suporte social e da ansiedade, depressão e stresse na explicação da ideação suicida.

## **4. Método**

### **4.1. Amostra**

A amostra do presente estudo é composta por um total de 44 sujeitos.

A amostra foi dividida em dois grupos, o grupo com tentativas de suicídio (GTS) composta por 22 sujeitos e o grupo normativo (GN) composto por 22 sujeitos.

### **4.2. Instrumentos**

#### **4.2.1. Questionário Sociodemográfico**

O questionário Sociodemográfico é composto por questões de carácter sociodemográfico (e.g., sexo, idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, entre outras) e também questões pertinentes relacionadas com o historial clínico, sobretudo de psicopatologia e comportamentos suicidários (e.g., história de diagnóstico de psicopatologia, tipo de acompanhamento, história de comportamentos suicidários do próprio e familiares, entre outros).

#### **4.2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999) é uma medida de perceção de suporte social, na assunção de que esta perceção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 1999).

A ESSS é constituída por 15 afirmações que são apresentadas para autopreenchimento, sendo que o sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a

afirmação (se se aplica a ele), numa escala de *Likert* com cinco posições, desde 1 (*Concordo totalmente*) até 5 (*Discordo totalmente*) (Pais-Ribeiro, 1999).

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

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

No presente estudo, em relação à consistência interna obteve-se um alfa de Cronbach com o valor de  $\alpha=.32$ . Nas suas subescalas, a satisfação com os amigos apresenta  $\alpha=.52$ ; na subescala de intimidade um  $\alpha=.61$ ; na satisfação com a família  $\alpha=.77$  e na subescala de atividades sociais  $\alpha=.67$ .

#### **4.2.3. Questionário de Ideação Suicida (Reynolds, 1988; adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela, 1999)**

O Questionário de Ideação Suicida (QIS) – *The suicidal Ideation Questionnaire*, foi desenvolvido por Reynolds, em 1988, e posteriormente adaptado à população portuguesa por Ferreira e Castela (1999).

Este questionário pretende avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes e adultos (Reynolds, 1988). O QIS apresenta um total de 30 itens, para os quais são oferecidas sete alternativas de resposta desde 0 (*O pensamento nunca ocorreu*) até 6 (*O pensamento ocorre todos os dias*). Assim sendo, os resultados que é possível obter nesta escala oscilam entre um número mínimo de 0 e um máximo de 180 pontos, indicando tanto maior frequência de cognição suicida, quanto mais elevado for o valor obtido (Ferreira & Castela, 1999).

O QIS pode ser administrado individualmente ou em grupo. Não existe limite de tempo para completar o questionário, levando este uma média de 10 minutos a preencher (Ferreira & Castela, 1999).

No que diz respeito à fiabilidade do teste, foram realizados dois tipos de estudos orientados para avaliar a consistência interna (através do coeficiente de Cronbach) e para

a medição da estabilidade temporal dos resultados, através do método do teste-reteste. Os resultados revelaram um coeficiente alfa de Cronbach o valor de .96 e no coeficiente de correlação entre as duas aplicações indicou um valor de .76 (Ferreira & Castela, 1999).

A validade convergente e divergente foi analisada através de correlações com vários instrumentos. O QIS apresentou uma correlação positiva e significativa com o inventário de Depressão de Beck ( $r=.59$ ,  $p<.001$ ) (Ferreira & Castela, 1999).

No presente estudo a consistência interna de escala total obteve um alfa de Cronbach de  $\alpha=.97$ .

#### **4.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (Lovibond & Lovibond, 1995 adaptado para a população portuguesa por Ribeiro, Horando & Leal, 2004)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), - *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* e adaptada à população Portuguesa por Ribeiro, Horando e Leal, em 2004.

A EADS tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade, depressão e stresse em jovens com idades superiores a 17 anos.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana (Ribeiro, Horando, & Leal, 2004).

Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert*, de 1 (*Não se aplicou nada a mim*) a 4 (*Aplicou se a mim a maior parte das vezes*). A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos e os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens (Ribeiro, Horando, & Leal, 2004).

A escala fornece três classificações uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As classificações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Ribeiro, Horando, & Leal, 2004).

A fiabilidade do instrumento foi avaliada através da análise da consistência interna (alfa de Cronbach) de cada uma das subescalas, tendo tido obtido resultados satisfatórios em todas: ansiedade ( $\alpha=.74$ ), depressão ( $\alpha=.85$ ) e stresse ( $\alpha=.81$ ) (Ribeiro, Horando, & Leal, 2004).

No presente estudo, em relação à consistência interna obteve-se um alfa de Cronbach com o valor  $\alpha=.96$ . Em relação às respectivas escalas, na ansiedade obteve-se um alfa de Cronbach  $\alpha=.87$ , na depressão  $\alpha=.0.91$  e no stresse  $\alpha=.85$ .

#### **4.2.5. Questionário de História de Adversidade na Infância (Felitti & Anda, 1998; adaptado para a população portuguesa por Silva & Maia, 2007)**

O Questionário da História de Adversidade na Infância (QHAI) é um questionário de autorrelato para adultos, que pretende avaliar a ocorrência de experiências de adversidade na infância. Trata-se de um questionário de autorrelato para adultos, que pretende avaliar a ocorrência de experiências de adversidade na infância, que tenham ocorrido antes dos 16 anos de idade (Silva & Maia, 2007).

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

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

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

A validade do instrumento foi estudada através do método teste-reteste, onde se obteve um valor entre .56 e .72 para as dimensões referentes ao abuso emocional e físico, e à exposição dos jovens à violência doméstica. Para as restantes dimensões obteve-se um valor entre .46 e .86. Deste modo, a escala pode ser considerada adequada para a avaliação do objetivo proposto pelos autores (Silva & Maia, 2007).

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

## **5. Procedimentos**

### **5.1. Recolha de dados**

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

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

O presente estudo está integrado numa investigação mais ampla, a decorrer na Universidade do Algarve. Após recolhida a amostra total de 269 participantes, foram somente selecionados para estudo os jovens-adultos que apresentavam história de tentativa de suicídio e uma amostra equiparada em termos de género e idade que não apresentava história de tentativa de suicídio, o que se traduz num total de 44 participantes.

### **5.2. Tratamento de dados**

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $(\alpha) \leq .05$ . Utilizou-se o teste de Fisher, o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Spearman, o teste de Mann-Whitney, o teste Manova, a regressão linear múltipla, a regressão linear hierárquica por blocos e a análise de efeitos de mediação.

A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene. Os pressupostos regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25 para Windows e a macro para SPSS de Andrew F. Hayes, denominada PROCESS.

## 6. Resultados

### 6.2. Características descritivas do grupo com história de tentativas de suicídio e do grupo normativo

Para se conhecer as características dos participantes, foi feita uma análise descritiva global de todos os participantes e, de seguida, separadamente, a nível do grupo com história de tentativas de suicídio (GTS) e do grupo normativo (GN).

A amostra foi composta por um total de 44 sujeitos, distribuídos de forma equitativa por ambos os grupos: 22 no grupo GTS e 22 no grupo GN.

Tabela 1

*Caracterização sociodemográfica*

	Total (N = 44)		GTS (N = 22)		GN (N = 22)		Valor do teste	P
	N	%	N	%	N	%		
<i>Género</i>								1,000
Feminino	35	79,5	17	77,3	18	81,8		
Masculino	9	20,5	5	22,7	4	18,2		
<i>Idade (M, DP)</i>	20,9	3,3	20,9	3,4	20,9	3,4	0,000	1,000
<i>Escolaridade</i>							1,000	1,000
3º Ciclo	1	2,3	1	4,5				
Ensino Secundário	19	43,2	10	45,5	9	40,9		
Ensino Superior	24	54,5	11	50,0	13	59,1		
<i>Estado civil</i>							3,024	,759
Solteiro(a)	41	93,2	20	90,9	21	95,5		
Casado(a)	1	2,3			1	4,5		
União de facto	1	2,3	1	4,5				
Divorciado(a)	1	2,3	1	4,5				
<i>Situação profissional</i>							2,500	,535
Estudante	32	72,7	14	63,6	18	81,8		
Trabalhador-estudante	4	9,1	3	13,6	1	4,5		
Empregado	4	9,1	2	9,1	2	9,1		
Desempregado	4	9,1	3	13,6	1	4,5		

*Nota.* GTS= Grupo tentativas suicídio; GN= Grupo normativo; p= nível de significância

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Através da análise de resultados obtidos na amostra total, como se pode observar na Tabela 1, verificou-se que a maioria da amostra era do género feminino (79,5%), com escolaridade ao nível do ensino superior (54,1%), solteira (93,2%) e estudante (72,7%). A média de idades era de 20,9 anos, variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 29 anos.

No que diz respeito ao grupo GTS, observou-se que a maioria da amostra correspondia ao género feminino (77,3%), com escolaridade ao nível superior (50,0%), solteira (90,9%) e estudante (63,6%) (Tabela 1).

Tal como observado no grupo GTS, no grupo GN (Tabela 1), a amostra era maioritariamente do género feminino (81,8%), com escolaridade ao nível do ensino superior (59,1%), solteira (95,5%) e estudante (81,8%).

Tabela 2

*Caracterização clínica e Comportamento Suicidário no Grupo com História de tentativas de Suicídio e no Grupo Normativo*

	Total (N = 44)		GTS (N = 22)		GN (N = 22)	
	N	%	N	%	N	%
<i>Diagnóstico problema psicológico ou psiquiátrico</i>						
Sim	16	36,4	16	72,7		
Não	28	63,6	6	27,3	22	100,0
<i>Diagnóstico</i>						
Perturbação Depressiva	7	15,9	7	31,8		
Perturbação de Ansiedade	2	4,5	2	9,1		
Depressão e Ansiedade	2	4,5	2	9,1		
Perturbação Depressiva e POC	2	4,5	2	9,1		
Ansiedade Social e Perturbação Depressiva	1	2,3	1	4,5		
<i>Acompanhado(a) por algum psicólogo(a) ou psiquiatra</i>						
Sim	24	54,5	19	86,4	5	22,7
Não	20	45,5	3	13,6	17	77,3
<i>Alguma vez sentiu que não valia a pena viver</i>						
Sim	31	70,5	22	100,0	9	40,9
Não	13	29,5	0	0,0	13	59,1
<i>Comportamentos autolesivos</i>						
Não	30	68,2	8	36,4	22	100,0
Sim	14	31,8	14	63,6		

Nota. GTS= Grupo tentativas suicídio; GN= Grupo normativo;

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Em relação ao historial clínico dos 44 participantes (Tabela 2), 16 participantes (36,4%) foram diagnosticados com um problema psicológico ou psiquiátrico, sendo o mais referido a perturbação depressiva (15,9%). Da amostra total, 54,5% foi acompanhado por um psicólogo ou psiquiatra. No que diz respeito ao comportamento suicida, cerca de 71% indicou que já sentiu que não valia a pena viver e 31,8% tinha tido comportamentos autolesivos.

De seguida, procedeu-se à análise dos mesmos indicadores em cada um dos grupos, no grupo com história de tentativas de suicídio e no grupo normativo, conforme se pode observar na tabela 1 e 2.

Os grupos eram equivalentes em termos de género (teste de Fisher,  $p = 1.000$ ), idade ( $Z = 0.000$ ,  $p = 1.000$ ), escolaridade ( $\chi^2 (2) = 1.219$ ,  $p = 1.000$ ), estado civil ( $\chi^2 (3) = 3.024$ ,  $p = .759$ ), e situação profissional ( $\chi^2 (3) = 2.500$ ,  $p = .535$ ) (Tabela 1).

Em relação ao grupo GTS, 86,4% referiu já ter tido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico tendo havido uma percentagem de 63,6% de comportamentos autolesivos dentro do grupo.

No grupo GN, apenas 22,7% já teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 40,9% já sentiram que não valia a pena viver, no entanto, nenhum elemento do grupo indicou ter tido comportamentos autolesivos.

### **6.3. Análise Comparativa entre o grupo com história de tentativas de suicídio e o grupo normativo**

Pretendendo-se avaliar as diferenças existentes entre o grupo com história de tentativas de suicídio e o grupo normativo, realizou-se um estudo comparativo em relação aos fatores de risco e protetores para a ideação suicida entre os dois grupos. Começou-se por comparar os níveis de ideação suicida.

Tabela 3

*Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função do grupo GTS e GN na Ideação Suicida*

	GTS		GN		U	P
	M	DP	M	DP		
IS	54,91	46,10	8,41	7,73	48,500	,001

*Nota.* GTS= Grupo tentativas suicídio; GN= Grupo normativo; IS= Ideação Suicida; DP= Desvio-Padrão; p=nível de significância; U= Teste U de Mann-Whitney  
\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

A tabela 3 refere-se aos valores obtidos em relação à comparação de médias e desvio-padrão no que respeita à ideação suicida nos dois grupos.

A ideação suicida revelou-se significativamente mais elevada no grupo GTS ( $M=54,91$ ;  $DP=46,10$ ) comparativamente ao grupo normativo ( $M=8,41$ ;  $DP= 7,73$ ).

Na Tabela 4 são apresentados os resultados obtidos em relação aos fatores protetores através da análise da comparação dos valores médios de cada grupo referente à satisfação com o suporte social.

Tabela 4

*Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função do grupo GTS e GN em relação à Satisfação com o Suporte Social*

	GTS		GN		U	P
	M	DP	M	DP		
SA	3,48	,90	3,68	,82	214,500	,517
SI	2,93	1,10	3,40	1,17	187,000	,195
SF	3,26	1,12	3,97	,95	150,500	,030*
AS	2,85	1,13	2,94	1,14	235,000	,869
ESSS	2,64	,66	2,93	,69	180,500	,148

*Nota.* GTS= Grupo tentativas suicídio; GN= Grupo normativo; DP= Desvio-Padrão; p=nível de significância; SA= Satisfação Amigos; SI= Satisfação intimidade; SF= Satisfação Família; AS= Satisfação Atividades Sociais; ESSS= Escala de Satisfação com o Suporte Social

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Foram encontradas diferenças significativas entre o grupo GTS e o grupo GN em relação à satisfação com a família. O grupo GTS apresentou menor satisfação com a família ( $M=3,26$ ;  $DP= 1,12$ ) em comparação ao grupo GN, que apresenta uma maior satisfação com o suporte familiar ( $M=3,97$ ;  $DP=,95$ ).

Na Tabela 5 encontram-se os resultados obtidos em relação aos fatores de risco através da análise da comparação dos valores médios de cada grupo em estudo referentes à escala de ansiedade, depressão e stresse.

Tabela 5

*Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney em função do grupo GTS e GN na EADS*

	GTS		GN		U	P
	M	DP	M	DP		
Ansiedade	8,05	6,40	3,50	3,99	132,500	,010*
Depressão	10,09	6,33	4,41	4,22	115,500	,003**
Stresse	10,00	5,37	6,41	4,59	152,000	,034*

*Nota.* GTS= Grupo com tentativas de suicídio; GN= Grupo Normativo; DP= Desvio-Padrão; M= Média; U= Teste U de Mann-Whitney

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Os resultados (Tabela 5) mostram que os valores de ansiedade ( $M=8,05$ ;  $DP=6,40$ ), depressão ( $M=10,06$ ;  $DP=6,33$ ) e stresse ( $M=10,00$ ;  $DP=5,37$ ) são significativamente mais elevados no grupo GTS em comparação com o grupo GN.

Foram avaliadas as diferenças entre o grupo com história de tentativas de suicídio e o grupo normativo no que diz respeito à história da adversidade na infância.

Tabela 6

Comparação entre o grupo GTS e o grupo GN em relação à Escala de Adversidade na Infância

	GTS		GN		p
	N	%	N	%	
Abuso emocional	17	77,3%	9	40,9%	.031*
Abuso físico	13	59,1%	6	27,3%	.067
Abuso sexual	2	9,1%	1	4,5%	1.000
Exposição violência	6	27,3%	5	22,7%	1.000
Abuso substâncias	4	18,2%	3	13,6%	1.000
Divórcio	5	22,7%	3	13,6%	.698
Prisão	1	4,5%	0	0,0%	1.000
Doença mental	12	54,5%	9	40,9%	.547
Negligência física	8	36,4%	5	22,7%	.510
Negligência mental	16	72,7%	15	68,2%	1.000

Nota. GTS= Grupo com tentativas de suicídio; GN= Grupo Normativo;

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Na tabela 6 pode observar-se que o GTS, comparativamente ao GN, registra valores mais elevados em todos os acontecimentos adversos na infância. Contudo, essas diferenças apenas são significativas no que diz respeito ao abuso emocional. O grupo GTS reporta valores mais elevados de abuso emocional (77,3%) em comparação ao grupo GN (40,9%).

Tabela 7

Médias, Desvios-Padrão, Teste U de Mann-Whitney na adversidade total

	GTS		GN		Z
	M	DP	M	DP	
Adversidade	3,82	1,96	2,55	1,73	-2.147*

Nota. GTS= Grupo com tentativas de suicídio; GN= Grupo Normativo; DP= Desvio-Padrão; M= Média;

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Os sujeitos do grupo GTS obtiveram valores de adversidade total significativamente mais elevados ( $M=3,82$ ;  $DP=1,96$ ) comparativamente ao grupo GN ( $M=2,55$ ;  $DP=1,73$ ) (Tabela 7).

Tabela 8

*Correlações entre EADS, ESSS e QIS com a Adversidade na Infância no grupo GTS e GN*

	GTS	GN
	Adversidade (QHAI)	
Ansiedade	,050	,262
Depressão	-,051	,464*
Stresse	,176	,250
Satisfação família	-,152	-,290
Satisfação intimidade	,059	-,456*
Satisfação amigos	-,468*	-,328
Satisfação atividades sociais	-,005	-,479*
Suporte social	-,172	-,452*
Ideação suicida	-,367	,671***

*Nota.* GTS= Grupo com tentativas de suicídio; GN= Grupo Normativo;  
\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Na tabela 8 podemos observar os coeficientes de correlação de Spearman entre o suporte social, ansiedade, depressão, stresse, ideação suicida e a adversidade. No grupo GTS encontramos uma correlação significativa, negativa e moderada entre a satisfação com o suporte social dos amigos e a adversidade, o que significa que quanto mais elevado é a percepção do suporte social mais baixo é o valor da adversidade sentida.

No grupo normativo encontramos correlações significativas e positivas entre a depressão e a adversidade, a ideação suicida e a adversidade e negativas da adversidade com a satisfação com o suporte social intimidade, atividades sociais e suporte social total. Assim, percebe-se que, quanto maior a adversidade sentida pelos jovens adultos, maior os níveis de ideação suicida e de depressão.

No suporte social, quanto maior a percepção em relação à satisfação com a intimidade, com as atividades sociais e com o suporte social total menor a adversidade sentida.

Tabela 9

*Correlações entre ESSS e EADS com QIS no grupo GTS e GN*

	GTS	GN
	Ideação Suicida (QIS)	
Satisfação amigos	-,273	-,446*
Satisfação intimidade	-,378	-,591**
Satisfação amigos	,125	-,435*
Satisfação atividades sociais	-,275	-,706**
Suporte social	-,216	-,600**
Ansiedade	-,020	,628**
Depressão	,377	,779***
Stresse	-,117	,666***

*Nota.* GTS= Grupo com tentativas de suicídio; GN= Grupo Normativo;  
\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Na tabela 10 podemos apreciar os coeficientes de correlação de Spearman entre o suporte social, ansiedade, depressão, stresse e ideação suicida. No grupo GTS não encontramos correlações significativas. No grupo normativo encontramos correlações significativas e positivas entre a ansiedade, depressão, stresse e a ideação suicida, e negativas da satisfação com o suporte Social.

Ou seja, quanto maior a ansiedade, o stresse e ansiedade sentida pelos jovens adultos maior os níveis de ideação suicida.

No suporte social, quanto maior a satisfação com o suporte social, menor os níveis de ideação suicida sentida.

#### **6.4. Preditores da ideação suicida no grupo com história de tentativas de suicídio e no grupo normativo**

Para identificarmos os AVN preditores significativos da ideação suicida realizou-se uma regressão linear múltipla com as dimensões da adversidade como variáveis independentes e a ideação suicida com variável dependente. O modelo explica 40.3% desta última variável e não é estatisticamente significativo,  $F(10, 11) = .742, p = .677$ , o que significa que os AVN parecem não ser preditores significativos da ideação suicida nesta amostra. A amostra não apresenta um número suficiente de participantes para a realização de regressões.

Tabela 10

*Contributo dos AVN na explicação da ideação suicida*

Modelo	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Std. Error	Beta		
(Constante)	94,514	30,907		3,058	,011
Abuso emocional	12,829	34,593	,119	,371	,718
Abuso físico	4,601	27,696	,050	,166	,871
Abuso sexual	18,556	40,751	,118	,455	,658
Exp violência	4,864	31,856	,048	,153	,881
Abuso substâncias	2,537	34,343	,022	,074	,942
Divórcio	-15,637	36,643	-,145	-,427	,678
Prisão	15,021	64,389	,069	,233	,820
Doença mental	-3,370	26,555	-,037	-,127	,901
Negligência física	-21,659	38,030	-,231	-,570	,580
Negligência mental	-59,299	26,898	-,586	-2,205	,052

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ 

Para identificarmos os preditores significativos da ideação suicida realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica com a adversidade, num bloco, o suporte social num segundo bloco e a ansiedade, depressão e stresse num terceiro bloco e a ideação suicida com variável dependente. O modelo de regressão não é estatisticamente significativo,  $F(8, 13) = 1.004$ ,  $p = .477$ , o que significa que as variáveis independentes poderão não ser preditores significativos da ideação suicida.

Tabela 11

*Contribuição dos AVN, ESSS e EADS na explicação da ideação suicida*

Modelo	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	P
	B	Std. Error	Beta		
(Constante)	71,807	62,066		1,157	,268
Adversidade	-2,108	6,454	-,090	-,327	,749
SA	16,219	21,042	,317	,771	,455
SI	-14,426	15,690	-,343	-,919	,375
SF	-1,627	12,302	-,039	-,132	,897
AS	-4,989	10,652	-,123	-,468	,647
Ansiedade	1,903	2,981	,264	,638	,534
Depressão	3,496	2,500	,480	1,398	,185
Stresse	-5,410	4,068	-,630	-1,330	,206

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ 

Posteriormente realizaram-se, separadamente para cada grupo (GTS e GN) análises de efeitos de mediação, com a adversidade como variável independente, a ideação suicida como variável dependente, e a satisfação com o suporte social, ansiedade, depressão e stresse como fatores mediadores, não se tendo encontrado efeitos mediadores significativos ( $p > .05$ ). Estes valores podem estar relacionados com o facto de a amostra apresentada ser muito pequena o que aumenta a dificuldade da obtenção de diferenças significativas.

## 7. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo comparar a vulnerabilidade para a ideação suicida numa amostra de jovens-adultos com e sem história de tentativas de suicídio.

A amostra total foi dividida entre o grupo normativo (GN) e o grupo com história de tentativas de suicídio (GTS).

No que diz respeito às características da amostra, verificou-se que a maioria da amostra era do género feminino (79,5%) com uma média de idades de 20,9 anos, variando entre os 18 e os 29 anos. A maioria dos participantes apresentava um nível de escolaridade do ensino superior (54,1%), sendo a maioria estudantes (72,7%) e solteiros (93,2%). Os grupos eram equivalentes em termos de género, idade, escolaridade, estado civil e situação profissional.

O presente estudo teve como variável dependente a ideação suicida que se refere às cognições sobre colocar termino à própria vida, podendo ser precursora de comportamentos autolesivos e/ou suicidas sob forma de desejo ou plano sem ter de existir o ato consumado em concreto (DGS, 2013).

Também se pretendeu explorar outros fatores psicológicos de risco e proteção presentes nos jovens adultos, nomeadamente as vivências adversas na infância, a satisfação com o suporte social, o impacto da ansiedade, depressão e stresse, identificados nos modelos explicativos do suicídio.

Relativamente ao historial clínico da amostra total (N=44), 36,4% foram diagnosticados com um problema psicológico ou psiquiátrico, sendo a perturbação depressiva (15,9%) a mais referida. A nível mundial, segundo a DGS (2013), o suicídio devido a quadros depressivos é uma das três primeiras causas de morte em jovens com idades entre os 15 e os 34 anos.

De forma a avaliar as diferenças existentes entre o grupo GTS e o grupo GN, foram realizados estudos comparativos em relação aos fatores de risco e protetores para a ideação suicida entre os dois grupos.

No que se refere à ideação suicida, revelou-se significativamente mais elevado no grupo GTS em comparação ao grupo normativo. Este resultado era expectável. O GTS

tem historial TS e, inerentemente, de ideação suicida. O melhor preditor de uma tentativa de suicídio ou de suicídio é já ter existido uma TS no passado. Por isso, justifica-se que a ideação suicida seja mais elevada neste grupo, que à partida está em maior risco de passagem ao ato do que o GN.

Posteriormente foi avaliado o impacto das experiências adversas na infância entre os dois grupos. A literatura sugere que o impacto das experiências adversas na infância sobre o índice de depressão e tentativas de suicídio é significativo, cumulativo e destrutivo (Felitti, 2002; Felitti et al., 1998), o que foi comprovado no presente estudo. Através da análise comparativa, analisou-se os acontecimentos adversos na infância como preditor da ideação suicida. Os resultados registaram valores mais elevados em todos os acontecimentos negativos no grupo GTS em comparação ao grupo GN. Sendo essas diferenças apenas significativas no que diz respeito ao abuso emocional. Deduz-se assim, que quanto maior a exposição ao abuso emocional na infância, maior a probabilidade de comportamentos suicidas no futuro.

Estes resultados vão de encontro com um estudo de Nurius et al. (2012) que verificou que os acontecimentos de vida negativos mais nefastas são o abuso emocional e o abuso físico, bem como segundo Spring e colaboradores (2016) que refere, que as experiências adversas, físicas e emocionais, apresentam associações significativas com a tentativa de suicídio.

No que diz respeito à satisfação com o suporte social, no presente estudo foram encontradas diferenças significativas entre o grupo GTS e o grupo GN, apresentando o grupo GTS uma menor satisfação com a família. Assim, mostra-se que a satisfação com o suporte familiar é um fator protetor contra a ideação suicida, tal como sugere Braga e Dell’Aglío (2013) que suportam a ideia de que o suporte social e familiar é um fator crucial na prevenção dos pensamentos e comportamentos suicidários, pois serve como “amortecedor” perante os eventos de vida negativos.

Foram posteriormente comparadas as variáveis ansiedade, depressão e stresse nos dois grupos. Nos resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que todas as variáveis eram significativamente mais elevadas no grupo GTS em comparação ao grupo GN, o que demonstra a forma como a ansiedade, a depressão e o stresse estão envolvidas de forma significativa com a ideação suicida. Ou seja, quanto maior a ansiedade, a

depressão e o stresse sentido pelo sujeito, maior a probabilidade de apresentarem comportamentos suicidários.

Uma investigação feita com o intuito de verificar o impacto da ansiedade na ideação suicida, constatou que quanto mais elevados forem os níveis de ansiedade apresentados pelos jovens, maior será a vulnerabilidade dos mesmos para o ato suicida (Beaudoin et al., 2018). Apesar disso, os autores acrescentam, que a ansiedade pode não ser um fator determinante para a ideação suicida.

No que se refere à depressão, sabe-se que existe uma forte associação entre a depressão e a ideação suicida, autores defendem, que uma das manifestações do comportamento depressivo está ligado ao desejo de morte (Borges & Werlang, 2006).

No que diz respeito à análise da correlação da adversidade e as variáveis em estudo, no grupo GTS e GN, os resultados mostraram-se significativos.

No grupo GTS, observou-se uma correlação significativa, negativa moderada entre a satisfação com o suporte social dos amigos e adversidade. Ou seja, quanto maior a perceção do suporte social dos amigos sentida pelos jovens, mais baixo é o valor da adversidade. Ou seja, o suporte social dos amigos representa um fator protetor para os jovens que apresentaram histórias de tentativas de suicídio.

No que diz respeito ao grupo normativo, foram observadas correlações significativas e positivas entre a depressão e a ideação suicida com a adversidade. Assim sendo, quanto maior a adversidade sentida pelos jovens adultos maior será os níveis de ideação suicida, bem como a depressão.

Ainda no grupo GN, os resultados apontaram para uma correlação significativa negativa entre a adversidade e a satisfação com a intimidade, com as atividades sociais e o suporte social total. O que significa que quanto maior a satisfação com a intimidade, com as atividades sociais e com o suporte social, menor o valor da diversidade sentida.

No que diz respeito à análise da correlação da satisfação com o suporte social, a ansiedade e o stresse na ideação suicida nos grupos GTS e GN, apenas foram encontradas correlações significativas no grupo normativo.

Assim sendo, no grupo normativo foram apresentadas correlações positivas significativas entre a ideação suicida e a ansiedade, depressão e stresse. Estes resultados indicam que o grupo normativo, que tem elevados níveis de ansiedade, depressão e

stresse, tende a apresentar maiores níveis de ideação suicida. Estes resultados vão contra os resultados obtidos por Garlow e colaboradores (2008) que identificaram os jovens adultos com ideação suicida tendo valores significativamente mais elevados de depressão em comparação com aqueles que não apresentavam ideação suicida. No presente estudo não foram encontrados valores significativos entre a depressão e a ideação suicida no grupo GTS.

Ainda em relação ao grupo normativo, foi encontrada uma correlação negativa significativa entre a ideação suicida e a satisfação com o suporte social. Estes resultados sugerem que quanto mais elevados os níveis de suporte social, mais baixa a ideação suicida apresentada pelos sujeitos. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos anteriores que sugerem que quanto menor for a satisfação com o suporte social, maior a vulnerabilidade para os sujeitos cometerem o suicídio (Esposito, Spirito, Boergers, & Donaldson, 2003).

Para identificarmos os acontecimentos de vida negativos como preditores significativos da ideação suicida realizou-se uma regressão linear múltipla com as dimensões da adversidade como variáveis independentes e a ideação suicida com variável dependente. O modelo explica 40.3% desta última variável e não é estatisticamente significativo, o que significa que os AVN não são preditores significativos da ideação suicida no presente estudo.

O mesmo foi feito para se identificar os preditores significativos da ideação suicida, com a adversidade, num bloco, o suporte social num segundo bloco e a ansiedade, depressão e stresse num terceiro bloco e a ideação suicida com variável dependente. O modelo de regressão não apresentou valores estatisticamente significativo, o que significa que as variáveis independentes, no presente estudo poderão não ser preditores significativos da ideação suicida.

Posteriormente realizaram-se, separadamente para cada grupo (GTS e GN) análises de efeitos de mediação, com a adversidade como variável independente, a ideação suicida como variável dependente, e a satisfação com o suporte social, ansiedade, depressão e stresse como fatores mediadores, não se tendo encontrado efeitos mediadores significativos.

Estes resultados podem dever-se ao facto de a amostra ser pequena, realçando a importância de manter as variáveis analisadas como objeto de estudo no âmbito do comportamento suicidário.

O presente estudo permitiu identificar, analisar e comparar fatores associados à ideação suicida nas duas amostras de jovens adultos, com e sem história de tentativas de suicídio. Deste modo, foi possível perceber os efeitos das adversidades vividas na infância, bem como a depressão e a falta de suporte social, nomeadamente da família, sobre a ideação suicida. Porém, podem ser observadas algumas limitações ao estudo.

Uma das primeiras limitações pode estar relacionada com a amplitude das idades da amostra (entre os 18 e os 29 anos).

Outra limitação do estudo poderá estar relacionada com a dimensão do protocolo de recolha de dados, devido à sua extensão, por incluir diversos instrumentos, o que poderá ter contribuído para algum desinvestimento por parte dos participantes. Para além disso, foi realizado online, o que por si só, pode acarretar fatores externos mais difíceis de controlar, no entanto, apresenta a vantagem de se poder chegar a uma amostra mais diversificada a nível geográfico.

O facto de a amostra total não ter um número de participantes elevado para poder ser considerada representativa da população, e, por consequência, os dois grupos também, pode ser uma outra limitação do presente estudo.

Apesar das limitações, a investigação demonstrou resultados relevantes para a compreensão dos fatores de risco e proteção dos jovens que realizam tentativas de suicídio. O facto de se identificar maior prevalência de fatores de risco no GTS e maior ideação suicida, confirma que este grupo apresenta maior risco de reincidência em comportamentos suicidários, pelo que importa desenvolver estratégias de prevenção direcionadas a jovens com este historial.

Em suma, é de extrema importância continuar a investigar os diferentes fatores associados ao comportamento suicida, de modo a aumentar a prevenção do suicídio, diminuindo assim, a incidência do suicídio nesta faixa etária em Portugal.

## 8. Referências Bibliográficas

- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective factors in the inuit population of nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(144), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph115010144>
- Borges, V., & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes dos 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, *11*(3), 345-351
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Risk and protective psychological factors associated with suicidal ideation in adolescents. *Psicologia, Saúde & Doença*, *17*(2)
- Braga, L. & Dell’Aglío, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e género. *Contextos Clínicos*, *6* (1), 2-14
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research*, *16*, 44-58. doi: 10.1080/13811118.2012.640583
- DGS (Direção-Geral de Saúde) (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.2013.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (123-130)*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Felitti, V. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanent Journal*, *6*(1), 44-47.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, ... Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.

- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Krahn, H. J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 42, 350-365. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.350
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and anxiety*, 25(6), 482-488. doi:10.1002/da.20321
- Gonçalves, M. F. R. (2015). Funcionamento Familiar, Suporte social e a Transgeracionalidade da Ideação Suicida. (Tese de Mestrado). *Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida*.
- Hesketh, J. L. & Castro, G. A. (1978). Fatores Correlacionados com a Tentativa de suicídio. *Revista Saúde Pública, São Paulo*, 12, 138-146
- INE. (2018). Óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente. Retirado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)
- Lamis, D. A., Malone, P. S., Langhinrichsen-Rohling, J., & Elis, T. E. (2010). Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31, 118-127. doi: 10.1027/0227-5910/a000012
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Mann, J. J. (2002). A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Review Annals Internationl Medical*, 136, 302-311.
- Medeiros, P. M. C. (2016). Autodano e ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica. (Dissertação de Mestrado). *Universidade dos Açores*.
- Nurius, P., Logan-Greene, P., & Green, S. (2012). Adverse Childhood Experiences (ACE) within a social disadvantage framework: Distinguishing unique, cumulative,

and moderated contributions to adult mental health. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 278-290.

O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>

Organização Mundial de Saúde. (2018). Suicide mortality rate (per 100 000 population), by WHO region, 2016. Acedido em 13 de janeiro de 2019 Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>

Prieto, D & Tavares, M (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativas de suicídio: incidência, estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154

Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (2005). Perfis Clínicos de Indivíduos que fizeram tentativas graves de suicídio internados em um hospital universitário: análise de agrupamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 27 (4), 285-289.

Reynolds, W. (1988). Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual. *Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.*

Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.

Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (2), 229-239

Rush, A., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.

Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., ... Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. doi: 10.1007/s00787-015-0760-y

Silva, S., & Maia, A. (2006). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire: Questionário de História da Adversidade na Infância. *Actas da XIII Conferência*

- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47–60. <https://doi.org/10.14417/ap.1061>
- Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annual Review Clinical Psychology*, 2, 237-266.
- Vaz, S. B. (2010). O Método de Rorschach no estudo de casos de Tentativa de suicídio Clinicamente Grave. (Pós-Graduação), Universidade de Brasília, Brasília.
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied & Preventive Psychology*, 12, 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001.
- Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). Comportamento Suicida. *Porto Alegre: Artment*.
- Werneck, G. L., Hasselmann, M. H., Phebo, L. B., Vieira, D. E., Gomes, V. L. O., (2006). Tentativas de suicídio em um Hospital no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (10), 2201-2206.
- Yang, B., & Clum, G. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 177-195. doi: 10.1016/S0272-7358(96)00004-9.