


EDNA DUARTE LOPES



COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM ADOLESCENTES:

**IDEAÇÃO SUICIDA
E PARA-SUICÍDIO**



Faculdade
de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

2012

EDNA DUARTE LOPES



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Rua do Colégio Novo • Apartado 6153 • 3001-802 Coimbra • Portugal • Tel.: +351 239 851 450 • Fax: +351 239 851 465 • c.directivo@fpce.uc.pt • www.fpce.uc.pt

Edna Duarte Lopes
Agosto de 2012

COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO EM ADOLESCENTES:

Ideação Suicida e Para-suicídio

Dissertação de Doutoramento em Psicologia (Especialidade Psicologia Clínica), apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra sob a orientação do Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto Gouveia

Os estudos empíricos desta dissertação foram realizados no âmbito da Bolsa de Doutoramento financiada pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.

FPCEUC

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra

À minha mãe (memória)

Ao meu pai, irmãos e sobrinhos

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia pela paciência, serenidade, sabedoria e rigor científico na orientação, mas sobretudo, pela lição de vida que procurarei tornar substantiva.

Aos estudantes e pacientes que aceitaram participar nesta investigação, pela disponibilidade em fazer das suas vivências fonte de conhecimento.

Às Direções e professores das Escolas Secundárias Constantino Semedo, Abílio Duarte, Cesaltina Ramos, Pedro Gomes e Manuel Lopes e das Universidades UniPiaget e UniCV, pela capacidade de transformarem a boa vontade em ações positivas.

À D. Rosário, pela sua simpatia, ajuda, apoio e amizade incondicionais.

À Dra. Cristiana Duarte, pela ajuda e disponibilidade na partilha do saber, a minha perene gratidão. Muito obrigada.

Ao Zeca Duarte, à Dra. Gisela Duarte, à Mestre Ana Domingos, à Dra. Nataly Getzs e à Dra. Ana Isa pela ajuda na recolha dos dados.

Ao Pe. Floriano, ao Pe. Pires e ao primo António Belgrano Lopes, pelas palavras de incentivo. O mundo cabe todo dentro de uma mão...

Às queridas tias Dra. Maria do Livramento e Dra. Joana Duarte Lopes por serem âncoras de incentivo e de carinho. Pela atitude de colaboração e de partilha.

Aos meus sobrinhos, sementes de esperança e aurora da perenidade.

Aos meus irmãos Enga. Arlinda Neves, Dr. Armindo Duarte e cunhado Eng. Francisco Neves pela presença, amizade e disponibilidade, mas sobretudo pela caminhada da vida que partilhamos. Especialmente à Dina, minha querida, pela pessoa que construístes em ti.

Aos meus pais, pela vinculação, pelo suporte incondicional e pela confiança em mim que sempre estimularam.

Aos Pes. Pimenta, Fernando Barreto e Lino Gonçalves e ao Júlio César (memórias), brisas de incentivo e de saudade.

A todos os que ao longo da vida, mesmo sem o saberem, contribuíram para a minha formação, a minha sincera gratidão.

RESUMO

Comportamento Suicidário em Adolescentes: Ideação Suicida e Para-suicídio

De acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), o suicídio constitui uma das principais causas de morte entre os indivíduos dos 15 aos 24 anos de idade. O comportamento suicidário não letal constitui o principal fator de risco para o suicídio (Corcoran et al., 2004; Nimeus et al., 2002; Reinherz et al., 2006; Sidley et al., 1999; Brown, Beck, et al., 2000). A prevalência tanto da ideação suicida como da tentativa de suicídio têm vindo a aumentar consideravelmente entre os adolescentes, nos últimos anos (Rey et al., 1998). Não são conhecidos estudos sobre os comportamentos suicidários em Cabo Verde.

O objetivo principal da presente dissertação foi analisar os comportamentos suicidários (ideação e para-suicídio) em adolescentes cabo-verdianos. Especificamente, pretendeu-se avaliar a prevalência de ideação suicida e de para-suicídio nessa população, e analisar os seus correlatos psicológicos e demográficos. Isto é, avaliar a contribuição das variáveis sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, perceção de suporte social, autocompaixão, autocrítico, autotranquilização, comparação social, vergonha externa, derrota, encurralamento, comportamentos de submissão, experiências de vida precoces, estilos parentais na infância, qualidade dos relacionamentos interpessoais, regulação emocional e variáveis sociodemográficas, na predição da ideação suicida. E a contribuição das variáveis de *rank* social na predição do para-suicídio nessa população.

Os estudos, de desenho transversal, foram realizados em amostras não clínicas e clínica, num total de 2017 adolescentes cabo-verdianos de ambos os géneros, dos 14 aos 22 anos de idade.

Os resultados obtidos mostraram uma prevalência tanto de ideação suicida como de para-suicídio entre os adolescentes estudados similares às de diversos países onde esses comportamentos já são considerados problemas de saúde pública. Os resultados dos estudos sublinham ainda a importância das variáveis do *rank* social (especialmente a derrota, o encurralamento externo e o encurralamento interno), da sintomatologia depressiva e da desesperança, na predição da ideação suicida. Ademais, realçam a função protetora da perceção do suporte social da família na génese da ideação suicida.

Por outro lado, os resultados evidenciaram a importância e impacto das experiências de vida precoces de ameaça, submissão e desvalorização na ideação suicida, e o papel mediador das dificuldades de regulação emocional na relação entre as experiências de vida precoces e a ideação suicida. Na amostra clínica os resultados mostraram a importância das variáveis do *rank*, especialmente a derrota, e de níveis elevados de sintomatologia depressiva na predição do para-suicídio.

Em síntese, os resultados desta dissertação sublinharam a importância das variáveis do *rank* na predição da ideação suicida e do para-suicídio, da percepção do suporte social enquanto fator protetor da predição da ideação suicida, e da regulação emocional enquanto mediador da relação entre as experiências de vida precoces e a ideação suicida. Esses resultados parecem importantes para esforços de prevenção que procurem reduzir os comportamentos suicidários e para a promoção da investigação nas áreas da saúde pública e saúde mental em Cabo Verde.

Palavras-chave: Comportamentos suicidários, ideação suicida, para-suicídio, sintomatologia depressiva, ansiedade, desesperança, percepção de suporte social, estilos parentais na infância, experiências de vida precoces, encurralamento, vergonha, derrota, comparação social, comportamentos de submissão, autocompaixão, autocrítico, dificuldades de regulação emocional, evitamento experiencial, ruminação, cólera, qualidade dos relacionamentos interpessoais.

ABSTRACT

According to World Health Organization (WHO, 2009) estimates, suicide is one of the leading causes of death among individuals from 15 to 24 years old. Nonlethal suicidal behaviour is the main risk factor for suicide (Corcoran et al., 2004; Nimeus et al., 2002; Reinherz et al., 2006; Sidley et al., 1999; Brown, Beck, et al., 2000). The prevalence for both suicidal ideation and suicide attempt has been substantially rising among adolescents in the last years (Rey et al., 1998). There are no studies about suicidal behaviors in Cape Verde.

The main aim of the current dissertation is to analyze suicidal behaviours (ideation and parasuicide) in Cape Verdean adolescents. Specifically, we aim at assessing the prevalence of suicidal ideation and parasuicide in such population, and at examining their psychological and demographical correlates. That is, to assess the contribution of the variables depressive symptomatology, hopelessness, anxiety, social support, self-compassion, self-criticism, self-reassurance, social comparison, external shame, defeat, entrapment, submissive behaviours, early life experiences, parental styles in childhood, quality of interpersonal relationships, emotion regulation, gender, age, years of education, marital status and occupation, in the prediction of suicidal ideation. And the contribution of the ranking variables in predicting suicide attempts in this population.

The studies, with a cross-sectional design, were conducted in nonclinical and clinical samples, comprising a total of 2017 Cape Verdean adolescents of both genders, with ages ranging from 14 to 22 years old.

The results showed a not negligible prevalence of both suicidal ideation and parasuicide among the studied adolescents. They highlight the importance of social ranking variables (especially external shame, internal and external entrapment, and submissive behaviours), of depressive symptomatology and of hopelessness, in the prediction of suicidal ideation. Moreover, they emphasize the protective function of family social support in the onset of suicidal ideation. On the other hand, the results revealed the importance and the impact that early life experiences of threat, submissiveness and devaluation have on suicidal ideation, and the mediational role that difficulties in emotion regulation play in such association. In the clinical sample the

results showed the importance of ranking variables, especially defeat, and of increased levels of depressive symptomatology, in predicting suicide attempt.

To sum up, the results of this dissertation underline the importance of ranking variables in predicting suicidal ideation and parasuicide, of the perception of social support as a protective factor in the prediction of suicidal ideation, and of emotion regulation as a mediator on the relationship between early life experiences and suicidal ideation. These results are important to promote prevention efforts aimed at reducing suicidal behaviours, and to promote research and prevention efforts in the field of mental health in Cape Verde.

Key-words:

Suicidal behaviours, suicide ideation, parasuicide, depression, anxiety, hopelessness, perceived social support, parental styles, early life experiences, entrapment, shame, defeat, social comparison, submissive behaviours, self-compassion, emotional regulation difficulties, experiential avoidance, rumination, anger, interpersonal relationships qualities.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

CAPÍTULO IV

Tabela 1. Pesos fatoriais dos itens nos fatores retidos, *eigenvalues* e percentagem de variância do BHS

Tabela 2. Médias, desvios-padrão, correlações item-total corrigido e alfas de Cronbach

Tabela 3. Coeficientes de correlação *r produto momento de Pearson* cruzando os questionários

Tabela 4. Pesos fatoriais dos itens nos fatores retidos, *eigenvalues* e %de variância explicada BAI

Tabela 5. Média, desvio padrão, r-item-total corrigido e alfa do BAI

Tabela 6. Correspondência dos itens do BDI-II aos fatores obtidos na AFCP

Tabela 7. Correspondência dos itens do BDI-II aos fatores obtidos na AFCP com Rotação Varimax

CAPÍTULO V

Tabela 1. Valores médios, de desvio padrão, mínimos, máximos, Skweness, Kurtosis e do teste K-S para as variáveis em estudo

Tabela 2. Caracterização dos sujeitos que apresentaram ideação suicida atual

Tabela 3. Distribuição do para-suicídio ao longo da vida por sexo

Tabela 4. Caracterização dos sujeitos que reportaram para-suicídio ao longo da vida

Tabela 5. Distribuição da gravidade da última tentativa de suicídio por sexo

Tabela 6. Sexo, BAI, BHS, BDI, EMPSS e SELFCS na predição da Ideação suicida

CAPÍTULO VI

Tabela 1. Comparação entre os grupos nas variáveis demográficas.

Tabela 2. Médias, desvios-padrão, para o total da amostra (N = 289), comparação entre os grupos nas variáveis em estudo e alfas de Cronbach.

Tabela 3. Comparação do grupo com ideação suicida com o grupo normal nas variáveis em estudo.

Tabela 4. Análise de regressão logística das variáveis do *rank* social e suporte social percebido na predição da ideação de suicídio.

Tabela 5. Análise de regressão logística da derrota, comparação social, vergonha externa, comportamentos de submissão, encurralamento, percepção do suporte social e sintomatologia depressiva na predição da ideação suicida.

Tabela 6. Coeficiente de regressão logística para as variáveis em estudo

Tabela 7. Coeficiente de regressão logística para as variáveis em estudo

Tabela 8. Coeficiente de regressão logística para as variáveis em estudo (desesperança)

Tabela 9. Regressão linear da percepção do suporte da família (VI) e de derrota (VD)

Tabela 10. Regressão logística hierárquica Família e Derrota (VI) e ideação suicida (VD)

Tabela 11. Equação de regressão linear com a percepção do suporte dos amigos (VI) e sentimento de derrota (VD), controlando o género

Tabela 12. Regressão logística percepção de suporte dos amigos e derrota na explicação da ideação suicida

Tabela 13. Equação de regressão linear hierárquica do suporte percebido da família na explicação dos sentimentos de encurralamento, controlando o género

Tabela. Regressão logística hierárquica da ideação suicida como uma função do suporte percebido da família e sentimentos de derrota.

Tabela 15. Regressão linear do suporte percebido dos amigos na explicação do encurralamento, controlando o género.

Tabela 16. Regressão logística do suporte percebido dos amigos e encurralamento na predição da ideação suicida

CAPÍTULO VII

Tabela 1. Comparação dos sexos nas variáveis em estudo (DERS e ELES)

Tabela 2. Teste *t-Student* de comparação dos dois grupos nas variáveis em estudo

Tabela 3. Experiências de vida precoces na predição da ideação suicida

Tabela 4. Relação entre experiências de vida precoces e não-aceitação da resposta emocional

Tabela 5. Não-aceitação da resposta emocional e experiências de vida precoces na predição da ideação suicida

Tabela 6. Experiências de vida precoces na predição do acesso limitado a estratégias de regulação emocional

Tabela 7. ELES e ALERE na predição da ideação suicida

Tabela 8. ELES na predição da dificuldade de controlar o impulso

Tabela 9. Análise de regressão logística da ideação suicida e função da ELES e da DCI

Tabela 10. ELES na predição da dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos

Tabela 10. ELES na predição da dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos

Tabela 12. Experiências de vida precoces negativas na predição da falta de consciência emocional

Tabela 13. Experiências precoces negativas e falta de consciência emocional na predição da IS

CAPÍTULO VIII

Tabela 1. Comparação dos grupos com e sem ideação suicida nas variáveis demográficas

Tabela 2. Comparação das médias da Raiva e da Expressão da Raiva nos dois grupos

Tabela 3. Raiva e Expressão da Raiva na predição da Ideação Suicida

CAPÍTULO IX

Tabela 1. Características gerais das amostra

Tabela 2. Teste *t-Student* de comparação das médias dos grupos com e sem para-suicídio actual

Tabela 3. Modelo de regressão logística da tentativa de suicídio em função da derrota e do encurralamento

FIGURAS

Figura 1. Mapa dos Rácios de Suicídio (OMS, 2009)

Figura 2. Modo suicida (Adaptado de Rudd, 2000)

Figura 3. Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, 2003)

Figura 4. Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann et al., 1999)

Figura 5. Componente interactiva traço-estado do modelo do processamento (Adaptado de Van Heeringen, 2001, *cit. in* Van Heeringen, 2003).

Figura 6. Esquema do modelo do Cry of Pain (adaptado de Williams, 1997)

Figura 7. The Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS; Adapatado de Johnson et al., 2008)

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – O Comportamento Suicidário	7
1. Caracterização do comportamento suicidário	7
2. Epidemiologia do suicídio	8
3. Ideação suicida e para-suicídio em adolescentes	12
3.1. Estudos de prevalência	12
3.1.1. Comportamento suicidário na Africa sub-sahariana	12
3.1.2. Comportamento suicidário na Europa	17
3.1.3. Comportamento suicidário na América	18
3.1.4. O comportamento suicidário na Ásia	22
3.1.5. Estudos transnacionais.....	25
3.2. Fatores de risco para o comportamento suicidário.....	26
3.2.1. Fatores de risco sociodemográficos.....	26
Sexo	26
Idade	28
Realização e desempenho escolar.....	29
A relação com os pares	30
Emigração.....	30
3.2.2. Psicopatologia.....	31
Perturbações depressivas	32
Distúrbios e sintomas de ansiedade.....	33
Distúrbios e sintomas alimentares	33
Distúrbios induzidos por substância	34
Distúrbios comportamentais.....	35
Perturbações do sono	36
Perturbações da personalidade	36
3.2.3. Outros factores de risco	36
Saúde e bem-estar físico.....	36
Abuso físico e sexual.....	37
Comportamento suicidário nos outros.....	37
Media.....	38
Crenças religiosas	38

Características socioeconómicas da família.....	40
Relacionamento familiar.....	40
Autoestima.....	42
Impulsividade.....	42
Acontecimentos de vida.....	44
Autoataque.....	50
CAPÍTULO II – Etiologia do Comportamento Suicidário.....	61
1. Modelos cognitivo-comportamentais.....	61
1.1. Modelo cognitivo de Beck.....	61
1.2. Teoria dos modos suicidas.....	62
Desesperança.....	66
Desespero aprendido.....	67
Estratégias de adaptação e resolução de problemas.....	68
Pensamento dicotómico e outras distorções cognitivas.....	69
1.3. Modelos traço-estado para comportamento suicidário.....	71
1.4. Teoria psicológica interpessoal do comportamento suicidário.....	74
2. Modelos Evolucionários.....	78
2.1. Modelo biopsicossocial.....	78
Encurralamento.....	81
Derrota.....	81
Derrota, encurralamento e comportamento suicidário.....	83
2.2. Teoria da vinculação e risco de suicídio.....	87
2.3. Teoria do posto social (<i>Social Rank Theory</i>).....	89
2.3.1. Introdução.....	89
2.3.2. Teoria do posto social e a depressão.....	92
2.3.3. Modelo do grito da dor (<i>Cry of Pain</i>).....	93
2.3.4. Modelo esquemático da apreciação do suicídio (<i>The Schematic Appraisals Model of Suicide</i> (SAMS)).....	95
Sobreposição conceptual entre variáveis psicológicas relacionadas com o comportamento suicidário.....	97
Desesperança e encurralamento.....	97
Sentir-se um peso para os outros, sentimento de não pertença, derrota e encurralamento.....	98
CAPÍTULO III – Estudos Preliminares.....	101

Estudo 1. Características psicométricas da Escala de Desesperança de Beck.....	101
1. Introdução.....	101
2. Método	102
2.1. Participantes.....	102
2.2. Instrumentos	103
2.3. Procedimento.....	103
2.4. Estratégia analítica.....	104
3. Resultados.....	105
3.1. Análise preliminar dos dados	105
3.2. Validade de conteúdo	105
3.2.1. Adaptação da medida à língua portuguesa	105
3.2.2. Estatísticas descritivas	105
3.3. Estrutura fatorial da escala.....	105
3.4. Análise dos itens e consistência interna.....	108
3.5. Validade de constructo	110
4. Discussão	111
5. Conclusão.....	112
Estudo 2.Características psicométricas do Inventário de Ansiedade de Beck.....	113
1. Objetivos.....	113
2. Metodologia.....	113
2.1. Participantes.....	113
2.2. Instrumentos	113
2.3. Procedimento.....	114
2.4. Estratégia analítica.....	115
3. Resultados.....	115
3.1. Análise preliminar dos dados	115
3.2. Validade de conteúdo do inventário de ansiedade de Beck.....	116
3.2.1. Adaptação da medida à língua portuguesa	116
3.2.2. Estatísticas descritivas	116
3.2.3. Estrutura fatorial da escala (BAI).....	116
3.2.4. Análise dos itens e consistência interna	118
3.2.5. Validade de constructo.....	119
4. Síntese dos resultados	120

5. Conclusão.....	121
Estudo 3. Características psicométricas do inventário de depressão de Beck-II	121
1. Introdução.....	121
2. Metodologia.....	123
2.1. Participantes.....	123
2.2. Instrumentos de medida.....	123
2.3. Procedimento	124
2.4. Estratégia analítica.....	124
3. Resultados.....	125
3.1. Análise preliminar dos resultados	125
3.2. Validade de conteúdo	126
3.3. Análise fatorial exploratória.....	126
3.4. Consistência interna	129
3.5. Validade convergente	130
3.6. Validade divergente.....	130
4. Síntese dos resultados	130
5. Conclusão.....	131
CAPÍTULO IV – Objetivos e Metodologia Geral da Investigação.....	135
1. Objetivos.....	135
2. Metodologia.....	137
2.1. Amostras	137
2.2. Procedimento Geral (etapas da investigação)	137
2.3. Instrumentos utilizados	140
2.3.1. Inventário de Depressão de Beck-II	140
2.3.2. Inventário de Ansiedade de Beck	141
2.3.3. Escala de Desesperança de Beck	141
2.3.5. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido	143
2.3.6. Escala dos Estilos Parentais.....	143
2.3.7. Escala de Experiências de Vida Precoces	144
2.3.8. Inventário da Personalidade de Eysenck	145
2.3.9. Escala de Encurralamento	145
2.3.10. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)	148
2.3.11. Escala de Autocompaixão	148

2.3.12. Escala de Vergonha Externa	149
2.3.13. Escala de Formas de Autocriticismo e Auto reassuramento	151
2.3.14. Escala de Derrota.....	152
2.3.15. Escala de Comparação Social.....	153
2.3.16. Escala de Comportamentos de Submissão	154
2.3.17. Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais	155
2.3.18. Inventário de Expressão do Estado/Traço da Raiva.....	155
4. Tratamento estatístico dos dados.....	156
CAPÍTULO V – Ideação Suicida e Para-suicídio.....	159
Estudo 1. Prevalência da ideação suicida e do para-suicídio.....	159
1. Introdução.....	159
2. Método	160
2.1. Amostra.....	160
2.2. Instrumentos de avaliação	161
2.3. Procedimentos	161
2.4. Estratégia analítica.....	162
3. Resultados.....	162
3.1. Análise preliminar dos dados	162
3.2. Prevalência da ideação suicida.....	163
3.3. Prevalência do para-suicídio ao longo da vida	164
3.4. Nível de gravidade da última tentativa de suicídio	164
4. Discussão	165
5. Conclusão.....	168
Estudo 2. Ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, autocompaixão e percepção de suporte social	169
1. Introdução.....	169
2. Método	172
2.1. Amostra.....	172
2.2. Instrumentos de avaliação	172
2.3. Procedimentos	173
2.4. Estratégia analítica.....	173
3. Resultados.....	174
3.1. Análise preliminar dos dados	174

3.2. Sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, suporte social percebido e autocompaixão na explicação da ideação suicida.....	174
4. Discussão	176
CAPÍTULO VI – Ideação Suicida e Variáveis do <i>Rank</i> Social	181
1. Introdução.....	181
2. Método	183
2.1. Amostra.....	183
2.2. Instrumentos	184
2.3. Procedimentos	184
2.4. Estratégia analítica.....	185
3. Resultados.....	185
3.1. Análise Preliminar dos dados	185
3.2. Estatísticas descritivas	186
3.3. Comparação dos grupos com e sem ideação suicida nas médias das variáveis	186
3.4. Constructos do <i>rank</i> social e percepção de suporte social na predição da ideação suicida, controlando a sintomatologia depressiva	187
Estudo 2. Derrota e encurralamento na predição da ideação suicida	191
1. Objetivo	191
2. Método	192
2.1. Amostra.....	192
2.2. Instrumentos	192
2.3. Procedimentos	192
2.4. Estratégia analítica.....	193
3. Resultados.....	193
3.1. Análise Preliminar dos dados	193
3.2. Estatísticas descritivas	193
3.3. Comparação do grupo com ideação suicida com o grupo de normais nas variáveis em estudo	194
3.4. Análise de regressão hierárquica múltipla com a ideação suicida como variável dependente.....	194
3.5. Variáveis do <i>rank</i> social na predição da ideação suicida, controlando a desesperança...	195
3.6. Efeito mediador da derrota na relação entre o suporte social e a ideação suicida	197
3.6.1. Efeito mediador da derrota na relação entre o suporte percebido da família e a ideação suicida.....	197

3.6.2. Efeito mediador da derrota na relação entre o suporte percebido dos amigos e a ideação suicida	198
3.7. Efeito de mediação do encurralamento na relação entre o suporte social percebido e a ideação suicida	200
3.7.1. Efeito mediador do encurralamento na relação entre o suporte percebido da família e a ideação suicida	200
3.7.2. Efeito mediador do encurralamento na relação entre o suporte percebido dos amigos e a ideação suicida	202
4. Discussão	204
5. Conclusão	208
CAPÍTULO VII - Ideação suicida, estilos parentais na infância, experiências de vida precoces e dificuldades de regulação emocional	211
1. Introdução	211
2. Método	217
2.1. Amostra	217
2.2. Instrumentos de avaliação	217
2.3. Procedimentos	218
2.4. Estratégia analítica	218
3. Resultados	219
3.1. Análise preliminar dos dados	219
3.2. Estatísticas descritivas	219
3.3. Comparação do grupo com ideação suicida com o grupo sem ideação suicida nas variáveis em estudo	220
3.4. Dificuldades de regulação emocional como variável mediadora entre as experiências de vida negativas na infância e a ideação suicida	221
3.4.1. Não-aceitação da resposta emocional como fator mediador na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida	221
3.4.2. Acesso limitado a estratégias de regulação emocional como variável mediadora na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida	223
3.4.3. Dificuldade de controlar o impulso como fator mediador na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida	225
3.4.4. Dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos como fator mediador na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida	226
3.4.5. Falta de consciência emocional como fator mediador na relação entre as experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida	228
4. Discussão	229

5. Conclusão.....	231
CAPÍTULO VIII – Ideação Suicida, Evitamento Experiencial, Ruminação, Formas de Autocriticismo, Vergonha Externa, Características da Personalidade e Sintomatologia Depressiva.....	
1. Introdução.....	235
1.1. Experiência de vergonha e autocriticismo	235
1.2. Vergonha externa, autocriticismo e psicopatologia	237
1.3. Respostas ruminativas	239
1.4. Ruminação e comportamento suicidário.....	240
1.5. Personalidade e suicídio	241
2. Método	244
2.1. Amostra.....	244
2.2. Instrumentos de avaliação	245
2.3. Procedimentos	246
3. Resultados.....	247
3.1. Análise preliminar dos dados	247
3.2. Comparação dos grupos com e sem ideação suicida nas variáveis em estudo	247
3.3. Raiva e expressão da raiva na predição da ideação suicida	248
4. Discussão	249
5. Conclusão.....	252
CAPÍTULO IX – Variáveis do <i>Rank</i> Social e Para-suicídio	
1. Introdução.....	255
2. Método	258
2.1. Amostra.....	258
2.2. Instrumentos de avaliação	259
2.3. Procedimento.....	260
2.4. Estratégia analítica.....	261
3. Resultados.....	261
3.1. Análise preliminar dos dados	261
3.2. Comparação dos dois grupos nas variáveis em estudo	262
3.3. Derrota, encurralamento e género na predição da tentativa de suicídio	263
3.4. Efeito de mediação da derrota na relação entre o suporte social percebido e a tentativa de suicídio.....	265
3.5. Efeito de mediação do encurralamento na relação entre o suporte social percebido e a tentativa de suicídio	267

4. Discussão	269
5. Conclusão.....	271
Capítulo X. Discussão Geral	275
CAPÍTULO XI – Conclusões Gerais	289
Referências Bibliográficas.....	293
Anexo 1. Variáveis psicopatológicas: BSS, BHS, BDI, BAI.....	317
Anexo 2. Variáveis do <i>ranking</i> : OAS, ED, EE, SBS, ECS.....	321
Anexo 3. Memórias emocionais na Infância: PBI, ELES	327
Anexo 4. Regulação emocional: DERS, AAQ	329
Anexo 5. Experiências do Eu: SELFCS, EMPSS, FRCRS	331
Anexo 6. Características da personalidade: EPI, STAXI-2, RRQ.....	333
Anexo 7. Qualidade dos relacionamentos interpessoais: QRI	335

INTRODUÇÃO

Os comportamentos suicidários não letais representam de *per se* um grave problema. Além disso, a ideação suicida e a tentativa de suicídio constituem robustos fatores de risco para futuras tentativas de suicídio e suicídio (Corcoran et al., 2004; Nimeus et al., 2002; Reinherz et al., 2006; Sidley et al., 1999). Ademais, a ideação suicida e a tentativa de suicídio são considerados como indicativos de considerável stresse e sofrimento psicológicos (Reinherz et al., 2006; Shneidman, 1996; Tarrier & Gooding, 2007). Nos últimos anos, têm sido verificados rácios alarmantes de prevalência de ideação suicida e de tentativa de suicídio entre os adolescentes (Shek & Yu, 2012). Numa revisão sistemática de 128 estudos, Evans, Hawton, Rodham e Deeks (2005) mostraram que, em média, cerca de 9.7% dos adolescentes reportou tentativa de suicídio nalgum momento das suas vidas e 29.9% dos adolescentes declarou ideação suicida em algum momento das suas vidas. Num estudo realizado com estudantes suíços, 26% dos adolescentes dos 15 aos 20 anos de idade tiveram pensamentos suicidários, 15% fizeram planos suicidários e 3% tentaram o suicídio Rey et al. (1998). Numa amostra representativa de estudantes de Hong Kong, Shek e Yu (2012) verificaram que 13.7% dos respondentes apresentava pensamentos suicidários, 4.9% tinha planos suicidários específicos e 4.7% referiu ter tentado o suicídio havia pouco tempo. Os estudos empíricos sobre a ideação suicida e o para-suicídio nos países africanos são escassos. Todavia, dados do *Global School-Based Student Health Survey* (GSHS) sugerem rácios de ideação suicida de 31.9% entre estudantes, 27.9% no Quênia, 23.1% em Botswana, 19.6% no Uganda e 11.2% na Tanzânia. Os rácios de tentativa de suicídio foram de 6% na Etiópia (Shiferaw et al., 2006) e 12% na Nigéria (Omigbodum et al., 2008). Tanto quanto é do nosso conhecimento não existe nenhum estudo sobre os comportamentos suicidários em Cabo Verde, pelo que o presente estudo pode ser útil para o conhecimento empírico do fenómeno da suicidalidade, servindo de base para outras investigações e para futuros programas de prevenção e intervenção.

A relação entre a depressão, desesperança, ansiedade, suporte social percebido e comportamentos suicidários dispensa qualquer explanação dada a ampla gama de teorias e evidência empíricas sobre esta matéria (Baumeister's, 1990; Williams, 1997; Cornette et al., 2000; Febbraro, 1994; Beck et al., Gilbert et al.). Outros modelos teóricos

do suicídio postulam que percepções de derrota e encurralamento fazem parte dos mecanismos psicológicos que estão na base dos comportamentos suicidários (Johnson et al., 2008; Williams, 1997). Por outro lado, as memórias das experiências de vida na infância têm sido relatadas como associadas ao risco de suicídio (Leibetseder et al., 2006). Todavia, as diferenças verificadas intra e interculturais, e até mesmo entre os géneros, sugerem a necessidade de uma avaliação dos comportamentos suicidários e dos seus correlatos em cada sociedade.

A presente dissertação teve como objetivo principal analisar o comportamento suicidário (ideação e para-suicídio) em adolescentes cabo-verdianos. Especificamente pretendeu-se avaliar a prevalência de ideação suicida e do para-suicídio nessa população, e analisar os seus correlatos psicológicos e demográficos. Isto é, avaliar a contribuição das variáveis sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, suporte social percebido, Auto compaixão, formas de autocríticos-mo e auto-reasseguramentos, comparação social, vergonha externa, derrota, encurralamento, comportamentos de submissão, experiências de vida precoces, estilos parentais na infância, características da personalidade, dificuldades de regulação emocional, género, idade, escolaridade, estado civil e profissão na predição da ideação suicida. E a contribuição das variáveis de *rank* na predição do para-suicídio nessa população.

Esta dissertação divide-se em duas partes principais. A primeira parte, de natureza teórica, é constituída por dois capítulos que fazem a integração teórica dos estudos efetuados com base numa revisão da literatura das áreas relevantes para a compreensão das problemáticas em estudo. O primeiro capítulo faz uma caracterização do comportamento suicidário e uma apresentação do fenómeno no mundo. O segundo capítulo apresenta a etiologia do comportamento suicidário. Isto é, neste capítulo apresentam-se os principais modelos explicativos do comportamento suicidário, com especial relevo para as teorias cognitivo-comportamentais e do *rank* social, e os principais fatores de risco na adolescência.

A segunda parte descreve, em oito capítulos, os estudos empíricos realizados. Assim, o capítulo III apresenta os estudos preliminares de aferição da Escala de Desesperança de Beck (BHS), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). O capítulo IV apresenta os objetivos e a metodologia geral da

investigação, isto é, as amostras, o procedimento geral e os instrumentos utilizados. O capítulo V reporta o estudo da prevalência do comportamento suicidário (ideação e para-suicídio) numa população de adolescentes estudantes e o estudo da relação entre a ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade e o suporte social percebido. O capítulo VI descreve o estudo da relação entre os constructos do *rank* social, a percepção do suporte social e a ideação suicida, controlando a sintomatologia depressiva e a desesperança e, ainda, os estudos de mediação da derrota e do encurralamento na relação entre o suporte social percebido e a ideação suicida. O capítulo VII apresenta uma análise da relação entre os estilos parentais na infância, as experiências de vida precoces, as características de personalidade, as dificuldades de regulação emocional, a Auto compaixão, o encurralamento, a sintomatologia depressiva e a ideação suicida. O capítulo VIII reporta a relação entre o suporte social percebido, o evitamento experiencial, as respostas de ruminação, a vergonha externa, as formas de autocríticos-mo, as características de personalidade e a ideação suicida. O capítulo IX inclui o estudo das variáveis do *rank* social na predição da tentativa de suicídio. Este estudo foi realizado numa amostra clínica. O capítulo X faz a discussão geral do estudo. No capítulo XI são apresentadas as conclusões gerais e as limitações do estudo. Ainda, as sugestões para futuras investigações. Após o último capítulo são apresentados, ainda, as referências bibliográficas e os anexos.

CAPÍTULO I

O Comportamento Suicidário

CAPÍTULO I – O Comportamento Suicidário

1. Caracterização do comportamento suicidário

Considerado uma das principais causas de morte entre os adolescentes (OMS, 2009), o suicídio foi sempre objeto de contínua investigação. O vocábulo suicídio é normalmente utilizado para designar comportamentos escolhidos por um indivíduo para provocar a própria morte (Saraiva, 2006). Todavia, nem todos os comportamentos e experiências associados a este vocábulo são motivados pelo desejo de morrer. Frequentemente não são pensados com o objetivo de autoagressão, mas somente para comunicar ou expressar emoções complexas tais como desespero, cólera e desesperança (*Ibidem*). Daí que a literatura contemporânea defina comportamento suicidário em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio (ou para-suicídio) e suicídio (*Ibidem*). Ideação suicida refere-se às cognições que podem variar desde pensamentos superficiais de que não vale a pena viver, passando por pensamentos concretos ou planos de pôr termo à própria vida, até uma intensa preocupação delirante de autodestruição (Goldney et al., 1989). Tentativa de suicídio (ou para-suicídio) abrange comportamentos que podem variar desde os chamados gestos suicidários e tentativas manipulativas até tentativas sérias de suicídio que saem frustradas, incluindo os atos interrompidos por terceiros à última hora. Suicídio refere-se à morte que resulta direta ou indiretamente de um ato infringido pela vítima a si própria sabendo ou acreditando que teria tal resultado (Goodyer, 1995).

Tentativas de melhor definir o suicídio levaram ao conceito do processo suicidário: uma sequência que vai da ideação suicida (ideias/pensamentos), passando pelo desenvolvimento de um plano suicidário com obtenção dos meios necessários para a sua implementação, seguindo-se a tentativa de suicídio e, por último, a morte através de ações específicas (Bertolote & Wasserman, 2009; Krug, Dahlbert, Mercy, Zwi, Lozano, 2002). As definições mais correntes do suicídio contam com dois elementos fundamentais: um resultado preciso (morte) e um pré-requisito (a intenção de se matar). Na prática, todavia, determinar a intencionalidade do comportamento suicidário parece não ser tarefa fácil, tornando-se por vezes impossível. Especificamente, o comportamento suicidário pode ser visto como um contínuo que se inicia com pensamentos de pôr termo à própria vida (ideação suicida ou pensamentos), passa pelo

desenvolvimento de um plano (plano suicida), por comportamento suicidário não fatal (tentativa de suicídio) e termina com o pôr termo à própria vida (suicídio) (Johnson, Gooding, & TARRIER, 2008; Smith, Alloy, & Abramson, 2006; Kessler, *et al.*, 1999).

A investigação que esteve na base da presente dissertação baseou-se nesta última conceptualização do comportamento suicidário.

2. Epidemiologia do suicídio

Atualmente a maioria dos estados membros da Organização das Nações Unidas comunicam os dados sobre a mortalidade à Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, se os países desenvolvidos (Europa, América do Norte e alguns países da Região do Pacífico ocidental) reportam os dados sobre o suicídio com regularidade, a maioria dos países em desenvolvimento (América latina, Ásia e a região do Mediterrâneo oriental) reportam-nos de forma irregular, sendo raros os países africanos que comunicam esses dados à OMS de forma regular. Muitos dos países em desenvolvimento (a maioria em África e no sudeste asiático) não dispõem de registos sistemáticos devido a escassez de meios para a recolha e processamento dos dados sobre a mortalidade. Segundo dados dessa organização (OMS, 2011) cerca de um milhão de pessoas morrem todos os anos por suicídio; um rácio de mortalidade global de 16/100.000, que corresponde a uma morte em cada 40 segundos. Nos Estados Unidos da América, país onde foi conduzida a maior parte das investigações na área, o suicídio é considerado a 11.^a causa de morte (CDC, 2010). Mais de 34.000 pessoas suicidam-se todos os anos nos USA (CDC, 2010). Contudo, os países do continente americano, incluindo os EUA, não se situam nos lugares cimeiros da prevalência do suicídio no mundo. Estes lugares são ocupados pelos países europeus, sobretudo os da Europa de leste, pelos países asiáticos e pelo Japão, com taxas de incidência de suicídios superiores a 13 por 100.000 (OMS, 2009). O Egipto e o Zimbabwe (Fig. 1) são os únicos países de África que comunicam os dados sobre o suicídio à OMS. Enquanto o Egipto situa-se entre os países com menores incidências de suicídio (taxas inferiores a 6.5 por 100.000), o Zimbabwe está entre os de incidência média (taxas entre 6.5 e 13 por 100.000) (OMS, 2009). Estima-se que em 1998 o suicídio tenha representado 1.8% do total global do fardo de doenças e que representará 2.4% nos países de economia socialista em 2020 (OMS, 2011).

Contrastando-se com os dados sobre a mortalidade, existe uma aparente ausência de dados relativos à tentativa de suicídio (Bertolote & Fleischmann, 2009). Todavia, a OMS (2011) estima que as tentativas de suicídio sejam 20 vezes mais frequentes do que os suicídios. Portanto, as mortes por suicídio parecem representar apenas uma parte do problema. Atualmente, a maioria das pessoas sobrevive às tentativas de suicídio, o que representa um custo adicional tendo em conta que normalmente essas pessoas precisam de cuidados médicos (CDC, 2010). Por exemplo, mais de 376.000 pessoas com danos autoinfligidos são tratadas anualmente nos serviços de emergência dos EUA (*ibidem*).

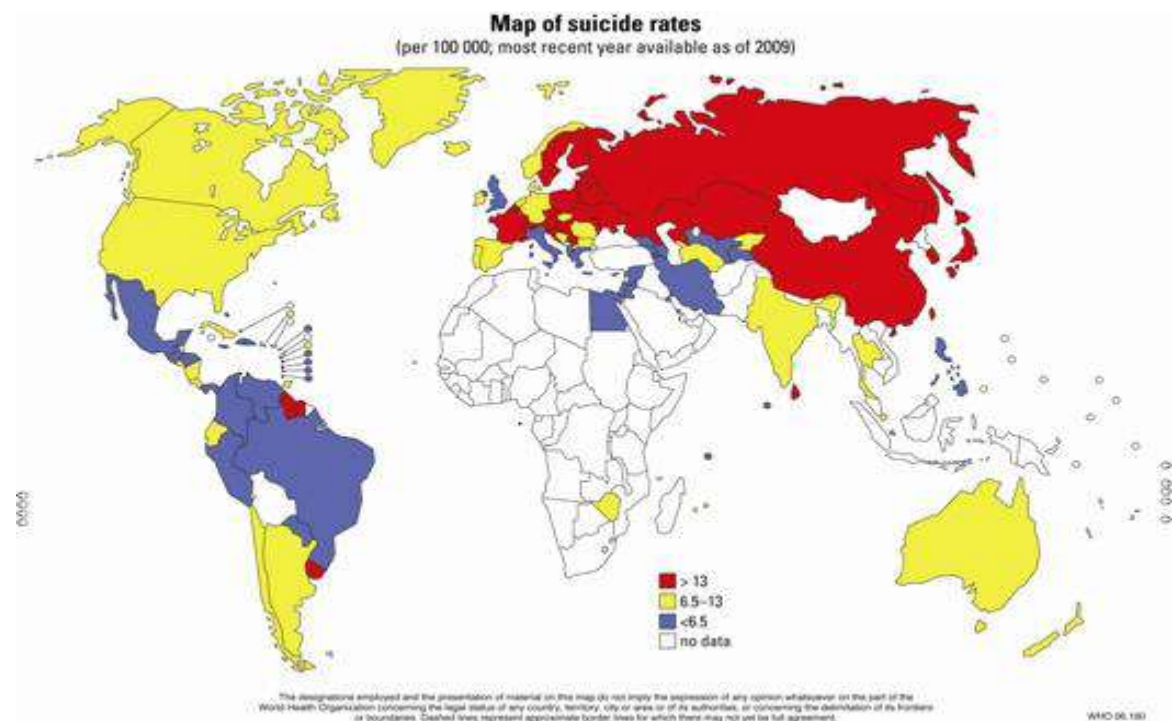


Figura 1. Mapa dos Rácios de Suicídio (OMS, 2009)

O suicídio é um sério problema social e de saúde pública que afeta também pessoas jovens. Está entre as três principais causas de morte na faixa etária dos 15 aos 44 anos, em muitos países (OMS, 2011a). É a terceira causa de morte entre os indivíduos dos 10 aos 24 anos de idade nos EUA (CDC, 2009).

À semelhança do que acontece na população adulta, o suicídio na população jovem também constitui apenas uma parte deste sério problema, representando o parasuicídio um problema de saúde pública e um pesado fardo para os serviços de saúde.

Com efeito, atualmente a maioria dos jovens que tentam o suicídio sobrevivem. Numa investigação nacional com jovens de escolas públicas e privadas dos EUA, 15% dos estudantes considerou seriamente o suicídio, 11% elaborou um plano suicidário e 7% tentou o suicídio nos 12 meses que precederam a investigação. Anualmente, 149.000 jovens dos 10 aos 24 anos de idade recebem cuidados médicos por danos autoinfligidos no Departamento de Emergência dos EUA (CDC, 2010). Gonçalves, Freitas e Sequeira (2011), invocando dados disponibilizados pelo INE (2008), referem que Portugal também tem registado um aumento significativo das taxas de suicídio desde o início do milénio. Segundo estes autores (*ibidem*), as taxas globais de suicídio passaram de 5.1/100.000 habitantes no ano 2000, para 9.8/100.000 habitantes em 2008. Os indivíduos que tentam o suicídio e sobrevivem podem ficar com sérios problemas de saúde (ex. fraturas, traumatismo craniano, ou falência de órgãos) que podem exigir cuidados médicos especiais. Isto, para além dos problemas de saúde mental de que normalmente esses adolescentes padecem (CDC, 2010). Se o suicídio de um adulto afeta a saúde da comunidade o suicídio de um adolescente é algo que ultrapassa a compreensão humana, suscitando interrogações que não raras vezes podem resultar em sentimentos de culpa e depressão, sobretudo nas pessoas mais emocionalmente ligadas ao adolescente suicida.

O Comportamento suicidário em Cabo Verde

O suicídio só aparece como causa de morte nos relatórios estatísticos do Ministério da Saúde de Cabo Verde a partir de 2009. Os dados disponíveis sobre os óbitos por causas externas/traumatismos e envenenamentos em Cabo Verde (SIE/GEPC/Ministério da Saúde, 2010, 2011) mostram que em 2009 verificaram-se 24 óbitos por suicídio que representaram 29.8% (28.6% género masculino e 1.2% género feminino) das mortes por causas externas (n = 84). Os 24 óbitos por suicídio verificados representaram 25% (19.8% do género masculino e 5.2% do género feminino) das mortes por causas externas em 2010 (n = 96). Os dados disponíveis (de apenas dois anos) não permitem uma análise da evolução do suicídio em Cabo Verde. Todavia, os dados relativos às mortes por afogamento/submersão, enforcamento, asfixia mecânica, acidente por arma de fogo, envenenamento e intoxicações, acidentes não especificados e asfixia não especificada suscitam algumas interrogações quanto à autoria e/ou

intencionalidade desses atos. Com efeito, apesar da inexistência de estudos científicos sobre essa realidade, os dados referentes ao concelho da Praia apresentam o enforcamento, o envenenamento, a utilização de arma de fogo, o traumatismo crânio-encefálico, o afogamento, a submersão no mar e a precipitação de altura como os principais métodos utilizados para o suicídio. Isto é, apesar da inexistência de estudos científicos sobre esta matéria, as estatísticas dos óbitos por suicídio em 2009 e 2010 parecem subestimadas devido à falta de uniformização das causas da morte. Bridges *et al.* (2006) referem que a subestimação das estatísticas sobre atos suicidários pode dever-se a vários fatores tais como, dificuldades de conceituação e sub-relato dos suicídios devido à tentativa de poupar os membros da família de um trauma emocional desnecessário, benefícios das agências de seguros e falta de uniformidade nos procedimentos de notificação. Ainda segundo a mesma autora (in *ibidem*), muitas das pessoas que tentam o suicídio não procuram tratamento e os registos das que procuram um serviço de saúde nem sempre são feitos de forma adequada. Isto, eventualmente, pode explicar também a inexistência de dados sistematizados sobre a prevalência dos comportamentos suicidários não fatais em Cabo Verde. No entanto, a distribuição pelos géneros, proporção maior de suicídios no género masculino em relação ao feminino, vai de encontro aos resultados verificados na grande maioria dos países ocidentais. Isto é, nos EUA e em muitos países europeus, o suicídio acontece com maior frequência entre os indivíduos do género masculino (King, et al., 1997), apesar dos indivíduos do género feminino serem mais propensos a apresentar pensamentos e comportamentos suicidários não fatais (Evans, Hawton, Rodham, & Deesks, 2005; Evans *et al.*, 2005).

Tendo em conta que os dados do presente estudo foram recolhidos em amostras de adolescentes estudantes da cidade da Praia, procurou-se verificar a evolução da prevalência do suicídio naquela cidade durante os últimos anos. Para isso, fez-se um levantamento dos casos de suicídio que ocorreram de Janeiro de 2007 a Junho de 2012, no livro de óbitos da Delegacia de saúde da Praia. Nesse período, ocorreram 61 casos de suicídio, sendo 47 (77%) do género masculino e 14 (23%) do género feminino. As idades dos sujeitos variaram entre os 13 e os 71 anos. O método mais utilizado foi o enforcamento em 40 (65.6%) dos casos, seguido do envenenamento em 7 (11.5%), arma de fogo 5 (8.2%), traumatismo crânio-encefálico 4 (6.6%), afogamento 3 (4.9%) e, por

último, a precipitação de altura 2 (3.3%). Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros no que tange à distribuição dos métodos utilizados para o suicídio, durante o referido período ($\chi^2_{(5)} = 7.762$; $p = 170$).

Por outro lado, a distribuição do suicídio pelos géneros ao longo dos anos estudados não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(5)} = 3.707$; $p = 592$). Os indivíduos do género masculino apresentaram prevalências de suicídio sistematicamente superiores às do género feminino em todos os anos estudados, o que vai de encontro aos dados internacionais segundo os quais apesar dos indivíduos do género feminino apresentarem rácios superiores de ideação (Evans, Hawton, Rodham, & Deesks, 2005) e de tentativa de suicídio (Evans *et al.*, 2005), os rácios de suicídio são superiores entre os indivíduos do género masculino, o que pode dever-se a utilização de métodos letais com maior frequência (King, 1997). Como referido anteriormente, este parece ser o primeiro estudo sobre os comportamentos suicidários realizado em Cabo Verde, razão pela qual não existem dados sistematizados sobre a prevalência e incidência da ideação suicida e do para-suicídio no país. Esta circunstância ditou os objetivos do primeiro estudo empírico desta dissertação.

3. Ideação suicida e para-suicídio em adolescentes

3.1. Estudos de prevalência

A autoagressão deliberada é um fenómeno que tem vindo a aumentar entre os adolescentes. Nos últimos anos, têm sido verificadas prevalências alarmantes de ideação suicida e para-suicídio entre os adolescentes (Sheck & Yu, 2012). A ideação suicida e a tentativa de suicídio são comportamentos suicidários comuns em estudantes adolescentes, figurando entre os principais fatores de risco para o suicídio. Conhecer a prevalência e identificar os fatores de risco associados a esses comportamentos suicidários pode ter implicações importantes para a prevenção e intervenção nesta população.

3.1.1. Comportamento suicidário na África sub-sahariana

A investigação na área do comportamento suicidário é escassa e a criminalização da tentativa de suicídio nalguns países da África subsaariana pode levantar obstáculos tanto ao relato dos casos como à assistência aos indivíduos que tentam o suicídio (Adinkrah, 2011). Apesar disso, verifica-se um contínuo aumento do comportamento

suicidário entre os adolescentes, constituindo-se num problema de saúde pública, com dados de investigações a sugerirem que até pode ter uma magnitude superior à dos países ocidentais (Kinyanda *et al.*, 2011). Apresentam-se a seguir alguns dos estudos mais recentes que ilustram esta realidade.

O estudo de Palmier (2011) teve por objetivo comparar a prevalência e fatores correlacionados com a ideação suicida nalguns países da África subsaariana (Botswana, Quênia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia). Os resultados evidenciaram uma variabilidade na prevalência da ideação suicida nesses países. A Zâmbia apresentou a maior prevalência de ideação suicida (31.9%) entre os estudantes, seguida do Quênia (27.9%), Botswana (23.1%), Uganda (19.6%) e Tanzânia (11.2%). A melancolia e a solidão foram os fatores que mais se associaram à ideação suicida entre os estudantes desses países.

Kinyanda *et al.* (2011) avaliaram a prevalência e fatores de risco de suicidalidade nos adolescentes em quatro distritos rurais do nordeste da Uganda. Entre os respondentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, a prevalência de suicidalidade ao longo da vida foi de 6.1%. O estudo verificou uma prevalência de autoagressão deliberada de 1.7%, comparável a reportada no *WHO/EURO Multi-Centre Study*, mas inferior ao reportado no *Youth Risk Behavior Surveillance* (YRBS) dos EUA com um rácio de 8.5%. O fator ecológico do distrito de residência associou-se de forma independente com o risco de suicídio. O sexo feminino, a idade (os rácios aumentam com a idade), educação (a maior parte sem educação formal), subsistência (maior entre os que vivem com ambos os pais), baixos salários, trauma de guerra e orfandade foram os fatores socioeconómicos que se associaram de forma significativa com a suicidalidade. Outros fatores que apresentaram associações significativas com a suicidalidade nesse estudo foram síndromes e distúrbios depressivos, perturbações psicóticas e perturbações da ansiedade.

Swahn *et al.* (2010) analisaram os dados dos *Global School Health Questionnaire* da Zâmbia, Quênia, Botswana e Uganda e os dados do *Youth Risk Behavior Surveillance* dos EUA para avaliar a prevalência e relação entre a luta física e a ideação suicida nesses países. Os autores (in *ibidem*) verificaram que o uso de álcool e ter sido vítima de *bullying* estavam associados com a ideação suicida em todos estes países. A Zâmbia

apresentou a maior prevalência tanto em luta física como ideação suicida (18.5%), seguida do Quênia (16.4%), Botswana (12.7%), Uganda (8.6%) e EUA (8.8%).

O estudo de Omigbodun *et al.* (2008) foi a primeira avaliação da ideação suicida, tentativa de suicídio e fatores psicossociais avaliados com instrumentos de autorresposta em adolescentes das zonas rurais e urbanas do sudoeste da Nigéria com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos. A versão nigeriana do *Global School Health Questionnaire* e as questões sobre o comportamento suicidário do *Diagnostic Predictive Scale* para jovens foram completadas por 1.429 jovens estudantes (Omigbodun *et al.*, 2008). Mais de 20% dos estudantes reportaram ideação suicida e 12% reportaram tentativa de suicídio no último ano. Os adolescentes das zonas urbanas, de famílias polígamas ou disruptivas apresentaram altos rácios de comportamento suicidário. Abuso sexual e ataque físico e ter estado engajado em combate (luta) físico nos últimos 12 meses associaram-se de forma significativa com a ideação suicida. Trabalhar para sustentar a família, passar fome, ter pais separados ou divorciados e a prática de relações sexuais durante os 12 últimos meses também se associaram significativamente com a ideação suicida (Omigbodun *et al.*, 2008). Não se verificaram diferenças de género nos rácios de ideação suicida e tentativa de suicídio. Porém, houve algumas diferenças de género nos preditores do comportamento suicidário. A fome e o uso de álcool foram preditores significativos da tentativa de suicídio nos homens, enquanto o abuso sexual ou atividade sexual e instabilidade na vida familiar foram preditores significativos nas mulheres. Os ataques físicos foram preditores significativos tanto nos homens como nas mulheres. Os autores (*ibidem*) verificaram que a prevalência de comportamentos suicidários neste estudo foi superior à dos estudos dos países desenvolvidos (2% a 3.5% em estudos realizados na Europa e cerca de 9% nos EUA).

Rudatsikira *et al.* (2007) realizaram uma análise secundária da Uganda *Global School-Based Survey-2003* para avaliar a prevalência e os fatores que poderiam estar associados à ideação suicida em adolescentes estudantes da zona rural do Uganda. No conjunto de 21.6% dos participantes, sendo 21.3% do sexo masculino e 23.5% do feminino referiram terem considerado seriamente a possibilidade de cometer o suicídio nos 12 meses que precederam a avaliação. Solidão e ansiedade (inquietação)

possivelmente estiveram associadas com a ideação suicida, após o controlo das variáveis idade, género, fumar cigarros, uso de bebidas alcoólicas e a experiência de ter sido vítima de *bulyling*. As mulheres mostraram-se mais propensas a considerar o suicídio do que os homens.

Rudatsikira *et al.* (2007b) analisaram a ideação suicida e fatores associados entre os adolescentes estudantes do Zimbabwe utilizando os dados do *Zimbabwe Global School Health Questionnaire* 2003. Os resultados mostraram uma prevalência de ideação suicida de 21.6%. Os indivíduos do sexo feminino apresentaram mais ideação suicida do que os do género masculino. Preocupação, sentir-se só, fumar cigarros e usar bebidas alcoólicas foram os fatores que estiveram associados à ideação suicida nessa amostra.

Muula *et al.* (2007) verificaram que um total de 1970 adolescentes estudantes que participaram na *Zâmbia Global School-Based Health Survey* 2004 responderam à questão sobre a ideação suicida. Destes 31.3% reportaram ideação suicida nos últimos 12 meses. Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros (31.1% masculinos e 31.4% femininos) quanto à prevalência de ideação suicida. Experiências prévias de uso de drogas, uso de cannabis, ser menor de 14 anos, muita preocupação a ponto de não dormir e sentir-se triste e desesperado a ponto de não conseguir realizar as atividades habituais, apresentaram associações positivas com a ideação suicida. O género não se associou de forma significativa com a ideação suicida. Porém, o sentir-se sozinho associou-se negativamente com os resultados.

No estudo sobre as vulnerabilidades diferenciais de adolescentes da escola preparatória para problemas psicossociais com referência à harmonia da sua vida e vinculação parental, realizado por Shiferaw *et al.* (2006) na cidade de Dessie (Etiópia), 6% dos sujeitos referiu ter tentado o suicídio nos últimos 12 meses. Tentativa de suicídio na família ou entre os amigos, género feminino e atividade sexual foram as variáveis que se associaram à tentativa de suicídio de forma significativa.

Em síntese pode-se afirmar, embora com as reservas inerentes ao facto de não se dispor de dados da maioria dos países africanos e às limitações dos estudos existentes, que a prevalência da ideação suicida parece ter aumentado ao longo dos anos, tendo variado no estudo de Palmier (2011) de 11.2% na Tanzânia a 31.9% na Zâmbia, proporções manifestamente superiores às verificadas nos Estados Unidos (9%) e

na Europa (2% a 3.5%) sendo que nestes últimos as proporções referem-se ao comportamento suicidário. Em relação as tentativas de suicídio, apenas tivemos acesso a alguns dados da Nigéria (2008) e da Etiópia (2006), cujas taxas de prevalência nos doze meses que precederam às avaliações foram de, respetivamente, 12% e 6%. Como é óbvio, esses dados não permitem extrair qualquer conclusão em relação às tentativas de suicídio em África. As tentativas de suicídio na família ou entre os amigos, género feminino e atividade sexual precoce associaram à tentativa de suicídio (Shiferaw *et al.*, 2006).

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram mais ideação suicida do que os do género masculino (Kinyanda *et al.*, 2011; Rudatsikira *et al.*, 2007; Rudatsikira *et al.*, 2007b). Os rácios de ideação suicida parecem aumentar com a idade (Kinyanda *et al.*, 2011), apesar de no estudo de Muula *et al.* (2007), as idades inferior aos 14 anos, terem apresentado associação positiva com a ideação suicida, preocupação excessiva, sentir-se triste e desesperado (Muula *et al.*, 2007; Rudatsikira *et al.*, 2007b; Kinyanda *et al.* (2011), sentir-se só, usar bebidas alcoólicas, fumar, vitimização por *bullying* (Rudatsikira *et al.*, 2007; Rudatsikira *et al.*, 2007b; Swahn *et al.*, 2010), experiências prévias de uso de drogas ilícitas foram os fatores que mais se associaram à ideação suicida nos estudos analisados por Muula *et al.* (2007). Por outro lado, viver em zonas urbanas, em famílias polígamas ou disruptivas apresentaram associações altas com o comportamento suicidário. Abuso sexual ou físico e ter-se engajado em luta física nos últimos 12 meses, trabalhar, para sustentar a família, passar fome, ter pais separados ou divorciados e relações sexuais precoces são variáveis que se associaram significativamente com a ideação suicida. Porém, a melancolia e a solidão foram os fatores que mais se associaram à ideação suicida entre os estudantes nesses países (Palmier, 2011).

A educação (a maior parte sem educação formal), problemas de subsistência, baixos salários, trauma de guerra e orfandade foram os fatores socioeconómicos que se associaram de forma significativa com a suicidalidade no estudo realizado por Kinyanda *et al.* (2011). Outros fatores que apresentaram associações significativas com os comportamentos suicidários foram síndromes e perturbações depressivas, perturbações psicóticas e perturbações da ansiedade (Kinyanda *et al.*, 2011).

3.1.2. Comportamento suicidário na Europa

A prevalência da autoagressão deliberada tem vindo a aumentar também entre os adolescentes europeus. Utilizando questionários de autorresposta anónimos, Hawton *et al.* (2002) reportaram que 6% a 7% dos estudantes ingleses com 15 anos de idade apresentaram pelo menos um episódio de autoagressão durante os 12 meses que antecederam a avaliação. Foi reportada uma prevalência de 24% entre as jovens adultas em Itália (Favaro, *et al.*, 2007) enquanto uma prevalência ao longo da vida de 21.4% foi estimada em estudantes da Turquia (Zoroglu, *et al.*, 2003). Os comportamentos de autoagressão podem ocorrer em qualquer idade. Porém, os dados das investigações mostraram que os adolescentes e adultos jovens são os grupos de maior risco (Fliege, *et al.*, 2009). Existe um relativo consenso segundo o qual a adolescência é um período de risco para a ocorrência de autoagressão deliberada. Apesar dos comportamentos de autoagressão nem sempre visarem o suicídio, constituem um fator de risco para o suicídio.

Baseada numa ampla amostra de estudantes suíços, os investigadores reportaram que cerca de 26% dos adolescentes dos 15 aos 20 anos de idade tiveram pensamentos suicidas, 15% elaboraram planos para o suicídio e 3% fizeram tentativas de suicídio (Rey *et al.*, 1998).

Numa revisão sistemática de 128 estudos, Evans, Hawton, Rodham e Deeks (2005) revelaram que 9.7% dos adolescentes ingleses reportaram tentativa de suicídio ao longo da vida e que 29.9% dos adolescentes tiveram pensamentos suicidários em algum momento das suas vidas.

Kaltiala-Heino *et al.* (1999) avaliaram a relação entre ter sido vítima de *bullying* ou praticar *bullying* na escola, depressão e ideação suicida severa. A população do estudo foi de 16.410 adolescentes estudantes finlandeses dos 14-16 anos de idade. Os autores verificaram um aumento da prevalência de depressão e ideação suicida severa tanto no grupo dos que foram vítimas de *bullying* como no dos que praticaram o *bullying*. Concluíram que tanto os que foram vítimas de *bullying* como os que praticaram *bullying* estavam em risco de depressão e ideação suicida, pelo que a necessidade de intervenção psiquiátrica poderia ser considerada não apenas para os que foram vítimas de *bullying*, mas também para os que praticam o *bullying*.

Numa amostra de estudantes do ensino secundário constituída por 966 turcos e 959 suecos (N = 1925), Eskin (1995) verificou uma prevalência de pensamento suicidário de 25.7% nos turcos e 23.2% nos suecos. Constatou ainda uma diferença significativa entre os dois grupos relativamente à tentativa de suicídio no mês que precedeu a avaliação. Isto é, os estudantes suecos apresentaram uma prevalência de tentativa de suicídio de 2.7%, enquanto a dos turcos foi de 4.6%. A razão mais comum tanto para a ideação como para a tentativa de suicídio foram problemas psicológicos (sentimentos de depressão, desesperança, falta de significado para a vida e vazio interior).

Numa amostra de 1153 (518 rapazes e 635 meninas) adolescentes estudantes da Catalúnia (Espanha) Kirchner et al. (2012) verificaram uma prevalência de comportamentos de autoagressão de 11.4% e de ideação suicida de 12.5%. Não se observaram diferenças entre os géneros, mas um aumento de ambos os tipos de comportamentos de risco com a idade. Os resultados indicaram que os comportamentos de autoagressão são 10 vezes mais frequentes em adolescentes com ideação suicida do que nos sem ideação suicida.

Evans, Hawton e Rodham (2004) realizaram uma revisão sistemática da literatura internacional para determinar se os adolescentes que foram vítimas de abuso eram também mais suscetíveis a experienciar pensamentos e comportamentos suicidários do que os outros adolescentes e investigar a natureza dessa associação. Em 10 estudos relevantes identificados verificaram que os adolescentes que tinham sido vítimas de abuso físico ou sexual eram mais propensos a experienciar pensamentos e comportamentos suicidários do que os outros adolescentes. Esta associação pareceu ser direta na maioria dos estudos. Houve evidências de que outros fatores (e.g., baixa autoestima) podem ter um efeito mediador na relação entre o abuso e o fenómeno suicidário. Os autores concluíram que existe uma ligação clara entre o abuso e o fenómeno suicidário que ocorre durante a infância e a adolescência.

3.1.3. Comportamento suicidário na América

Nos Estados Unidos da América, a prevalência de autoagressão ao longo da vida variou entre 12% e 37.2% em estudantes do ensino secundário (Ross & Heat, 2002; Gratz, 2001; Jacobson & Gould, 2007) e 12% a 20% no final da adolescência e entre os

jovens adultos (Withlock, Eckenrode, Silverman, 2006; Gollust, Eisenberg, Golberstein, 2008).

O suicídio é a terceira causa de morte entre os adolescentes dos 15 aos 24 anos de idade nos Estados Unidos da América e representa 12.3% de todas as mortes que ocorrem anualmente nessa faixa etária (CDC, 2008).

Numa meta-análise de estudos comunitários e com estudantes em mais de meio milhão de adolescentes, média recente, último mês, último ano, e prevalência ao longo da vida as estimativas da ideação suicida foram de 21.3%, 30.7%, 19.3%, e 29.9%, respectivamente (Evans *et al.*, 2005). Estes números revelam o quão comum os adolescentes reportam ideação suicida, mas também suscitam dúvidas quanto à relevância dos períodos em questão (e.g., a prevalência no último mês é maior do que a do último ano).

A revisão de Bridge *et al.* (2006) teve por objetivo avaliar a epidemiologia, fatores de risco e fatores protetores para o suicídio e comportamento suicidário entre os jovens. Os autores (*in ibidem*) articularam um modelo de comportamento suicidário do jovem, segundo o qual o comportamento suicidário resulta da interação de fatores socioculturais, desenvolvimentais, psiquiátricos, psicológicos, familiares e ambientais.

Com efeito, no estudo realizado por Fortuna *et al.* (2007) a prevalência da ideação suicida em americanos de origem latina foi de 10.1% contra 4.4% para a tentativa de suicídio, o que pode refletir a importância dos fatores socioculturais. É de realçar que a maior parte das tentativas de suicídio ocorreram antes dos 18 anos de idade. Os fatores que mais se associaram à ideação suicida e tentativa de suicídio foram a aculturação, conflitos familiares, abuso físico e sexual, o sexo (maior prevalência entre os indivíduos do género feminino) e duplo diagnóstico (co morbilidade).

Rueter *et al.* (2008) consideram que padrões longitudinais de ideação suicida podem prever adolescentes em risco elevado de avançar para comportamentos suicidários mais sérios. Esses autores (*ibidem*) enumeraram subgrupos de trajetória de ideação suicida e estimaram subgrupos de associações com planos e tentativas de suicídio tardios, utilizando dados recolhidos durante um período de 13 anos em 552 adolescentes brancos dos Estados Unidos. Foram encontrados três grupos: sem ideação, ideação decrescente e ideação a aumentar ou persistente. A probabilidade de planejar

um suicídio foi maior entre o grupo com ideação a aumentar (mulheres: 0.54, homens: 0.51, $p < .01$). A probabilidade de tentativa de suicídio foi notável entre os homens com ideação decrescente (0.36, $p < .01$) e mulheres com ideação a aumentar (0.25, $p < .01$), o que espelha bem a necessidade de se ter em conta a diferença de géneros na avaliação do risco do comportamento suicidário.

Num estudo longitudinal com uma amostra de 206 rapazes (90% caucasianos), Kerr *et al.* (2008) recolheram anualmente dados sobre a ideação suicida utilizando questionários de autorresposta (SI; idade 12 a 29) e a verbalização suicida dos jovens reportada pelos pais (9-20 anos). A prevalência de ideação suicida semanal reportada pelos próprios sujeitos variou entre 2.6% e 16.3%. Os investigadores verificaram a emergência de novos casos ao longo da adolescência; aos 29 anos, 57.3% reportaram ideação suicida pelo menos uma única vez. A ideação suicida foi associada a aumentos clinicamente significativos de concorrente sintomatologia depressiva. Cerca de um quarto (24.8%) dos pais reportaram verbalizações suicidas pelos seus filhos aos 20 anos. Porém, os autores verificaram uma baixa correlação entre as respostas dos pais e as respostas dos próprios sujeitos. A ideação suicida foi mais comum do que aquilo que sugeriram os estudos retrospectivos. Por consequência, tanto os relatos parentais como os autorrelatos pontuais possivelmente perdem um número elevado de adolescentes do sexo masculino que podem estar em risco.

Estudos em adolescentes americanos (12-17 anos de idade) sugerem prevalências de 19.8% a 24.0% (IQR, 19.24.0) para a ideação suicida e 3.1% a 8.8% (IQR, 3.1- 8.8) para a tentativa de suicídio (não existem dados sobre plano de suicídio ao longo da vida). A prevalência estimada em doze meses varia de 15% a 29% para a ideação suicida, 12.6% a 19.0% para os planos suicidas e 7.3 a 10.6% para as tentativas de suicídio (Nock *et al.*, 2008).

Souza *et al.* (2010) realizaram um estudo transversal na população geral, cujo objetivo foi estudar a prevalência e fatores de risco associados à ideação suicida entre adolescentes brasileiros dos 11 aos 15 anos de idade. Constataram uma prevalência de ideação suicida de 14.1%. Os fatores associados à ideação suicida foram o sexo feminino, consumir álcool, uso de drogas ilícitas, apresentar sintomas indicativos de transtorno de conduta e elevada pontuação no *Children's Depression Inventory* para

sintomas depressivos. Esses autores concluíram que as estratégias de prevenção nessa população deve dar prioridade aos adolescentes do sexo feminino, principalmente aquelas sexualmente ativas, com prováveis problemas de saúde mental e uso de substâncias.

Tendo em conta o valor da ideação suicida na predição do suicídio, Araújo *et al.* (2010) analisaram as representações sociais da ideação suicida elaboradas por estudantes brasileiros do ensino médio (14-22 anos de idade), bem como a presença desse fenómeno naquela população. Observaram um índice de 22.2% de adolescentes com ideação suicida, verificando-se diferenças entre os grupos com e sem ideação suicida quanto às representações elaboradas. Isto é, os estudantes que apresentaram ideação suicida representaram-se como pessoas sozinhas e associaram a ideação suicida a sentimentos de desesperança e solidão.

De acordo com Rudatsikira (2007) 18.4% (14.9% masculinos e 21.6% femininos) dos adolescentes estudantes que participaram no *Guyana Global School-Based Health Survey 2004* reportaram terem considerado de forma séria a possibilidade de cometerem suicídio nos 12 meses anteriores. Os indivíduos do sexo feminino foram mais propensos a considerar o suicídio do que os do sexo masculino. Os sujeitos que tinham sido vítimas de *bullying* apresentaram um rácio de contemplação de tentativa de suicídio duas vezes superior ao dos que não tinham experienciado essa situação. História de depressão apresentou uma associação positiva com a ideação suicida enquanto as variáveis ter amigo íntimo e compreensão dos pais associaram-se negativamente com a ideação suicida.

Os rácios de suicídio entre os jovens no Chile têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Entre 1990 e 2005, a prevalência de suicídio foi de, respetivamente, 8.8% e 9.3% por 100.000 habitantes. Numa amostra de 1567 estudantes adolescentes dos 14 aos 20 anos de idade (54% do género masculinos e 46% do género feminino), residentes na área metropolitana de Santiago, 62% reconheceram ideação suicida e 19% tentativa de suicídio. Esses dados eram significativamente superiores entre os indivíduos do sexo feminino e os que eram atendidos em escolas públicas. Os adolescentes com 16 anos de idade apresentaram os maiores rácios de ideação suicida e de tentativa de suicídio (Ventura-Juncá *et al.*, 2010).

Em suma, o comportamento suicidário do jovem resultaria da interação de fatores socioculturais, desenvolvimentais, psiquiátricos, psicológicos, familiares e ambientais (Bridge *et al.*, 2006). Um outro fator importante é o gênero feminino (Guzman *et al.*, 2009; Fortuna *et al.*, 2007), aculturação, conflitos familiares, abuso físico e sexual e co morbidade psiquiátrica (Fortuna *et al.*, 2007). Todavia, Kerr *et al.* (2008) apresentam a sintomatologia depressiva como o fator de risco mais importante para a ideação suicida.

3.1.4. O comportamento suicidário na Ásia

Sidhartha e Jena (2006) num estudo realizado em Nova Deli (Índia), com 1205 estudantes adolescentes na faixa etária dos 12 aos 19 anos, verificaram uma prevalência de ideação suicida ao longo da vida de 21.7%, ideação suicida no último ano de 11.7%, tentativa de suicídio ao longo da vida 8% e tentativa de suicídio último ano 3.5%. A religião hindu, sexo feminino, adolescentes mais velhos, abuso físico ou negligência pelos pais, história de fuga da escola, suicídio de um amigo, desejo de morrer ou de autoagressão deliberada foram os fatores de risco significativos para os comportamentos suicidários não fatais.

Na Coreia, o suicídio é a segunda causa de morte entre os indivíduos dos 10 aos 19 anos de idade e a principal causa de morte entre os 20 e os 24 anos (*Korean National Statistical Office*, 2006). Apesar dos pensamentos suicidários nem sempre precederem o ato, a ideação suicida tem sido confirmado como um fator de risco significativo (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994). A irritação (cólera) também contribui sinergeticamente para o risco de suicídio em combinação com alta impulsividade característica da adolescência (Horesh *et al.*, 1997).

A experiência e expressão da cólera são comuns durante a adolescência (Reyes *et al.*, 2003). A cólera é uma das emoções mais difíceis de lidar por parte do adolescente e pode estar ligado a comportamentos associados à delinquência juvenil, tais como abuso de drogas (Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998; Lee & Cho, 1999). Potencialmente prejudica a saúde física e mental (Park, Han, Shin, Kang, & Moon, 2004) e tem sido considerada crucial no desenvolvimento da ideação e comportamentos suicidários (Goldney *et al.*, 1997). O suicídio é visto como resultado da cólera mal direcionada para si mesmo (Goldney *et al.*, 1997). Os rácios de tentativa de suicídio são elevados entre as

peças jovens e estão a aumentar em todo o mundo (van Heeringen, 2001). A severidade corrente da ideação suicida um preditor significativo para um eventual suicídio (Pinninti, Steer, Rissmiller, Nelson, & Beck, 2002).

Os níveis de ideação suicida em adolescentes reportados em estudos prévios não têm sido elevados, isto é, o escore de ideação suicida foi de 13.7 num intervalo de 0-90 (Kim et al., 2006) e 3.5 num intervalo de 0-25 (Lee et al., 2006), mas difere com a idade, género e etnicidade (Jones & Peacock, 1992; Juon, Nam, & Ensminger, 1994; Kessler, Borges, & Walters, 1999; Kim et al., 2006). O género feminino tem sido reportado como fator de risco para a ideação suicida (Kessler et al., 1999). Kim et al. (2006) também reportou níveis superiores de ideação suicida em indivíduos do género feminino, quando comparados com os do género masculino, entre adolescentes coreanos. Os fatores que influenciam a ideação suicida diferem de acordo com a estrutura social (instituições sociais e normas dos sistemas sociais, e.g., *background* cultural, leis e religião), as conceptualizações individuais e papéis de género, sistemas de suporte e conceptualização da morte (Novins, Beals, Roberts, & Manson, 1999).

Entre todos os fatores, a ligação entre a raiva e a ideação suicida foi reconhecida na literatura (Field, Diego, & Sanders, 2001). Os adolescentes que desejam morrer são mais propensos a depressão, desesperança e raiva do que os que não desejam morrer (Boergers et al., 1998). Ademais, (Stein et al., 1998) verificaram que um nível elevado de agressão aumenta o risco de recidiva da tentativa de suicídio. Ainda, Prigerson e Slimarck (1999) relataram que a depressão e a perturbação pós-stress traumático foram significativas para a suicidalidade das mulheres, enquanto a agressividade foi o único fator importante em adultos jovens do sexo masculino. Rice e Howell (2006) reportaram que uma pessoa com traço elevado de cólera apresenta maior probabilidade de manifestar comportamentos suicidários.

Roh et al. (2007) num estudo realizado com estudantes coreanos verificaram que a ideação suicida era substancialmente elevada com uma prevalência de 39.2% e que 3.0% dos coreanos estudantes do ensino superior já tinha tentado o suicídio.

O estudo de Lee et al. (2008) teve por objetivo avaliar a prevalência e fatores de risco associados à ideação suicida e à tentativa de suicídio numa amostra de 608 estudantes coreanos do ensino superior. Os autores verificaram uma prevalência atual

(duas últimas semanas) de ideação suicida de 9.8% e uma prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida de 3.3%. Os preditores mais significativos da ideação suicida, por uma análise de regressão logística, foram a depressão, probabilidade para distúrbio bipolar e sucesso escolar, enquanto os riscos para a tentativa de suicídio foram estatuto socioeconómico e probabilidade de distúrbio bipolar.

Num estudo baseado nos dados do *Thailand Global School - Based Student Health Survey 2008* (N=2.758) em que os autores pretendiam estimar a prevalência e identificar associações entre a ideação suicida e os indicadores de stresse psicossocial e fatores sócio ambientais nos adolescentes tailandeses Petzer e Pengpid (2012) observaram uma prevalência de ideação suicida nos 12 meses precedentes de 8.8%, sendo 9.9% para o género masculino e 7.7% para o feminino. O stresse psicossocial, os comportamentos de risco para a saúde (uso de álcool e relações sexuais) e a ausência de fatores de proteção (falta de vinculação parental) parecem ter efeito na ideação suicida nessa população.

Shek e Yu (2012) examinaram a prevalência e correlates psicossociais da autoagressão deliberada e do comportamento suicidário numa amostra representativa de 3.328 estudantes do ensino secundário de Hong Kong. Com referência ao ano anterior à avaliação, 32.7% dos estudantes reportaram pelo menos uma forma de autoagressão, 13.7% referiram pensamentos suicidários, 4.9% imaginaram planos específicos de suicídio e 4.7% haviam tentado o suicídio recentemente. Os autores (*in ibidem*) verificaram rácios superiores de autoagressão e comportamentos suicidários entre as raparigas quando comparados com os dos rapazes. Ter pais casados com outras pessoas foi relacionado com um aumento da ligação autoagressão deliberada e suicídio. Funcionamento familiar assertivo, desenvolvimento positivo do jovem e bom desempenho académico e escolar predisseram baixos rácios de autoagressão e comportamento suicidário, enquanto as competências cognitivas e comportamentais inesperadamente associaram-se positivamente com a autoagressão e os comportamentos suicidários.

As investigações relativas à prevalência de autoagressão deliberada e comportamentos suicidários em adolescentes são muito limitados nos países asiáticos. Os dados de investigações relativas aos rácios de autoagressão deliberada em

adolescentes chineses são equívocos devido a inexistência de estudos sistemáticos e grandes variações metodológicas, tais como utilização de diferentes instrumentos de avaliação e procedimentos. Por exemplo, baseados em questionários de relato dos pais, Liu *et al.* (2008) verificaram que 3.2% duma amostra comunitária de adolescentes chineses tinham agredido a si próprios de forma deliberada, enquanto um estudo recente utilizando questionários de autorresposta mostrou uma prevalência de 15.5% de autoagressão deliberada entre os estudantes chineses dos 10 aos 24 anos de idade (Tang, 2011). Relativamente ao suicídio, foram também reportados dados de prevalência diferentes. Liu *et al.* (2004) verificou que 19.3% dos adolescentes (media de idades = 14.6 anos) reportaram ideação suicida atual, 10.5% tentativa de suicídio nos últimos seis meses. Numa amostra populacional, Pan *et al.* (2011) reportaram um rácio similar de 18.6% de ideação suicida em 23.976 estudantes com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos. Ainda, Tang *et al.* (2011) verificaram rácios aparentemente baixos em adolescentes chineses: ideação suicida 8.8% e tentativa de suicídio 3.5%. Em Hong Kong, 26.8% da amostra de adolescentes da comunidade reportaram pensamentos suicidários permanentes ao longo da vida e 4.5% tiveram ideação suicida nos 12 meses anteriores; 2.3% dos participantes fizeram plano de suicídio no ano anterior e quase todos tinham tentado realmente o suicídio (Chan, *et al.*, 2009). Ressaltamos o facto de os dados existentes não proporcionarem um quadro exato da situação da autoagressão deliberada e comportamentos suicidários entre os adolescentes asiáticos.

3.1.5. Estudos transnacionais

Muitos dos adolescentes e jovens adultos que cometeram o suicídio tinham previamente pensado, planeado ou tentado o suicídio (Brent, Baugher, 1999). Apesar da ideação suicida durante a adolescência ser muito comum (Beautrais, 2000; CDC, 2010, OMS, 2011a), os adolescentes que pensam no suicídio nem sempre avançam para comportamentos sérios de planos ou tentativas de suicídio (Brent, Baugher, 1999). Nock *et al.* (2008) conduziram um estudo transnacional para avaliar a prevalência dos comportamentos suicidários e analisar os fatores de risco destes para esses comportamentos utilizando dados do *World Health Organization Mental Health (WMH) Survey Initiative*. O estudo usou métodos de recolha de dados mais consistentes do que os dos estudos prévios e representa a maior e mais representativa avaliação de

comportamentos suicidários alguma vez realizada: 17 países e uma amostra de 84.850 sujeitos. Os resultados desse estudo evidenciaram uma prevalência transnacional de ideação suicida ao longo da vida de 9.2%, plano suicidário (3.1%) e tentativa de suicídio (2.7%). Considerando os dados dos 17 países, Nock *et al.* (2008) verificaram que 60% das transições de ideação para plano suicida ocorre no primeiro ano após o início da ideação suicida.

3.2. Fatores de risco para o comportamento suicidário

O suicídio é um fenómeno complexo que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2011a). Identificar esses fatores e compreender o seu papel na determinação dos comportamentos suicidários é fundamental para a prevenção do suicídio. Epidemiologistas e peritos em suicídio descreveram um conjunto de características que consideram intimamente associadas com um risco elevado para o comportamento suicidário. Desde fatores demográficos, tais como idade e sexo, essas características incluem fatores cognitivos como a desesperança e o autoconceito, défice de habilidades para a resolução de problemas, fatores psiquiátricos (perturbações depressivas, da ansiedade, psicóticas, alimentares, induzidas pelo álcool e relacionadas com o uso de outras drogas, para além das perturbações do Eixo II), biológicos, sociais (e.g. ausência de suporte), ambientais e fatores relacionados com a história individual de cada sujeito (OMS, 2011; Krug *et al.*, 2002). A OMS tem centrado a sua atenção essencialmente na saúde mental global e na prevenção e tratamento das perturbações mentais e fatores de risco do comportamento suicidário. Nesta dissertação apenas são apresentados em pormenor os fatores de risco para a ideação e para-suicídio na adolescência.

3.2.1. Fatores de risco sociodemográficos

Sexo

Tanto a evidência clínica como a literatura têm demonstrado que os fatores de risco para o comportamento suicidário diferem consoante o género tanto em estudos na população geral (REF) como em populações psiquiátricas (Gould, King, Greenwald *et al.*, 1998). No caso específico da adolescência Shaffer *et al.* (2001) concluíram que os fatores de risco seriam os mesmos nos dois sexos com algumas diferenças: os rapazes teriam maior tendência para as tentativas de suicídio e as raparigas para a depressão.

Globalmente, as raparigas e mulheres apresentam rácios mais elevados de ideação suicida e para-suicídio, mas menores rácios de mortalidade do que os rapazes (Canetto, 2008). O suicídio pode afetar todos os jovens, mas alguns grupos estão em maior risco do que outros. Os rapazes são mais propensos a morrer de suicídio do que as raparigas. No relatório do CDC (2008) sobre o suicídio, na faixa etária dos 10 aos 24 anos nos U.S.A., 84% das mortes foram de indivíduos do género masculino contra 16% de indivíduos do género feminino. Todavia, as raparigas reportam mais tentativas de suicídio do que os rapazes (CDC, 2008). Este grande paradoxo é mais pronunciado nos países industrializados de expressão inglesa tais como Austrália, Canada, Grã-Bretanha, Nova Zelândia e Estados Unidos da América. As raparigas tentam o suicídio aproximadamente duas vezes mais do que os rapazes durante a vida (Krug *et al.*, 2002), mas os homens somam 79.4% de todos os suicídios nos Estados Unidos (CDC, 2008). Em 2007, 18.7% indivíduos do género feminino e 10.3% dos indivíduos do género masculino que frequentavam os graus 9-12 nos Estados Unidos consideraram seriamente o suicídio nos 12 meses que precederam a avaliação. Ainda, 9.3% dos indivíduos do género feminino e 4.6% dos indivíduos do género masculino reportaram tentativa de suicídio pelo menos uma vez durante o mesmo período (Eaton *et al.*, 2008). As adolescentes que cometem suicídio tendem a usar meios menos violentos do que os adolescentes do sexo masculino (Epstein & Spirito, 2010). Grunbaum *et al.* (2004) analisaram dados do Youth Behavior Survey e observaram que 12.8% dos indivíduos do género masculino e 21.3% do género feminino tinham considerado o suicídio de forma séria nos 12 meses anteriores à investigação. As investigações realizadas nos USA parecem descrever de forma clara uma diferença de género nos comportamentos suicidários dos adolescentes. Pesquisas realizadas na China, Índia e outras sociedades não industrializadas reportaram rácios mais elevados de suicídio nos indivíduos do género feminino, o que não é comum nos USA e na Europa ocidental onde altos rácios de suicídio são encontrados entre os indivíduos do género masculino enquanto os indivíduos do género feminino tendem a apresentar rácios mais elevados de ideação e tentativa de suicídio (Canetto, 2008; Grunbaum *et al.*, 2004; Krug *et al.*, 2002; Reza *et al.*, 2001).

Epstein e Spirito (2010) analisaram as diferenças de género nos fatores de risco associados com a ideação suicida e tentativa de suicídio, utilizando os dados do *Youth*

Risk Behavior Surveillance 2005. Os principais fatores de risco estudados foram o uso de substância, agressão/vitimização e comportamento sexual de risco. De acordo com os resultados do estudo ambos os gêneros estiveram associados ao risco de suicidalidade numa amostra nacional representativa de estudantes do secundário dos EUA. O consumo diário de tabaco (nos últimos 30 dias) mostrou-se preditor do suicídio nas raparigas. Início precoce do uso de álcool estava associado com o considerar do suicídio e plano de tentativa de suicídio apenas nas raparigas, enquanto era fator de risco de tentativa de suicídio em ambos os sexos. A utilização de outras drogas (*snifar* cola, drogas injetáveis) mostrou associação com todos os tipos de suicidalidade em ambos os gêneros. Transportar uma arma e envolver-se em lutas (na escola para os rapazes e fora da escola para as raparigas) relacionou-se de forma consistente com a ideação suicida e com a tentativa de suicídio. Adicionalmente, o início da vida sexual ativa antes dos 13 anos de idade estava relacionado com a elaboração de um plano suicidário e tentativa de suicídio atual.

Um outro estudo recente sobre os fatores de risco de ideação e tentativa de suicídio numa amostra chinesa de adolescentes utilizou uma versão modificada do questionário *Youth Risk Based Surveillance* (Juan, Xiao-Juan, Jia-Ji, Xin-Wang, & Liang, 2010). Juan e colaboradores (2010) encontraram muitas diferenças relacionadas com o género. Entre os que se sentiam tristes ou sem esperança, os indivíduos do género feminino mostraram-se significativamente mais propensos a reportar ideação suicida do que os do género masculino. Contudo, entre os que não apresentavam esses sintomas, os indivíduos do género masculino mostraram-se mais propensos a relatar tentativas de suicídio. A luta física estava associada com a tentativa de suicídio, mas não com a ideação suicida nos indivíduos do género feminino. Nunca ter tido relações sexuais e história de uso de marijuana ao longo da vida estava associado a tentativa de suicídio nos indivíduos do género masculino (Juan et al., 2010).

Em suma, a evidência existente demonstra de forma consistente que existem diferenças de género significativas entre os adolescentes que apresentam comportamentos suicidários.

Idade

A maioria dos estudos mais recentes sobre os comportamentos suicidários na adolescência não faz referência à variável idade. Todavia, os que o fazem apresentam resultados contraditórios. Enquanto há autores que referem maiores raios de ideação suicida e de tentativa de suicídio entre os adolescentes com 16 anos de idade Ventura-Juncá *et al.* (2010) ou mais velhos Sidhartha e Jena (2006), outros existem que verificaram níveis mais elevados de ideação suicida em menores de 14 anos Muula *et al.* (2007). Trata-se de uma variável cuja contribuição para a ideação suicida e tentativa de suicídio na adolescência merece ser analisada com rigor em estudos longitudinais.

Realização e desempenho escolar

Vários estudos investigaram a associação entre o comportamento suicidário e a realização escolar (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Dubow *et al.*, 1989; Grossman *et al.*, 1991; Jones, 1991; Kandel *et al.*, 1991; Lewis *et al.*, 1988; Reinherz *et al.*, 1995; Rey *et al.*, 1998; Rubenstein *et al.*, 1989; Wagman Borowsky *et al.*, 1999). De uma forma geral parece haver uma associação significativa mas indireta entre a fraca realização acadêmica e a tentativa de suicídio. Uma fraca assistência na escola associou-se positivamente tanto com a tentativa como com a ideação suicida (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Choquet & Menke, 1989; Jones, 1991; Kandel *et al.*, 1991; Madianos *et al.*, 1993; Reinherz *et al.*, 1995; Wagman Borowsky *et al.*, 1999). Análises multivariadas têm sido reportadas mas a relação entre a fraca assistência na escola e a ideação ou a tentativa de suicídio não parece ser direta (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Reinherz *et al.*, 1995; Wagman Borowsky *et al.*, 1999).

Uma atitude negativa perante a escola e o trabalho escolar foi associada com um aumento da prevalência do fenômeno suicida (Buddeberg *et al.*, 1996; Dubow *et al.*, 1989; Howard-Pitney *et al.*, 1992; Juon *et al.*, 1994; Kinkel *et al.*, 1989; Stewart *et al.*, 1999; Tomori, 1999; Wagman Borowsky *et al.*, 1999), apesar de terem sido reportados alguns dados não significativos (Dubow *et al.*, 1989; Grossman *et al.*, 1991; Kandel *et al.*, 1991; Lewis *et al.*, 1988; Stewart *et al.*, 1999). Análises multivariadas têm sido reportadas em vários estudos (Grossman *et al.*, 1991; Juon *et al.*, 1994; Stewart *et al.*, 1999; Wagman Borowsky *et al.*, 1999), um dos quais verificou uma contribuição independente da variável escola na variação do fenômeno suicida (Juon *et al.*, 1994). A conduta disfuncional na escola mostrou associar-se com um aumento da prevalência do

fenómeno suicida (Jones, 1992; Reinherz *et al.*, 1995; Vannatta, 1996; Wagman Borowsky *et al.*, 1999) mas os resultados das análises multivariadas foram inconclusivas (Vannatta, 1996; Wagman Borowsky *et al.*, 1999).

A relação com os pares

A literatura científica tem demonstrado uma associação elevada entre as relações pobres com os pares e a ideação suicida (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Buddeberg *et al.*, 1996; Eskin, 1995; Howard-Pitney *et al.*, 1992; Kaltiala *et al.*, 1999; Kandel *et al.*, 1991; Manson *et al.*, 1989; Reinherz *et al.*, 1995; Rossow & Wichström, 1994; Stewart *et al.*, 1999; Tomori, 1999; Yuen *et al.*, 1996). Para as tentativas de suicídio, verificou-se uma associação com problemas nas relações com os pares, mas não com o grau do suporte dos pares. Os resultados das análises multivariadas reportadas em quatro estudos (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Rossow & Wichström, 1994; Stewart *et al.*, 1999; Yuen *et al.*, 1996) refletiram um padrão similar. Nos dois estudos que reportaram uma associação negativa significativa foram investigados aspetos das relações com os pares (solidão e separação dos amigos), enquanto em estudos em que não foram reportadas associações diretas foram investigados aspetos positivos do relacionamento com os pares (aceitação pelos pares e suporte). Estes últimos dados sugerem que o mau relacionamento com os pares pode ser um fator de risco para o fenómeno suicida, mas que o bom relacionamento pode não ter necessariamente uma função protetora.

Emigração

Existem estudos que parecem demonstrar que os emigrantes seriam mais propensos ao suicídio em relação aos sujeitos que ficaram nos países de origem (Shen & Sorenson, 1998). Parece também que os refugiados políticos apresentam taxas de suicídio mais elevadas tanto nos EUA (finlandeses e dinamarqueses), como na Alemanha (turcos) (Retterstol, 1993). Resultados de estudos com a população jovem sugerem que as experiências relacionadas com a emigração podem aumentar o risco de suicídio na adolescência. Num estudo realizado por Roberts *et al.* (1997) os estudantes mexicanos, paquistaneses e vietnamitas da escola média evidenciaram níveis elevados de ideação suicida. Em Israel, rácios mais elevados de ideação suicida entre os judeus emigrantes da antiga União Soviética quando comparados com uma amostra de judeus que permaneceram na Rússia. Idade jovem, viver longe do cônjuge e baixo suporte social

estavam associados a altos níveis de ideação suicida (Ponizovsky e Ritsner, (1999). Numa amostra de emigrantes adolescentes, Ponizovsky et al. (1999) verificaram níveis elevados de ideação suicida quando comparados com os não-emigrantes. O risco de pensamentos suicidários foi elevado nos adolescentes que experienciavam problemas familiares, problemas na relação com os pais, hostilidade dos pares, barreiras linguísticas e stresse psicológico elevado tais como ansiedade e depressão. Honey e King (1996) verificaram moderada a alta associação da aculturação com a ideação suicida. Hovey (2000) replicou os dados de que elevados níveis de stresse relacionados com a aculturação estariam correlacionados com a depressão e a ideação suicida e sugeriu que esta ligação pode diferir com o tipo de grupos (e.g. refugiados/emigrantes voluntários). A aculturação e o stresse de vida generalizado podem contribuir para o desenvolvimento de stresse patológico, sintomas psicológicos e ideação suicida entre os adolescentes imigrantes (Cho & Haslam, 2010).

3.2.2. Psicopatologia

A maioria dos jovens envolvidos em comportamentos suicidários foi diagnosticada com perturbações mentais, tais como depressão ou abuso de álcool ou outras substâncias (Juan et al., 2010). Investigações clínicas indicam que a suicidalidade está associada a problemas de saúde mental (De Man, 1999; Felts, Chernier, & Barnes, 1992; Field, Diego, & Sanders, 2001; Fisher, 1999; Hallfors et al., 2004; Jacobs, Brewer, & Klein-Benheim, 1999; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Roberts, Roberts, & Chen, 1998 (ver Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003). Uma larga proporção desta literatura sugere que, conjuntamente com a tentativa prévia de suicídio, a depressão constitui a perturbação que mais frequentemente se associa ao suicídio. É tácito que a expressão de pensamentos suicidas está associada à perturbação depressiva maior. Num estudo com jovens adultos suicidas, Shahar et al. (2006) encontraram evidências de uma associação sincrónica entre a suicidalidade, a depressão e a desesperança e, ainda, de que estas três respostas podem constituir uma única síndrome.

Por outro lado, verifica-se que as duas dimensões da suicidalidade, ideação suicida e tentativa de suicídio predizem problemas de saúde mental no contexto de exposição ao stresse social e à sintomatologia depressiva.

Perturbações depressivas

As perturbações depressivas são porventura as mais relatadas em relação ao fenómeno suicidário (Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995; Lewis et al., 1988; Juan et al., 2010; Meltzer, Harrington, Goodman, & Jenkins, 2001; Pilowsky, Wu, & Anthony, 1999; Reinherz et al., 1995; Shahar et al. (2006). Andrews and Lewinsohn (1992) verificaram que o diagnóstico de distímia (grau baixo de depressão crónica) estava associado com tentativas de suicídio em adolescentes americanos do género feminino, mas não com os do género masculino. Análises multivariadas em estudos com adolescentes americanos mostraram uma associação direta entre a depressão e a suicidalidade (Pilowsky et al., 1999). Em vários estudos a depressão foi avaliada utilizando tanto escalas como itens singulares (Buddeberg, Buddeberg, Gnam, Schmid, & Christen, 1996; Canton et al., 1989; Culp & And, 1995; Domenech, Canals, & Fernandez-Ballart, 1992; Howard-Pitney, LaFramboise, Basil, September, & Johnson, 1992; Ivarsson & Gillberg, 1997; Jones, 1991; Kashani, Reid, & Rosenberg, 1989; Kienhorst, De Wilde, VanDen Bout, Diekstra, & Wolters, 1990; Madianos, Gefou, & Stefanis, 1993; Manson, Beals, Dick, & Duclos, 1989; Martin, Rozanes, Pearce, & Allison, 1995; Mazza, 2000; Overholser, Adams, Lehnert, & Brinkman, 1995; Pronovost, 1990; Rey, Narring, Ferron, & Michaud, 1998; Rubenstein, Heeren, Hausman, Rubin, & Stechler, 1989; Stewart, Lam, Betson, & Chung, 1999; Swanson, Linskey, Quintero, Pumariega, & Holzer, 1992; Yuen et al., 1996). Os resultados das análises multivariadas foram significativos, demonstrando que os adolescentes que experienciavam sintomas depressivos estavam claramente em risco de ter pensamentos ou comportamentos suicidários. Os resultados de análises multivariadas demonstraram uma elevada e significativa contribuição da depressão para a variação dos pensamentos e comportamentos suicidários, mesmo controlando um número significativo de fatores (Kienhorst et al., 1990; Martin, 1996; Martin et al., 1995; Mazza, 2000; Pilowsky et al., 1999; Rey et al., 1998; Rubenstein et al., 1989; Stewart et al., 1999; Swanson et al., 1992; Yuen et al., 1996).

A associação entre a desesperança e a suicidalidade tem-se mostrado significativa em vários estudos (Allison, Pearce, Martin, Miller, & Long, 1995; Cole, 1989; Howard-Pitney et al., 1992; Marcenko, Fishman, & Friedman, 1999; Overholser et al.,

1995; Rubenstein et al., 1989; Simons & Murphy, 1985). Todavia, análise multivariadas em dois estudos produziram resultados contraditórios com a desesperança a ter um contributo adicional significativo para a variância do comportamento suicidário num (Allison et al., 1995) mas não no outro (Marcenko et al., 1999). É de realçar que a depressão não foi controlada em ambos os estudos.

A contribuição da sintomatologia depressiva e da desesperança para a explicação dos comportamentos suicidários será aprofundado no estudo dois do capítulo V.

Distúrbios e sintomas de ansiedade

Estudos diversos têm evidenciado a associação entre as perturbações da ansiedade e a tentativa de suicídio (Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995; Keane, Dick, Bechtold, & Manson, 1996; Mazza, 2000; Reinherz et al., 1995), mas esta associação não é clara no que respeita à ideação suicida (Mazza, 2000; Reinherz et al., 1995). Análise multivariada foi reportada num estudo apenas (Reinherz et al., 1995).

Estudos em que a ansiedade foi avaliada com escalas ou itens singulares verificaram uma associação significativa dessa variável com o comportamento suicidário (Buddeberg et al., 1996; Canton et al., 1989; Choquet & Menke, 1989; Yuen et al., 1996), excetuando-se um (Reinherz et al., 1995). Porém em análises multivariadas a ansiedade não mostrou contribuir significativamente para a variância da tentativa de suicídio (Reinherz et al., 1995; Yuen et al., 1996).

Distúrbios e sintomas alimentares

Andrews e Lewinsohn (1992) verificaram uma associação significativa entre tentativas de suicídio no ano anterior e os distúrbios alimentares em adolescentes americanos do género feminino com 18 anos de idade, mas não entre os adolescentes do género masculino ou jovens do género feminino. Não foram realizadas análises multivariadas. Alguns destes estudos investigaram comportamentos alimentares específicos e sintomas (Blum, Harmon, Harris, Bergeisen, & Resnick, 1992; Buddeberg et al., 1996; Kandel, Raveis, & Davies, 1991; Lanzi et al., 1997; Thompson, Wonderlich, Crosby, & Mitchell, 1999; Tomori, 1999; Wagman Borowsky, Resnick, Ireland, & Blum, 1999). Verificou-se uma associação significativa entre comportamentos alimentares não saudáveis e pensamentos e tentativas de suicídio (Blum et al., 1992; Buddeberg et al., 1996; Tomori, 1999; Wagman Borowsky et al., 1999). A maioria das associações

mostraram-se significativas para as raparigas quando foram conduzidas análises por género (Kandel et al., 1991; Lanzi et al., 1997; Thompson et al., 1999; Wagman Borowsky et al., 1999). A associação com o sexo masculino foi menos clara, tendo provavelmente refletido o facto de eles terem distúrbios alimentares com menor frequência. A análise multivariada de um dos estudos indicou que os comportamentos ou sintomas não adicionam uma contribuição significativa à variância da tentativa de suicídio, depois de se controlar a saúde emocional (Wagman Borowsky et al., 1999).

Distúrbios induzidos por substância

A maioria dos estudos que investigaram os distúrbios de substâncias (Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995; Reinherz et al., 1995) mostrou evidências de associação desses distúrbios com a tentativa de suicídio. No entanto, enquanto nas análises uni variadas foram encontradas associações significativas entre esses distúrbios e a ideação suicida, os resultados de análises multivariadas mostraram que nenhuma das perturbações induzidas por substâncias contribuíam significativamente para a variação da ideação suicida (Reinherz et al., 1995).

Os resultados de vários estudos indicaram uma associação significativa clara entre o fumar cigarros e os comportamentos suicidários (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Buddeberg et al., 1996; Choquet & Menke, 1989; Gartrell, Jarvis, & Derksen, 1993; Juon, Nam, & Ensminger, 1994; Kandel et al., 1991; Kaplan, Landa, Weinhold, & Shenker, 1984; Rey et al., 1998).

Uma ampla gama de estudos investigou a relação entre o uso de álcool e os comportamentos suicidários (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Blum et al., 1992; Buddeberg et al., 1996; Choquet & Menke, 1989; Gartrell et al., 1993; Grossman, Milligan, & Deyo, 1991; Howard-Pitney et al., 1992; Juon et al., 1994; Kandel et al., 1991; Kaplan et al., 1984; Keane et al., 1996; Kienhorst et al., 1990; Kinkel, Bailey, & Josef, 1989; Madianos et al., 1993; Manson et al., 1989; Patton et al., 1997; Reinherz et al., 1995; Rey Gex et al., 1998; Rossow & Wichström, 1994; Tomori, 1999; Vega, Gil, Zimmerman, & Warheit, 1993; Wagman Borowsky et al., 1999; Windle, Miller-Tutzauer, & Domenico, 1992; Wright, 1985; Zubrick et al., 1995). A totalidade dos resultados indicou uma associação entre o consumo de álcool e a tentativa de suicídio, particularmente o consumo excessivo de bebidas espirituosas (Grossman et al., 1991).

Esses resultados verificaram-se em ambos os géneros quando foram realizadas análises separadas (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Reinherz et al., 1995; Wagman Borowsky et al., 1999; Windle et al., 1992). Tem-se verificado também uma associação significativa entre a ideação suicida e o uso de álcool (Buddeberg et al., 1996; Choquet & Menke, 1989; Gartrell et al., 1993; Howard-Pitney et al., 1992; Juon et al., 1994; Kandel et al., 1991; Kaplan et al., 1984; Reinherz et al., 1995; Windle et al., 1992; Wright, 1985; Zubrick et al., 1995). Os resultados de análises multivariadas mostraram uma contribuição significativa do consumo de álcool para fenómeno suicida (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Gartrell et al., 1993; Juon et al., 1994; Rossow & Wichström, 1994; Wagman Borowsky et al., 1999). Em alguns estudos a associação foi indirecta quando controlados fatores tais como a depressão, desesperança, morbilidade psiquiátrica, violência e atividade sexual (Grossman et al., 1991; Kienhorst et al., 1990; Patton et al., 1997; Vannatta, 1996).

O uso de drogas ilícitas também tem sido analisado em muitas investigações (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Buddeberg et al., 1996; Fergusson & Lynskey, 1995; Gartrell et al., 1993; Harrison & Luxenberg, 1995; Howard-Pitney et al., 1992; Jones, 1991; Juon et al., 1994; Kandel et al., 1991; Kaplan et al., 1984; Kienhorst et al., 1990; Kinkel et al., 1989; Madianos et al., 1993; Marcenko et al., 1999; Patton et al., 1997; Reinherz et al., 1995; Rey Gex et al., 1998; Rossow & Wichström, 1994; Shaffer et al., 1990; Wagman Borowsky et al., 1999; Yuen et al., 1996; Zubrick et al., 1995). Os resultados indicaram uma associação com a tentativa de suicídio. A associação é maior com as drogas duras (e.g. cocaína). A associação da ideação suicida com o uso de drogas ilícitas aparece pouco acentuada. As evidências de análises multivariadas parecem indicar uma associação direta entre o uso de substâncias ilícitas e o comportamento suicidário.

Distúrbios comportamentais

A investigação dos distúrbios comportamentais disruptivos (agressão juvenil e outros comportamentos antissociais) tem mostrado evidências de uma associação com o fenómeno suicida (Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995; Joffe, Offord, & Boyle, 1988). A relação com comportamentos disruptivos específicos ou comportamentos antissociais mostrou uma associação significativa entre a ideação

suicida e a tentativa de suicídio e vários comportamentos antissociais (Buddeberg et al., 1996; Caldwell & Smith, 1995; Canton et al., 1989; Choquet & Menke, 1989; Dubow, Kausch, Blum, Reed, & Bush, 1989; Fergusson & Lynskey, 1995; Jones, 1991; Juon et al., 1994; Kandel et al., 1991; Patton et al., 1997; Reinherz et al., 1995; Rey Gex et al., 1998; Rubenstein et al., 1989; Simons & Murphy, 1985; Thompson et al., 1999). A associação com a ideação suicida parece maior nos indivíduos do género feminino (Reinherz et al., 1995). Análises multivariadas (Juon et al., 1994) mostraram que a hostilidade contribuiu significativamente e de forma independente para a variação tanto da ideação como da tentativa de suicídio, sobretudo em indivíduos do género masculino.

Perturbações do sono

Perturbações do sono e problemas relacionados têm sido investigados e verificadas associações significativas com o fenómeno suicida (Choquet & Menke, 1989; Gartrell et al., 1993; Rey Gex et al., 1998; Vignau et al., 1997). Os resultados de uma análise multivariada mostraram que esses problemas contribuem significativamente para a variância da tentativa de suicídio (Rey Gex et al., 1998).

Perturbações da personalidade

A relação entre os distúrbios de personalidade e os comportamentos suicidários tem sido estudada ao longo dos tempos. Todavia, esta relação continua a ser alvo de intensa controvérsia devida às incertezas inerentes a definições conceptuais (operacionais) e de pesquisa que permanecem por resolver, originando discrepâncias nos resultados das investigações americanas e europeias, relacionadas com o conceito *borderline*. Uma outra dificuldade prende-se com a ligação entre impulsividade e agressividade. Esta rubrica foi melhor aprofundada no capítulo VIII.

3.2.3. Outros factores de risco

Saúde e bem-estar físico

A saúde e o bem-estar físico foram investigados em diversos estudos (Buddeberg et al., 1996; Choquet & Menke, 1989; Dubow et al., 1989; Gartrell et al., 1993; Grossman et al., 1991; Kandel et al., 1991; Kelly, 1991; Madianos et al., 1993; Pronovost, 1990; Reinherz et al., 1995; Rey Gex et al., 1998; Stewart et al., 1999; Tomori, 1999; Wagman Borowsky et al., 1999). A maioria dos estudos focaram-se na saúde física, mas nalguns estudos foram investigados problemas físicos específicos. As associações foram significativas. Os resultados de análises multivariadas mostraram que uma saúde

precária contribuía significativamente para a variabilidade da suicidalidade (Dubow et al., 1989; Gartrell et al., 1993; Grossman et al., 1991; Rey Gex et al., 1998). A associação entre a debilidade física e a tentativa de suicídio foi investigada, com resultados a mostrarem associações positivas significativas entre essas variáveis (Rey Gex et al., 1998; Wagman Borowsky et al., 1999). Todavia, análises multivariadas dos dados produziram resultados contraditórios.

Abuso físico e sexual

Evidências dos poucos estudos que investigaram a relação entre a atividade sexual na adolescência e os comportamentos suicidários mostraram que os adolescentes sexualmente ativos são mais propensos a relatar comportamentos suicidários do que os outros adolescentes (Patton et al., 1997; Rey Gex et al., 1998). Os resultados de análises multivariadas não clarificaram se essa associação é ou não direta.

Os resultados de alguns estudos indicaram uma associação entre o abuso físico e os comportamentos suicidários (Blum et al., 1992; Grossman et al., 1991; Wagman Borowsky et al., 1999). As análises multivariadas de dois estudos indicaram que a associação parece ser direta. Todavia, não se verificou nenhuma associação com a ideação suicida (Wright, 1985). Os resultados dos estudos mostraram uma associação muito forte entre os comportamentos suicidários e o abuso sexual na adolescência (Bensley, Van Eenwyk, Spieker, & Schoder, 1999; Blum et al., 1992; Buddeberg et al., 1996; Grossman et al., 1991; Jones, 1991; Rey Gex et al., 1998; Wagman Borowsky et al., 1999). Análises multivariadas indicaram que o abuso sexual teve uma contribuição independente significativa na variância da tentativa de suicídio (Grossman et al., 1991; Rey Gex et al., 1998; Wagman Borowsky et al., 1999).

Comportamento suicidário nos outros

Os estudos indicaram uma associação entre o fenômeno suicidário e o suicídio de membros da família (Blum et al., 1992; Buddeberg et al., 1996; Eskin, 1995; Gartrell et al., 1993; Grossman et al., 1991; Harkavy-Friedman, Asnis, Boeck, & DiFiore, 1987; Larsson, Melin, Breitholtz, & Anderson, 1991; Manson et al., 1989; Marcenko et al., 1999; Rey Gex et al., 1998; Rubenstein et al., 1989; Wagman Borowsky et al., 1999). Ademais, em análises multivariadas, história de tentativas de suicídio na família apresentou uma contribuição independente significativa para a variância do fenômeno

suicidário na adolescência (Eskin, 1995; Grossman et al., 1991; Rey Gex et al., 1998; Rubenstein et al., 1989; Wagman Borowsky et al., 1999). História de suicídio na família não se mostrou directamente associada ao comportamento suicidário, o que pode estar relacionado com a relativa raridade do suicídio (Eskin, 1995; Marcenko et al., 1999).

Media

A associação entre a exposição ao suicídio nos media e o fenómeno suicida em adolescentes foi investigada no estudo de Martin (1996). A exposição ao suicídio na televisão mostrou-se associada de forma significativa com o auto-dano deliberado. Este resultado persistiu tanto em análises unam variadas como multivariadas, após o controlo das variáveis género, depressão, hábito de ver televisão, experiências de vida (real e na televisão), tomada de risco (risk taking) e uso de álcool e outras drogas.

Crenças religiosas

A afiliação religiosa é um aspeto importante e complexo da cultura humana relativamente negligenciada nos modelos biopsicossociais de compreensão da psicopatologia (Kendler et al., 1997). De facto, o comprometimento religioso comporta crenças de respeito pela vida que podem proteger contra o suicídio (Stack, 1983; Neeleman et al., 1997; Greening & Stoppelbein, 2002). Por outro lado, a não afiliação religiosa pode ser um fator de risco de atos suicidários.

A ideação suicida, um fator de risco para o ato suicida, mostrou relacionar-se de forma inversa com a afiliação religiosa (Stack et al., 1991; Hovey, 1999; Cook et al., 2002). Com efeito, a religião pode ser uma força positiva que se contrapõe à ideação suicida na presença da depressão, desesperança e eventos de vida indutores de stresse.

O comportamento suicidário está relacionado com traços agressivos e impulsivos (Greening & Stoppelbein, 2002) e com a cólera que prediz futuros comportamentos suicidários nos adolescentes do género masculino (Goldney et al., 1997). Por outro lado, a religiosidade tem sido reportada como estando associada com baixa hostilidade, menos cólera e agressividade (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Storch & Storch, 2002). A agressividade e as objecções morais ao suicídio associaram-se de forma independente com o comportamento suicidário numa amostra de doentes internados com perturbações depressivas (Dervic et al., 2004). A afiliação religiosa pode influenciar o comportamento suicidário tanto pelos níveis baixos de agressividade, como através das

objecções morais em relação ao suicídio. Por outro lado, Boomsma *et al.* 1999) verificaram que a educação religiosa reduz a influência dos fatores genéticos de desinibição.

A religião promove o vínculo social e reduz a alienação (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). O grande efeito protetor da religião em relação ao suicídio está presente em sujeitos que têm pares e amigos na mesma religião (Pescosolido & Georgianna, 1989). A responsabilidade para com a família mostrou-se inversamente relacionada com o consentimento em pensamentos suicidários. A maior parte das religiões sublinha a importância e o valor da família. E a obrigação com um conjunto de crenças religiosas parece ser um fator mais importante de prevenção do comportamento suicidário do que a coesão social de *per se* (Dervic *et al.*, 2004). Como referiram Pescosolido e Georgianna (1989), o papel da religião no comportamento suicidário, operando através dos mecanismos sociais, parece ser mais complexo do que a teoria de coesão social de Durkheim poderia sugerir.

Stack (1983) considera que uma teoria de compromisso religioso mínimo poderia atenuar as taxas de suicídio. Todavia, pensamos tratar-se de um fator que precisa de ser melhor investigado, pois se existem estudos que parecem corroborar a teoria de Stack (Maris, 1981; Saraiva, 2006) existem outros cujos resultados parecem contraditórios (Stack, 1980; 1982).

Poucos estudos investigaram a associação entre a religião e o suicídio seja em termos da hipótese de integração social de Durkheim ou da hipótese de regulação benéfica da religião. A relação entre a religião e a tentativa de suicídio mereceu sempre pouca atenção. Dervic *et al.* (2004) verificaram que os sujeitos sem afiliação religiosa apresentaram um número de tentativas de suicídio ao longo da vida significativamente superior ao dos indivíduos que tinham afiliação religiosa. Os não afiliados eram jovens, quase sempre solteiros, sem filhos e com menos contacto com familiares. Ademais, esses sujeitos veem menos razões para viver, particularmente poucas objecções morais para o suicídio. Em termos características clínicas, esses sujeitos apresentavam mais impulsividade, agressão e perturbação induzida por substância no passado. Não se verificaram diferenças quanto ao nível subjetivo ou objetivo de depressão, desesperança ou eventos de vida indutores de stresse. Os mesmos autores (*in ibidem*) concluíram que a afiliação religiosa está associada a menos comportamentos suicidários em pacientes deprimidos internados. Após o controlo de outros fatores, os autores verificaram que maiores objecções

morais em relação ao suicídio e o nível baixo de agressão nos sujeitos afiliados numa religião pode funcionar como fator protetor da tentativa de suicídio. Estudos sobre a influência da afiliação religiosa no comportamento agressivo e como as objecções morais podem reduzir a probabilidade de consentir em pensamentos suicidários pode oferecer novas estratégias de prevenção do suicídio.

Todavia, não é claro se a religiosidade ainda funciona como fator protetor para os pensamentos e comportamentos suicidários em adolescentes. A maioria dos estudos não verificou nenhuma associação entre a religiosidade e um decréscimo do risco de pensamentos e comportamentos suicidários (Benda & Corwyn, 1997; Eskin, 1995; Kandel et al., 1991; Wagman Borowsky et al., 1999). Existe até um estudo que sugeriu que a religiosidade pode estar associada ao aumento da prevalência de ideação suicida (Stewart et al., 1999). Qualquer associação que possa existir parece ser indirecta (Eskin, 1995; Grossman et al., 1991; Stewart et al., 1999; Wagman Borowsky et al., 1999).

Características socioeconómicas da família

Existem poucas evidências de uma associação entre o estatuto socioeconómico da família e os pensamentos e comportamentos suicidários em adolescentes (Andrews & Lewinsohn, 1992; Eskin, 1995; Fergusson & Lynskey, 1995; Garrison et al., 1991; Gartrell et al., 1993; Grossman et al., 1991; Juon et al., 1994; Kienhorst et al., 1990; Meltzer et al., 2001; Reinherz et al., 1995; Roberts, Chen, & Roberts, 1997; Rubenstein et al., 1989; Stewart et al., 1999; Wagman Borowsky et al., 1999). No entanto, duas características específicas desse estatuto podem ser relevantes para o fenómeno suicidário em adolescentes: o nível de educação (Andrews & Lewinsohn, 1992; Dubow et al., 1989) e o stresse ou preocupação relativos à situação financeira da família (Roberts et al., 1997; Rubenstein et al., 1989).

Relacionamento familiar

Dados de muitos estudos indicam uma associação significativa entre o fenómeno suicidário e a comunicação com membros da família: comunicação assertiva e sentimento de ser compreendido foram associados com baixa prevalência de pensamentos e comportamentos suicidários (Blum et al., 1992; Kandel et al., 1991; Martin et al., 1995; Rey Gex et al., 1998; Shaffer et al., 1990; Stewart et al., 1999; Tomori, 1999; Wagman Borowsky et al., 1999; Wagner, Cole, & Schwartzman, 1995). A

maioria dos estudos reportou uma associação significativa tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino, mas são necessários mais investigações para clarificar que características particulares da comunicação são mais importantes para cada gênero. Os dados de muitos estudos sugerem uma associação entre o fenômeno suicida e a discórdia na família (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Fergusson & Lynskey, 1995; Pearce, Martin, & Wood, 1995; Reinherz et al., 1995; Rey Gex et al., 1998; Stewart et al., 1999; Wagman Borowsky et al., 1999). Em termos de gênero esta associação parece apenas existir no gênero feminino (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Pearce et al., 1995; Reinherz et al., 1995; Stewart et al., 1999; Wagman Borowsky et al., 1999). A maioria dos estudos de metanálise indicou uma relação direta entre a discórdia na família e o fenômeno suicidário (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Rey Gex et al., 1998; Wagman Borowsky et al., 1999). Existem evidências de que a harmonia familiar pode constituir um fator protetor do comportamento familiar, enquanto a discórdia na família pode exercer um papel contrário (incrementar o risco de suicídio (Rubenstein et al., 1989). Verificou-se, em ambos os gêneros, uma clara associação entre os pensamentos e comportamentos suicidários e muitos aspectos do relacionamento emocional com os pais (Allison et al., 1995; Eskin, 1995; Fergusson & Lynskey, 1995; Jones, 1991; Kaltiala et al., 1999; Kandel et al., 1991; Martin et al., 1995; Simons & Murphy, 1985; Stewart et al., 1999; Wagman Borowsky et al., 1999; Wagner et al., 1995; Yuen et al., 1996). Os resultados das análises multivariadas indicaram uma associação direta entre não ter apoio dos pais e o fenômeno suicidário. Todavia, há estudos que indicam uma possível associação entre a tentativa de suicídio e a existência de demasiada ou pouca supervisão por parte dos pais (Allison et al., 1995; Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Martin et al., 1995; Stewart et al., 1999; Wagner et al., 1995;), mas parece que essa relação não é direta. A associação entre as atividades da família e os pensamentos e comportamentos suicidários foi investigada num pequeno número de estudos (Bjarnason & Thorlindsson, 1994; Wagner et al., 1995). Estar com os pais nos tempos livres e engajamento em atividades familiares mostrou-se associada com a diminuição do risco tanto de ideação como de tentativas de suicídio. Num estudo em que a associação foi investigada utilizando análise multivariada por gênero, foi verificada uma associação direta para os indivíduos do gênero masculino (Bjarnason & Thorlindsson, 1994).

Autoestima

A autoestima tem sido investigada tendo os resultados dos estudos mostrado que os adolescentes que fizeram tentativas de suicídio apresentavam baixa autoestima quando comparados com outros adolescentes (Fergusson & Lynskey, 1995; Overholser et al., 1995). Também os adolescentes que experienciaram ideação suicida mostraram autoestima mais baixa em relação aos outros adolescentes (Marcenko et al., 1999; Overholser et al., 1995). Reinherz et al. (1995) corroboraram esses resultados apenas nos indivíduos do gênero feminino. Os resultados das análises multivariadas mostraram-se contraditórios, o que pode dever-se às diferentes formas de avaliação da autoestima.

Impulsividade

Uma das características da tentativa de suicídio e do suicídio é a planificação do ato. Atos suicidários não planejados ou impulsivos envolvem “pouca preparação ou premeditação” (Conner, 2004). A impulsividade suicida caracteriza uma proporção substancial dos suicídios. Muitos estudos sugerem prevalências estimadas excedendo os 50% tanto em adultos (Simon, Swann, Powell, et al., 2001; Williams, Davidson, Montgomery, 1980) como em adolescentes (Shaffer, Pfeffer, 2001). Num estudo de 100 pacientes que fizeram tentativas de suicídio severas, 84% reportou não ter um plano específico e 69% reportou não ter um plano específico, apenas pensamentos suicidas ou nunca ter experienciado ideação suicida antes da tentativa (Hall, Platt, Hall, 1999). Outros estudos identificaram um quarto (Simon, Swann, Powell, et al., 2001) ou dois quintos (Williams, Davidson, Montgomery, 1980) dos pacientes hospitalizados por auto-dano que tentaram o suicídio com menos do que cinco minutos de premeditação. Investigações mais recentes verificaram um incremento da prevalência de tentativa de suicídio entre os adolescentes em conjugação com um decréscimo da prevalência de ideação suicida e plano, sugerindo que a prevalência da tentativa na ausência de ideação pode aumentar.

Suicídios ou tentativas planejadas ou não planejadas apresentam diferenças, que importa sublinhar. As tentativas planejadas têm sido associadas geralmente com altos níveis de depressão, desesperança, letalidade e melhor seguimento (*follow-through*) no tratamento (Conner, 2004). Enquanto as tentativas não planejadas acontecem mais na primeira metade da adolescência (Brent et al., 1999) e é mais comum entre os indivíduos do gênero masculino e nos com altos graus de agressividade (Simon et al., 2001). Ademais, o comportamento suicidário impulsivo em adolescentes pode ser mais frequente na sequência de eventos de vida indutores de stresse

(Conner, 2004; Shaffer & Pfeffer 2001). Porque podem ser menos visivelmente deprimidos, os indivíduos em risco para um ato não planeado são menos facilmente identificáveis, uma vez que potencialmente os esforços preventivos focam-se em identificar indivíduos que exibem sinais e sintomas de comportamento suicidário (Aseltine, DeMartino, 2004).

O álcool pode constituir-se num fator diferenciador de tentativas de suicídio planeadas e não planeadas. O uso de álcool está altamente associado ao suicídio em adolescentes (Brent, Baugher, Bridge, et al., 1999; Sher, 2005). Numa perspectiva teórica, a intoxicação alcoólica pode ter um papel particularmente importante no suicídio não planeado devido ao incremento da desinibição e impulsividade, da agressão, da afetividade negativa e da constrição cognitiva (“miopia alcoólica”) que limita a produção de estratégias de *coping* (Sher, 2006; Hufford, 2001). Também em jovens com níveis elevados de agressividade e impulsividade, tais como os portadores de perturbação de défice de atenção por hiperatividade e outros distúrbios do comportamento disruptivo, as investigações sugerem que o álcool pode aumentar direta ou indiretamente o risco de suicídio (James, Lai, Dahl, 2004; Kelly, 2004). Tanto o uso episódico como o abuso de álcool associaram-se significativamente com a tentativa de suicídio Auto relatada (Schilling, et al., 2009). Os mesmos autores (in *ibidem*) verificaram que o abuso de álcool estava significativamente associado a alto risco de tentativa de suicídio entre os indivíduos que não reportaram ideação suicida no último ano. Enquanto o uso episódico de álcool estava associado ao aumento do risco de tentativa de suicídio de forma similar entre os que reportaram ou não ideação suicida.

Desesperança

A desesperança foi apontada por Minkoff *et al.* (1973) como sendo o marcador cognitivo fundamental para o comportamento suicidário, mesmo quando a depressão não está presente. Isto é, segundo esses autores, a depressão por si só não determina a ocorrência de comportamentos suicidários. Estes seriam consequência da desesperança associada a depressão.

A desesperança aparece no estudo de Minkoff, Bergam, Beck e Beck (1973) como o marcador cognitivo de expectativas negativas em relação ao futuro, mais relevante do que a depressão em si, como indicador do risco de suicídio. O estudo concluiu que a depressão só era importante para a intenção suicida se acompanhada de desesperança. A relação entre a depressão e o comportamento suicidário passa então a ser referida como dependente de uma

forma significativa de desesperança, o que foi constatado em estudos posteriores (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; Beck, Brown & Steer, 1989).

A desesperança parece traduzir um pessimismo generalizado em relação ao futuro, equivalente em conceitos e atitudes. Surge como um sinal de provável intenção suicida mesmo quando a depressão está controlada (Beck, Kovacs & Weissman, 1975; Dyer & Kreitman, 1984). Diversos trabalhos referem que a conjunção da desesperança com a ausência de perspectivas futuras positivas representaria o principal fator na perda de um sentido para a vida, bem como do desejo de continuar a viver. Assim, a presença de desesperança durante um quadro depressivo aumenta a probabilidade da pessoa voltar a sentir o mesmo, de modo que o risco de suicídio é maior em relação a outros deprimidos que não se considerem tão desesperançados ou pessimistas. Estudos posteriores sobre para-suicidas confirmaram esta hipótese (Yufit, 1977; Wetzel, Margulies, Davis & Karam, 1980; Dyer & Kreitman, 1984). Muitos estudos demonstraram ligações da desesperança com a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio (Abramson *et al.* 1998; Beck, Brown, Berchic, Stewart & Steer, 1990; Beck *et al.*, 1993; Pinto & Whisman, 1996; Wetzel, Margulies, Davis, & Karam, 1980). Aliás, a desesperança tem sido referido como o melhor preditor dos comportamentos suicidários. Existem até estudos que sugerem que a desesperança pode ser o mecanismo que medeia a associação entre outros fatores de risco e o risco de suicídio, tais como atitudes disfuncionais, maus-tratos na infância e stresse (Abramson *et al.* 1998; Beck *et al.* 1993; Gibb *et al.*, 2001; Rudd, 1990).

Acontecimentos de vida

Constata-se que para os adolescentes, as perdas precoces, ruturas familiares e fracassos escolares estão frequentemente associados quer ao para-suicídio, quer ao suicídio (Paykel, 1989). Num trabalho com estudantes adolescentes, Riggs Alario e McHorney (1990) verificaram uma correlação positiva entre maus tratos infantis e abuso sexual com tentativas de suicídio: risco três vezes superior no caso de abuso sexual e cinco vezes superior se associado à houvesse violência física. Muitos estudos mostraram que o abuso sexual está associado com níveis elevados de pensamentos e comportamentos suicidários numa variedade de populações (Bensley *et al.*, 1999; Brener *et al.*, 1999; Kaplan *et al.*, 1999; Rodriguez-Srednicki, 2001). Uma revisão feita por Santa Mina and Gallop (1998) verificou evidências empíricas de autoagressão, ideação suicida, e comportamentos suicidários em múltiplas amostras de crianças que foram abusadas física ou sexualmente. Green *et*

al. (2005) constataram que comportamentos sexuais de risco, ideação suicida e níveis elevados de violência eram mais proeminentes entre os indivíduos em exposição continuada ao abuso, enquanto uma única exposição a violência interpessoal durante a adolescência era suficiente para alguns comportamentos de risco.

Em comparação com os doentes de clínica geral, os homens para-suicidas evidenciam um número maior de acontecimentos de vida negativos no ano anterior aos comportamentos suicidários, nomeadamente múltiplos conflitos e problemas sexuais (Cochrane & Robertson, 1975). São precisamente as perdas familiares e as dificuldades de relacionamento os principais acontecimentos de vida deste tipo de doentes (Brent, Perper, Kolko & Zelenak, 1988; Brent *et al.*, 1988). Porém, existem estudos que não corroboram esses dados (Luscomb, Clum & Patsiokas, 1980; Isherwood, Adam & Hornblow, 1982; Rich & Bonner, 1987). No entanto, Yufit e Bongar (1992 *in* Saraiva, 2006) consideram que apesar dos fatores de stresse poderem predispor para o suicídio, deverão ser conceptualizados de acordo com a personalidade do indivíduo e com as suas estratégias para lidar com fracassos ou perdas.

Desespero aprendido

Seligman (1975) apresenta o conceito de desespero aprendido que parece contribuir, de forma significativa, para a compreensão de certos comportamentos suicidários. Segundo o autor, o desespero caracteriza-se por uma "baixa motivação para controlar determinadas situações porque o organismo teria aprendido que as consequências são independentes das respostas, de tal modo que o indivíduo espera que o mesmo se repita no futuro como uma fatalidade; interferência com a aprendizagem que possa controlar os resultados; e desencadeamento de medo, por tempo indeterminado, que leva à depressão". Por outro lado, refere que a ausência da mãe ou de resposta de amparo maternal contribuem para a resposta de aprendizagem do incontrolável, a questão nuclear do desespero aprendido. Brown e Harris (1978) referem que a experiência de acontecimentos incontroláveis na infância ou no início da adolescência leva os jovens a experienciarem uma sensação de falta de poder e desespero face a eventos negativos.

Estratégias de adaptação e resolução de problemas

As estratégias de adaptação (*coping*) podem ser definidas como comportamentos que facilitam a adaptação à mudança e ajudam a manter um nível adequado de funcionamento no quotidiano (Saraiva, 2006). Monat e Lazarus (1985) definem as estratégias de adaptação como

formas de lidar com situações sociais imprevistas de dano, ameaça ou desafio, que ao exigirem novas respostas podem originar perturbações emocionais, descritas sob uma diversidade de sentimentos como ansiedade, desespero, culpa, vergonha ou pesar.

De uma maneira geral, os dados da investigação acerca dos processos cognitivos de para-suicidas revelam diversos défices, entre eles, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade para antecipar visões de experiências agradáveis em associação a acontecimentos de vida negativos. Saraiva (2006) refere que os para-suicidas apresentam estratégias de *coping* mais pobres e inadequadas do que os normais, sendo esta discrepância mais vincada nos para-suicidas múltiplos e recorrentes.

Uma questão paralela prende-se com as formas de lidar com os estados de tensão emocional. Os indivíduos mais solitários sentem-se particularmente infelizes, depressivos, sem afinidades com os outros, para além da dificuldade em estar sós e tenderem a recorrer frequentemente a figuras de autoridade, como médicos, psicólogos ou padres (Vaz Serra, Firmino, Mira, Silva & Fernandes, 1989). Portanto, ao perceberem a sua incapacidade de controlar problemas importantes e perturbadores do quotidiano, aqueles indivíduos desenvolvem, conseqüentemente, emoções negativas fortes e persistentes.

Distorções cognitivas

A interpretação dos acontecimentos de vida depende dos estilos cognitivos, características pelas quais é processada a informação e organizado o meio ambiente (Tiedeman, 1988; Garret, 1989). Neuringer (1976) considera que os indivíduos com comportamentos suicidários apresentam um pensamento dicotómico, isto é, organizam os conceitos em apreciações opostas de modo a excluir quaisquer possibilidades de moderação, compromisso ou escolha de alternativas. Estas construções reproduzem défices na resolução de problemas e na capacidade de adaptação. Ora, o pensamento dicotómico pode tornar-se letal, na medida em que pode surgir a crença na inexistência de outra solução possível que se pode configurar em comportamentos suicidários.

Dada a possibilidade de se considerar os estilos cognitivos quer como fatores da personalidade, quer como um fenómeno comportamental apenas observável em certas circunstâncias, Schmidtke e Schaller (1992) levantam a questão de se saber se os estilos cognitivos aparecem apenas durante as crises e, portanto, se dependem de fatores externos. Para estes autores, o pensamento dicotómico representa mais um estado do que um traço

variável, podendo ser interpretado como um conceito de auto-avaliação, sobrevalorizado durante estados depressivos ou crises emocionais.

Ruminação

Um outro fator da depressão que tem merecido atenção na literatura é o estilo de resposta ruminativa, isto é, a tendência dos indivíduos para, de forma recorrente, pensar sobre as causas consequências e sintomas do seu estado depressivo. Num estudo com estudantes universitários dos Estados Unidos e Gana, Eshun (2000) reportou a ligação entre a ruminação e a ideação suicida. Também Smith, Alloy e Abramson (2006) corroboram esses dados ao afirmarem que a desesperança medeia parcialmente a relação entre a ruminação e a ideação suicida e totalmente a associação entre a ruminação e a duração do risco suicida. Ademais, os mesmos autores acrescentam que a ruminação medeia a relação entre a vulnerabilidade cognitiva e a ideação suicida.

Tem-se verificado um incremento das investigações sobre o papel dos pensamentos repetitivos (ruminação) tanto na depressão como nos sintomas depressivos (Nolen-Hoeksema, 1991); Nolen-Hoeksema, & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Grayson & Larson, 1999; Nolen-Hoeksema, Marrow and Fredrickson, 1993; Wells, 2000). Numa revisão da literatura sobre as consequências da ruminação, Lyubomirsky e Tkach (2003) evidenciaram baixa capacidade de resolução de problemas, fraca motivação e inibição de comportamentos instrumentais, baixa concentração e cognição, aumento de stresse e problemas, ameaças à saúde física (demora na procura de cuidados médicos), fraca capacidade de estabelecer relações sociais e fraca adequação emocional. Verificaram também que indivíduos que ruminam apresentam depressões mais crônicas e severas.

Todavia, a ruminação é um processo complexo que deve diferir da autorreflexão (Trapnell & Campbell, 1999) e focos analítico versus não-analítico (Atkins & Teasdale, 2004). Uma questão chave é saber-se que outras formas e focos de ruminação se podem tornar depressogênicos. Por exemplo, os homens com depressão podem ruminar sobre cólera e injustiça (Cochran & Rabinowitz, 2000, 2003) ou a depressão pode estar associada com o medo de cólera e ruminação relacionadas com outros sofrimentos (Brody, Haag, Kirk & Solomon, 1999). Sukhodolsky, Golub e Cromwell (2001) desenvolveram uma escala para medir diferentes aspetos da ruminação sobre a cólera (memórias de zangas, pensamentos de vingança, zanga por resposta tardia e compreensão das causas). Verificaram que todos os elementos da cólera ruminativa

correlacionam-se negativamente com a satisfação com a vida.

As pessoas podem também ruminar sobre o Eu (*self*), revisitando pensamentos e sentimentos sobre um sentido negativo e vergonhoso do eu (Andrews, Qian & Valentine, 2002; Gilbert, 1992, 2000a; Tangney, 1995). Beck, Emery e Greenberg (1985) argumentaram que uma das distinções entre a ansiedade social e a vergonha é que a ansiedade social diminui após um evento indutor de stresse, enquanto a vergonha aumenta devido à ruminação sobre quão inadequado foi o desempenho da pessoa numa situação. A ruminação e cognições negativas sobre si próprio constituem uma das chaves da teoria cognitiva da depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979) e a vergonha há muito que vem sendo ligada à depressão (Kaufman, 1989).

Evitamento experiencial

O evitamento experiencial relaciona-se com a indisponibilidade da pessoa em permanecer em contacto com uma experiência privada particularmente desagradável (ex. sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais) e dá passos para alterar a forma ou frequência dessas experiências ou dos contextos que as ocasionam (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). O interesse pelo evitamento experiencial é bastante antigo mas esteve sempre ligado a tradições clínicas empíricas (Freud, 1920/1966; Yalom, 1980; Rogers, 1961; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951, *in* Hayes et al., 2004). Mais recentemente, a terapia comportamental começou a explorar o papel do evitamento experiencial, tendo desenvolvido métodos para o atenuar (Hayes *et al.*, 2004). O evitamento experiencial tem sido implicado numa vasta gama de problemas e distúrbios clínicos, desde o abuso de substância ao suicídio. Por exemplo, mais de metade das tentativas de suicídio envolve uma tentativa de fugir de situações aversivas (Loo, 1986), especialmente de estados mentais como culpa e ansiedade (Baumeister, 1990). Num estudo que avaliou a relação entre o evitamento, a ruminação e a depressão numa população não clínica, Gribb, Moulds e Carter (2006) concluíram que os participantes com níveis de depressão mais elevados tinham tendência para evitamentos cognitivos, comportamentais e experienciais, e que essa correlação não se relacionava com a ansiedade mórbida. Aliás, é conhecida o papel do evitamento enquanto fator de manutenção da depressão (Jacobson *et al.*, 2001; Martell *et al.*, 2001).

Encurralamento

Na abordagem biopsicosocial da depressão, Gilbert (1992, 2004b) sugeriu que eventos de vida associados à depressão são normalmente experienciados como armadilhas. A pessoa

pode ter sentimentos de querer fugir, mas sentir-se incapaz de o fazer. Eventos sociais experienciados como humilhantes ou vergonhosos e de que a pessoa se sente incapaz de escapar (ex. Um marido abusador e insuportável) são mais depressogênicos do que situações de perda apenas (Brown, Harris & Hepworth, 1995; Farmer & McGuffin, 2003). Avaliando o encurralamento enquanto desejo enorme de fugir mas sentindo-se incapaz de o fazer, com instrumentos de autorresposta, Gilbert e Allan (1998) verificaram que ambos estavam altamente associados com a depressão e, sobretudo, com a desesperança. Para Swallow (2000) e Gilbert (2000b) o encurralamento é comum em pessoas deprimidas. Ademais, as pessoas podem ter rumações sobre seus sentimentos de encurralamento, inabilidade para fugir e sentimento de ser imperfeito. O encurralamento e a rumação sobre a fuga estão associados ao suicídio (Baumeiste, 1990; O'Connor, 2003). Gilbert e Allan (1998) verificaram que o encurralamento interno estava altamente relacionado com a depressão. Numa investigação utilizando o método qualitativo, pessoas deprimidas sugeriram que podem sentir-se encurralados numa depressão e/ou pelos seus pensamentos e sentimentos (Gilbert & Gilbert, 2003). Gilbert *et al.* (2001) constataram que o sentir-se encurralado com e desejando fugir de vozes malévolos estava significativamente associado com a depressão em pessoas com alucinações auditivas. É possível que a rumação comprometa a saúde mental quando se desencadeia a motivação para a fuga, mas esta é bloqueada (Gilbert, 2001).

Tendo em conta o desejo intenso de libertar de algo que por vezes nem se sabe bem o que é, característico de muitos para-suicidas, importa explorar a relação entre o encurralamento, a depressão e os comportamentos suicidários.

Auto criticismo

O autocríticais-mo é uma forma de relação do eu consigo próprio em que uma parte do eu descobre falhas/defeitos, acusa, condena ou eventualmente se detesta. A ideia de que a nossa relação interna connosco próprios está enraizada em diferentes sistemas de processamento que funcionam como relações sociais internas não é nova (Gilbert, 1989, 2000; Gilbert & Irons, 2005), Jung referiu-se a eles como arquétipos internos que interagem entre si para a formação do sentido do eu (Gilbert & Irons, 2005). A abordagem da relação objetal sugere que existe uma relação interna entre as experiências do eu com os outros (auto-objetos) que padroniza o sentido do eu e regula a emoção (Greenberg & Mitchell, 1983 *in* Gilbert & Irons, 2005). Por seu lado, os terapeutas comportamentais veem o autocríticais-mo como uma

forma de autopunição (Rehm, 1977 in *ibidem*), enquanto os terapeutas da Gestalt perspetivam-no como uma relação interna de superioridade-inferioridade. Todavia, os cognitivistas focam-se na auto-avaliação negativa, considerando a terapia cognitiva evolucionária o autocríticos-mo como uma relação interna hostil-dominante que desencadeia (ativa) o sistema de processamento defesa-ameaça (defesas de ameaça-subordinada) (Gilbert, 1989, 2000a, 2000b; Gilbert & Irons, 2004).

O autocríticos-mo desenvolve-se na infância e está significativamente relacionado com sentimentos de vergonha, de ser imperfeito e indesejado pelos outros (Andrews, 1998; Gilbert, 1998a, Gilbert & Miles, 2002; Tangney & Dearing, 2002). Quando comparados com os indivíduos que se Auto tranquilizam, os autocríticos apresentam uma maior probabilidade de desenvolver psicopatologia e muitas outras dificuldades psicológicas: perturbações do humor (particularmente a depressão) (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 1998a, 2002a), ansiedade social (Cox et al., 2000), raiva e agressão (Gilbert & Milles, 2002; Tangney & Dearing, 2002), suicídio (Blatt, 1995), comportamentos de Auto dano (Babiker & Arnold, 1997), alcoolismo (Potter-Efron, 2002), perturbação pós-stress traumático (Lee, 2005), psicose (vivência alucinatória) (Gilbert et al., 2001), perturbações da personalidade e da regulação do afeto (Linehan, 1993) e dificuldades interpessoais (Zuroff et al., 1999).

Autoataque

A perseguição interna é uma experiência constante e repetida de autoataque e condenação que gera um sentimento de vergonha (Gilbert, 2004). Os indivíduos que têm pensamentos de autoataque negativo ou alucinações auditivas (vozes hostis e imperativas) sentem-se, frequentemente, dominados e encurralados, e procuram fugir (Gilbert, et al., 2001). Esta motivação para a fuga dos próprios pensamentos de autoataque ou sinais/vozes está associada com a depressão (*in ibidem*). Birchwood et al. (1997) verificaram que não existem diferenças de poder entre as alucinações auditivas (pensamentos e vozes malévolas e imperativas) dos psicóticos e os pensamentos hostis e dominadores dos indivíduos deprimidos. Para esses autores quanto mais subordinado um indivíduo se sente em relação aos próprios pensamentos de autoataque (à sua voz), mais submisso e subordinado se sente em relação aos outros.

A psicopatologia evolucionária sugere três importantes proposições para explicar a interação entre as diversas partes do eu (Gilbert, 1989, 1992, in Gilbert, 2004): (1) os seres

humanos desenvolvem competências específicas para aprender, compreender e desempenhar papéis sociais; (2) estas competências operam através de sistemas cerebrais especializados e podem ser influenciadas por hormonas específicas e neurotransmissores (Panskepp, 1998, *in ibidem*); (3) as competências para o desempenho de papéis sociais que evoluíram para coordenarem papéis sociais na relação com os outros podem ser mobilizadas para a relação com o eu (auto-avaliação) e jogar umas contra as outras (Gilbert, 2000a). Portanto, as competências e comportamentos específicos de dominância hostil (ameaçar e diminuir os outros, vigilância à violação dos subordinados) e as que funcionam como subordinação e ameaça (concordância receosa, apaziguamento, submissão e fuga) na relação com os outros podem interagir ao nível subjetivo (*self-to-self*). Whelton (2000) verificou que algumas pessoas sentem-se vencidas e têm que se submeter às críticas autodirigidas e vergonha e à incapacidade de se defenderem dos seus próprios ataques, o que resulta na depressão (Greenberg et al., 1990 *in ibidem*). Gilbert postula que as duas funções e razões que levam as pessoas a se autocriticarem e atacarem (autocorreção e Auto perseguição) determinam as formas que a autoagressão pode tomar (focar-se na inadequação do eu ou no eu detestado) (*in ibidem*). O autoataque é ativado quando a pessoa sente que falhou em tarefas importantes, ou se as coisas correm mal; uma resposta alternativa ao fracasso pode ser a Auto compaixão e a Auto tranquilização.

Assim, pretendemos estudar qual a contribuição do autocriticais-mo na determinação dos comportamentos suicidários. Isto é, como é que o autocriticais-mo interage (se relaciona) com outros fatores na determinação dos comportamentos suicidário.

Submissão e Vergonha

Gilbert (2003) verificou que a recordação de si próprio como subordinado na família apresenta uma relação mais significativa com a depressão do que a recordação de outros fatores dos estilos parentais, tais como o calor humano e a proteção. Os comportamentos de submissão podem ser ativados automaticamente por estratégias defensivas (implícitas/não conscientes) através da Auto culpabilização que surge associada a uma estratégia de subordinação, Auto monitorização e controle. As respostas de submissão podem incluir esconder-se, Auto culpabilização, apaziguamento e diminuição do afeto positivo (Gilbert, 2004). A Auto culpabilização também está associada ao sentimento de vergonha e do eu como inferior, enquanto culpabilizar os outros se associa a uma visão do eu como (relativamente)

superior e a uma diminuição da vergonha. Existe uma forte ligação entre a Auto culpabilização, a visão do eu como inferior e os comportamentos de submissão. No entanto, sabe-se que as defesas automáticas ativadas pela presença de uma ameaça (outro dominante) podem ser ambivalentes, isto é, ao medo e à submissão pode associar-se a raiva (Gilbert & Miles, 2000) que também pode ser autodirigida.

Autocompaixão

A Auto compaixão é definida como comportando três componentes principais (Neff, 2003b). Primeiro, envolve uma atitude afável e compreensiva em relação a si próprio em situações de sofrimento ou inadequação percebida. Envolve também um sentimento da humanidade enquanto um todo, reconhecendo a dor e o fracasso (insucesso) como aspetos inevitáveis na experiência humana. Finalmente, a Auto compaixão supõe um conhecimento das próprias emoções — a habilidade de encarar (em vez de evitar) pensamentos e sentimentos dolorosos, sem exageros, dramas ou autopiedade. Tem-se verificado em vários estudos que a Auto compaixão é um bom preditor da saúde mental. Por exemplo, a Auto compaixão associa-se negativamente com o autocríticos-mo, a depressão, ansiedade, ruminação, supressão de pensamento e perfeccionismo neurótico, e apresenta uma associação positiva com a conexão social e a satisfação com a vida (Neff, 2003a). A Auto compaixão elevada prediz saúde psicológica a longo prazo (Gilbert & Proctor, *in* Neff, Rude & Kirkpatrick, s/d) e baixos níveis de stresse. Parece ainda ter benefícios académicos. Neff et al. (2005) verificaram que a Auto compaixão estava ligada ao interesse intrínseco de aprender e a estratégias de coping saudáveis após falhas num exame.

Apesar da maior parte dos estudos conhecidos incidirem sobre a associação entre a Auto compaixão e a psicopatologia, não conhecemos nenhum que tenha tratado esta a relação com os comportamentos suicidários.

Suporte social

A partir dos meados dos anos setenta verificou-se um crescente interesse sobre o papel do suporte social no contexto dos mecanismos de superação ou *coping* (Dahlem, Zimet, & Walker, 1991). Vários investigadores demonstraram que a ausência de suporte apropriado está directamente relacionada com a gravidade de sintomas físicos e psicológicos, atuando inversamente quando presente, como barreira entre os

acontecimentos de vida indutores de stresse e esses sintomas (Andrews, Tennant, Hewson, & Vaillant, 1978; Barrera, 1981; Wilcox, 1981).

Segundo a perspectiva evolucionária, a aptidão para prestar e receber cuidados constitui a base do suporte social e está provavelmente relacionada com necessidades evolutivas das espécies, podendo ser consideradas estratégias evolucionárias biosociais. Entre indivíduos da mesma espécie, as regras de interação social são vitais para o grupo e para cada indivíduo, pelo que, durante a evolução do homem se desenvolveram igualmente formas de analisar sinais sociais. A interação entre motivações, emoções, rotinas de processamento de informação e comportamentos, origina diferentes padrões internos de atividade neurofisiológica que podem ser designados como mentalidades sociais (Gilbert, 1989, 1995). Estas por sua vez ajudam na criação de papéis sociais que resolvem formas particulares de desafios sociais como: obtenção de cuidados, prestação de cuidados, formação de alianças, posto social ou hierarquias de dominância/submissão (mentalidade de ranking) e papel sexual (Gilbert, 2005).

As mentalidades de obter e de prover cuidados possibilitam processos básicos como seja a vinculação. Por outro lado, sabe-se que a capacidade de utilização do suporte social disponível se encontra relacionada com o estilo de vinculação (Brown & Harris, 1978; Brown et al., 1986). Estudos neurofisiológicos têm demonstrado que o processo de vinculação é mediado pela oxitocina (Carter, 1998; Tops et al., 2007) que tem uma ação antagonizadora da resposta de stresse inibindo por exemplo o cortisol. Por outro lado, a dificuldade em desenvolver relações afiliativas pode ter um impacto negativo ao reduzir o mecanismo de amortecimento dos efeitos do *stresse* conseguido pelo suporte social (Carter, 1998).

Vários estudos demonstraram as funções evolucionárias do suporte social. Em primeiro lugar, no modelo de negociação da depressão (Hagen, 1999), o autor defende que a depressão é em si mesma, uma forma adaptação, um pedido de ajuda, isto é, solicitação de suporte social, ou em última análise uma estratégia de negociação. Hagen (*ibidem*) chega a comparar os efeitos da depressão aos de uma greve laboral (*the bargaining model of depression*), dando como exemplo a depressão do pós-parto. O autor fundamenta-se no facto de mais de meia centena de estudos relacionarem a

depressão no pós-parto com problemas de suporte social e conjugais de vários tipos, de previsão pela mãe de dificuldades no parto e pós-parto, bem como com a saúde e qualidades do recém-nascido.

Na depressão assume-se que certos mecanismos de defesa adaptativos, apesar de ativados, mantêm-se inibidos, particularmente os mecanismos de fuga e luta (Gilbert & Allan, 1998). Quanto ao comportamento de procura de ajuda, é bem conhecida a sua relação com a depressão, quando está inibido i.e., a falta de confidente ou de suporte social, aumenta o risco de depressão (Brown & Harris, 1978; Patten, 1991).

Em segundo lugar, o comportamento suicidário segundo o modelo do *grito de dor* (Williams, 2001) é entendido como uma resposta comportamental para uma situação indutora de stresse com três componentes: sentimento de derrota, ausência de hipótese de fuga (encurrallamento) e ausência de possibilidade de ajuda externa (suporte social). Além disso, o modelo prevê um papel moderador do suporte social na relação entre o encurrallamento e a ideação suicida. Vários estudos têm replicado a validade do modelo em diversos contextos. O'Connor (2003) encontrou base para o modelo num estudo de caso-controlo para comportamento suicidário; Rasmussen *et al.*, (2009) verificaram o mesmo padrão numa amostra de sujeitos com um ou episódios repetidos de auto-mutilação.

O suporte social compreende vários tipos e categorias, possui diferentes dimensões e componentes e provém de diversas fontes, o que faz dele um constructo de definição muito complexa.

Pode ser caracterizado como uma provisão de recursos entre prestador e recetor ou beneficiário, como forma de promover o bem-estar do recetor (Brownell & Shumacher, 1984). Por outro lado, nem sempre os recursos fornecidos pelos outros têm efeitos positivos no beneficiário, podem ter igualmente efeitos negativos (Cohen & Syme, 1985).

O suporte social inclui os vários tipos de apoio que uma pessoa recebe efetivamente dos outros sendo geralmente classificados em três categorias: suporte emocional, instrumental e informacional.

O suporte emocional de um dado sujeito refere-se à existência de pessoas em quem pode confiar, que revelam preocupar-se, valorizam e mostram gostar da pessoa,

fazendo normalmente elevar a sua autoestima. O suporte social emocional é por vezes denominado como *psicológico* (Cohen & McKay, 1984). O suporte instrumental inclui todos os tipos de apoio tangíveis que os outros podem prover, compreendendo por exemplo apoio financeiro, apoio no cuidado dos filhos, da casa ou facilitando um transporte. O suporte informacional é por vezes incluído no suporte social instrumental, e refere-se à ajuda que os outros podem proporcionar através do fornecimento de informações. O suporte social abrangido nas duas últimas categorias é por vezes referido como não-psicológico (Cohen & McKay, 1984).

A aparente simplicidade destes conceitos foi abalada há alguns anos quando Sarason, Sarason e Pierce (1990) salientaram a polémica existente entre o apoio social percebido e o apoio social recebido efetivamente. O apoio social percebido é então conceptualizado em termos cognitivos: o indivíduo tem a perceção de que é amado, de que tem a quem recorrer em caso de necessidade (Cramer, Henderson & Scott, 1997). Por outro lado, estes autores distinguem entre suporte social descrito e suporte social avaliado, o primeiro refere-se à presença de um dado procedimento de suporte social disponível, o segundo refere-se à avaliação desse mesmo procedimento de suporte, isto é, se é percebido pelo beneficiário como sendo aceitável ou útil (Cramer, Henderson, & Scott, 1997). Habitualmente distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal (Dunst & Trivette, 1990). O suporte social informal inclui indivíduos e.g., familiares, amigos, vizinhos ou religiosos, bem como associações e.g., clubes, igreja ou corporações caritativas, que são susceptíveis de fornecer suporte em resposta a acontecimentos ou dificuldades de vida. As fontes de suporte social formal abarcam quer as organizações sociais (e.g., hospitais ou programas de apoio estatal), quer os profissionais (e.g., médicos, assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiros) que estão organizados para fornecer cuidados.

Existe um razoável consenso acerca da multidimensionalidade do suporte social, bem como acerca do facto de determinados aspetos do suporte social terem impacto diferencial no bem-estar, saúde e doença dos indivíduos. Tardy (1985) subdividiu o suporte social em cinco dimensões-chave, I) direção e.g., o suporte pode ser dado ou recebido, II) disponibilidade e.g., avaliação *versus* utilização de recursos de suporte, III)

descrição *versus* satisfação com o suporte, IV) conteúdo e.g., qual o tipo do suporte, e V) rede social e.g., qual dos sistemas sociais fornece o suporte.

Finalmente Dunst e Trivette (1990) citado por Pais-Ribeiro (1999) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados, I) componente constitucional e.g., inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente, II) componente relacional e.g., estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais, III) componente funcional e.g., suporte disponível, tipo de suporte (por exemplo emocional, informacional, instrumental, material, qualidade do suporte (tal como o desejo de apoiar), e a quantidade de suporte, IV) componente estrutural e.g., proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência, e V) componente satisfação e.g., utilidade e ajuda fornecida.

Um aspeto não consensual diz respeito à questão sobre o modo como atua o suporte social em relação à doença, saúde e bem-estar (Singer & Lord, 1984). Várias hipóteses têm sido exploradas, I) o seu papel quanto ao efeito direto *versus* amortecimento do impacto dos acontecimentos e dificuldades de vida, II) a sua natureza, III) o seu efeito curativo, IV) o seu efeito de promoção da saúde, V) a sua perda como stressor, VI) bem como a inexistência de suporte social como fonte de stresse.

Existem algumas evidências que apoiam a hipótese de que o suporte social pode produzir efeitos diretos benéficos, independentes dos níveis de stresse ou problemas pessoais (Broadhead, Gehlbach, DeGruy, & Kaplan, 1983). Por outro lado, alguns autores defendem que o suporte social atua primariamente como amortecedor do impacto nefasto do stresse (Bolger & Amarel, 2007; Callaghan & Morrissey, 1993; Cohen, 2004; Cohen & Hoberman, 1983; Cohen & McKay, 1984). É possível que ambas as hipóteses sejam válidas. Isto é, o suporte social pode ser útil em todas as circunstâncias, sendo particularmente protetor aquando da ocorrência de acontecimentos indutores de stresse (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Em conclusão, o suporte social torna as pessoas mais resilientes às vicissitudes da vida, funcionando como um recurso, quer perante, quer na ausência de fontes de stresse.

Várias teorias têm sido propostas para explicar a natureza do suporte social. Thoits (1986) sugeriu que o suporte social atua primariamente como mecanismo de

superação ou *coping*. Especificamente, o autor levantou a hipótese de que o impacto deletério de situações indutoras de stresse é, só por si, modificado. Por exemplo, quando outras pessoas ajudam alguém a mudar a situação (i.e. proporcionando cuidados a crianças de pais sobrecarregados de trabalho), alteram o significado da situação indutora de stresse (isto é, ajudando um amigo a ver uma situação indutora de stresse sob outro prisma, menos angustiante), ou mudar a resposta afetiva individual ao agente indutor de stresse (por exemplo, providenciar um analgésico a alguém que esteja com dores). Outros propuseram que o suporte social intervém pela promoção da autoestima e pelo sentimento de controlo do meio, ajudando a criar experiências emocionais positivas e reduzindo os efeitos negativos do stresse (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981). De novo, tal como quanto ao efeito direto *versus* resistência, as hipóteses não são mutuamente exclusivas. Ajuda material concreta, providenciada pelos outros, suporte emocional, bem como a promoção da autoestima podem constituir aspetos importantes do funcionamento do suporte social.

O efeito terapêutico e preventivo do suporte social foi abordado por Cohen e Syme (1985). Estes autores avaliaram o impacto do suporte social nas doenças, quer na sua etiologia quer na recuperação do estado de doença. O suporte social é concebido por estes autores como um fator positivo que contribui, quer para manter o estado de saúde, quer para recuperar do estado de doença. Foram avançadas diferentes propostas no que respeita ao mecanismo do efeito positivo do suporte social na saúde. Pela promoção da autoestima e de sentimentos positivos, o suporte social indiretamente pode fortalecer o sistema imunitário, tanto acelerando o processo de recuperação da doença como reduzindo a suscetibilidade ao desenvolvimento de doença (Awasthi & Mishra, 2007; Cohen & Syme, 1985; Jemmott & Locke, 1984). Certo tipo de suporte social, i.e., certas qualidades da rede de apoio podem também contribuir para a manutenção e recuperação do estado de saúde ao promover comportamentos saudáveis (por exemplo, adesão aos cuidados de saúde prescritos e.g., cessação tabágica). A investigação é consensual sobre a importância do suporte social para a saúde (Berkman & Glass, 2000; Cohen & Lemay, 2007; Diong et al., 2005; Gottlieb, 1985; Harris, Brown, & Robinson, 1999). Existem autores que defendem que a perda de suporte social é em si mesmo indutor de stresse. Quando se tem suporte social e este se

perde, tal como quando ocorre um acontecimento ou dificuldade de vida, por exemplo, a perda de confidente, perda material e em geral as perdas relevantes, surge o stresse. Igualmente, a não existência de suporte social é em si mesma geradora de stresse.

A investigação tem evidenciado que tanto se verifica que o suporte social é um amortecedor dos impactos do stresse na saúde, como está associado com a redução do bem-estar, ou com o agravamento do efeito dos stressores, considerando quer os aspetos relacionados com a sua adequação, a sua inexistência ou a sua perda (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998).

Outro aspeto relevante consiste no efeito diferencial do suporte social i.e., diversos aspetos do suporte social têm impacto diferente, por exemplo consoante o grupo etário. Num estudo os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependiam do grupo etário, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo dos 30-49 anos e a família a exercer maior influência no caso de jovens e idosos (Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991); verificou-se em adolescentes que os pais constituíam a principal fonte de suporte (Vilhjalmsson, 1994; Henly, 1997); ou que, para a população portuguesa a fonte de suporte social mais importante é a família (Pais-Ribeiro, 1994).

Os adolescentes que reportam disporem de bom suporte social (baixo isolamento) exibem altos níveis de resiliência e baixos níveis de risco de suicídio. Os adolescentes são também menos propensos ao suicídio se percebem que são aceites pela família, amigos e pares e se tiverem relações de amizade positivas (Harter, Marold, Whitesell, & Cobbs, 1996). Aqueles que se sentem apoiados por conselheiros, pais, ou pares exibem mecanismos de *coping* mais saudáveis e mantêm uma visão mais positiva sobre o seu futuro (DeWilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1993). Em contraste, adolescentes que não têm suporte social e que experienciam isolamento podem enveredar-se por comportamentos suicidários (Deisher, 1991; Spruijt & de Goede, 1997). Portanto, o suporte social percebido pode funcionar como fator de proteção para os comportamentos suicidários. Pelo contrário, ausência de suporte social percebido pode constituir-se num fator de vulnerabilidade para comportamentos suicidários.

CAPÍTULO II

Etiologia do Comportamento Suicidário

CAPÍTULO II – Etiologia do Comportamento Suicidário

Os comportamentos suicidários têm constituído desafios à capacidade de compreensão humana desde a antiguidade. Vários modelos teóricos, alguns com base empírica, têm procurado explicar a génese e correlatos desses comportamentos. O presente capítulo teve por objetivo apresentar alguns dos modelos psicológicos que têm procurado contribuir para a compreensão do comportamento suicidário.

1. Modelos cognitivo-comportamentais

1.1. Modelo cognitivo de Beck

Os modelos cognitivos consideram fundamental o significado que o indivíduo atribui aos acontecimentos e ao ambiente interno ou externo. A teoria cognitiva clássica de Aaron Beck assenta essencialmente em três aspetos: tríade cognitiva, esquemas e distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste numa visão negativa do eu, do mundo e do futuro (ex. “eu não presto, sou um inútil, um fracassado; o mundo lá fora é feio, perigoso e hostil; já só espero coisas más na vida”). Os esquemas cognitivos são padrões de comportamento relativamente estáveis em relação ao próprio, aos outros e ao meio. As distorções cognitivas caracterizam-se por erros de interpretação e avaliação (ex. inferência arbitrária, abstração seletiva, pensamento dicotómico, catastrofização, etc.). Ainda a partir da Escola de Beck desenvolveu-se o conceito de desesperança aplicada ao suicídio e às tentativas de suicídio. Diversos instrumentos psicométricos, como a Escala de Desesperança ou a Escala de Intenção Suicida, ocupam lugar de relevo em muitos trabalhos de investigação. Wenzel, Brown & Beck (2008) reafirmaram que os esquemas são estruturas internas compostas por estímulos, ideias ou experiências, usadas para organizar novas informações de modo compreensivo. No caso particular dos esquemas suicidas surgiram crenças relacionadas com a desesperança e a súbita intenção de morrer por suicídio.

No modelo de diátese-stress-desesperança, Schotte e Clum (1982) consideram que a rigidez cognitiva leva o indivíduo a não ser capaz de utilizar mecanismos de “coping” adaptativos, ou seja, mais eficazes, perante acontecimentos de vida geradores de stresse. Daí a desesperança e a possibilidade de ideação ou condutas suicidas. Porém, Maris (2002) realça a associação desesperança-rigidez cognitiva como a principal dificuldade em encontrar alternativas para a resolução de problemas. Baumeister (1990) valorizando a culpa e a identidade refere que o suicídio representa um esforço para escapar de uma dor

psicológica intensa. Isto é, o indivíduo suicida pretende fugir de afetos internos negativos, o que seria acompanhado por aquilo que designou de desconstrução cognitiva.

Na sua terapia comportamental dialéctica, Linehan (1993) defende que a desregulação emocional é central à compreensão dos comportamentos suicidários. Sendo um modelo mais orientado para intervenção sobre as perturbações “borderline”, comporta os seguintes objetivos principais: trabalhar os aspetos dialécticos da mente; conhecer os défices de aptidões na resolução de problemas e validação da esperança com vista à mudança. A autora identificou dois subsistemas: ambiental e comportamental. No primeiro residem os apoios, os modelos suicidas; no segundo incluem-se elementos afetivos e cognitivos. É, portanto, também uma abordagem biológica e fisiológica.

1.2. Teoria dos modos suicidas

A teoria dos modos foi desenvolvida inicialmente por Beck (1996) e alargada posteriormente por Rudd (2000) na chamada teoria dos modos suicida. Esta é essencialmente uma abordagem cognitivo-comportamental dos comportamentos suicidários.

A teoria dos modos de Beck sugere que o processamento esquemático cognitivo faz parte de um conjunto de esquemas, uma rede integrada de sub organizações dos componentes básicos da personalidade: cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais, que se desenvolveram a partir da experiência pessoal como resposta automática a situações específicas percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras. Os traços mal adaptativos que podem ativar um modo suicida ou facilitador dependem dos acontecimentos de vida. Como tal, os modos suicidas dependem das interações traço-estado. Dependendo do tipo de stressor, o indivíduo ativará um modo suicida (e.g., tentativa de suicídio) ou um modo facilitador (e.g., para-suicídio).

O comportamento do indivíduo que incorre alternada e recorrentemente em episódios de tentativa de suicídio e para-suicídio pode ser explicado pela alternância de ativação entre modos suicidas e modos facilitadores ao longo do tempo. O tipo de modo ativado depende das situações inerentes ao contexto em que o indivíduo se insere (i.e., “gatilhos externos”: stressores, situações, circunstâncias, pessoas), proporcionando um

papel conceptual preponderante para os stressores no processo suicida e vulnerabilidades predisposicionais (i.e., traços de personalidade mal adaptativos), dependentes da história individual (i.e., “gatilhos internos”: pensamentos, imagens, emoções e sensações físicas) (Rudd, 2000).

A vulnerabilidade relaciona-se com a história individual da pessoa, traumas desenvolvimentais, abuso ou negligência, modelação parental mal adaptativa e psicopatologia da personalidade. Os modos facilitadores aumentam por isso o potencial de ocorrência de um episódio suicida no futuro. Por exemplo, a característica passivo-agressivo pode aumentar a vulnerabilidade individual para conflitos interpessoais recorrentes que poderão despoletar um episódio suicida (Rudd, 2000).

Os pressupostos do modelo cognitivo-comportamental para comportamentos e pensamentos suicidários propostos por Rudd são os seguintes (Rudd, 2000, *cit. in* Moreira, 2008):

1. A cognição é o caminho central para que o indivíduo enverede por comportamentos e pensamentos suicidários. Estes comportamentos e pensamentos são secundários a construções de significado individual mal adaptativo referente à própria pessoa, ao meio e ao futuro (tríade cognitiva), conjuntamente com assunções ou regras condicionais e estratégias compensatórias, referidas como sistema de crenças suicidas.

2. A relação entre o sistema de crenças suicidas (tríade cognitiva referente ao modo suicida) e outros sistemas psicológicos (comportamental, atencional e memória) e fisiológicos é interativa e interdependente.

3. O sistema de crenças suicidas pode variar de indivíduo para indivíduo, dependendo do conteúdo e contexto dos vários sistemas psicológicos (em especial o conteúdo cognitivo). No entanto, existirá alguma uniformidade entre indivíduos em alguns aspetos, tais como sentimentos de impotência, desespero, pouca tolerância à angústia, sentimentos de que não se é querido, encontrando-se afetados por um sentido penetrante de desesperança.

4. Os indivíduos são predispostos para a suicidalidade em função das suas vulnerabilidades cognitivas, ou seja, construções cognitivas mal adaptativas, que variam de acordo com o tipo de síndrome e padrões de co morbilidade com perturbações dos Eixos I e II do DSM.

5. Os comportamentos e pensamentos suicidários e o sistema de crenças suicidárias podem ser encontrados em três níveis distintos: o nível pré-consciente ou automático, o nível consciente e o metacognitivo (não consciente). O conteúdo estrutural do sistema de crenças suicidas encontra-se no modo suicida nos três níveis.

Para Rudd (2000), os pensamentos e comportamentos suicidários são ativados por um modo disfuncional, o modo suicida, que é composto pelo sistema cognitivo, afetivo, motivacional e comportamental (Figura 4).

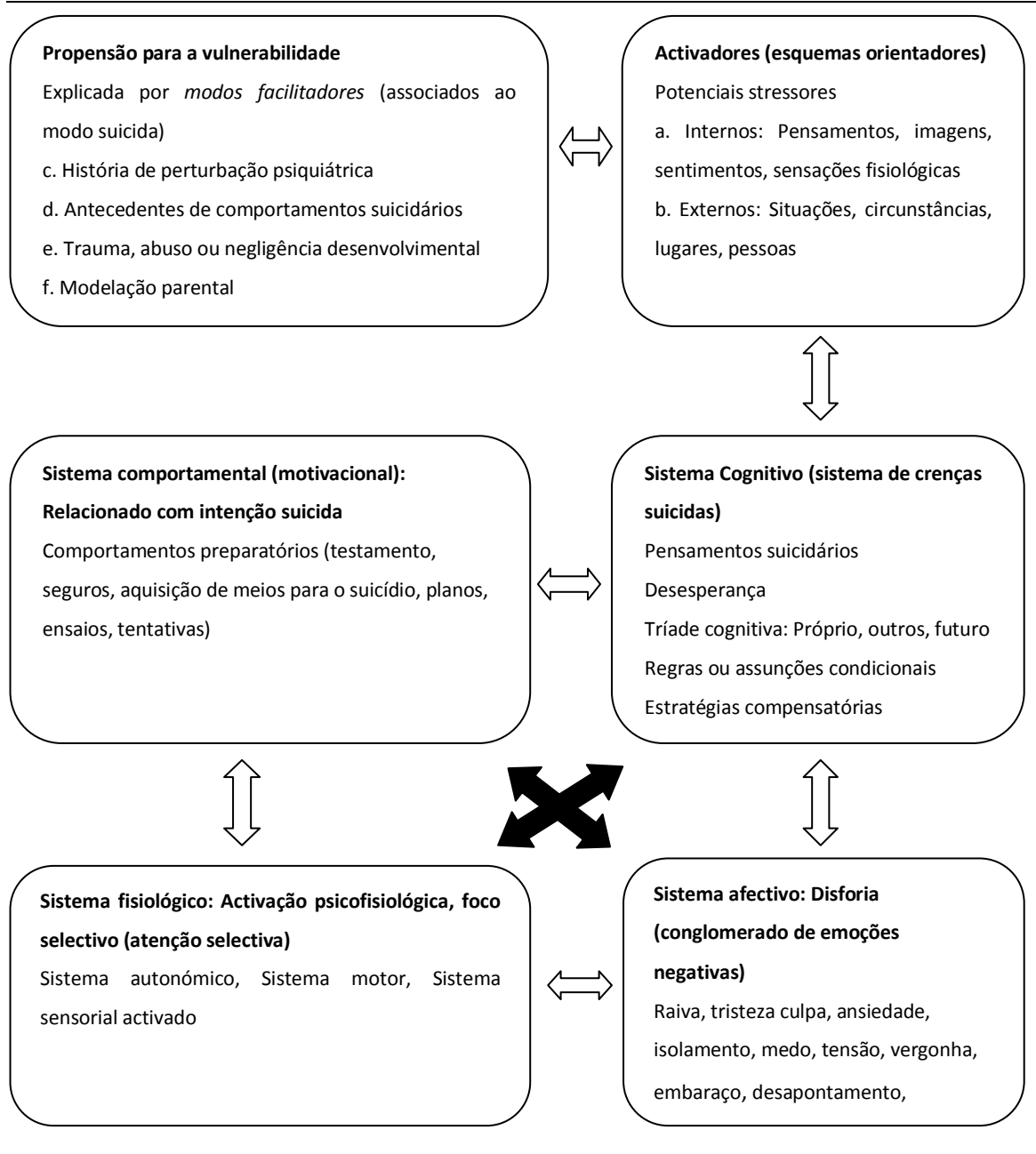
O sistema cognitivo incorpora o sistema de crenças suicidas que é responsável pela construção e internalização de significações mal adaptativas referentes ao próprio, aos outros e ao futuro. O sistema de crenças suicidas é ainda responsável pela interiorização de regras condicionais e utilização excessiva de estratégias compensatórias (e.g., sobrecompensação, perfeccionismo e subjugação em relacionamentos interpessoais). O sistema de crenças suicidas é composto por elevado grau de desesperança, a grande responsável pela ativação do modo suicida (Rudd, 2000).

O sistema afetivo é caracterizado por sofrimento emocional, que se expressa através de emoções negativas como a tristeza, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, humilhação, etc. (Rudd, 2000).

O sistema comportamental ou motivacional é responsável pelo impulso comportamental para atos suicidários, indicativo de clara intenção suicida. O sistema comportamental motivacional difere entre atos suicidas com intenção suicida, isto é, tentativa de suicídio e suicídio, comportamentos de risco (e.g., uso de drogas), auto-mutilatórios (e.g., cortes, queimaduras, *piercings*) e os diferentes modos ativados para cada um destes comportamentos (Rudd, 2000).

Durante o período de ativação do modo suicida, o sistema fisiológico é excitado, ativando de forma automática os sistemas sensoriais e motores (Rudd, 2000).

Figura 2. Modo suicida (Adaptado de Rudd, 2000)



A vantagem da teoria dos modos reside na diferenciação entre modos suicidas (i.e., atos que denotam intenção suicida) e modos facilitadores. Quando o modo suicida é ativado, o comportamento do indivíduo é motivado e caracterizado por atos que denotam verdadeira intenção suicida. No entanto, se são ativados os modos facilitadores a intenção suicida é facilmente questionável pela inconsistência motivacional e comportamental do indivíduo. Por exemplo, nos comportamentos de Auto dano, a motivação inclui a vingança, punição de pessoas significativas ou regulação

emocional através da libertação de tensão. Todavia, os modos facilitadores aumentam a probabilidade de ativação do modo suicida, o que faz com que indivíduos que enveredem por comportamentos de risco, para-suicídios e manipulações tenham uma grande probabilidade de cometer o suicídio no decurso de suas vidas, uma vez que, a reativação do modo suicida nestes indivíduos se encontra mais facilitada do que em indivíduos que nunca se enveredaram por qualquer comportamento de auto dano (Rudd, 2000).

Para os que apresentam cronicidade ao nível da ideação suicida e tentativas de suicídio, o modo suicida é caracterizado por duas situações distintas. Primeiro, a ativação do modo suicida por parte destes indivíduos é menor (i.e., mais facilitada), independentemente da ativação ser desencadeada interna ou externamente. Segundo, são susceptíveis de serem ativados por um leque mais amplo de estímulos (Rudd, 2000).

Rudd (2006) valoriza ainda a ativação fisiológica do modo suicida, bem como eventuais recorrências. Para além de modos suicidas, descreve modos facilitadores e respetivos precipitantes (“gatilhos” internos, ex. pensamentos, e externos, ex. circunstâncias).

Na teoria da vulnerabilidade fluída, o mesmo Rudd (2006), inspirado na teoria dos modos para a qual contribuiu, parte da assunção de que as crises suicidas são limitadas no tempo. Os eventuais fatores desencadeantes seriam fluídos e não estáticos (ativados ou desativados). As vulnerabilidades do indivíduo poderiam ser identificáveis e quantificáveis. O autor considera quatro componentes, interativos e interdependentes: cognitivo, afetivo, fisiológico e comportamental. Verifica-se nesta teoria uma especial valorização daquilo que o autor designa de sistema de crença suicida como um eventual precipitante da ativação do componente cognitivo.

Desesperança

O conceito de desesperança traduz um pessimismo generalizado em relação ao futuro. Este conceito surge no sentido de um marcador cognitivo de expectativas negativas em relação ao futuro, mais relevante do que a depressão, como indicador do risco de suicídio. A investigação realizada por Beck com 384 doentes para-suicidas de dois hospitais concluiu que a depressão só era importante para a intenção suicida em presença de desesperança. Portanto, a relação entre a depressão e o comportamento

suicidário passa a ser referida como dependente de uma forma significativa de desesperança, o que foi constatado pelos mesmos autores em estudos posteriores (Beck, Kovacs & Garrison, 1985; Beck, Brown & Steer, 1989). A desesperança aparece, então, como um sinal de intenção suicida, mesmo quando a depressão está controlada (Beck, Kovacs & Weisseman, 1975; Dyer & Kreitman, 1984). A conjugação da desesperança com a ausência de perspectivas futuras positivas representaria o principal fator na perda de um sentido para a vida, bem como do desejo de continuar a viver. Isto é, o risco de suicídio é maior entre os indivíduos que apresentam desesperança durante um quadro depressivo, quando comparados com os que não se consideram tão pessimistas ou sem esperança (Yufit, 1977; Wetzel, Margulies, Davis & Karam, 1980; Dyer & Kreitman, 1984).

Numa amostra de estudantes com altos índices de desesperança, Needles e Abramson (1990) verificaram que a recuperação da esperança dependia de eventos positivos que entretanto pudessem ocorrer, em combinação com o tipo de atribuição que permitia ler tais acontecimentos segundo uma perspectiva global e estabilizada. Com efeito, os para-suicidas parecem registrar uma maior incidência de acontecimentos negativos antes do comportamento suicida, mas não uma redução dos acontecimentos positivos (Scotte & Clum, 1987). Dados similares foram verificados por Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins e Shrout (1990) em raparigas para-suicidas que não revelaram diminuição das atividades prazenteiras no mês anterior ao comportamento para-suicida. Autores como MacLeod e Williams (1992) especulam que a ocorrência de acontecimentos negativos deve jogar um papel importante no desencadear da desesperança e da ideação suicida e que a ausência de acontecimentos agradáveis serve para manter o estado de desesperança, tornando a pessoa mais vulnerável.

Desespero aprendido

Com o conceito de desespero ou desamparo aprendido (*helplessness*), Seligman (1975), parece contribuir de forma significativa, para a compreensão de certos comportamentos suicidários. O autor refere que a ausência da mãe ou de amparo maternal contribui para a aprendizagem do incontrolável, a questão nuclear do desespero aprendido.

Baseando-se no modelo de Seligman (1975) para explicar as implicações das perdas precoces para os comportamentos suicidários, Seligman, Brown e Harris (1978) consideram a perda precoce da mãe ou do pai um fator de grande vulnerabilidade para o desencadear da depressão imediatamente após a ocorrência de acontecimentos de vida adversos, sendo mais relevante entre os para-suicidas. A vivência de acontecimentos incontroláveis na infância ou início da adolescência leva esses jovens à sensação de falta de poder e desespero face a eventos negativos.

Miller e Norman (1979) fazem uma revisão dos estudos que testam a hipótese de Seligman (1975) em humanos. Em 23 estudos que procuram demonstrar a ocorrência de alterações no desempenho de tarefas, os resultados apontam para a consistência da conceptualização de que o desespero aprendido pode ser também interpretado como um déficit de desempenho.

Estratégias de adaptação e resolução de problemas

As estratégias de *coping* podem ser definidas como comportamentos que facilitam a adaptação à mudança e ajudam a manter um nível adequado de funcionamento no quotidiano (Saraiva, 2006). Monat e Lazarus (1985) consideram as estratégias de adaptação como formas de lidar com situações imprevistas de dano, ameaça ou desafio, que ao exigirem novas respostas podem originar perturbações emocionais, descritas sob uma diversidade de sentimentos como ansiedade, desespero, culpa, vergonha ou pesar. Os para-suicidas, sobretudo os múltiplos e recorrentes, apresentam estratégias de *coping* mais pobres e inadequados do que os normais (Saraiva, 2006). Pearlin e Schooler (1978), a partir da relação estreita entre o stresse e o *coping*, consideraram que estas estratégias apresentam uma tripla função protetora em relação ao modo de lidar com os problemas, isto é, anulam ou modificam as causas (informação, confronto), controlam significados ou consequências (neutralização, ignorância) e suportam as emoções (controlo, enfrentamento). As atitudes negativas do próprio indivíduo e as dificuldades na flexibilização do pensamento concorrem para que os para-suicidas apresentem défices na resolução de problemas (Kaplan & Pokorny, 1976; Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979; Mc Leavey, Daly, Murray, O’Riordan & Taylor, 1987). Partindo de evidências de psicoterapias cognitivo-comportamentais de para-suicidas, MacLeod e Williams (1992) referem que neste tipo de doentes estão afetadas

três áreas fundamentais: a memória, a capacidade de se projetar no futuro e a capacidade de resolução de problemas. Kotler *et al.* (1993) e Botsis *et al.* (1994) replicaram os dados sobre os prejuízos das estratégias de adaptação dos para-suicidas, porém referindo maiores défices para a minimização, recuperação e desculpabilização. Pollock e Williams (1998) referem que os doentes para-suicidas indicam uma tripla patologia: perturbações da atenção, da memória e da antecipação. Isto é, estes doentes seriam hipersensíveis a estímulos que sinalizam fracassos e rejeição, constroem distorções cognitivas no sentido de se sentirem frequentemente enganados e sem escapatória e não conseguem antecipar cenários positivos.

Para Schotte e Clum (1987) o aumento de acontecimentos de vida negativos, associado à dificuldade em pensar por etapas na resolução de problemas, poderia originar um alto risco de suicídio. Para estes autores, a generalização de memórias que resulta da incapacidade de evocação seletiva justifica os défices na resolução de problemas. Muitos para-suicidas evidenciam dificuldades de relacionamento interpessoal, isto é, não conseguem estabelecer ou manter uma dinâmica de interação satisfatória (Bancroft *et al.*, 1977; Linehan *et al.* 1986). Estes autores consideram que as perturbações da memória e as dificuldades de resolução de problemas surgem como consequências de traços de personalidade e acontecimentos de vida.

Em síntese, os dados da investigação acerca dos processos cognitivos de para-suicidas revelam défices particularmente na generalização das memórias autobiográficas, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade para antecipar visões de experiências agradáveis em associação a acontecimentos de vida negativos.

Pensamento dicotómico e outras distorções cognitivas

Segundo a psicologia cognitiva, cada indivíduo possui um sistema cognitivo de decodificação que serve para modelar e interpretar os estímulos do meio ambiente, ao mesmo tempo que fornece as dimensões do stresse. Neuringer (1976) refere que os indivíduos com comportamentos suicidários apresentam um tipo de pensamento dicotómico, *i.e.* organizam os conceitos em apreciações opostas de modo a excluir quaisquer possibilidades de moderação, compromissos ou escolha de alternativas. Estas construções reproduzem défices na resolução de problemas e na capacidade de adaptação. Levado ao extremo, o pensamento dicotómico pode tornar-se letal na

medida em que a insatisfação individual, face a algum acontecimento de vida negativo, não consegue ser lida senão através de expectativas radicais perante as quais não são conceptualizadas quaisquer alternativas intermédias. A crença de que não existe outra solução pode surgir e configurar-se em comportamento suicidário.

Na tentativa de compreender a trajetória dos comportamentos suicidários, os fatores cognitivos têm interessado os investigadores não só na sua vertente patogénica mas também como possibilidade de introdução de estratégias psicoterapêuticas. Schotte e Clum (1987) verificaram que em comparação com os controlos, os doentes para-suicidas apresentam menos de metade das soluções potenciais à resolução de problemas interpessoais, selecionados a partir das próprias vivências. Além disso, tendem a generalizar os efeitos potencialmente negativos. Estas conclusões parecem ser importantes na predição do comportamento suicida através da escala de Intenção Suicida de Beck (SIS, Beck, Schuyler & Herman, 1974).

De acordo com a perspectiva transacional, os comportamentos suicidários podem ser entendidos segundo a duplicidade fatores externos e fatores internos (Schmidtke, Schaller, Flurschutz, & Meier, 1989). A interpretação dos acontecimentos de vida depende dos estilos cognitivos, características pelas quais é processada a informação e organizado o meio ambiente.

Schmidtke e Schaller (1992) consideram a existência de três estilos cognitivos relacionados com os comportamentos suicidários: rigidez, dependência do campo e pensamento dicotómico. A rigidez seria uma restrição ao estabelecimento de cenários alternativos, mais adequados à variação das circunstâncias. O pensamento dicotómico reproduz a sua polarização em apreciações extremas e radicais de situações no sentido comum de tudo ou nada, preto ou branco. O conceito de dependência de campo descreve a capacidade para diferenciar o essencial do acessório, na perspectiva de que as pessoas mais dependentes também serão mais afetadas por acontecimentos de vida negativos (Witkin & Goodenough, 1981). Hawton (1987), para além das disfunções cognitivas dos para-suicidas, enfatiza os défices ou aptidões para a resolução de problemas, desesperança, crenças e atribuições erróneas e dificuldades em regular os afetos. Freeman e Reinecke (1993) apresentam as principais distorções cognitivas que consideram estar presentes tanto em deprimidos como em para-suicidas: pensamento

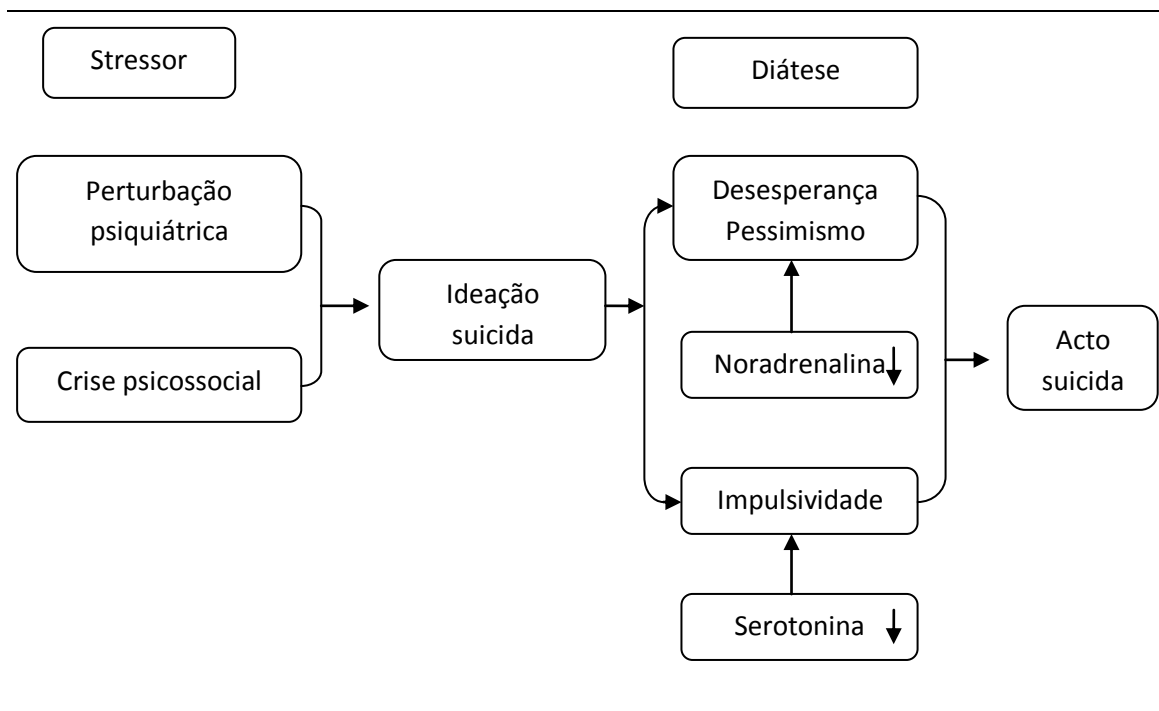
dicotómico, sentimentos de catastrofização, sobre generalização (hipergeneralização), abstração seletiva, inferência arbitrária, maximização e minimização, racionalização emocional, condicionalismos, rotulagem, personalização, controlo de falácias, pensamento comparado, desqualificação do positivo e falácia do belo.

1.3. Modelos traço-estado para comportamento suicidário

Apesar da maior parte dos comportamentos suicidários ocorrerem no decurso de perturbações psiquiátricas, nem todos os indivíduos com depressão, psicose ou outras perturbações mentais enveredam por comportamentos suicidários (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Mann, 2003). A constatação de que os comportamentos suicidários não constituem uma resposta lógica ao stress proveniente de perturbações mentais, fez crer que o risco de suicídio depende de outros fatores de risco, o que levou à formulação do modelo diátese-stress (Figura 3) para comportamentos suicidários (Mann, 1998). Na literatura médica diátese “é uma constituição do corpo que o faz reagir de determinada forma a estímulos extrínsecos, tornando a pessoa mais susceptível do que o normal a determinadas doenças” (Mann, 2003).

De acordo com este modelo, indivíduos que apresentem determinadas características genéticas, hereditárias, desenvolvimentais e sociofamiliares encontram-se mais predispostos (diátese) a enveredarem por comportamentos autolesivos. Entre os elementos da diátese em indivíduos com perturbação psiquiátrica, Mann e colaboradores (1999) encontraram elevada agressividade e impulsividade, desesperança e pessimismo, perturbação *borderline* da personalidade, ser fumador, ter tido no passado perturbações relacionadas com substâncias incluindo álcool, ter história familiar de comportamentos suicidários, lesão cerebral e ter sido abusado sexualmente em criança. Sher, Oquando e Mann (2001) encontraram a história familiar de suicídio, baixos níveis de líquido céfalo-raquidiano, abuso de álcool e outras substâncias, perturbações da personalidade do grupo B, elevada impulsividade e agressividade no passado, doença física crónica, particularmente envolvendo o cérebro, isolamento marital, perda parental anterior aos 11 anos de idade, antecedentes de abuso físico ou sexual em criança e desesperança.

Figura 3. Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, 2003)

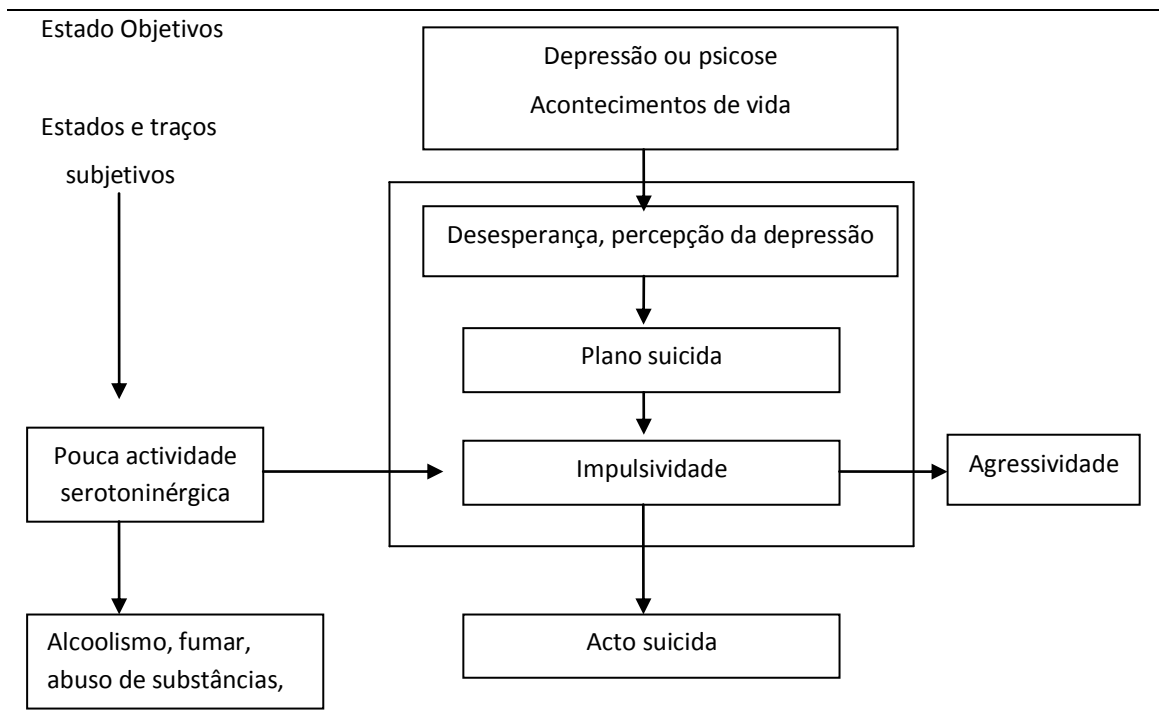


Entre os stressores típicos inerentes ao modelo diátese-stress é possível encontrar-se frequentemente o exacerbar de perturbação mental, mas normalmente acaba por ser um determinado stressor psicossocial agudo que precipita o comportamento suicidário (Mann et al., 1999).

Segundo Mann et al. (1999) os indivíduos com perturbações psiquiátricas apenas se encontram em maior risco suicida (cf. Figura 4). A observância do comportamento suicidário dependerá do impacto dos fatores inerentes à diátese (Mann, 2003). Além disso, aferiu-se que a severidade objetiva da perturbação, ou seja, o número de sintomas revelados pelo paciente para determinada perturbação, tem pouca probabilidade de prever um futuro comportamento suicidário, o que enfatiza a importância da diátese ou predisposição traço-dependente relativamente à severidade da perturbação na predição de comportamentos suicidários. Isto significa que a severidade objetiva da perturbação psiquiátrica não permite distinguir pacientes que tentam o suicídio de pacientes que não se enveredam por tal conduta (Mann et al., 1999; Sher et al., 2001). Em vez disso, será o impacto da doença ou dos acontecimentos de vida experienciados (e.g., problemas financeiros, profissionais e conflitos e perdas

interpessoais) que variam amplamente de indivíduo para indivíduo que se correlaciona com o comportamento suicidário (Sher et al., 2001).

Figura 4. Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann et al., 1999)

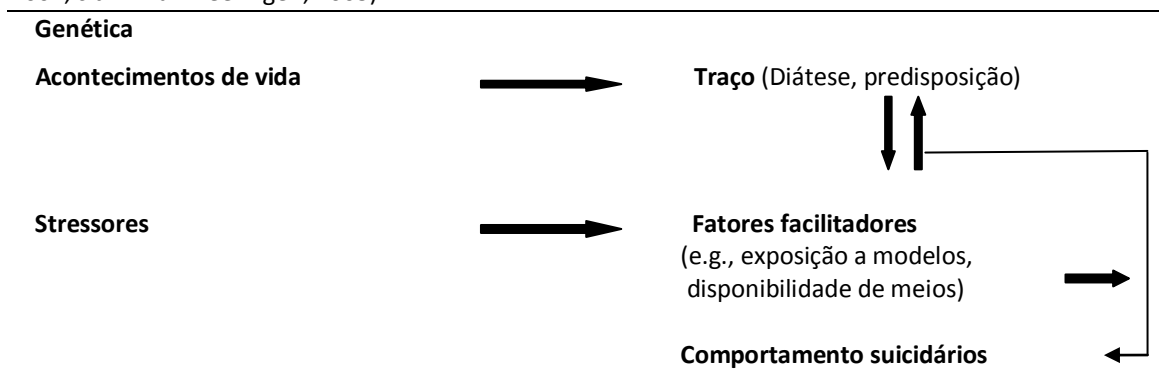


De forma idêntica, Van Heeringen (2003), considera que os comportamentos suicidários ocorrem mediante a interação traço-estado, categorizando três níveis de fatores de risco: fatores traço-dependentes, fatores estado-dependentes e fatores precipitantes (Figura 5). O autor reconhece que a patofisiologia dos comportamentos suicidários se encontra dependente de três sistemas neurobiológicos: hiperatividade do eixo hipotálamo hipófise suprarrenais, atividade excessiva do sistema noradrenérgico e disfunção do sistema serotoninérgico. Os dois primeiros parecem estar relacionados com a resposta a eventos indutores de stresse, enquanto a disfunção do sistema serotoninérgico parece depender dos traços de personalidade e associar-se a perturbações da ansiedade, impulsividade e agressividade.

Baseado na sobreposição entre abordagens neurobiológicas e cognitivas Van Heringen (2003) propõe o modelo psicobiológico dos comportamentos suicidários recorrendo ao estudo de Williams e Pollock no domínio cognitivo que demonstram que a predisposição traço-dependente para os comportamentos suicidários depende de três características: a percepção de derrota (i.e., tendência para que o indivíduo se percecione

como falhado quando confrontado com determinados stressores psicológicos); a percepção de incapacidade de fuga (i.e., associada a memórias autobiográficas deficitárias e défice nos mecanismos de *coping*); e percepção de impotência (i.e., tendência para desenvolver sentimentos de desesperança) (Williams & Pollock, 2001, *cit. in* Van Heeringen, 2003).

Figura 5. Componente interativa traço-estado do modelo do processamento (Adaptado de Van Heeringen, 2001, *cit. in* Van Heeringen, 2003).



1.4. Teoria psicológica interpessoal do comportamento suicidário

A teoria psicológica interpessoal do comportamento suicidário (TPICS) tem sido sujeita a investigações rigorosas e mostra-se promissora na compreensão do suicídio. Como tal, poderia servir de base para os esforços de prevenção e tratamento.

Desenvolvida por Joiner (2005), a teoria psicológica interpessoal do comportamento suicidário defende que para morrer por suicídio o indivíduo precisa desenvolver altos níveis de um sentimento frustrante de não pertença, uma percepção de ser um fardo para os outros e adquirir capacidade para se suicidar. As duas primeiras variáveis compreendem o desejo de morrer e a terceira a capacidade para realizar o ato. Assim, a característica fundamental desta teoria é distinguir entre os que desejam morrer por suicídio e aqueles que têm capacidade para infligir uma autoagressão letal. Por outras palavras, a teoria defende que muitos dos indivíduos que desejam morrer por suicídio não estão atualmente capacitados para se engajar numa tentativa letal e a maioria dos indivíduos que estão mais capacitados para o fazer, não desejam morrer. Portanto, o risco de suicídio severo envolveria não apenas altos níveis de desejo, como de capacidade suicida.

Ainda, de acordo com esta teoria, o desejo de morrer caracteriza-se por duas distorções cognitivas específicas: sentir-se isolado (não pertença) e perceber-se como um peso para os outros. Sentir-se isolado envolve sentir que não se está conectado com os outros, seja devido à crença de que ninguém cuida da pessoa, seja por sentir que apesar de cuidarem, os outros não podem compreender a situação do indivíduo. Sentir-se um peso para os outros envolve o sentimento de que o indivíduo não representa nada para o mundo, sendo, ao contrário, um fardo para os outros. Ambas as situações levam o indivíduo a sentir-se intoleravelmente isolado. Na realidade esses indivíduos raramente precisam verdadeiramente dos cuidados dos outros, mas os pensamentos automáticos disfuncionais que caracterizam a perturbação mental enviesam as percepções individuais do eu, do seu futuro e do mundo à sua volta. Por outro lado, muitos destes indivíduos embora contem com os cuidados dos outros, não valorizam esta experiência (ex. veteranos de guerra que retornem à vida civil podem sentir-se estranhos em relação aos outros que não tiveram a mesma experiência).

Trabalhos empíricos prévios avaliando essas variáveis suportam a sua utilidade na predição do desejo suicida, com muitos estudos a demonstrarem que a interação entre as duas variáveis prediz um constructo distinto mas altamente correlacionado com o suicídio: a ideação suicida (Joiner *et al.*, 2009; Van Ordene *et al.*, 2008). É importante sublinhar que a ideação e o desejo suicida não são considerados constructos idênticos, porque não foi demonstrado empiricamente que o grau em que um indivíduo deseja morrer por suicídio corresponde directamente à frequência com que o indivíduo pensa no suicídio.

Os constructos que conceptualmente estão relacionados com o sentir-se um peso para os outros e evitar o relacionamento, foram também associados com o aumento do risco para a ideação suicida (Bostwick and Pankratz, 2000). Os critérios de diagnóstico para a depressão incluem diminuição do valor próprio, que se assemelha a percepção de ser-se um “fardo” para os outros (*burdensomeness*). Ademais, a depressão tem sido associado com o aumento do isolamento social (Coyne, 1976), que conceptualmente espelha o sentimento de não pertença (*thwarted belongingness*). De forma similar, foi demonstrado em muitos estudos que a desesperança está associada ao aumento do desejo suicida (Abramson *et al.*, 1989). Van Ordene *et al.* (2010) propôs

que a desesperança pode amplificar o impacto da percepção de onerabilidade para os outros e os sentimentos de não pertença no grau do desejo suicida. Apesar da sobreposição entre a depressão, a desesperança, o sentir-se um fardo para os outros e o sentimento de não pertença, os componentes da teoria demonstraram uma validade incremental em estudos controlados para a depressão e a desesperança na predição da ideação suicida (Joiner *et al.*, 2009; Van Orden *et al.*, 2008).

Em suma, dado o papel central que têm no suicídio, os dois componentes do desejo suicidário (sentir-se isolado e experienciar-se como um fardo para os outros) devem ser tidos em conta nos tratamentos e intervenções terapêuticas.

A aquisição de capacidade para o suicídio (terceiro componente) é o que verdadeiramente distingue a teoria de Joiner (2005) de outras conceptualizações do comportamento suicidário. A auto-preservação é um instinto natural extremamente forte que só é possível negligenciar se o indivíduo se habituar com o sofrimento e o medo, e for capaz de os tolerar em doses significativamente elevadas. Este processo de habituação ocorre através de exposições repetidas a eventos dolorosos e provocativos. Assim, a teoria psicológica interpessoal do comportamento suicidário argumenta que para se agredir de forma letal, o indivíduo precisa de adquirir a capacidade para isso através da exposição e da habituação ao sofrimento físico, a experiências provocadoras e ao medo da morte. Tais exposições repetidas resultam na habituação ao sofrimento psicológico e a diminuição do medo de morrer, o que pode levar o indivíduo a tentativas de suicídio com altos níveis de letalidade. Ou seja, assim como a exposição continuada a um determinado fenómeno provoca um efeito de habituação tornando-o menos notado, o sofrimento físico torna-se menos pronunciado com o tempo, quando o indivíduo se habitua à experiência. Isto explica, em parte, a existência de um número superior de tentativas em relação ao número de suicídios. Tentativas repetidas serviriam para que um indivíduo adquira a capacidade necessária para infligir uma autoagressão letal. Ademais, experiências que envolvem testemunho do sofrimento e da violência, muitas vezes na ausência de sofrimento físico, são lembrados como passíveis de contribuir para a aquisição de capacidade, o que pode explicar o facto de médicos dos serviços de emergência e soldados que testemunharam lesões não dirigidas a si serem vulneráveis ao comportamento suicidário.

Uma ampla coleção de estudos empíricos forneceu evidências que suportam esta perspectiva. Com efeito, Nock e Prinstein (2005) consideram que indivíduos que se engajam em frequentes comportamentos de auto-dano não suicidários referem anestesia ao sofrimento durante os episódios de autoagressão. Orbach et al. (1996) referem que os indivíduos admitidos nos serviços de emergência devido a tentativas de suicídio exibem maiores níveis de tolerância ao sofrimento do que os admitidos por lesão acidental. Segundo os mesmos autores (1997) os indivíduos com múltiplas tentativas de suicídio exibem uma maior tolerância ao sofrimento quando comparados com os indivíduos com uma ou nenhuma tentativa de suicídio.

Numa avaliação direta do constructo, Van Orden et al. (2008) referem que a aquisição de capacidade para o suicídio prediz o número de tentativas de suicídio dos indivíduos. Adicionalmente, a ausência de sofrimento durante os episódios de auto-dano tem sido evidenciada como preditora do número de tentativas de suicídio ao longo da vida (Nock, et al., 2006). Orbach et al. (1997) verificaram que os indivíduos admitidos num serviço de emergência imediatamente após uma tentativa de suicídio exibiam menor sofrimento e maior tolerância do que os indivíduos admitidos no mesmo serviço na sequência de lesões acidentais. A experiência de sofrimento não apenas parece ter impacto na forma como o sofrimento é percebido, como também o efeito parece ser maior quando o sofrimento é autoinfligido intencionalmente. Estudos mais recentes avaliaram a aquisição da capacidade para o suicídio utilizando uma medida de autorresposta “Escala de Aquisição da Capacidade para o Comportamento Suicida” (Bender, Gordon, & Joiner, 2007). Van Orden, Witte, Gordon, Bender and Joiner (2008) verificaram que o número de experiências prévias de eventos dolorosos e provocativos prediz níveis elevados de tolerância ao sofrimento psicológico e justifica um amplo número de tentativas prévias de suicídio.

Portanto, a teoria de Joiner (2005) mostra-se importante para compreender os mecanismos subjacentes à vulnerabilidade do indivíduo ao suicídio e permite aos investigadores e clínicos desenhar tratamentos e intervenções eficazes e eficientes para, de forma célere, diminuir os sintomas que contribuem para o risco. Por outro lado, ajuda a compreender as variáveis que aumentam o risco e permite avaliar o risco de forma sistemática o que possibilita determinar se um indivíduo está em perigo

eminente. Também, clarificando a verdadeira natureza do risco de suicídio, temos uma boa perspectiva de diminuir a rica e pervasiva informação errónea existente neste domínio. Segundo esta teoria, não basta desejar morrer, é preciso que a pessoa adquira capacidades para se suicidar.

Joiner et al. (2009) referem que a interação entre os três componentes da teoria interpessoal psicológica do suicídio prediz o rácio clínico do risco de suicídio, sendo que níveis elevados nas três variáveis conferem maior nível de vulnerabilidade. Apesar das investigações prévias no âmbito desta teoria parecerem consistentes, Anestis et al. (2011) são da opinião de que estas investigações empíricas poderiam beneficiar se considerassem o papel de outros fatores que podem influenciar a motivação para o suicídio. Um constructo estudado no âmbito desta teoria é a desregulação emocional cuja relação com a suicidalidade será objeto de estudo no capítulo VII.

2. Modelos Evolucionários

2.1. Modelo biopsicossocial

Eisenberg (1986) chamou a atenção para a necessidade de uma ciência da mente e psicopatologia que se baseasse numa abordagem sistémica. Foi um abandonar do reducionismo segundo o qual a depressão pode ser reduzida a umas trocas químicas no cérebro, emergência de crenças nucleares ou comportamentos de evitamento e, pelo contrário, vê-la como envolvendo interação, padrões complexos de sistemas dinâmicos. Gilbert (2008) considera que a depressão envolve uma interação entre sintomas complexos e disfuncionais, podendo as pessoas deprimidas apresentar distúrbios a vários níveis. O modelo biopsicossocial sugere a exigência de uma gama de fatores biológicos que podem ter impacte nos modos e pensamentos por um lado e nas relações sociais por outro. Existem boas evidências de que ao nível psicológico certos neurotransmissores estão perturbados (a serotonina, noradrenalina e a dopamina estão aumentados na depressão). Isto afeta a habilidade de experienciar emoções positivas (alegria, felicidade e prazer) e interessar-se pelas coisas (ex. alimentos ou sexo), para além de afetar também sentimentos e emoções negativos tais como ansiedade, raiva (cólera) e vergonha. É também claro que a depressão está associada a um incremento na atividade do “sistema ligado a resposta de stresse”. Exemplo, muitas pessoas deprimidas apresentam níveis elevados de cortisol: uma hormona do stresse. É facto

que as alterações psicológicas que acompanham a depressão podem afetar (e são parte de) *modos*, comportamentos e habilidades tais como a memória e a concentração. No domínio psicológico a pessoa não somente sente-se mal, mas tende a ver-se a si própria, ao futuro e ao mundo de forma negativa (Beck *et al*, 1979). Verifica-se uma atenção seletiva sobre os comportamentos associados à depressão (evitamento e ruminação) (Dimidjan *et al*, 2006). Pensamentos, comportamentos e memórias devem ser sempre objetos específicos de terapia. Estes processos têm impactos claros na atividade psicológica e nas relações sociais.

As pessoas deprimidas podem evidenciar várias dificuldades de vida e problemas nas relações sociais (Brown & Harris, 1978; Brown, Harris & Hepworth, 1995). Diferentes tipos de pessoas/interações sociais podem estar relacionados com diferentes perfis de sintomas (Keller *and* Ness, 2006). Relações e papéis sociais desejados podem ter um papel importante na vulnerabilidade, início e recuperação (Champion *and* Power, 1995). Conflitos conjugais estão altamente associados à depressão quer como causa quer como consequência (Beach *and* Jones, 2002). Geralmente relações de suporte e amorosas levam ao bem-estar e recuperação, enquanto relações de criticismo, negligência, hostilidade e isolamento social resultam no contrário (Gilbert, 2008).

Gilbert (2008) apresenta uma conceptualização da depressão proposta inicialmente por Brown e Harris (1978) que identifica três domínios-chave na gênese da depressão: fatores de vulnerabilidade precoce (genéticos, abuso, separações/morte, falta de afetividade/controlo, relações pobres com os pares), vulnerabilidade atual e fatores precipitantes (eventos de vida major, morte, perda, separação, derrotas, conflitos, armadilhas).

Os fatores de vulnerabilidade precoces podem incluir a gama de fatores referidos atrás, tais como vulnerabilidades genéticas e experiências de vida precoces difíceis. Estes indivíduos podem ser vulneráveis em várias áreas, que se podem acentuar no contexto de vulnerabilidades correntes tais como isolamento social, *bullying*, desemprego, conflitos conjugais ou no trabalho. Tal com sugerem Brown e Harris (1978), este conjunto de vulnerabilidades é normalmente “explosiva”. Seja como for, no contexto de eventos de vida major que têm consequências a longo prazo, como por exemplo o desemprego, pode provocar uma espiral terminando na depressão. A importância desta

forma de pensar a depressão reside no facto de sugerir que a depressão não é um problema preto ou branco, presente ou ausente, mas podem existir graus, e que as depressões podem refinar-se ou diminuir. Um acontecimento precipitante (provocador) pode acentuar uma dificuldade no *modo*. O diagnóstico deve fazer-se quando um certo número de sintomas se manifestem, mas os fatores podem existir antes disso e podem estar a comprometer o bem-estar da pessoa há muito tempo.

Neste tipo de modelo, as vulnerabilidades podem interagir entre si, como por exemplo, torna-se difícil aos indivíduos que tiveram traumas arranjar amigos ou manter empregos. Por vezes, a vida desses indivíduos tende a ser marcada por uma variedade de acontecimentos que estão associados ao seu estilo de *coping* interpessoal (Hankin and Abramson, 2001). Shahr *et al.* (2003) verificaram num grande grupo de adolescentes, que o Auto criticismo prediz uma menor quantidade de acontecimentos positivos nas raparigas. Os mesmos autores (*in ibidem*) sugeriram que em última análise os estilos autocríticos ou de auto-reasseguramentos esbarram-se naquilo que provocam no ambiente social ou não social. Portanto, os acontecimentos de vida não são necessariamente independentes do estilo pessoal de engajamento no mundo.

No decorrer de uma depressão verifica-se um acentuar dos sistemas de stresse fisiológico e psicológico e, especialmente, de aspetos experienciais tais que a pessoa começa a ter uma visão negativa de si própria, do mundo e do seu futuro. Tipicamente os seus comportamentos de *coping* são problemáticos. Elas podem fazer rumações sobre o que se passou mal consigo mesmas em vez de se focarem no *coping* e procurar melhorar a sua situação. Normalmente, as opções de *coping* podem levar ao evitamento e a sentimentos de encurralamento (cair em armadilhas) e focar-se em sentimentos de derrota e evitamentos. Se sair de um ambiente abusivo é assertivo, evitar amizades pode não ser a melhor opção (pode tornar as coisas mais difíceis e ter por resultado o arrependimento após a depressão).

Entre os conceitos fundamentais da teoria de Gilbert, destacam-se a derrota e o encurralamento pela sua importância para a compreensão do comportamento suicidário.

Encurralamento

Na abordagem biopsicossocial da depressão, Gilbert (1992, 2004) sugeriu que eventos de vida associados à depressão são normalmente experienciados como armadilhas. A pessoa pode ter sentimentos de querer fugir, mas sentir-se incapaz de o fazer. Eventos sociais experienciados como humilhantes ou vergonhosos e de que a pessoa se sente incapaz de escapar (ex. Um marido abusador e insuportável) são mais depressogénicos do que situações de perda apenas (Brown, Harris & Hepworth, 1995; Farmer & McGuffin, 2003). Avaliando o encurralamento enquanto desejo enorme de fugir mas sentindo-se incapaz de o fazer, com instrumentos de autorresposta, Gilbert e Allan (1998) verificaram que ambos estavam altamente associados com a depressão e, sobretudo, com a desesperança. Para Swallow (2000) e Gilbert (2000b) o encurralamento é comum nas pessoas deprimidas. Ademais, as pessoas podem ter rumações sobre seus sentimentos de encurralamento, inabilidade para fugir e sentimento de ser imperfeito. O encurralamento e a rumação sobre a fuga estão associados ao suicídio (Baumeiste, 1990; O'Connor, 2003). Gilbert e Allan (1998) verificaram que o encurralamento interno estava altamente relacionado com a depressão. Numa investigação utilizando o método qualitativo, pessoas deprimidas sugeriram que podem sentir-se encurralados numa depressão e/ou pelos seus pensamentos e sentimentos (Gilbert & Gilbert, 2003). Gilbert *et al.* (2001) constataram que o sentir-se encurralado com e desejando fugir de vozes malévolos estava significativamente associado com a depressão em pessoas com alucinações auditivas. É possível que a rumação comprometa a saúde mental quando se desencadeia a motivação para a fuga, mas esta é bloqueada (Gilbert, 2001).

Tendo em conta o desejo intenso de libertar de algo que por vezes nem se sabe bem o que é, característico de muitos para-suicidas, importa explorar a relação entre o encurralamento, a depressão e os comportamentos suicidários.

Derrota

A perspectiva evolucionária interpreta a psicopatologia como o resultado da ativação de estados cerebrais que evoluíram através de processos de seleção natural desempenhando um papel essencial na sobrevivência e adaptação ao meio ambiente. Assim, todas as espécies, incluindo a humana, precisam de sistemas evolutivos psicobiologicamente preparadas de resposta ao meio e que lhes permitam detetar, reconhecer e responder a ameaças e a outros estímulos ambientais (Pinto-Gouveia, 2000). Portanto, na base da regulação comportamental e

emocional do homem encontram-se, estratégias filogeneticamente evoluídas tipo luta, fuga, aceitação da derrota e subordinação, vinculação, procurar e receber ajuda ou elaboração de alianças. Entre as estratégias de defesa, a derrota e a subordinação social têm sido estudadas no âmbito da teoria do posto social. A competição entre iguais por recursos como território, alimento, oportunidades sexuais, ou elaboração de alianças, suscita conflitos e lutas nos quais uns perdem e outros ganham. Price (1969, 1972), baseando-se em estudos com animais, propôs que sentimentos de inferioridade, estados de ansiedade e, particularmente, estados depressivos podiam resultar de derrota competitiva em contextos sociais. O contendor que percebeu que pode ser derrotado, pode responder lutando mais intensamente, apesar da eminência de insucesso e risco de ferimentos graves ou morte, ou então, emitir sinais capazes de influenciar o estado mental do oponente e parar a agressão sem grandes consequências. Isto é, parece existir uma espécie de mecanismo interno que inibe o comportamento desafiador, quando o indivíduo está na eminência de perder ou perdeu um conflito. Gilbert e Allan (1998) designaram de estado de derrota à estratégia primitiva que envolve modificações biológicas internas que de forma automática força o sujeito em risco a fugir, recuar ou submeter-se, reduzindo a tendência para a continuação do conflito ou luta que não pode ganhar e a reduzir a aspiração por esse objetivo.

A depressão seria o resultado do impacto dos comportamentos de submissão no próprio indivíduo, pela diminuição de autoconfiança, inibição de comportamentos desafiadores e do desejo de obtenção de recursos que provoca. A derrota competitiva está associada a passividade, desinvestimento do ambiente e da procura de recursos (Price, 1972). Segundo Gilbert (2002), é possível que no homem a percepção de derrota possa ser fundamental na diminuição da atividade dos sistemas de reforço e portanto, da ocorrência e manutenção do afeto depressivo e anedonia.

Atualmente, a competição baseia-se essencialmente na atração social e formação de alianças. Porém, ser escolhido para parceiro sexual ou aliado é igualmente estar a competir, e falhar nesta competição desencadeia os mesmos mecanismos da derrota (Gilbert, 2001).

A comparação social é uma estratégia evolucionária básica utilizada como analisador entre recursos próprios e os recursos dos oponentes. Normalmente é utilizada por espécies territoriais predominantemente nos répteis, aves e alguns mamíferos solitários no sistema de defesa territorial, particularmente na seleção -sexual

por espécies vivendo em grupo. Funciona como uma espécie de sistema verificador do posto social e dos recursos potenciais ou de poder num conflito. No homem, a comparação social está ligada à avaliação do poder de atracção social, *social attention holding power* (SAHP). Bem como ao comportamento assertivo e submisso (Gilbert, Prince, & Allan, 1995). Em contexto clínico, apesar de a derrota surgir frequentemente ligada à percepção de baixo estatuto social (comparação social negativa), parece ter um efeito específico na determinação do humor. Parece que os sentimentos de derrota são mais determinantes para a ocorrência da depressão do que a percepção de baixo estatuto social isolada (Gilbert & Allan, 1998).

Derrota, encurralamento e comportamento suicidário

A ideia de que a percepção de derrota é intrínseca aos comportamentos suicidários não é nova (e.g. Kalmann & Anastasio, 1947). Muitas teorias sobre os comportamentos suicidários enfatizaram o desejo de escape como um ímpeto central (Baumeister, 1990; Johnson et al., 2008; Shneidman, 1996). Isto é, a percepção de encurralamento parece central na suicidalidade (Holmes, Crane, Fennell, & Williams, 2007; Bancroft, Skrimshire, & Simkin, 1976). Segundo o modelo teórico do *Cry of Pain* (COP) (Williams, 1997) a percepção de encurralamento devido a intoleráveis situações internas ou externas indutoras de stresse é uma força putativa para desejos e atos suicidários. De acordo com o modelo, o comportamento suicidário é uma reação e uma tentativa de escape deste estado de encurralamento, que de acordo com (Williams, 1997; Williams, Crane, Barnhofer, & Duggan, 2005) emerge na sequência de experiências de derrota. O modelo considera que estas circunstâncias ativam um "modo de desesperança", que do ponto de vista evolucionário se destina a facilitar o *giving up* e a submissão nos indivíduos (Williams, 1997; Williams et al., 2005). À semelhança da teoria do *rank* social da depressão, sugere-se que a manutenção neste registo de desesperança realça o comportamento suicidário (Williams, 1997). Enquanto mecanismo evolucionário, este modo (*script*) de desesperança desenvolveu-se para ajudar a sobrevivência, e o suicídio é compreendido como uma reação mal adaptativa a este modo que ocorre nalguns indivíduos, tais como aqueles que não possuem estratégias efetivas para eliciar ajuda.

A grande similaridade entre a teoria do posto social da depressão e o modelo do grito da dor (COP) quanto ao papel da derrota, encurralamento e respostas psicobiológicas, sugere a seguinte questão: porque é que a sequência de eventos descritos nos dois modelos leva uns indivíduos a desenvolverem a suicidalidade e outros a depressão? Uma possibilidade é que estruturas cognitivas suicidogénicas pré-existentes aumentam a propensão (*likelihood*) para o suicídio nalguns indivíduos. Estes podem incluir estruturas mentais pré-existentes para o comportamento suicidário, crenças sobre o suicídio, ou esquemas suicidogénicos (Johnson et al., 2008; Lau, Segal & Williams, 2004; Pratt, Gooding, Johnson, Taylor, & Tarrier, 2010; Rudd, 2006; Williams et al., 2005). É possível que essas crenças surjam da exposição a tentativas de suicídio por parte de outros indivíduos, particularmente dos cometidos por pessoas próximas. Sugere-se que tais cognições pré-existentes podem ser ativadas pela perceção de derrota e encurralamento, o que poderá levar um indivíduo a esquemas particulares de ideação suicida e comportamento suicidário em resposta a essas percepções.

Numa tentativa de apontar diferenças individuais na suicidalidade, o modelo do grito da dor (COP) sublinha alguns processos chave que realçam a extensão do encurralamento nas experiências individuais (Williams et al., 2005). As pessoas diferem na sua sensibilidade para lidar com a derrota no seu meio (Williams, 2005), no seu potencial de escape, isto é, na habilidade para resolver problemas (evidência de défice de resolução de problemas em indivíduos com comportamentos suicidários) (Johnson et al., 2010), bem como na perceção de potenciais fatores de escape. Recursos externos de escape são operacionalizados como suporte social (Rasmussen et al., 2010). Por outro lado, sugere-se que para ser suicidogénico, o encurralamento precisa de ser projetado no futuro na forma de desesperança (Williams, 1997; Williams et al., 2005). Todavia, o modelo do grito da dor (COP) tem sido criticado pela sua falta de clareza em relação à inter-relação entre os componentes psicológicos da derrota e do encurralamento (Johnson et al., 2008). Por exemplo não é claro se a desesperança é simplesmente um aspeto do constructo encurralamento, um antecedente ou uma consequência (Johnson et al., 2008).

Alguns estudos transversais avaliaram a relação entre a derrota, o encurralamento e a suicidalidade. Dois estudos investigaram o para-suicídio (definido

como o engajamento em auto-dano sem a intenção de se matar). O primeiro estudo utilizou medidas não validadas de derrota e de potencial escape, adicionando uma medida de suporte social enquanto fator de risco (O'Connor, 2003). Estas variáveis foram estudadas numa análise de regressão logística simultaneamente com níveis de ansiedade, depressão e desesperança predizendo o para-suicídio como resultado. Apenas a derrota (OR=.81), o suporte social (OR=1.55) e a interação entre o suporte social e o escape potencial (OR = .94) mostraram-se preditores significativos, classificando com sucesso 90% dos participantes. Essa interação mostrou que níveis baixos de suporte social aumentam o risco de para-suicídio, e que esta relação era maior entre os indivíduos com baixa percepção de escape potencial. Como baixo suporte e baixo potencial de escape são assumidos como elementos chave da percepção do encurralamento, essa interação significativa sugere finalmente a associação entre encurralamento e comportamento suicidário. Todavia, a validade desses dados é questionável devido ao uso de medidas não validadas de derrota e escape potencial. O segundo estudo utilizou escalas mais amplamente validadas de derrota e encurralamento (Rasmussen et al., 2010). Esse estudo proporcionou um teste formal ao modelo esquemático do grito da dor (COP), segundo o qual a percepção de encurralamento medeia a relação entre a derrota e a ideação suicida. Os resultados suportam este resultado em indivíduos que cometeram para-suicídio, controlando a depressão, ansiedade, história de auto-dano e intenção suicida.

Estudos transversais apresentaram uma abordagem alternativa pela inclusão das escalas de derrota e encurralamento como indicadores de uma única variável latente, estimada no quadro de um modelo de equação estrutural (Taylor, Gooding, et al., 2010; Taylor, Wood, Gooding, & Tarrier, 2010), seguindo as recomendações recentes de que essas variáveis são melhor conceptualizadas como um único fator (Johnson et al., 2008; Taylor et al., 2009). Essa variável latente mostrou mediar a relação entre sintomas psicóticos positivos, particularmente na paranoia e suicidalidade em indivíduos com distúrbios do espectro da esquizofrenia (Taylor, Gooding, et al., 2010). Estes resultados mostraram que os sintomas positivos podem ser suicidogénicos pelo seu contributo para a elevada sensação de derrota e encurralamento. Este efeito manteve-se quando controladas a sintomatologia depressiva e a desesperança.

Num segundo estudo, a variável latente derrota/encurralamento mediou a relação entre a suicidalidade e a auto-avaliação no domínio do suporte social e resolução de problemas, numa amostra de estudantes com ideação suicida presente ou passado (Taylor, Wood, et al., 2010). Especificamente, níveis mais elevados de avaliação negativa na percepção do suporte social e habilidade para resolver problemas sociais relacionaram-se com níveis elevados de derrota/encurralamento, que por sua vez mostraram-se preditores do aumento da suicidalidade. Esses resultados mantiveram-se mesmo quando ajustados os níveis de desesperança (Rasmussen et al., 2010; Taylor, Gooding, et al., 2010; Taylor, Wood, et al., 2010).

Dois estudos transacionais investigaram a ligação entre o encurralamento e a ideação suicida em adolescentes, numa amostra de estudantes coreanos (Park et al., 2010) e jovens sem abrigo (Kidd, 2006). Em ambos os casos foram estimados modelos de equação estrutural tendo mostrado que o encurralamento era um preditor próximo da ideação suicida. O encurralamento apareceu como o único maior preditor da ideação suicida, quando controlado o efeito de outros fatores de risco psicológicos (traço de raiva, ruminação da raiva, autoestima) e ambientais (abuso de substância e experiências de negligência e abuso no passado). Este estudo apresentou algumas limitações que puseram em causa a interpretação dos efeitos de mediação.

Estudos qualitativos exploraram a fenomenologia que envolve os pensamentos e comportamentos suicidários, reportando o tema central do encurralamento. Um estudo avaliou estas experiências numa amostra de tailandeses que tentaram o suicídio (Tzeng, 2001). A sensação de estar encurralado num círculo e desejando, mas não sendo capaz de escapar dessa circunstância de vida foi central no relato dos participantes. Outro estudo examinou a incapacidade de escapar ou mover-se numa amostra de jovens sem abrigo com ideação suicida e tentativa de suicídio (Kidd, 2004). Esta sensação subjetiva de encurralamento foi interpretada como mediadora da relação entre experiências de vida aversivas (tais como abuso de substância e prejuízo social) e suicidalidade. Este argumento foi suportado pelos estudos quantitativos descritos acima.

Em síntese, existem evidências clínicas e não clínicas de que a percepção tanto de derrota como de encurralamento estão associadas ao aumento do risco para a suicidalidade. Investigações qualitativas também suportam o papel central do

encurrallamento na suicidalidade. As investigações nesta área são em menor número do que para a depressão, pelo que as conclusões se tornam preliminares. Ademais, a ausência de pesquisa prospectiva faz com que a direccionalidade dos efeitos não seja clara. Todavia, os estudos efetuados foram relativamente robustos em termos metodológicos, controlando varáveis psicologicamente confundentes, tais como desesperança, ansiedade e depressão. Além disso, o uso predominante de complexas análises multivariadas e de mediação proporcionou evidências de que a derrota e o encurrallamento têm um papel proximal nos mecanismos subjacentes ao suicídio, mediando os efeitos dos outros fatores ambientais (solidão, abuso e negligência) e psicológicos (sintomas psicóticos positivos, auto-avaliação negativa, baixa autoestima) nos níveis de suicidalidade.

2.2. Teoria da vinculação e risco de suicídio

Pelo enorme impacto que produziu tanto no pensamento científico como na investigação psicopatológica, a teoria da vinculação (Bowlby, 1969) é uma das teorias mais conhecidas do modelo social evolucionário (Bowlby, 1969; 1973; Cassidy & Shaver, 1999). A vinculação é um processo evolutivo precocemente modelado pelas relações parentais, que interfere de forma congruente nas relações interpessoais do indivíduo durante toda a vida. O modelo pressupõe um conjunto de sistemas de controlo motivacionais, emocionais e comportamentais que visam manter a mãe ou cuidador em contacto próximo, promovendo cuidados, proteção e recursos ao recém-nascido. A separação da mãe representa risco e ameaça para a criança que reage com comportamentos de protesto e desespero. Se o protesto é uma estratégia de reunião, de procura urgente da mãe, todavia o desespero traduz uma descativação comportamental quando o protesto não funcionou. Em muitos animais a vinculação tem a função suplementar de proteger contra predadores pelo silêncio e imobilidade (Gilbert, 2006). Sabe-se que a depressão é frequentemente precipitada por perdas sociais (Bowlby, 1980; Brown et al., 1995; Kendler *et al.*, 2003) e que a (pato)fisiologia da reação de protesto/desespero partilha muitos aspetos com a depressão (Reite & Field, 1985). Além disso, relações precoces negligentes ou abusivas têm um impacto no desenvolvimento do cérebro aumentando o risco para as perturbações do humor (Gerhardt, 2004; Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). Igualmente, a

capacidade de utilização do suporte social disponível encontra-se relacionada com a vinculação (Brown & Harris, 1978; Brown *et al.*, 1986). Estudos fisiológicos têm demonstrado que o processo de vinculação é mediado pela oxitocina (Carter, 1998) que tem uma ação antagonizadora da resposta de stresse inibindo por exemplo o cortisol. Porém, a dificuldade de desenvolver relações afiliativas pode ter um impacto negativo ao reduzir o mecanismo de amortecimento dos efeitos do stresse conseguido pelo suporte social (Carter, 1998).

Gilbert (2005) baseando-se na teoria da vinculação desenvolveu o modelo de regulação emocional assente basicamente em três sistemas: (1) de autoproteção/defesa e ameaça, responsável por emoções de ansiedade, raiva, tristeza e descontentamento, possivelmente mediado pela serotonina; (2) sistema ativador, de procura de reforços e incentivos que produz emoções de excitação, vitalidade e energia, provavelmente mediado pela dopamina; e (3) sistema de Auto tranquilização e proximidade/vinculação, responsável no ser humano por sentimentos de contentamento e felicidade, possivelmente mediado por opióides internos e oxitocina (Depue & Morroe-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005). O primeiro sistema está relacionado com o afeto negativo e os dois últimos com o afeto positivo. Esses três sistemas interagem entre si e dessa interação resultaria a regulação emocional.

Sabe-se hoje que situações perturbadoras da vinculação interferem com os circuitos cerebrais direitos córtico-subcorticais e límbico-autonómicos, reduzindo a capacidade de lidar com o stresse ao longo da vida (Schore, 2001). As situações mais perturbadoras da vinculação parecem ser o abuso sexual, a violência e a negligência (Schore, 2009). As crianças usam o estado mental dos cuidadores para regular o seu próprio estado mental. Daí que as pessoas que foram amadas e cuidadas em criança parecem desenvolver Auto tranquilização de forma a superar as adversidades. Pelo contrário, as pessoas que em crianças foram vítimas de abuso (físico, psicológico, sexual), negligência ou perdas (parental, afeto, apoio) ou criadas por mães deprimidas, parecem apresentar uma hiperestimulação das vias que medeiam o sistema de defesa/ameaça, levando a uma maior sensibilidade e a uma resposta mais intensa e duradoura de estados de afeto negativo e comportamentos defensivos. Por outro lado, parece existir uma subestimação do sistema de Auto tranquilização, reduzindo o afeto

positivo, com articulação diminuída de esquemas interpessoais do eu, mas também dos outros como próximos, benéficos, tranquilizadores, reconfortantes e bons (Gilbert, 2006).

Um outro componente mais específico da teoria biopsicossocial do Gilbert que pode ter interesse para o suicídio é a teoria do posto social.

2.3. Teoria do posto social (*Social Rank Theory*)

2.3.1. Introdução

A teoria do posto social é um aspeto importante da teoria sociocognitiva da depressão (Gilbert, 2006). Segundo essa teoria, o controlo sobre acontecimentos não sociais (aversivos), sobre acontecimentos positivos, e objetivos desejados, apesar de constituir um aspeto saliente do humor, não é comparável ao controlo dos estímulos indutores de stresse social. Gilbert (ibidem) considera que a importância do controlo sobre as variáveis indutoras de stresse social resulta das assunções que a seguir se apresentam.

As relações sociais são essenciais para a sobrevivência, superação da adversidade e reprodução. Perder o controlo sobre esta dimensão da existência seria pôr em causa a própria capacidade reprodutiva.

Os padrões sociais estão envolvidos em padrões de comunicação dinâmicos. Por exemplo, a exibição por um dominante de um padrão comportamental agressivo pode por si só imobilizar um subordinado e produzir uma ativação psicofisiológica (Sapolsky, 1989). Por outro lado, o estado depressivo pode comunicar ao outro, informações sobre o estado do Eu, regulando a interação social (Price, Gardner, & Ericsson, 2004).

Os stressores sociais originam-se nas mentes dos indivíduos com os quais se tenta interagir para criar certos papéis sociais (e.g. pedir atenção ou apoio, acasalar, lutar para dominar e arriscar ser agredido ou rejeitado). O stresse e as perdas sociais neste caso relacionam-se com a incapacidade de influenciar a mente dos outros para a interação desejada, isto é, uma pessoa pode sentir-se incapaz de influenciar a mente do outro para parar ataques, criticismo ou rejeição, ou despertar papéis desejados como parceria sexual, apoio social ou outro comportamento afiliativo. Estas questões centram-se no modo de regulação das mentes e, assim, os sistemas de informação social (Gilbert & McGuire, 1998; Cacioppo, Berntson, Sheridan, & McClintock, 2000).

A investigação sobre a resiliência no contexto de acontecimentos de vida (ADV) verificou que estes, *per se*, eram fracos preditores de depressão e outra psicopatologia, mas experiências parentais precoces, fraco suporte social e as valências pessoais atribuídas aos acontecimentos de vida influenciavam particularmente a resiliência à adversidade (Masten, 2001).

Portanto, o cérebro humano possui dois tipos de estratégias ou módulos pré-programados (A e B) que detetam (e.g. ameaça/segurança), leem (via processamento de informação) e respondem (via resposta neuro-endócrina, emocional e comportamental) de acordo com o contexto (Gilbert, 2005):

- Sinalização contra predadores e ameaça vital: estão preparados para a proteção e procura de segurança e incluem comportamentos básicos tais como: fuga, luta, dissimulação, imobilização ou catalepsia.

- Módulos ou mentalidades sociais, que elaboram a sinalização social programada para o envolvimento em papéis sociais. Os módulos ou estratégias utilizados com semelhantes para o desempenho de papéis sociais fundamentais ou mentalidades sociais têm as seguintes funções principais: obtenção de cuidados, prestação de cuidados, formação de alianças, papel sexual e posto social ou hierarquias de dominância/submissão.

Formas de analisar sinais sociais e modos de reagir de forma a ter impacto na mente do outro foram-se desenvolvendo ao longo do processo de evolução. Assim, a sinalização sexual ou erótica destina-se a estimular o interesse sexual; sinais de ameaça amedrontam e afastam; sinais de apoio, cuidado e ajuda formam alianças.

As regras de interação social são vitais tanto para o grupo como para o indivíduo. As mentalidades sociais são o resultado da interação entre motivações, emoções, rotinas de processamento de informação e comportamentos, originando diferentes padrões internos de atividade neurofisiológica (Gilbert, 1989, 1995). Ajudam assim na criação de papéis sociais que resolvem formas particulares de desafios sociais.

Estes padrões internos são ativados por estímulos externos (e.g. como se sente que se é visto pelo outro), por motivações internas e por processamento de informação que dá significado aos sinais externos. Por exemplo, a criação de um papel afiliativo surge não só da motivação, mas também do modo como os outros se relacionam com o

indivíduo e como este interpreta esses sinais (desejado/rejeitado, valorizado/depreciado, forte/fraco) (Gilbert, 2004). Gilbert descreve basicamente cinco modos:

1) A mentalidade social de obtenção de cuidados envolve a formação de relacionamentos com os outros que podem prover cuidados, promover sobrevivência, reduzir as ameaças precoces durante o desenvolvimento e estabelecer a regulação emocional, fundamental para o processo de vinculação. Competências: procura de outros, capacidade para apelos de afiliação e procura de ajuda, sensibilidade a apelos e outros sinais do cuidador.

2) A mentalidade social de promoção de cuidados envolve formação de relacionamentos com outros que precisam de cuidados, energia, tempo e outras necessidades para promover a sua sobrevivência, crescimento e reprodução, fundamental igualmente para o processo de vinculação. Reduz a ameaça aos descendentes e aliados mais jovens ou enfraquecidos. Competências: responsividade, avaliação e promoção de resposta aos apelos de afiliação, empatia e simpatia.

3) A mentalidade social de formação de alianças envolve relacionamentos de cooperação com os outros, com partilhas e trocas, afiliação, amizade, vivência em grupo, comportamento recíproco e inibição da agressão. Competências: avaliação de semelhanças (equivalente, semelhante, desejável), pertence ou não ao grupo, é desejável como aliado. Esta mentalidade social origina reciprocidade, igualdade de direitos, bem como redução de conflitos e ações cooperativas na resolução de problemas de sobrevivência.

4) A mentalidade social do papel sexual envolve formação de relacionamentos com outros para comportamentos sexuais (atrair, ser atraído, seduzir ou cortejar e manter o relacionamento por um certo período) e a utilização de estratégias, grupos de emoções e motivações para relacionamentos sexuais de curta duração com diferenças entre espécies e géneros.

5) A mentalidade do posto social envolve conquistar ou manter dominância ou estatuto, formação de relacionamentos com outros para competição direta por recursos, acomodação em relação ao líder (submissão/afiliação) e competição para ser escolhido (líder, aliado ou parceiro sexual). Soluciona o problema de lutas permanentes e aumenta a paz social. Em humanos, quem ganha domina o nicho ecológico.

Nas interações sociais, não apenas o conjunto, mas também a organização de subsistemas funcionais específicos e não específicos permitem o desempenho de papéis sociais. Por exemplo, as formas e a intensidade do comportamento competitivo são reguladas pela mentalidade do posto social relacionada com motivações de dominância, derrota (e.g. ser mais poderoso, derrotar) ou de competição social (e.g. ser mais atraente ou desejado), emoções de vencer e medo de falhar, conjuntamente com rotinas de processamento de informação (e.g. comparação social).

A mentalidade do posto social está implicada na autoimagem e ameaça sociais via atitudes frequentes de luta para ser valorizado pelos outros; procura de posto social *no olhar do outro* para ser escolhido na competição por espaço social; e alta sensibilidade à comparação social, com medo “de não ser suficientemente bom ou ser inferior” bem como sensibilidade à vergonha.

Por outro lado, a acentuação da mentalidade do posto social aumenta a vulnerabilidade para várias perturbações através de respostas de derrota, inferioridade, subordinação, rejeição ou vergonha, com a ativação de defesas como a submissão receosa ou ansiedade social, agressividade ou raiva e depressão (Gilbert, 2004).

2.3.2. Teoria do posto social e a depressão

A teoria do posto social da depressão procura explicar o processo de regulação do humor no contexto de conflitos sociais e a resolução de conflitos entre dominantes e subordinados (Price & Sloman, 1987; Price, Sloman, Gardner, Gilbert, & Rohde, 1994). Baseia-se em observações etiológicas de estados tipo-depressão em animais após derrota e perda do posto social. Verificam-se os mesmos estados em subordinados que são sistematicamente assediados ou ameaçados por dominantes em situações com impossibilidade de fuga (MacLean, 1990). A depressão teria assim, evoluído a partir da necessidade de limitar as lutas no contexto de seleção intra-sexual (Price, 1972). Esta teoria sugere dois pontos fundamentais:

- Uma das pressões seletivas desenvolveu-se na competição e luta entre semelhantes por alimentos, território, parceiros sexuais (entre humanos também por prestígio e aprovação social). É possível que até certo momento evolucionário as lutas levassem a ferimentos graves e até à morte, o que não beneficiaria nem os indivíduos nem o grupo. Quando ambos os competidores decidem confrontar-se criam a

possibilidade de no final haver sempre um vencedor e um derrotado, sendo um comportamento mal adaptativo continuar a lutar quando a probabilidade de perder é muito grande.

- No processo evolucionário foram-se estruturando estratégias de superação de conflitos entre indivíduos da mesma espécie, de modo a estabelecer hierarquias de dominância/subordinação sem grandes perdas para os contendores e para o grupo. Em certos momentos, os indivíduos sabem quando devem parar de lutar, aceitar a derrota e comportar-se em conformidade com a situação. Portanto, o objetivo fundamental parece ter sido conseguido quando o homem durante a evolução adquiriu estratégias psicobiológicas para lidar com a derrota e o fracasso.

A ideia principal da teoria do posto social (Stevens & Price, 2000) é que o mecanismo que está na base da depressão no ser humano evoluiu da importância estratégica de ter mecanismos de redução de danos ou de derrota nos conflitos. Estes mecanismos são sinalizadores quer para o próprio, quer para o opositor. Para o próprio determinam a redução da imagem social e impedem o desafio e o comportamento aquisitivo; para o opositor, emitem sinais que determinam a redução do conflito e o fim do ataque. A depressão surge quando a resposta adaptativa não cumpre a sua função. De certa forma a depressão seria uma resposta adaptativa à perda de estatuto, considerando-se o indivíduo deprimido como perdedor. Isto é, a função adaptativa da depressão seria impedir que, num estado de conflito, o perdedor sofra mais prejuízos e garantir a estabilidade e eficiência competitiva do grupo mantendo a homeostasia social. Stevens & Price (2000) consideram que em circunstâncias de derrota e de subordinação forçada, inicia-se um processo inibitório interno que leva o indivíduo a reduzir o nível de aspiração e a cessar a atitude competitiva. Este processo de inibição é automático e involuntário, e resulta em perda de energia, humor deprimido, perturbação do sono, perda de apetite, lentidão de movimentos e sentimentos de insegurança, características típicas da depressão.

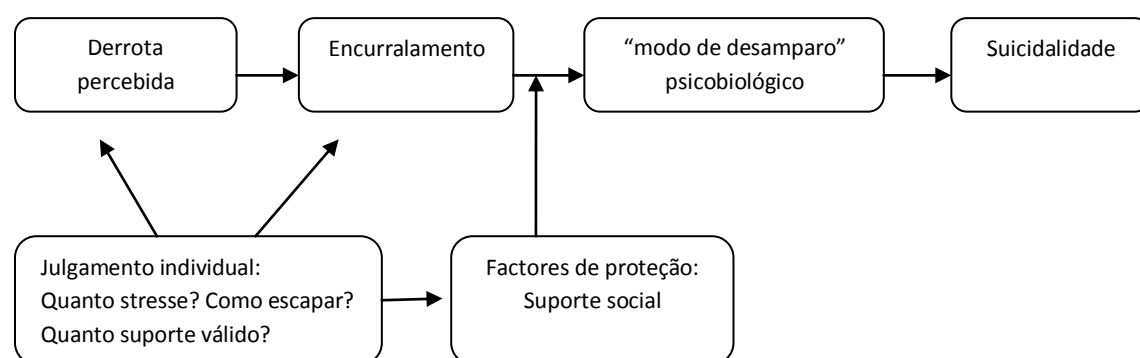
2.3.3. Modelo do grito da dor (*Cry of Pain*)

Muitas das ideias do modelo do suicídio como um escape do eu foram expandidas no modelo do grito da dor (COP) do suicídio (Williams, 1997; Williams et al, 2005). Este modelo mantém a importância dos pensamentos e interpretações individuais das

experiências de vida na explicação da suicidalidade. O modelo COP, todavia, tentou integrar essas ideias com as de outras teorias sociais, cognitivas e psicológica evolucionária (O'Connor, 2003; Williams, 1997). Particularmente o modelo COP baseou-se nas teorias evolucionárias da psicopatologia, nomeadamente, na do *rank* social para a depressão (Gilbert, 2006; Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003), onde foi buscar os conceitos de derrota e encurralamento para explicar a suicidalidade. Portanto, o modelo do COP especifica que as experiências de vida são particularmente suicidogênicas quando interpretadas como sinalizando derrota, definida como um sentimento de “luta perdida” ou perda de estatuto social e recursos. Ademais, o modelo do COP sugere que quando o indivíduo é incapaz de identificar um escape ou resolução para uma situação de derrota, pode surgir um sentimento de encurralamento. Acredita-se que desta percepção de encurralamento provém o ímpeto para o suicídio.

O modelo COP identifica três variáveis psicológicas adicionais que interagem com as percepções de derrota e encurralamento para determinar o risco de suicídio (Williams, 1997; Williams et al, 2005). Primeiro, o encurralamento parece ser determinado pelo *potencial de escape*, uma percepção da habilidade individual de sair de uma situação difícil. Este conceito pode ser operacionalizado em termos de habilidade de resolução de problemas (Williams et al., 2005) mas deve envolver formas de autoeficácia (Bandura, 1977), quando estas incluem autoapreciação da habilidade de desempenho adaptativo, comportamentos relacionados com o escape. Os indivíduos que se consideram muito hábeis nessas apreciações são mais confiantes nas suas habilidades para resolver, lidar com ou remover-se a si próprios dessas situações difíceis e, conseqüentemente serão menos propensos a percepções de encurralamento. Segundo, um acesso individual a fatores de proteção, definidos como formas de escape externos, incluindo suporte social (O'Connor, 2003), terá impacto nas percepções de encurralamento e subsequente intenção suicida. Terceiro, para que surja um desejo suicida, o indivíduo tem que perceber que não pode esperar nada de bom no futuro. Portanto, a desesperança constitui o terceiro componente do modelo.

Figura 6. Esquema do modelo do Cry of Pain (adaptado de Williams, 1997)



Um aspeto final do modelo do COP é que se foca predominantemente nas interpretações individuais ou apreciações subjetivas da derrota e do encurralamento (Williams et al., 2005). Consequentemente, apesar da importância dos stressores concretos do meio ambiente, o modelo atribui a primazia à percepção da pessoa sobre esse stressor. Isto é importante porque representa uma mudança de foco em relação às investigações prévias da derrota e encurralamento que focaram mais em classes particulares de eventos de vida (e.g., Brown, Harris, & Hepworth, 1995). Esta abordagem é também consistente com as tendências gerais da psicologia clínica cognitiva, que enfatiza o papel das crenças e interpretações individuais no stresse psicológico e na psicopatologia (Beck, 1967; Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984).

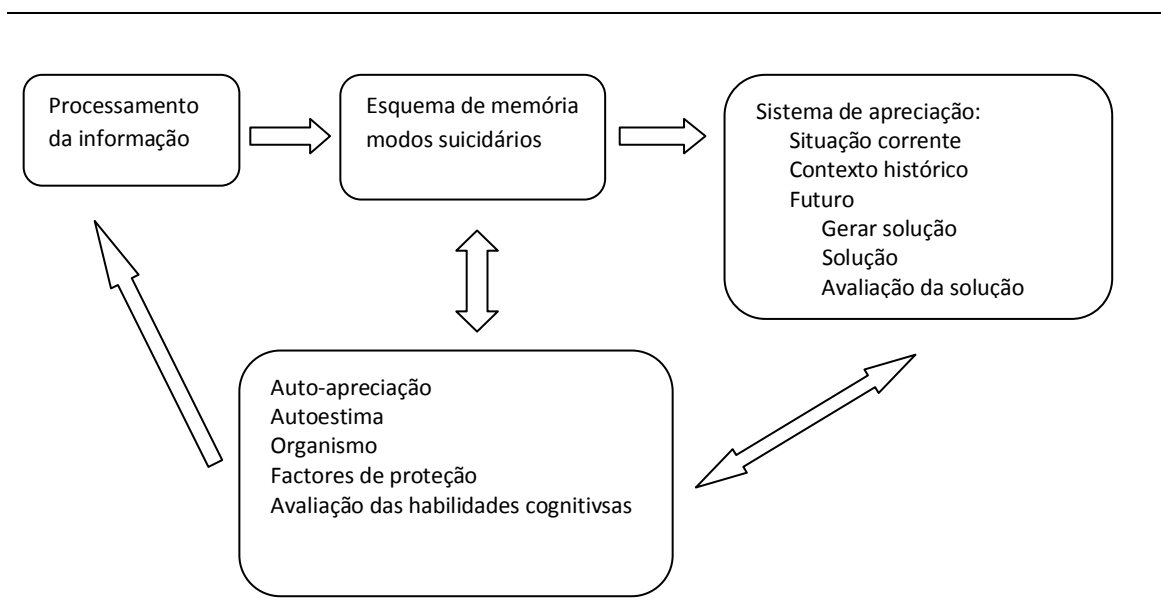
2.3.4. Modelo esquemático da apreciação do suicídio (*The Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS)*)

O modelo do grito de dor (COP) foi criticado pela falta de clareza e distinção dos seus componentes. A maior crítica a este modelo é a de que os conceitos de derrota e encurralamento são difíceis de separar no contexto das cognições e comportamentos humanos (Johnson et al., 2008a). Este argumento centra-se na ideia de que as percepções de estar encurralado ou derrotado compartilham algumas características-chave.

Essas limitações levaram os teóricos a sugerir a modificação do modelo do COP (Johnson et al., 2008). O SAMS incorporou os componentes do COP num sistema estabelecido de processos cognitivo-comportamental. Este modelo enfatiza o papel das

interpretações no suicídio, descrevendo um plural e interativo sistema de apreciações. Acredita-se que essas apreciações são influenciadas por enviesamentos no processamento da informação e esquemas cognitivos pré-existentes. Este modelo capitaliza na literatura que demonstra o processamento de informação mal adaptativa em indivíduos suicidas (ex. pensamentos dicotómicos; Shneidman, 1996) e que suportam um esquema-tipo trajetória desenvolvimental para o suicídio (Lau et al., 2004; Rudd, 2006).

Figura 7. The Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS; Adapatado de Johnson et al., 2008)



O modelo SAMS apresenta três vantagens em relação ao modelo COP. Primeiro, o modelo foi inicialmente descrito no contexto do risco de suicídio em psicoses e, portanto, poderia ser aplicável especialmente a este grupo de indivíduos (Johnson et al., 2008a). No entanto, o modelo também comporta processos sociocognitivos, incluindo apreciações cognitivas e esquemas não específicos para um grupo clínico particular, pelo que proporciona um relativo transdiagnóstico para o suicídio. Ainda, uma investigação recente numa população não clínica de estudantes utilizou o modelo SAMS para formular hipóteses (Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier, 2010). Segundo, os processos implícitos no modelo são baseados no paradigma da terapia cognitivo-comportamental. Estas ligações podem portanto facilitar a transposição da teoria para a prática terapêutica. Terceiro, o modelo SAMS proporcionou uma definição clara dos

componentes inicialmente sugeridos pelo modelo do COP, particularmente da derrota e do encurralamento.

O modelo SAMS concebe a derrota e o encurralamento como uma emergente propriedade psicológica que resulta de um sistema de avaliação individual (Johnson et al., 2008). A ideia de que diferentes grupos de avaliações realçando as apreciações são responsáveis por percepções de derrota e encurralamento encontra-se também no modelo COP, através do papel atribuído aos julgamentos do potencial de escape e fatores de proteção (Williams, 1997; Williams et al., 2005). O modelo SAMS não apenas expandiu essas ideias, como também re-conceitualizou a derrota e o encurralamento num fator único. Desta forma o modelo evitou problemas associados à sobreposição desses conceitos. Este fator putativo derrota/encurralamento deriva da confluência de autoapreciações (i.e. auto acesso individual a habilidades e recursos para lidar com as situações indutoras de stresse) e apreciações do seu meio ambiente, projeções futuras e experiências passadas (Johnson et al., 2008).

Sobreposição conceptual entre variáveis psicológicas relacionadas com o comportamento suicidário

Algumas variáveis psicológicas têm sido implicadas na ideação e comportamento suicidário. Todavia, parece haver alguma sobreposição conceptual entre essas variáveis. Tal sobreposição pode ser problemática pois pode indicar limitações na validade discriminante dessas variáveis. É possível que essas variáveis psicológicas simplesmente descrevam o mesmo constructo. Se a distinção desses diferentes conceitos não for possível, por exemplo através de fenomenologia distinta ou relações discrepantes com outras variáveis, então a conceptualização mais parcimoniosa de que estas variáveis são simples dimensões do mesmo constructo unitário, poderia estar favorecida. Particularmente, as variáveis desesperança, sentir-se um fardo para os outros e sentir-se isolado parecem sobrepor-se à derrota e ao encurralamento.

Desesperança e encurralamento

Johnson et al. (2008a) notaram que a desesperança apresenta sobreposição conceptual com o encurralamento. A desesperança poderia por exemplo, temporalmente fortalecer ou agravar as percepções de encurralamento. Esta sobreposição seria particularmente problemática para o modelo do COP no qual a

desesperança e o encurralamento figuram como componentes distintos. Já foi dito atrás, o modelo COP foi criticado por incorporar componentes não mutuamente exclusivos, isto é, redundantes (Johnson, 2008a). Existem também argumentos que suportam a distinção conceptual entre a desesperança e o encurralamento. No entanto, existem poucas bases empíricas de suporte tanto de uma concepção como da outra. Por isso, quando se investiga a ligação entre o comportamento suicidário e o encurralamento seria importante incluir sempre a desesperança como co variável.

Sentir-se um peso para os outros, sentimento de não pertença, derrota e encurralamento

Tanto o sentir-se um peso para os outros como o sentir-se isolado são conceitos que se sobrepõem às percepções de derrota e encurralamento. Derrota e encurralamento comportam percepções de estar preso numa posição de baixo *rank* ou estatuto social (Gilbert & Allan, 1998; Gilbert & Gilbert, 2003). Sentir-se como um fardo para os outros e não integrado socialmente são também características dessa posição de subordinação. O isolamento parece também similar ao suporte social, especialmente formas emocionais de suporte social (Vaux, Riedel & Stewart, 1987), que realçam a importância da relação. Apesar de essa similaridade estar implícita na revisão do modelo (Van Orden et al., 2008), a questão de se saber se o isolamento, enquanto constructo psicológico, realmente adiciona algo ao, ou para além do suporte social, não foi tratado.

Uma outra questão que se coloca aos conceitos de onerabilidade e isolamento é que são apenas relevantes para a suicidalidade relacionada com problemas interpessoais. Apesar de habitualmente as dificuldades interpessoais precederem os suicídios, outras situações indutoras de stresse, tais como as relacionadas com doenças e finanças, também são importantes (Harwood et al., 2006; Kolves et al., 2006). Portanto, o sentir-se um peso para os outros e isolado (só ou não compreendido) parecem muito restritivos enquanto fatores psicológicos subjacentes à tentativa de suicídio. Esta ampla restrição pode explicar os dados por vezes inconsistentes destas variáveis quando usadas como preditores de suicidalidade (Bryan et al., 2010; Nademin et al., 2008) e o fraco efeito observado noutros estudos (Joiner et al., 2009). A derrota e o encurralamento parecem ser conceitos bem mais abrangentes.

CAPÍTULO III

Estudios Preliminares

CAPÍTULO III – Estudos Preliminares

Estudo 1. Características psicométricas da Escala de Desesperança de Beck

1. Introdução

A desesperança é um constructo psicológico amplamente estudado no âmbito da teoria Cognitiva de Beck e que tem sido observado numa variedade de perturbações de saúde mental Beck et al., 1975. Apareceu no estudo de Minkoff, Bergam, Beck e Beck (1973) como o marcador cognitivo de expectativas negativas em relação ao futuro, mais relevante do que a depressão em si, na predição do comportamento suicidário. O estudo concluiu que a depressão só era importante para a intenção suicida se acompanhada de desesperança. A relação entre a depressão e o comportamento suicidário passou então a ser referida como dependente da existência de níveis significativos de desesperança, o que foi corroborado em estudos posteriores (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; Beck, Brown & Steer, 1989). Beck & Steer (1993) corroboraram a conceção de desesperança de Stotland (1969) como um sistema de esquemas em que as expectativas negativas em relação ao futuro funcionam como denominador comum.

A desesperança parece traduzir um pessimismo generalizado em relação ao futuro, equivalente em conceitos e atitudes. Surge como um sinal de provável intenção suicida mesmo quando a depressão está controlada (Beck, Kovacs & Weissman, 1975; Dyer & Kreitman, 1984). Diversos trabalhos referem que a conjunção da desesperança com a ausência de perspectivas futuras positivas representaria o principal facto na perda de um sentido para a vida, bem como do desejo de continuar a viver. Assim, a presença de desesperança durante um quadro depressivo aumentaria a probabilidade do indivíduo voltar a sentir o mesmo, pelo que o risco de suicídio é maior em relação a outros deprimidos que não se considerem tão desesperançados ou pessimistas. Estudos posteriores sobre para-suicidas confirmaram esta hipótese (Yufit, 1977; Wetzel, Margulies, Davis & Karam, 1980; Dyer & Kreitman, 1984).

Muitos estudos demonstraram ligações da desesperança com a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio (Abramson et al. 1998; Beck, Brown, Berchic, Stewart & Steer, 1990; Beck et al., 1993; Pinto & Whisman, 1996; Wetzel, Margulies, Davis, & Karam, 1980). Aliás, a desesperança tem sido referido como o melhor preditor dos comportamentos suicidários.

Existem até estudos que sugerem que a desesperança pode ser o mecanismo que medeia a associação entre outros fatores de risco e o risco de suicídio, tais como atitudes disfuncionais, maus-tratos na infância e stresse (Abramson et al. 1998; Beck et al. 1993; Gibb et al., 2001; Rudd, 1990).

A escala de desesperança de Beck (BHS) é sem dúvida um dos instrumentos mais amplamente difundidos e utilizados pelos investigadores que se dedicam ao estudo da desesperança, não sendo do nosso conhecimento a existência de nenhum outro instrumento de avaliação que se destine exclusivamente à avaliação do conceito. Existem autores (e.g. Knapp & col., 2004) que a apresentam como um dos instrumentos para a avaliação do risco de suicídio.

Tanto quanto é do nosso conhecimento não foram realizados estudos psicométricos da escala de Desesperança de Beck para a população cabo-verdiana.

Procurando ultrapassar o referido défice, o presente estudo visou essencialmente (1) traduzir e adaptar a escala de desesperança de Beck (BHS) para a língua portuguesa; (2) investigar a estrutura fatorial da versão portuguesa da escala numa ampla amostra de estudantes; (3) avaliar as propriedades psicométricas da estrutura fatorial obtida, bem como analisar os itens e a consistência interna.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra, de conveniência, foi constituída por 902 estudantes da cidade da Praia. Os participantes foram recrutados em cinco escolas do Ensino Secundário da cidade da Praia, entre Março e Abril de 2010. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: (1) idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos; (2) inexistência de patologia ou deficiência grave que impossibilitassem a utilização de instrumentos de autorresposta. Dos sujeitos contactados apenas um recusou participar, por considerar o inquérito extenso pelo que preferia preenchê-lo em casa. A amostra foi constituída por 309 (34.15%) participantes do sexo masculino e 593 (65.85%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.98 anos (DP = 2.190). No que concerne ao estado civil, 90.2% dos participantes eram solteiros e 9.7% casados/junto/união de facto e 0.1% divorciado. Quanto à situação profissional, 93.2% eram estudantes e 6.8% estudante/trabalhador. Os sujeitos da amostra apresentam uma média de 11.56 anos de

escolaridade (DP = 1.703). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros quanto a idade ($t = -1.408$; $p = .160$), estado civil ($\chi^2_{(4, 902)} = 9.232$; $p = .056$), escolaridade ($t = -.885$; $p = .377$) e profissão ($\chi^2_{(1, 902)} = .640$; $p = .424$).

2.2. Instrumentos

Os participantes completaram uma bateria de medidas de autorresposta que incluiu: uma folha de dados sociodemográficos; a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias; o Inventário de Depressão de Beck (2nd ed.) (BDI) para avaliar a sintomatologia depressiva nos últimos oito dias; a Escala de Desesperança de Beck (BHS) para avaliar o nível de desesperança; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para avaliar o nível de ansiedade; a Escala Multidimensional de Perceção do Suporte Social (EMPSS) para avaliar a perceção do suporte social; a Escala de auto compaixão (SELFCS) para avaliar a auto compaixão e o autojulgamento; e o Inventário da Qualidade do Relacionamento Interpessoal (IQRI) (pai, mãe, amigos, namorado) para avaliar a qualidade das relações interpessoais. Os instrumentos de avaliação foram caracterizados em detalhe no capítulo IV (ponto 3), relativo à metodologia geral. De uma forma geral, neste estudo as medidas apresentaram consistência interna, alfas de *Cronbach*, adequada com a amostra em estudo: BSS ($\alpha = .86$), BDI-2 ($\alpha = .86$), BHS ($\alpha = .70$), BAI ($\alpha = .88$), SELFCS ($\alpha = .72$), EMPSS ($\alpha = .89$), IQRI/pai ($\alpha = .84$), IQRI/mãe ($\alpha = .81$), IQRI/amigos ($\alpha = .81$), IQRI/namorado ($\alpha = .86$).

2.3. Procedimento

O projeto de investigação deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comité Nacional de Ética para a Investigação na área da Saúde (Ministério da Saúde de Cabo Verde). Posteriormente foram realizados contactos com instituições escolares públicas e privadas da cidade da Praia, tendo-se obtido a autorização necessária para a participação dos adolescentes. Foi encaminhada uma carta aos pais e encarregados de educação com idades entre os 14 e os 17 anos (por serem menores de 18 anos) acompanhada de um termo de consentimento livre e informado com o objetivo de explicar a natureza e relevância da investigação a ser desenvolvida e obter autorização dos pais ou encarregados de educação para a participação do adolescente. Após a assinatura do termo de consentimento livre e informado pelos pais e encarregados de educação, os adolescentes também assinaram o seu próprio termo de consentimento

livre e informado de participar na investigação. A administração dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar, na presença da investigadora que esclareceu algumas dúvidas que surgiram quanto ao preenchimento dos questionários. A aplicação foi coletiva e a duração de aproximadamente 50 minutos (uma aula). Alguns alunos precisaram de mais dez minutos do intervalo para completarem as escalas. Verificaram-se alguns casos de adolescentes que após o preenchimento abordaram individualmente a investigadora referindo terem tomado consciência de que precisavam de ajuda para as suas ideias suicidas. Estes adolescentes foram aconselhados a falar com os pais e a procurar uma consulta de psicologia clínica (pública ou privada).

2.4. Estratégia analítica

Tratou-se de um estudo de desenho transversal. A estrutura relacional dos indicadores que compõem a versão original da Escala de Desesperança de Beck (BHS) foi avaliada por uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), sobre a matriz das correlações com extração dos fatores pelo método de componentes principais, seguida de rotação *Varimax*. Retiveram-se os fatores comuns que apresentaram um valor próprio superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem da variância retida, uma vez que de acordo com Maroco (2011) a utilização de um único critério pode levar à retenção de um número de fatores diferente daquele que é relevante para descrever a estrutura latente. Para avaliar a validade da Análise Fatorial Exploratória recorreu-se à *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)* com os critérios de classificação definidos em Maroco (2011). Com um KMO de 0.79 e um *Bartlett's Test of Sphericity* ($p < .001$), procedeu-se à Análise Fatorial Exploratória. Todas as análises foram efetuadas com o *Software PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicago, IL). Os escores de cada sujeito em cada facto retido foram obtidos pelo método de Bartlett.

A análise da consistência interna dos fatores e da escala total fez-se pelo cálculo do alfa de Cronbach. Mantiveram-se os itens cuja supressão não aumentaria a consistência interna da escala (alfa sem o item).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento. A maioria das variáveis não apresentou distribuição normal. Todavia, optou-se pela utilização de testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade, tendo em conta que as distribuições das variáveis em estudo não foram extremamente enviesadas ou achatadas (valores de *Skweness* < |3| e de *Kurtosis* < |10|, Kline, 1998) e as amostras não serem muito pequenas ($n > 30$). Maroco (2011) considera que a medida que a amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal (uma consequência do teorema do limite central).

3.2. Validade de conteúdo

3.2.1. Adaptação da medida à língua portuguesa

Garantidos os aspetos éticos de compra dos direitos de utilização dos instrumentos, os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por um tradutor que domina as duas línguas. Foram tidos em conta aspetos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item. O processo de retroversão da medida foi realizado por um indivíduo de nacionalidade americana com domínio da língua portuguesa.

3.2.2. Estatísticas descritivas

A escala de Desesperança de Beck apresentou uma média de 3.38 e um desvio-padrão de 2.59. Fez-se recurso ao teste *t* de *Student* para verificar um possível efeito de género na amostra. Não se verificaram diferenças significativas entre as médias de desesperança nos dois géneros ($t_{(900)} = -.178$; $p > .05$). Por consequência, não se pode concluir pela existência de um efeito de género na amostra no que se refere à desesperança.

3.3. Estrutura fatorial da escala

Os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (.79) e do *Bartlett's Test of Sphericity* ($\chi^2_{(190)} = 1715.59$; $p < .001$) indicaram que os dados eram

adequados para a realização de uma análise fatorial exploratória, o que permitiu a realização da Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP). Tendo em conta o *Scree plot* e o *eigenvalue* superior à unidade, foi testada a solução de cinco fatores, através da rotação ortogonal (varimax), aos itens que compõem a medida original. Esta solução permitiu explicar 42.20% da variância. A maioria dos itens relacionaram-se com os fatores retidos apresentando comunalidades entre .21 e .59. Os pesos fatoriais dos itens foram de um modo geral elevados ($>.40$) nos fatores a que pertencem. Os itens 3, 5 e 12 não saturaram em nenhum dos fatores ($<.40$). Porém, o item 20 saturou tanto no facto III como no IV, o que implica que o item possa ser explicado em simultâneo pelos dois fatores. Todavia, a saturação do item nos dois fatores não contribuía para a ortogonalidade destes, pelo que seria de ponderar a sua eliminação da análise ou o recurso a uma solução fatorial não ortogonal (Maroco, 2011). Por consequência, tendo-se constatado que o facto V apresentava um valor próprio apenas marginalmente superior à unidade, após a verificação do *scree test* para testar a pertinência de uma solução alternativa, optou-se por uma solução de quatro fatores. Foi forçada uma solução de quatro fatores, com uma variância explicada de 36.71% e todos os itens a saturarem acima de 0.40 num dos fatores, excetuando-se os itens 3, 5, 12 e 17. No entanto, também esta solução revelou-se inadequada pois os itens constituintes do último facto apresentaram coeficientes *r* item-total corrigido, inferiores a 0.2. Este facto ditou a que se recorresse a uma solução forçada a três fatores que permitiu explicar 30.71% da variância. Os pesos fatoriais foram superiores a 0.4 nos fatores a que se referem. Os itens 3,4,5,12,13 e 17 não saturaram em nenhum dos itens (pesos fatoriais menores do que 0.4). Os pesos fatoriais dos itens em cada fator, os valores próprios, a comunalidade de cada item e a percentagem de variância explicada por cada facto encontram-se resumidos na Tabela 1 os pesos fatoriais apresentam-se a negrito nos fatores a que pertencem.

Tabela 1. Pesos fatoriais dos itens nos fatores retidos, *eigenvalues* e % de variância explicada após uma AFE com extração forçada a 3 fatores pelo método AFPC com Rotação Varimax com normalização de Kaiser, em 5 iterações.

Itens	Fatores			Comunalidades
	I	II	III	
20. Não vale a pena tentar alcançar, porque provavelmente eu não conseguirei alcançar o que desejo.	.674	.242	.019	.383
16. Nunca consigo o que quero. Logo, não vale a pena desejar nada.	.610	-.019	.208	.343
15. Tenho muita fé no futuro.	.604	-.018	.099	.198
19. Espero ter mais bons do que maus momentos no futuro.	.586	.007	-.152	.158
18. O futuro parece-me vago e incerto.	.512	.181	.168	.289
17. É improvável que eu consiga real satisfação no futuro.	.276	.189	.018	.466
6. Futuramente, eu espero estar completamente realizado (a).	-.017	.677	-.088	.421
7. O meu futuro parece-me sombrio.	.065	.644	-.045	.329
1. Vejo o futuro com muito entusiasmo e esperança.	.077	.595	.152	.313
2. Seria melhor desistir, porque não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas mais fáceis para mim.	.300	.493	.102	.277
5. Tenho tempo suficiente para concretizar as coisas que eu quero.	-.021	.383	.377	.256
12. Não espero alcançar o que eu desejo realmente.	.288	.334	.133	.212
13. Quando olho para o futuro, vejo-me mais feliz do que sou agora.	.090	.119	.090	.030
14. As coisas simplesmente não funcionam da maneira que eu gostaria que elas funcionassem.	.072	-.124	.592	.372
8. Sou extremamente sortudo(a) e eu espero alcançar mais coisas boas na vida do que a maioria das pessoas.	.075	-.114	.557	.375
10. As minhas experiências passadas prepararam-me bem para o futuro	.226	.037	.474	.416
11. Só consigo enxergar coisas desagradáveis em mim.	.141	.141	.465	.112
9. Simplesmente não tenho sorte e acho que não a terei no futuro.	.154	.350	.409	.324
4. Eu não consigo imaginar como será a minha vida daqui a 10 anos.	-.049	.105	.380	.367
3. Quando as coisas correm mal, sinto-me confortado(a) em saber que não ficar assim para sempre.	.119	.227	.364	
Eigenvalues	3.25	1.48	1.43	
Variância explicada	10.94	10.52	9.31	

Optou-se por designar os fatores pelo seu número de ordem em numeração romana. Uma análise de componentes principais da escala de Desesperança de Beck (BHS) com 294 para-suicidas revelou três componentes: (1) sentimentos em relação ao

futuro; (2) falta de motivação; (3) expectativas futuras (Beck *et al.*, 1974, *in* Beck & Steer, 1993). Todavia, os mesmos autores (*in ibidem*) consideram que a escala de Desesperança de Beck (BHS) parece apresentar estruturas fatoriais diferentes dependendo do tipo de população clínica estudada.

3.4. Análise dos itens e consistência interna

A consistência interna de cada facto foi avaliada através do alfa de Cronbach. O facto I apresentou uma consistência interna, $\alpha = .61$, com valores de r item-total corrigido a variarem entre .29 e .44. Com uma consistência interna de $\alpha = .55$, os valores de r item-total corrigido do facto II situaram-se entre .32 e .36. Foi estimado um $\alpha = .71$ para o facto III, com valores de r item-total corrigido entre .41 e .51.

A solução forçada a três fatores resultou do facto de os valores do alfa sem o item do Fator V violarem o modelo de consistência interna. Nestes casos sugere-se a revisão da codificação dos itens constituintes do facto, ou então, que se force uma solução com menos fatores. Dado que a solução forçada a quatro fatores também apresentou o último facto constituído por itens que, apesar de não violarem a consistência interna, tinham r item-total corrigido inferiores a 0.2, optou-se pela solução a três fatores.

Consistência interna da escala total

Tendo em conta que em todos os estudos analisados foi utilizado o total da escala, analisou-se a consistência interna da escala total. A escala total apresenta uma consistência interna, alfa de Cronbach, de .67, com valores de item-total corrigido entre .13 e .38. Os itens 4, 8, 13, 17 e 19 apresentaram r item-total corrigido inferiores a .2, mas a sua supressão não aumentaria substancialmente o valor da consistência interna, pelo que se optou pela sua manutenção, aguardando por futuras investigações. A consistência interna da escala está de acordo com Durham (1982) que indicou que a consistência interna pode ser baixa em amostras de estudantes ($KR-20 = .65$).

Tabela 2. Médias, desvios-padrão, correlações item-total corrigido e alfas de Cronbach

BHS N = 902	Média		r	Alfa de Cronbach sem o item
	da escala sem o item	Variância da escala sem o item		
1.Eu vejo o futuro com muito entusiasmo e esperança.	3.28	6.14	.33	.65
2.Seria melhor desistir, porque não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas mais fáceis para mim.	3.27	6.09	.35	.65
3.Quando as coisas correm mal, sinto-me confortado(a) em saber que não vão ficar assim para sempre.	3.16	5.99	.28	.66
4.Eu não consigo imaginar como será a minha vida daqui a 10 anos.	3.00	6.05	.18	.67
5. Tenho tempo suficiente para concretizar as coisas que eu quero.	3.17	5.94	.31	.65
6.Futuramente, eu espero estar completamente realizado (a).	3.31	6.38	.21	.66
7. O meu futuro parece-me sombrio.	3.23	6.12	.27	.66
8. Sou extremamente sortudo(a) e eu espero alcançar mais coisas boas na vida do que a maioria das pessoas.	2.97	6.15	.13	.68
9. Simplesmente não tenho sorte e acho que não a terei no futuro	3.28	6.08	.38	.65
10.Minhas experiências passadas prepararam-me bem para o futuro	3.20	6.04	.29	.66
11.Só consigo enxergar em mim coisas desagradáveis.	3.25	6.09	.31	.65
12. Não espero alcançar o que realmente quero.	3.30	6.23	.31	.66
13. Quando olho para o futuro, vejo-me mais feliz do que sou agora.	3.22	6.33	.13	.67
14. As coisas simplesmente não funcionam da maneira que eu gostaria que elas funcionassem.	2.79	5.96	.21	.67
15. Tenho muita fé no futuro.	3.32	6.36	.26	.66
16. Nunca consigo o que quero. Logo, não vale a pena desejar nada.	3.31	6.26	.32	.66
17. É improvável que eu consiga real satisfação no futuro.	3.15	6.16	.18	.67
18. O futuro parece-me vago e incerto.	3.27	6.06	.34	.65
19. Espero ter mais bons do que maus momentos no futuro.	3.34	6.53	.16	.67
20. Não vale a pena tentar, porque provavelmente eu não conseguirei alcançar o que desejo.	3.32	6.24	.38	.65

3.5. Validade de constructo

A validade de constructo tenta responder à pergunta sobre que características psicológicas ou que constructos um teste avalia (Cueto, 1993, p. 94). Segundo Campbell e Fiske (1959, citados *in* Goldstein *et al.*, 1984) a validade de constructo pode subdividir-se em validade convergente e validade divergente.

Um teste tem validade convergente quando apresenta correlações elevadas com outros testes que medem o mesmo constructo com métodos diferentes. Da mesma forma, diz-se que um teste tem validade divergente quando apresenta baixas correlações com testes que utilizando o mesmo método, medem constructos distintos (Cueto, 1993).

Procurando avaliar a validade de constructo dos questionários utilizados, determinamos as correlações *r* produto momento de Pearson entre os mesmos (Tabela 3).

Tabela 3. Coeficientes de correlação *r* produto momento de Pearson cruzando os questionários

	BSS	BAI	BHS	BDI	EMPSS	SELFCS	IQRlp	IQRIm	IQRla	IQRIn
BSS	1									
BAI	.344**	1								
BHS	.442**	.332**	1							
BDI	.659**	.468**	.489**	1						
EMPSS	-.432**	-.190**	-.289**	-.365**	1					
SELFCS	-.213	-.174**	-.195**	-.319**	.245**	1				
IQRlp	-.193	-.007	-.085*	-.058	.262**	.107**	1			
IQRIm	-.331*	.040	-.063	.015	.301**	.103**	.591**	1		
IQRla	-.314*	.036	-.085*	.003	.317**	.129**	.509**	.617**	1	
IQRIn	-.302	.024	-.139**	-.044	.339**	.124**	.524**	.608**	.711**	1

Correlação significativa ao nível 0.05 (*) (2-tailed); Correlação significativa ao nível 0.01 (**) (2-tailed)

De acordo com a convenção de Pestana e Gageiro (2000, p.146), a escala de Desesperança de Beck (BHS) apresentou associações lineares moderadas com a escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) ($r = .44$) e com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ($r = .49$) e, baixa com o Inventário de Ansiedade de (BAI) ($r = .33$). Por outro lado, a Escala de Desesperança de Beck (BHS) apresentou associações negativas baixas com a

Escala Multidimensional da Percepção do Suporte Social (EMPSS) ($r = -.29$) e muito baixas com a Escala de Auto Compaixão (SELFCS) ($r = -.20$) e com as subescalas pai (IQRIp) ($r = -.09$), amigo (IQRIf) ($r = -.09$) e namorado/a (IQRIn) ($r = -.14$) do Questionário de Qualidade do Relacionamento Interpessoal. A escala de Desesperança de Beck não se relacionou de forma significativa com a subescala Qualidade do Relacionamento Interpessoal com a mãe (IQRIm).

Assim, tendo em conta que as correlações lineares entre a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS), Escala de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS) (medidas de constructos relacionados com a desesperança) foram todas positivas e estatisticamente significativas ($p < .05$) e considerando tratar-se de uma amostra não clínica, pode-se concluir que a escala apresenta boa validade convergente. Por outro lado, seria de esperar que as correlações entre a Escala de Desesperança de Beck (BHS), a Escala Multidimensional da Percepção do Suporte Social (EMPSS), a Escala de Auto compaixão (SELFCS) e o Inventário da Qualidade do Relacionamento Interpessoal (IQRI) não fossem significativas, visto a primeira medir uma realidade diferente. Porém, verificaram-se correlações negativas muito fracas entre a escala de Desesperança de Beck (BHS) e as referidas escalas, à exceção da subescala qualidade do relacionamento interpessoal com a mãe (Tabela 6). As correlações entre instrumentos que partilham um método de avaliação comum tendem a ser sobrestimadas em relação à verdadeira correlação (Beck, Brown, Epstein, Steer, 1988), o que eventualmente poderá justificar as correlações verificadas. Por consequência, pode-se concluir que a Escala de Desesperança de Beck (BHS) apresentou boa validade divergente.

4. Discussão

O objetivo desta investigação foi procurar contribuir para a validação da versão cabo-verdiana da escala de Desesperança de Beck (BHS), assim como para o estudo das suas características psicométricas, especificamente da estrutura fatorial, consistência interna, validade de constructo numa amostra de estudantes adolescentes.

Para examinar a validade de constructo da Escala de Desesperança de Beck, foram utilizados procedimentos estatísticos que permitissem compreender a organização dos itens que compõem a medida, por um método estatístico multivariado de cariz exploratório. Verificou-se a existência de uma estrutura tridimensional

subjacente aos itens que compõem a escala. Foram encontrados alfas de Cronbach baixos que apesar de indicadores de fraca consistência interna da escala, são consentâneos com as consistências verificadas no estudo original em estudantes (Durham, 1982) que indicou que a consistência interna pode ser baixa em amostras de estudantes ($KR-20 = .65$).

Verificou-se um alfa de Cronbach para o total da escala que apesar de baixo, está de acordo com o do estudo original (Beck & Steer, 1993).

Quanto à validade convergente, foram encontrados coeficientes de correlação r produto momento de Pearson moderados da BHS como medida de sentimentos de desesperança com o BDI como medida de sintomatologia depressiva, o BAI como medida da ansiedade e a BSS como medida da ideação suicida. Estes resultados apontam para uma boa validade convergente da BHS e suporta os dados verificados noutros estudos, nos quais a desesperança aparece positivamente associada a medidas de sintomatologia depressiva, ansiedade e ideação suicida (Dori & Overholser, 1999; Rutter et al., 2004; Beck et al., 1989; Hollander, 2000).

Limites do estudo e investigações futuras

Os resultados deste estudo devem ser apreciados tendo em conta algumas limitações metodológicas. Para iniciar, tratou-se de um estudo transversal, pelo que o dinamismo das escalas utilizadas não pôde ser efetuado. Em segundo lugar, não foi verificada a fidelidade teste-reteste da escala. Por último, a metodologia utilizada para a verificação da validade de constructo deverá, no futuro, ser alargada a amostras clínicas, particularmente em estudos prospetivos.

5. Conclusão

A escala de Desesperança de Beck (BHS) pode ser utilizada para facilitar a avaliação futura da desesperança na população adolescente cabo-verdiana. A BHS apresenta sinais de consistência interna aceitável, parecendo favorecer mais uma estrutura unidimensional.

Estudo 2. Características psicométricas do Inventário de Ansiedade de Beck

1. Objetivos

Visando contribuir para ultrapassar a carência em medidas de avaliação da ansiedade, este estudo procurou em primeiro lugar traduzir e adaptar o Beck Anxiety Inventory (BAI) para a língua portuguesa. Em segundo lugar pretendeu-se investigar a estrutura fatorial da escala num grupo de estudantes. Por último, o estudo procurou avaliar as propriedades psicométricas da estrutura fatorial obtida, bem como analisar os itens e a consistência interna da escala.

2. Metodologia

2.1. Participantes

A amostra, de conveniência, foi constituída por 902 estudantes da cidade da Praia. Os participantes foram recrutados em cinco escolas do Ensino Secundário da cidade da Praia, entre Março e Abril de 2010. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: (1) idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos; (2) inexistência de patologia ou deficiência grave que impossibilitassem a utilização de instrumentos de autorresposta. Dos sujeitos contactados apenas um recusou participar, por considerar o inquérito extenso pelo que preferia preenchê-lo em casa. A amostra foi constituída por 309 (34.15%) participantes do sexo masculino e 593 (65.85%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.98 anos (DP = 2.19). No que concerne ao estado civil, 90.2% dos participantes eram solteiros e 9.7% casados/junto/união de facto e 0.1% divorciado. Quanto à situação profissional, 93.2.% eram estudantes e 6.8% estudante/trabalhador. Os sujeitos da amostra apresentam uma média de 11.56 anos de escolaridade (DP = 1.70). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto a idade ($t = -1.41$; $p = .160$), estado civil ($\chi^2_{(4, 902)} = 9.23$; $p = .056$), escolaridade ($t = -.89$; $p = .377$) e profissão ($\chi^2_{(1, 902)} = .64$; $p = .424$).

2.2. Instrumentos

Os participantes completaram uma bateria de medidas de auto-resposta que incluiu: uma folha de dados sociodemográficos; a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias; o Inventário de Depressão de Beck (2nd ed.) (BDI) para avaliar a sintomatologia depressiva nos últimos oito dias; a

Escala de Desesperança de Beck (BHS) para avaliar o nível de desesperança; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para avaliar o nível de ansiedade; a Escala Multidimensional de Percepção do Suporte Social (EMPSS) para avaliar a percepção do suporte social; a Escala de Auto Compaixão (SELFCS) para avaliar a Auto compaixão e o autojulgamento; e o Inventário da Qualidade do Relacionamento Interpessoal (IQRI) para avaliar a qualidade do relacionamento interpessoal com o pai, a mãe, um(a) amigo(a) e com o(a) namorado(a). Os instrumentos de avaliação foram caracterizados em detalhe no capítulo IV (ponto 3) relativo à metodologia geral. De uma forma geral, neste estudo, as medidas apresentaram consistência interna, alfas de *Cronbach*, adequadas com a amostra em estudo: BSS ($\alpha = .86$), BDI-2 ($\alpha = .86$), BHS ($\alpha = .70$), BAI ($\alpha = .88$), SELFCS ($\alpha = .72$), EMPSS ($\alpha = .89$), IQRI/pai ($\alpha = .84$), IQRI/mãe ($\alpha = .81$), IQRI/amigos ($\alpha = .81$), IQRI/namorado ($\alpha = .86$).

2.3. Procedimento

O projeto de investigação deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comité Nacional de Ética para a Investigação na área da Saúde (Ministério da Saúde de Cabo Verde). Posteriormente foram realizados contactos com instituições escolares públicas e privadas da cidade da Praia, tendo-se obtido a autorização necessária para a participação dos adolescentes. Foi encaminhada uma carta aos pais e encarregados de educação com idades entre os 14 e os 17 anos (por serem menores de 18 anos) acompanhada de um termo de consentimento livre e informado com o objetivo de explicar a natureza e relevância da investigação a ser desenvolvida e obter autorização dos pais ou encarregados de educação para a participação do adolescente. Após a assinatura do termo de consentimento livre e informado pelos pais e encarregados de educação, os adolescentes também assinaram o seu próprio termo de consentimento livre e informado de participar na investigação. A administração dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar, na presença da investigadora que esclareceu algumas dúvidas que surgiram quanto ao preenchimento dos questionários. A aplicação foi coletiva e a duração de aproximadamente 50 minutos (uma aula). Alguns alunos precisaram de mais dez minutos do intervalo para completarem as escalas. Verificaram-se alguns casos de adolescentes que após o preenchimento abordaram individualmente a investigadora

referindo terem tomado consciência de que precisavam de ajuda para as suas ideias suicidas. Estes adolescentes foram aconselhados a falar com os pais e a procurar uma consulta de psicologia clínica (pública ou privada).

2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. A estrutura relacional dos indicadores que compõem a versão original do inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi avaliada por uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações com extração dos fatores, pelo método das componentes principais, seguida de rotação *Varimax*. Retiveram-se os fatores comuns que apresentavam um *eigenvalue* superior à unidade, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem da variância retida, uma vez que de acordo com Maroco (2011) a utilização de um único critério pode levar à retenção de um número de fatores diferente daquele que é relevante para descrever a estrutura latente. Para avaliar a validade da Análise Fatorial Exploratória recorreu-se à *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) com os critérios de classificação definidos em Maroco (2011). Com um KMO de 0.79 e um *Bartlett's Test of Sphericity* ($p < .001$), procedeu-se à Análise Fatorial Exploratória. As análises foram efetuadas com o Software *PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicago, IL). Os *scores* de cada sujeito em cada fator retido foram obtidos pelo método de Bartlett.

A análise da consistência interna dos fatores e da escala total fez-se pelo cálculo do alfa de Cronbach. Foram retidos os itens cuja supressão não aumentaria a consistência interna da escala (alfa sem o item).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respetivamente). O inventário de Ansiedade de Beck não apresentou distribuição normal, apesar dos valores de assimetria e de achatamento não evidenciarem graves enviesamentos (Kline, 1998). Porém, os testes paramétricos são robustos a violações à normalidade, sobretudo quando a distribuição dos dados da variável não é extremamente enviesada ou achatada e a amostra é grande. O aumento da amostra resulta numa distribuição aproximadamente

normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal (uma consequência do teorema do limite central) Maroco (2011).

3.2. Validade de conteúdo do inventário de ansiedade de Beck

3.2.1. Adaptação da medida à língua portuguesa

Garantidos os aspetos éticos de compra dos direitos de utilização de alguns dos instrumentos e de autorização para a utilização de outros, a escala foi traduzida da língua inglesa para a língua portuguesa por um tradutor que domina as duas línguas. Foram tidos em conta aspetos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item. O processo de retroversão da medida foi realizado por um indivíduo de nacionalidade americana com domínio da língua portuguesa.

3.2.2. Estatísticas descritivas

A escala de ansiedade de Beck apresentou uma média de 13.62 e um desvio-padrão de 9.49. Recorreu-se ao teste *t* de *Student* para verificar um possível efeito de género na amostra. Os resultados demonstraram uma média do género feminino significativamente superior à do género masculino ($t_{(900)} = -2.77$; $p = .006$), evidenciando, desta forma, a existência de um efeito de género.

3.2.3. Estrutura fatorial da escala (BAI)

Verificados os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (.93) e do *Bartlett's Test of Sphericity* (4863.91; $p < .001$) que evidenciaram a adequação dos dados para a realização de uma análise fatorial exploratória, procedeu-se à realização da Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP). Tendo em conta o *Scree plot* e o *eigenvalue* superior à unidade, foi testada a solução de quatro fatores, através da rotação ortogonal (*varimax*), aos itens da medida original. Esta solução permitiu explicar 47.1% da variância. Todos os itens mostraram-se relacionados com os fatores retidos apresentando comunalidades que variam entre .26 e .63. Os pesos fatoriais foram de um modo geral elevados (>.4) nos fatores a que pertencem, excetuando-se os itens 14, 17 e 18 que tiveram saturações inferiores (<.4). Optou-se por designar os fatores pelo seu número de ordem em numeração romana. Dez itens saturaram simultaneamente em dois fatores, pelo que cada um destes itens podia ser explicado simultaneamente por dois fatores, o que não contribuía para a ortogonalidade

destes fatores. Tendo-se constatado que os fatores III e IV apresentavam um valor próprio apenas marginalmente superior à unidade, após a verificação do *scree test* para testar a pertinência de uma solução alternativa, optou-se por uma solução de dois fatores. Forçada uma solução de dois fatores, obteve-se uma variância explicada de 30.29%, com todos os itens a saturarem acima de .40 num dos fatores, excetuando-se os itens 16 e 19. Os itens 7 e 14 continuaram a saturar em dois fatores. Os pesos fatoriais de cada item em cada fator, *os eigenvalues*, a comunalidade de cada item e a percentagem de variância explicada por cada fator encontram-se resumidos na Tabela 4. Os pesos fatoriais apresentam-se a negrito nos fatores a que pertencem.

Tabela 4. Pesos fatoriais dos itens nos fatores retidos, *eigenvalues* e % de variância explicada após uma AFE com extração forçada a 2 fatores pelo método AFPC com Rotação Varimax em 3 iterações.

Itens	Fatores		Comunalidades
	I	II	
1. Entorpecimento ou formigueiro	.16	.45	.23
2. Irritado(a)	.73	.07	.54
3. Tremor nas pernas	.27	.48	.30
4. Tenso(a)	.55	.16	.32
5. Mau pressentimento	.61	.20	.41
6. Confuso(a) ou fatigado(a)	.63	.22	.45
7. Coração apertado ou acelerado	.52	.42	.45
8. Inseguro(a)	.65	.18	.45
9. Apavorado(a) / aterrorizado(a)	.50	.38	.40
10. Nervoso(a)	.68	.14	.48
11. Sensação de sufocação (asfixia)	.20	.66	.47
12. Mãos a tremer	.12	.72	.53
13. Trémulo(a)	.20	.68	.50
14. Medo de perder o controlo	.44	.45	.39
15. Dificuldade de respiração	.17	.56	.34
16. Medo de morrer	.35	.33	.23
17. Assustado(a)	.37	.47	.36
18. Indigestão ou desconforto no abdómen	.21	.49	.28
19. Tímido(a) / exausto(a)	.35	.23	.18
20. Face ruborizada (rosto quente)	.43	.21	.23
21. Transpiração	.09	.51	.26

Entorpecimento = falta de energia; Fatigado = cansado.

3.2.4. Análise dos itens e consistência interna

A consistência interna de cada fator foi avaliada através do alfa de Cronbach. O fator I apresentou um alfa de .82 e valores de alfa sem o item entre .79 e .81, enquanto o valor de alfa estimado para o fator II foi de .80, com valores de alfa sem o item a variarem entre .78 a .80. Os valores de correlação item-total corrigido estiveram entre .37 e .58 no fator I e .32 e .54 no fator II. Tanto os valores de alfa de Cronbach como as correlações item-total corrigido apontaram para boa consistência interna de cada um dos fatores.

Consistência interna da escala total

A escala total apresentou uma consistência interna, alfa de Cronbach, de .88, com valores de r item-total corrigido entre .35 e .60. Esses valores traduzem uma boa consistência interna.

Tabela 5. Média, desvio padrão, r-item-total corrigido e alfa do BAI

BAI N = 902	Média	Desvio padrão	r Item-Total corrigido	Alfa de Cronbach sem o item
1. Entorpecimento ou formigueiro	.45	.71	.36	.88
2. Irritado(a)	1.06	.81	.52	.88
3. Tremor nas pernas	.41	.72	.45	.88
4. Tenso(a)	.80	.81	.44	.88
5. Mau pressentimento	.86	.92	.51	.88
6. Confuso(a) ou fatigado(a)	.94	.91	.55	.87
7. Coração apertado ou acelerado	.85	.95	.60	.87
8. Inseguro(a)	.82	.90	.53	.88
9. Apavorado(a) / aterrorizado(a)	.52	.85	.56	.87
10. Nervoso(a)	1.02	.93	.52	.88
11. Sensação de sufocação (asfixia)	.37	.71	.53	.88
12. Mãos a tremer	.45	.78	.50	.88
13. Trémulo(a)	.33	.69	.54	.88
14. Medo de perder o controle	.65	.86	.56	.87
15. Dificuldade de respiração	.41	.74	.44	.88
16. Medo de morrer	.72	.94	.42	.88
17. Assustado(a)	.61	.77	.53	.88
18. Indigestão ou desconforto no abdómen	.60	.84	.43	.88
19. Tímido(a) / exausto(a)	.82	.92	.36	.88
20. Face ruborizada (rosto quente)	.48	.82	.40	.88
21. Transpiração	.45	.78	.35	.88
Total	13.62	9.49		
Consistência interna				.88

3.2.5. Validade de constructo

A validade de constructo garante que um teste mede o que pretende medir (Cueto, 1993, p.94) e pode subdividir-se em validade convergente e validade divergente (Goldstein, *et al.*, 1984).

Um teste tem validade convergente quando apresenta correlações elevadas com outros testes que medem o mesmo constructo com métodos diferentes. Da mesma forma, diz-se que um teste tem validade divergente quando apresenta baixas correlações com testes que utilizando o mesmo método, medem constructos distintos (Cueto, 1993).

A validade de constructo do Inventário de Ansiedade de Beck foi determinada através das correlações *r produto momento de Pearson* com outros instrumentos que medem constructos diferentes pelo mesmo método (Tabela 6). Considerando a convenção de Pestana e Gageiro (2000, p.146), o Inventário de Ansiedade de Beck apresentou uma correlação linear moderada com o Inventário de Depressão de Beck ($r = .47$) e correlações baixas com a Escala de Desesperança de Beck ($r = .33$) e com a Escala de Ideação Suicida de Beck ($r = .34$). Por outro lado, a escala apresenta associações negativas muito baixas com a Escala Multidimensional de Percepção do Suporte Social ($r = -.19$) e com a Escala de Auto Compaixão ($r = -.17$). Não se verificaram correlações estatisticamente significativas com o Inventário da Qualidade do Relacionamento Interpessoal (IQRI) com o pai, mãe, amigo(a) e namorado(a).

Assim, a correlação linear moderada estatisticamente significativa ($p < .05$) entre o Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck (questionário que se relaciona de alguma forma com a ansiedade), apontou para uma boa validade convergente.

As correlações negativas fracas verificadas entre o Inventário de Ansiedade de Beck, a Escala Multidimensional de Percepção do Suporte Social e a Escala de Auto compaixão, conjugado com a correlação positiva baixa do Inventário de Ansiedade de Beck com a Escala de Desesperança de Beck e a inexistência de correlação entre o Inventário de Ansiedade de Beck e todas as subescalas do Inventário da Qualidade do

Relacionamento Interpessoal sugeriram que o Inventário de Ansiedade de Beck apresentou uma boa validade divergente nesta amostra.

4. Síntese dos resultados

O estudo tinha como objetivo contribuir para a avaliação da ansiedade e visou traduzir o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) para a língua portuguesa e adaptá-lo para a população cabo-verdiana. Em síntese, obtiveram-se os seguintes resultados:

No estudo da dimensionalidade do inventário, efetuado através de Análises Fatoriais Exploratórias (em componentes principais com rotação *varimax*), o Inventário de Ansiedade de Beck revelou uma estrutura fatorial idêntica à da versão original. O inventário apresentou uma solução de dois fatores que explicam 30.3% da variância total. Os dados obtidos com este procedimento exploratório estão de acordo com os resultados conseguidos tanto em amostras clínicas (Beck et al., 1988; Fydrich et al., 1990) como em amostras não clínicas (Dent & Salkovskis, 1986). O primeiro fator contém sintomas relacionados com aspetos somáticos da ansiedade, enquanto o segundo fator representa tanto sintomas subjetivos como sintomas relacionados com o pânico.

Quanto à fidedignidade, o Inventário de Ansiedade de Beck mostrou valores elevados de consistência interna nos dois fatores e na escala total. Os valores de consistência interna obtidos na amostra embora inferiores, aproximam-se dos resultados obtidos no estudo original do inventário (Beck et al., 1988) realizado em amostras clínicas.

O estudo da validade convergente do Inventário de Ansiedade de Beck mostrou uma associação significativa moderada com o Inventário de Depressão de Beck, o que corrobora os resultados de Dent e Salkovskis (1986).

No estudo da validade divergente o Inventário de Ansiedade de Beck revelou correlações negativas significativas baixas com a Escala Multidimensional da Perceção de Suporte Social, a escala de Auto compaixão, o Inventário de Qualidade do Relacionamento Interpessoal com o pai; correlação positiva baixa com a Escala de Desesperança de Beck; e não se correlacionou com as subescalas de Qualidade dos

Relacionamentos Interpessoais (mãe, amigo, namorado), instrumentos que medem constructos diferentes. Estes resultados sugerem que a medida apresenta uma boa validade divergente.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo devem ser considerados tendo em conta algumas limitações metodológicas: o estudo teve um desenho transversal, o impossibilitou a avaliação do dinamismo do Inventário de Ansiedade de Beck; tratou-se apenas de uma amostra de estudantes, pelo que futuras investigações devem ser realizadas também com amostras clínicas e da população geral; a estabilidade temporal e a validade discriminativa (sensibilidade) também devem ser objeto de futuras investigações.

5. Conclusão

O Inventário de Ansiedade de Beck evidenciou boas propriedades psicométricas, constituindo-se num instrumento de medida válido e de útil aplicação no âmbito da investigação na população adolescente cabo-verdiana.

Estudo 3. Características psicométricas do inventário de depressão de Beck-II

1. Introdução

O modelo cognitivo-comportamental baseia-se na assunção de que experiências negativas na infância resultam num conjunto de esquemas mal adaptativos sobre a própria pessoa. Estilos não assertivos de pensamento podem ter origem em experiências negativas na infância, como por exemplo, relacionamentos pobres em casa, criticismo, experiências persistentes de falhas na escola. Estas experiências negativas podem estar ligadas à baixa autoestima. Eventos críticos tardios, ou perdas em relacionamentos podem precipitar o início da depressão, devido a ativação de assunções e crenças disfuncionais. Pensamentos negativos não assertivos afetam o *modo*. Quando o modo se torna mais deprimido, as cognições não assertivas tornam-se mais frequentes e afetam o comportamento, criando portanto uma espiral que incrementa ainda mais a

depressão. Os esquemas depressivos desenvolvem-se ao longo de vários anos e são ativados por uma combinação de circunstâncias indutoras de stresse. Os esquemas trabalhando conjuntamente criam interpretações de situações e produzem respostas. Beck et al., (1979) descreveram um ativo processamento de informação com cognições resultando da combinação de estímulos internos e externos à interpretação de eventos. As cognições são a segunda componente da teoria de Beck.

Beck descreveu o que ele denominou a tríade cognitiva. Em primeiro lugar existe uma visão negativa de si próprio como não sendo digno de amor; em segundo lugar, uma visão negativa do mundo com evidências de experiências presentes e passadas; e, em terceiro lugar, uma visão negativa do futuro, sem esperança e com expectativa de que problemas correntes continuarão indefinidamente.

O terceiro componente é a presença de erros cognitivos. Verificam-se erros lógicos sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida. Beck enumerou diferentes tipos de erros cognitivos:

Magnificação ocorre quando os eventos são avaliados como sendo mais importantes do que realmente são; sobre generalização é quando um ou mais incidentes isolados são exagerados e aplicados para suportar uma crença ou regra (Isto acontece sempre. Sempre acontece algo de errado comigo); abstração seletiva acontece quando um detalhe é retirado do contexto e outro detalhe é ignorado (Eu acertei 75% do teste. Quão estúpido eu sou para ter cometido tantos erros); inferência arbitrária quando conclusões são tiradas sem evidências que os suportam (Meu amigo não me telefonou. Ele deve ter decidido a não falar comigo nunca mais); pensamentos, emoções, comportamentos e reações do corpo estão em contínua interação no presente criando um “ciclo vicioso”, o que explica a Auto perpetuação dos sintomas depressivos.

A teoria cognitiva considera a depressão como o resultado não apenas de situações adversas em si, mas sobretudo da percepção e processamento dessas situações. Investigações mostraram que os jovens deprimidos apresentam défices e distorções cognitivos, tais como atenção seletiva a características de um evento. Ademais, os jovens deprimidos são mais propensos a apresentar estilos atribucionais negativos. Eles tendem a atribuir os eventos positivos a causas externas em detrimento do mérito próprio. Também, tem-se verificado que os jovens deprimidos apresentam uma fraca

perceção das suas competências académicas e sociais. Muitos estudos têm reportado uma associação entre a depressão na infância e as distorções cognitivas. Todavia, não é claro se essas cognições são uma causa ou consequência da depressão. Por exemplo Dagleish et al. (1998) reportaram que a performance no processamento de tarefas volta ao normal com a remissão da depressão. Também não existe a certeza de que alguns processos cognitivos sejam mais importantes do que outros. No entanto, investigações sobre os processos cognitivos têm demonstrado que o modelo cognitivo da depressão também é aplicável em pessoas jovens.

O presente estudo procurou, em primeiro lugar, traduzir o Beck Depression Inventory-2 para a língua portuguesa e adaptar o instrumento à população cabo-verdiana. Seguidamente pretendeu investigar a estrutura fatorial do inventário numa amostra de estudantes. Em último lugar pretendeu avaliar as propriedades psicométricas da estrutura fatorial obtida, particularmente a análise dos itens, a consistência interna e a validade de constructo.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Foi constituída uma amostra de conveniência, com sujeitos da população não clínica que permitisse a realização do estudo de validade fatorial da supracitada medida. A amostra constituída por 902 estudantes de ambos os géneros foi recolhida em várias instituições de ensino secundário e superior da cidade da Praia e foi descrita no capítulo IV (ponto 1).

2.2. Instrumentos de medida

Todos os participantes preencheram um protocolo de investigação que, para além duma folha de registo de dados sociodemográficos, continha medidas de autorresposta de avaliação da sintomatologia depressiva, desesperança, perceção de suporte social, Auto compaixão, e qualidade dos relacionamentos interpessoais. A bateria de instrumentos incluiu o inventário de Depressão de Beck-II (BDI), a escala de desesperança de Beck, a Escala Multidimensional de Perceção do Suporte Social (EMPSS), a Escala de Auto compaixão e o Inventário de Qualidade dos Relacionamentos

Interpessoais (pai, mãe, amigo e namorado). A caracterização das medidas foi descrita no Capítulo IV (ponto 3).

2.3. Procedimento

O projeto de investigação deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comité Nacional de Ética para a Investigação na área da Saúde (Ministério da Saúde de Cabo Verde). Posteriormente foram realizados contactos com instituições escolares públicas e privadas da cidade da Praia, tendo-se obtido a autorização necessária para a participação dos adolescentes. Foi encaminhada uma carta aos pais e encarregados de educação com idades entre os 14 e os 17 anos (por serem menores de 18 anos) acompanhada de um termo de consentimento livre e informado com o objetivo de explicar a natureza e relevância da investigação a ser desenvolvida e obter autorização dos pais ou encarregados de educação para a participação do adolescente. Após a assinatura do termo de consentimento livre e informado pelos pais e encarregados de educação, os adolescentes também assinaram o seu próprio termo de consentimento livre e informado de participar na investigação. A administração dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar, na presença da investigadora que esclareceu algumas dúvidas que surgiram quanto ao preenchimento dos questionários. A aplicação foi coletiva e a duração de aproximadamente 50 minutos (uma aula). Alguns alunos precisaram de mais dez minutos do intervalo para completarem as escalas. Verificaram-se alguns casos de adolescentes que após o preenchimento abordaram individualmente a investigadora referindo terem tomado consciência de que precisavam de ajuda para as suas ideias suicidas. Estes adolescentes foram aconselhados a falar com os pais e a procurar uma consulta de psicologia clínica (pública ou privada).

2.4. Estratégia analítica

A análise dos dados deste estudo foi realizada com recurso ao *Software PASW Statistics (Predictive Analytics Software)* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA). O desenho do estudo é de natureza transversal. Na análise da dimensionalidade do inventário de sintomatologia depressiva de Beck (BDI) optou-se pela Análise Fatorial de

Componentes Principais (AFCP) com Rotação *Varimax* para testar a composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão (Tabachnick & Fidell, 2007). Testaram-se os pressupostos exigidos para a realização desta estatística: tamanho da amostra superior ou igual a 300 sujeitos; coeficientes de correlação dos itens com valores acima de .30 (Pallant, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Os dados obtidos mostraram-se adequados e possibilitaram os estudos da dimensionalidade do instrumento. Foram retidos os fatores que apresentaram valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser), em consonância com o *scree-plot* e a percentagem de variância retida. Por último, o critério relativo à variância extraída por cada fator e a variância total traduz o facto de se reterem os fatores que extraírem pelo menos 5% da variância total; ou então, extrair o número mínimo de fatores de forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais (Maroco, 2010b). A validade da Análise Fatorial Exploratória foi avaliada com recurso ao critério de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O teste de Esfericidade de Bartlett, sensível à dimensão da amostra, exige ainda que as variáveis apresentem distribuição normal multivariada, o que demonstra a sua sensibilidade à violação deste pressuposto.

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos resultados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento. As variáveis não apresentaram distribuição normal (K-S, $p \leq .001$). Porém, os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não indicaram graves enviesamentos (Kline, 1998). Foram utilizados testes paramétricos, por serem robustos face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2011). A análise dos *outliers* foi efectuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de extremos e *Quartis-Box Plot*), tendo sido identificadas algumas observações extremas. Estes valores residuais foram mantidos, após a verificação de que não comprometeriam os procedimentos estatísticos realizados.

3.2. Validade de conteúdo

O BDI-II foi desenvolvido especialmente para aceder aos sintomas depressivos indicados como critérios de diagnóstico para as perturbações depressivas do DSM-IV (APA, 1994). Os itens do *Amended Beck Depression Inventory* (BDI-IA; Beck, & Steer, 1987) foram reordenados e adicionados novos itens para aceder mais facilmente aos critérios de diagnóstico do Manual de Estatística e Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM-IV; Beck, Steer & Brown, 1996).

Garantidos os aspetos éticos de compra dos direitos de utilização de alguns dos instrumentos e de autorização para a utilização de outros, os itens do DBI-II foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por um tradutor que domina as duas línguas. Foram tidos em conta aspetos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item. O processo de retroversão da medida foi realizado por um indivíduo de nacionalidade americana com domínio da língua portuguesa.

3.3. Análise fatorial exploratória

O valor do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (.92) e do *Bartlett's Test of Sphericity* de 4380.37 ($p < .001$) apontaram para uma análise fatorial excelente, permitindo a realização da Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP). Os resultados obtidos pelo *Screen-Plot* foram analisados e, utilizada a regra do valor próprio superior a 1, como critério de retenção. Assim, foi testada a solução de cinco fatores, através da rotação ortogonal (varimax), aos itens que compõem a escala original. Esta solução permitiu explicar 50.35% da variância. Todos os itens relacionaram-se com os fatores retidos apresentando comunalidades que entre .36 e .69. Os pesos fatoriais foram de um modo geral moderados no fator a que pertencem. A ordem dos fatores encontrada apresentou diferenças comparativamente à medida original, visto o número de fatores ser também diferente. No estudo original (numa amostra clínica) foi testada uma solução de dois fatores.

Na Tabela 11 estão apresentados os pesos fatoriais de cada item em cada componente. Os pesos fatoriais apresentam-se a negrito nos fatores a que pertencem.

Tabela 6. Correspondência dos itens do BDI-II aos fatores obtidos na Análise Fatorial de Componentes Principais

Itens	Fatores				
	1	2	3	4	5
Demérito	.64	-.14	.09	-.03	-.44
Autoaversão	.63	-.16	.24	-.15	.02
Falhas passadas	.60	-.19	.06	-.04	.31
Ausência de prazer	.60	-.02	.07	.09	.14
Dificuldade de concentração	.60	.25	-.23	.02	-.05
Falta de energia	.57	.06	-.16	.18	-.49
Auto criticismo	.57	-.12	-.19	-.12	.06
Irritabilidade	.57	-.02	-.18	-.04	-.06
Falta de interesse	.56	-.06	.14	-.06	-.16
Tristeza	.56	-.20	.24	.21	.23
Indecisão	.56	-.03	-.19	-.17	-.07
Sentimentos de culpa	.56	-.18	-.13	.03	.23
Sentimentos de punição	.54	-.07	-.04	-.09	.46
Pensamentos e desejos suicidários	.52	-.20	.30	.21	-.07
Pessimismo	.52	-.15	.47	.02	-.22
Agitação	.51	.06	-.34	-.29	.02
Cansaço ou fadiga	.50	.36	-.30	.32	-.08
Mudança de apetite	.30	.71	.27	-.01	.09
Mudanças no padrão do sono	.35	.68	.30	-.08	.11
Falta de interesse sexual	.42	.01	-.21	.57	.15
Choro	.43	.06	-.06	-.56	-.04

Na análise fatorial, as variáveis com pesos fatoriais baixos que também afetam os fatores *scores*, são eliminadas e usa-se apenas as variáveis com pesos fatoriais elevados. Portanto, cabe ao investigador incluí-las ou não na análise, de acordo com o fundamento teórico subjacente (Marroco, 2011). A existência de fatores com pesos fatoriais muito próximos (elevados) em mais do que um fator, tornando desta forma

pouco clara a afetação desses itens a um dos fatores, levou a que se procedesse à rotação dos itens (Tabela 7).

Tabela 7. Correspondência dos itens do BDI-II aos fatores obtidos na AFPC com Rotação Varimax

BDI	Fatores				
	Itens	1	2	3	4
Pessimismo	.72	.05	.19	-.03	.12
Demérito	.66	.37	.03	.22	-.02
Pensamentos e desejos suicidários	.57	-.02	.33	.15	.02
Autoaversão	.50	.31	.39	-.04	.11
Falta de interesse	.48	.29	.19	.11	.10
Choro	.15	.65	.10	-.18	.16
Agitação	.02	.63	.19	.17	.05
Indecisão	.22	.51	.20	.19	.02
Auto criticismo	.18	.46	.34	.18	-.03
Dificuldade de concentração	.15	.43	.17	.43	.25
Irritabilidade	.23	.42	.23	.28	.03
Sentimentos de punição	.02	.29	.64	.05	.12
Falhas passadas	.23	.26	.61	.057	.04
Tristeza	.39	-.01	.58	.14	.05
Sentimentos de culpa	.14	.29	.52	.20	-.05
Ausência de prazer	.29	.20	.45	.22	.15
Cansaço ou fadiga	.06	.22	.10	.67	.26
Falta de interesse sexual	.07	-.09	.39	.64	-.02
Falta de energia	.47	.34	-.10	.53	.02
Mudança no padrão do sono	.10	.10	.08	.07	.81
Mudança de apetite	.06	.05	.04	.13	.81

Estrutura Fatorial da Escala BDI-II (Beck Depression Inventory de 2.^a ordem)

Foram verificados os valores de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy e do Bartlett's Test of Sphericity. A análise dos resultados do *Sreen-Plot* e

utilizando o valor próprio superior à unidade como critério de retenção, permitiu testar a solução de 2 fatores de segunda ordem, com os 5 fatores de 1.^a ordem. Esta solução explicou 40% da variância. Os valores das comunalidades (entre .20 e .62) demonstraram uma relação dos itens com o modelo obtido. A organização dos itens pelos fatores de segunda ordem apresentou diferenças em relação à escala original de Beck *et al.* (Beck, Steer & Brown, 1996). Apesar da análise dos fatores de 2.^a ordem com a escala original apresentar igualmente uma solução de 2 fatores (i.e. Fator I - Dimensão Somática -Afetiva e Fator II - Dimensão cognitiva da sintomatologia depressiva), a solução obtida apresenta algumas diferenças (i.e. Fator I - Dimensão Cognitiva-Afetiva e Fator II - Dimensão somática da sintomatologia depressiva). Sublinha-se, no entanto, que a análise original foi AFCP com Rotação Promax e realizada em amostras clínicas (Beck, Steer & Brown, 1996).

Assim, obteve-se um primeiro fator (Dimensão Cognitiva-Afetiva da sintomatologia depressiva) constituído pelos itens pessimismo, demérito, pensamentos e desejos suicidas, autoaversão, falta de interesse, choro, agitação, indecisão, autocríticos-mo, dificuldade de concentração, irritabilidade, sentimentos de punição, falhas passadas, tristeza, sentimentos de culpa e ausência de prazer; enquanto os itens cansaço ou fadiga, falta de interesse sexual, falta de energia, mudança no padrão do sono, mudança de apetite constituíram o segundo fator (Dimensão Somática da sintomatologia depressiva).

3.4. Consistência interna

A consistência interna de cada fator de 1.^a ordem foi avaliada através do alfa de Cronbach, que apresentou valores entre .54 e .71. Os valores da correlação item-total corrigido variaram entre .32 e .52. Os valores do alfa sem o item do Fator V violaram o modelo de consistência o que sugere uma possível revisão da codificação dos itens constituintes do fator (16. Modificação dos padrões de sono e 18. Mudanças de apetite). Quanto aos fatores obtidos na análise de 2.^a ordem, o Fator 1 (Dimensão cognitiva-afetiva da sintomatologia depressiva) apresentou um alfa de Cronbach de .81, com valores de item total corrigido entre .45 e .57. Enquanto o Fator 2 (Dimensão somática da sintomatologia depressiva) apresentou um alfa de Cronbach de .75, com valores de

item total corrigido entre .32 e .53. Em síntese, o BDI pareceu apresentar boa validade fatorial na presente amostra.

3.5. Validade convergente

A validade convergente do Inventário de Depressão de Beck foi analisada a partir das suas correlações com o somatório dos seis primeiros itens da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS), a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), instrumentos de autorresposta que medem constructos teoricamente relacionados. Assim, o Inventário de Depressão de Beck evidenciou uma boa validade convergente ao apresentar uma correlação positiva alta com o somatório dos seis primeiros itens da Escala de Ideação Suicida de Beck e correlações lineares moderadas com a Escala de Desesperança de Beck e o Inventário de Ansiedade de Beck (cf. Tabela 3).

3.6. Validade divergente

Uma medida apresenta validade divergente se não se correlaciona com variáveis das quais o constructo medido deve diferir. Tendo em conta essa assunção, a validade divergente do Inventário de Depressão de Beck foi calculada através dos coeficientes de correlação *r produto momento de Pearson* com a Escala Multidimensional de Percepção do Suporte Social, a Escala de Auto compaixão e as subescalas pai, mãe, amigo e namorado do Questionário de Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais (QRI). O inventário apresentou correlações negativas baixas com a Escala Multidimensional de Percepção do Suporte Social e a Escala de Auto compaixão e não apresentou correlação significativa com nenhuma das subescalas do Questionário de Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais (cf. Tabela 3), parecendo evidenciar, desta forma, uma boa validade divergente.

4. Síntese dos resultados

Este estudo procurou dar um contributo para a avaliação da sintomatologia depressiva. Reporta-se à tradução e adaptação do Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1987), para a população cabo-verdiana. Em síntese, obtiveram-se os seguintes resultados:

A Análise Fatorial Exploratória em componentes principais com rotação *varimax* revelou que o inventário possui uma estrutura fatorial aproximada da encontrada na versão original. O Inventário de Depressão de Beck apresentou uma solução de dois fatores que explicaram 40% da variância total: Dimensão Cognitiva-Afetiva e a Dimensão Somática da sintomatologia depressiva. Os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para todas as variáveis que entraram na análise, revelando todas saturações significativas e de valor apropriado na marcação do respetivo fator.

A medida mostrou valores indicativos de boa consistência interna nos dois fatores, apesar de inferiores aos obtidos na amostra clínica no estudo original (Beck et al., 1996).

Os estudos de validade convergente do Inventário de Depressão de Beck mostraram associação significativa moderada com outros instrumentos relacionados ou que medem constructos semelhantes. Por outro lado, o inventário apresentou correlações negativas fracas, ou não se correlacionou com outras medidas que medem constructos diferentes sugerindo desta forma uma boa validade divergente.

Os resultados do estudo devem ser considerados tendo em conta algumas limitações metodológicas. Assim, à semelhança do que se verificou nos estudos anteriores, o desenho transversal do estudo limitou a avaliação da dinâmica do Inventário de Depressão de Beck. A estabilidade temporal e o poder discriminativo do Inventário de Depressão de Beck não foram avaliados, pelo que deverão ser objeto de futuras investigações. Por último, a aplicação do inventário em contextos clínicos cabo-verdianos parece fundamental, para que se possa avaliar se se trata de uma medida válida para amostras clínicas cabo-verdianas.

5. Conclusão

A versão cabo-verdiana do Inventário de Depressão de Beck-II evidenciou boas qualidades psicométricas, podendo constituir um instrumento de medida válido no âmbito da investigação.

CAPÍTULO IV

Objetivos e Metodologia Geral da Investigação

CAPÍTULO IV – Objetivos e Metodologia Geral da Investigação

1. Objetivos

Neste capítulo são apresentados os objetivos gerais, os objetivos específicos, as hipóteses formuladas para os estudos empíricos realizados e a metodologia geral da investigação. Esta investigação comporta os seguintes objetivos gerais:

Avaliar a prevalência da ideação suicida e do para-suicídio numa amostra de adolescentes estudantes; investigar um conjunto de fatores preditores da ideação suicida e do para-suicídio que engloba alguns já confirmados na literatura científica e outros novos preditores derivados da teoria do *rank* social.

Visando operacionalizar os objetivos gerais supracitados foram elaborados os objetivos específicos e formuladas as hipóteses de investigação.

Os estudos preliminares tiveram por objetivos específicos traduzir e adaptar o inventário de ansiedade de Beck (BAI), a escala de desesperança de Beck (BHS) e o inventário de depressão de Beck-2 (BDI) para a língua portuguesa; investigar a estrutura fatorial de cada uma das escalas numa amostra de adolescentes; avaliar as propriedades psicométricas das estruturas fatoriais obtidas, bem como analisar os itens e a consistência interna de cada uma das escalas.

O primeiro estudo visou avaliar a prevalência da ideação suicida e do para-suicídio, bem como a gravidade do último episódio para-suicida numa população de adolescentes.

O segundo estudo analisou a relação entre a sintomatologia depressiva, a desesperança, a ansiedade, o suporte social percebido e a Auto compaixão na predição da ideação suicida. A partir deste objetivo específico, foi formulada a hipótese de que a sintomatologia depressiva, a desesperança e a ansiedade eram preditores da ideação suicida, mesmo controlando a Auto compaixão e o suporte social percebido.

O terceiro estudo procurou compreender qual a importância dos constructos do *rank* social e do suporte social percebido na predição da ideação suicida, controlando a sintomatologia depressiva. Formularam-se as hipóteses de que (1) os sentimentos de derrota, vergonha externa, encurralamento interno, encurralamento externo e os comportamentos de submissão, associavam-se de forma positiva à ideação suicida; (2) a

comparação social e o suporte social percebido da família, dos amigos e de outros significativos associavam-se de forma negativa à ideação suicida; (3) esses efeitos manter-se-iam mesmo controlando a sintomatologia depressiva (4) os sentimentos de derrota e de encurralamento predizem a ideação suicida mesmo controlando a sintomatologia depressiva; (5) os sentimentos de derrota e de encurralamento são preditores da ideação suicida mesmo quando se controla a desesperança; (6) os sentimentos de derrota medeiam a relação entre o suporte social percebido e a ideação suicida; (7) os sentimentos de encurralamento medeiam a relação entre o suporte social percebido e a ideação suicida.

O objetivo seguinte foi examinar a importância dos estilos parentais na infância, as experiências de vida precoces, as características da personalidade, as dificuldades de regulação emocional, a sintomatologia depressiva, as respostas ruminativas e a Auto compaixão na explicação da ideação suicida. Assim, formularam-se as hipóteses de que (1) os indivíduos com ideação suicida apresentavam níveis mais elevados de percepção de sobreproteção dos pais na infância, experiências de vida precoces de ameaça, submissão e desvalorização e de dificuldades de regulação emocional do que os indivíduos que não apresentam ideação suicida; (2) os indivíduos com ideação suicida apresentam níveis mais baixos de percepção de carinho dos pais na infância em relação aos indivíduos que não apresentam ideação suicida.

Pretendia-se ainda verificar se o efeito das experiências de vida precoces de ameaça, submissão e desvalorização eram transportadas para a ideação suicida através das dificuldades de regulação emocional. Assim, formulou-se a hipótese de que as dificuldades de regulação emocional mediavam a relação entre as experiências de vida precoces e a ideação suicida; uma outra hipótese formulada foi a de que o efeito dos estilos parentais na infância sobre a ideação suicida era mediado pelas dificuldades de regulação emocional.

Compreender a importância relativa das variáveis evitamento experiencial, respostas ruminativas, vergonha externa, formas de autocríticos-mo e de Auto tranquilização e características da personalidade na predição da ideação suicida constituiu mais um objetivo específico da presente investigação, tendo-se formulado a hipótese de que o evitamento experiencial, as respostas de ruminação, a vergonha

externa, as formas de autocríticos-mo e de auto-reasseguramento e as características da personalidade eram preditores da ideação suicida.

O penúltimo objetivo específico visava comparar um grupo de adolescentes que apresentaram para-suicídio nos oito dias que antecederam a avaliação com um grupo de estudantes sem história de para-suicídio ao longo da vida nas variáveis derrota, comportamentos de submissão, vergonha externa, encurralamento interno e externo, sintomatologia depressiva, desesperança, suporte social percebido e comparação social. Foram formuladas duas hipóteses de investigação segundo as quais, (1) os adolescentes com para-suicídio atual apresentariam níveis mais elevados de derrota, comportamentos de submissão, vergonha externa, encurralamento interno e externo, sintomatologia depressiva e desesperança, comparativamente aos adolescentes sem história de para-suicídio ao longo da vida; (2) os adolescentes diagnosticados com para-suicídio atual evidenciariam níveis mais baixos de suporte social percebido e de comparação social em relação aos que nunca tiveram nenhum episódio de para-suicídio.

Por último, pretendia-se analisar a importância dos sentimentos de derrota e de encurralamento na predição do para-suicídio atual. Por consequência, formulou-se as hipóteses de que (1) os sentimentos de derrota e de encurralamento eram preditores significativas do para-suicídio atual; (2) os sentimentos de derrota e de encurralamento mediavam a relação entre o défice ou ausência de suporte social percebido e o para-suicídio atual.

2. Metodologia

2.1. Amostras

Os estudos da presente dissertação foram efetuados em seis amostras, sendo quatro de adolescentes estudantes dos ensinos secundário e superior, uma de adolescentes estudantes sem história de para-suicídio ao longo da vida e uma de adolescentes com diagnóstico de para-suicídio atual (últimos oito dias). Cada amostra foi descrita no respetivo estudo.

2.2. Procedimento Geral (etapas da investigação)

Foram solicitadas autorizações formais à Comissão de Ética para a Saúde, à Direção do Hospital Dr. Agostinho Neto, ao Delegado de Saúde do concelho da Praia, às Direções das Escolas Secundárias Pedro Gomes, Constantino Semedo, Abílio Duarte,

Cesaltina Ramos, Manuel Lopes, Domingos Ramos e Cónego Jacinto Peregrino da Costa, da Universidade Jean Piaget, da Universidade de Cabo Verde e aos pais ou encarregados de educação dos participantes menores de 18 anos.

Os sujeitos das amostras de estudantes foram abordados pelos professores nas respetivas salas de aulas e posteriormente pela investigadora que os informou sobre os objetivos do estudo, a natureza da recolha de dados, a confidencialidade, o anonimato e a liberdade de participação. Aos participantes que assentiram em participar na investigação foi solicitado o seu consentimento informado e, para os menores de 18 anos, o consentimento dos pais ou encarregados da educação e agendada uma sessão para o preenchimento dos instrumentos que integram o protocolo de investigação. Este teve lugar nas salas de aulas em horários disponibilizados pelas direções e pelos professores das escolas que se disponibilizaram a colaborar. A duração de cada sessão foi de aproximadamente 50 minutos. Todavia houve alguns alunos que precisaram de mais 10 minutos para completarem as escalas. Todos os protocolos foram preenchidos na presença da investigadora que esclareceu as dúvidas relativas tanto às instruções como aos itens constituintes de cada instrumento de avaliação.

Os sujeitos da amostra clínica foram avaliados nos serviços de Urgência e nas consultas externas de Psicologia Clínica e de Psiquiatria pela investigadora e por dois psiquiatras. Estes referenciaram os pacientes à investigadora que posteriormente os contactou e os informou dos objetivos da investigação, da natureza da recolha de dados, confidencialidade, anonimato e da liberdade de participação. Foi solicitado o consentimento informado dos participantes e, no caso dos menores de 18 anos, o dos pais ou encarregados de educação e agendada uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos que constitui o protocolo de investigação. A avaliação teve lugar no consultório da investigadora, sito no serviço de psiquiatria do hospital Dr. Agostinho Neto. A duração média foi de 30 minutos, distribuídos em duas sessões para evitar o cansaço dos participantes. A segunda sessão foi sempre realizada com um intervalo máximo de dois dias.

Tratou-se de um estudo de corte transversal em que os sujeitos de cada amostra foram avaliados apenas no momento em que preenchiam os questionários.

Os procedimentos estatísticos referentes à análise dos dados foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.20; SPSS Inc, Chicago, IL).

No decorrer dos trabalhos que conduziram à elaboração desta tese, a pesquisa da literatura e o contacto com especialistas nesta área de investigação, conduziram ao aperfeiçoamento do projeto inicial com a reformulação das hipóteses.

Foram realizados estudos preliminares de aferição de alguns instrumentos de avaliação para a população cabo-verdiana, tendo-se seguido as recomendações de tradução dos itens da língua inglesa para a língua portuguesa, por um tradutor credenciado e verificados os aspetos relativos à semelhança lexical e conceptual, para preservar o conteúdo de cada item. A retroversão dos instrumentos foi realizada por outro tradutor de nacionalidade norte americana com domínio da língua portuguesa. Estes estudos basearam-se em amostras de adolescentes estudantes em geral, numa pequena amostra de adolescentes estudantes sem história de para-suicídio ao longo da vida e numa amostra de pacientes adolescentes com risco de suicídio (para-suicídio) moderado a elevado na última semana.

Seguidamente foram realizados estudos transversais em amostras tanto da população geral como da população clínica cuja organização dos dados e sequência dos procedimentos estatísticos efetuados visaram prosseguir os objetivos da investigação. Desta forma, foram avaliadas a prevalência da ideação suicida e do para-suicídio numa amostra de adolescentes da população geral recorrendo às frequências absolutas e relativas e ao teste do χ^2 (Qui-quadrado) para a comparação dos grupos.

A comparação das médias das variáveis contínuas entre os grupos fez-se pelo teste *t* de *Student*, enquanto na comparação das variáveis categoriais entre os grupos utilizou-se o teste do χ^2 (Qui-quadrado), após verificados os pressupostos de cada teste.

Coefficientes de correlação de *r* produto momento de Pearson foram utilizados na análise da relação entre as variáveis, sempre que tal se aplicava.

A análise dos efeitos das variáveis estudadas na variação da ideação suicida foi efectuada com recurso a análises de regressão logística.

Na análise dos efeitos de mediação de algumas variáveis contínuas na relação entre outras variáveis independentes contínuas e a ideação suicida fez-se recurso a análises de regressão linear simples ou hierárquica múltipla (sempre que a variável dependente era

contínua) e a análises de regressão logística (sempre que a variável dependente era dicotómica).

2.3. Instrumentos utilizados

Cada protocolo de avaliação foi constituído por uma folha de registo com o código de identificação de cada respondente, construída especificamente para a presente investigação, onde foram avaliadas as variáveis demográficas nomeadamente, sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional, e por um conjunto de instrumentos de auto relato.

O protocolo de avaliação, assim como a consistência interna de cada escala na respetiva amostra serão apresentados em cada estudo, pelo que este ponto se limita apenas a caracterizar as escalas de avaliação.

2.3.1. Inventário de Depressão de Beck-II

O *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck *et al.*, 1996) é um inventário de autorresposta constituído por 21 itens que avalia a severidade da sintomatologia depressiva. Cada item é cotado numa escala que varia entre 0 (normal) e 3 (muito severo) com uma pontuação total variando entre 0 e 63. O BDI-II apresentou uma alta consistência interna ($\alpha = .93$) em 120 estudantes universitários (Beck, Steer, & Brown, 1996). Foram também demonstradas adequada fiabilidade e validade fatorial e estabeleceu-se a validade diagnóstica discriminativa. Aliás, o BDI-II também demonstrou altos níveis de consistência interna em amostras de estudantes universitários do Canadá (Steer & Clark, 1997; Dozoic, Dobson, & Ahnberg, 1998). Para testar as características psicométricas do BDI-II, especialmente no que concernia às outras medidas da depressão, Steer, Kumar, Ranieri e Beck (1998) administraram o inventário a pacientes psiquiátricos em ambulatório com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, reportando uma consistência interna igualmente elevada ($\alpha = .92$). Ghareeb (2000) administrou a adaptação arábica do BDI-II a uma amostra de estudantes universitários do Egipto tendo reportado um $\alpha = .83$. Al-Musawi (2001) reportou um $\alpha = .84$, num estudo com 200 estudantes universitários do Bahrain e do Marrocos. Masayo *et al.* (2002) fez uma validação transcultural do inventário no Japão com 766 adultos tendo verificado um $\alpha = .87$. Krefetz, Steer, Gulab e Beck (2002) reportaram uma alta consistência interna (.92) do instrumento em 100 pacientes internos adultos. Este inventário também evidenciou alfas de Cronbach entre 0.82 e 0.92 em amostras de 18 países árabes, tanto do Médio Oriente como do Magreb (Alansari, M.B., 2006). A alta consistência interna do BDI-II foi corroborada com estudos realizados com a versão espanhola (Gahr, Camy, & Pepperdine, 2002) em estudantes universitários americanos ($\alpha = .91$) (Storch, Roberti, & Roth, 2004). Portanto, o BDI-II tem evidenciado boas características psicométricas tanto em culturas ocidentais como orientais.

2.3.2. Inventário de Ansiedade de Beck

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), criado por Beck *et al.* (1988, in Beck & Steer, 1993) é um inventário de auto-relato originalmente desenvolvido para medir a intensidade de sintomas de ansiedade em indivíduos com diagnósticos prévios de perturbações da ansiedade. Com o passar do tempo foi sendo observado que o inventário apresentava-se adequado para avaliação na população geral. É constituído por 21 itens, que devem ser avaliados pelo próprio indivíduo numa escala de 4 pontos: 1 - “absolutamente nada”; 2 - “levemente”; 3 - “moderadamente”; 4 - “gravemente”. Os itens são os seguintes: 1- dormência, 2- sensação de calor, 3- tremores nas pernas, 4-incapacidade de relaxar, 5-medo, 6-atordoamento, 7-palpitação, 8- falta de equilíbrio, 9-terrorizado, 10-nervoso, 11-sufocamento, 12-tremores nas mãos, 13-trémulo, 14-medo de perder o controlo, 15-dificuldade de respirar, 16-medo de morrer, 17-assustado, 18-desconforto abdominal, 19-sensação de desmaio, 20-rostro afogueado, 21-sudorese. O escore total é a soma dos individuais (0 a 3 pontos). O tempo de aplicação é de cerca de 5 a 10 minutos. Os escores de sintomas ansiosos para o BAI são os seguintes: 0-10 (sintomas mínimos/ausentes); 11-19 (sintomas leves); 20-30 (sintomas moderados); 31-63 (sintomas graves). Beck, Epstein et al. (1988) referem que o BAI apresentou elevada consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach ($\alpha = .92$) e uma estabilidade temporal de .75 ($p < .001$). Foram verificadas boas validades de conteúdo, concorrente, de constructo e discriminante. Quanto à validade fatorial, os autores (in *ibidem*) constataram a existência de duas dimensões altamente correlacionadas na sua amostra de 160 pacientes externos ($r = .56$; $p < .001$). O primeiro fator representou predominantemente aspetos somáticos da ansiedade enquanto o segundo fator representou aspetos da ansiedade tanto subjetivos como relacionados com o pânico.

2.3.3. Escala de Desesperança de Beck

A Escala de Desesperança de Beck (Beck *Hopelessness Scale* – BHS; Beck *et al.*, 1990; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) é um instrumento de 20 itens para avaliar atitudes negativas em relação ao futuro. Originariamente Beck desenvolveu esta escala para prever quem poderia ou não cometer suicídio. Esta escala pode ser utilizada em indivíduos com idades iguais ou superiores a 17 anos. O manual reporta boa consistência interna (coeficientes alfa de Cronbach

entre .82 e .93). Beck estudou a relação entre os rácios clínicos de desesperança e os escores da BHS em duas amostras: uma constituída por 23 pacientes externos de clínica geral e outra composta por 62 pacientes hospitalizados com tentativas de suicídio recentes. Na amostra de clínica geral a relação entre a BHS e os rácios de desesperança foi de .74, enquanto na amostra de indivíduos que tentaram o suicídio, foi de .62. A BHS é recomendada para medir a extensão de atitudes negativas em relação ao futuro tanto na clínica como na investigação.

2.3.4. Escala de Ideação Suicida de Beck

A escala de Ideação Suicida de Beck (BSS; Beck, Steer, & Ranieri, 1988) é um instrumento de autorresposta, constituído por 21 itens que pode ser utilizado pelos clínicos para detetar e avaliar a severidade da ideação suicida em adultos e adolescentes. O BSS mede um largo espectro de atitudes e comportamentos que os clínicos rotineiramente têm em conta para avaliar o risco de suicídio nos pacientes. Os primeiros 19 itens medem graduações da severidade do desejo, atitudes e planos de suicídio. Dentro de cada grupo o paciente avalia a severidade de cada item numa escala de três pontos (0 - 2). Os últimos dois itens (que avaliam o número de tentativas prévias de suicídio e a seriedade da intenção de morrer associada à última tentativa) ajudam o clínico a descobrir importantes características do paciente, mas não são utilizados para calcular o escore total do BSS. O escore total do BSS pode variar entre 0 e 38 pontos. Os primeiros 19 itens investigam o seguinte: 1-desejo de viver, 2-desejo de morrer, 3-razões para viver ou morrer, 4-tentativa ativa de suicídio, 5-tentativa de suicídio passiva, 6-duração das ideias de suicídio, 7-frequência das ideias de suicídio, 8-atitude em relação a ideação suicida, 9- controle sobre atos suicidários, 10-inibições à tentativa de suicídio, 11-razões para tentativa de suicídio, 12-planeamento, 13-oportunidade do método, 14-capacidade de realizar o método, 15-probabilidade de tentativa real, 16-extensão da preparação verdadeira, 17-bilhete suicida, 18-actos, 19-despiste. A aplicação desta escala varia entre 5 a 10 minutos. Os primeiros 5 itens funcionam como uma triagem de risco/não risco de suicídio.

Quanto à consistência interna obtida pelos autores, os alfas de Cronbach foram respetivamente de .90 e .87 respetivamente para os pacientes internos e para os pacientes externos, sugerindo altas consistência interna para ambas as amostras. É de realçar que a consistência interna baseou-se nas respostas aos 19 primeiros itens da escala pelos pacientes nas duas amostras de ideação suicida especialmente constituídas para o manual. Para a estabilidade teste-reteste os autores aplicaram a escala a um grupo de 60 pacientes previamente selecionados, uma semana após a administração da escala por computador. Segundo Steer, *et al.* (1993) o BSS é uma medida válida e fidedigna da ideação suicida em pacientes psiquiátricos adolescentes. Beck e Steer (1991)

reportaram uma média de 6.75 (SD = 9.75) em 60 pacientes diagnosticados com perturbações psiquiátricas mistas. A consistência interna avaliada por Kumar *et al.* (1995) foi de $\alpha = .96$, similar ao valor ($\alpha = .95$) verificado por Steer *et al.* (1993).

2.3.5. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

A Escala Multidimensional do Suporte Social Percebido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* — MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; EMPSS - versão de Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia e Mota-Pereira, 2011) é um instrumento de autorresposta constituído por 12 itens que avalia subjetivamente o suporte social proveniente da família, dos amigos e de outros significativos. Isto é, avalia os sentimentos dos respondentes em relação a cada uma das afirmações numa escala de sete pontos que vão desde "(1) Discorda completamente", até "(7) Concorda completamente". A escala apresenta boas características psicométricas (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988): boa fiabilidade interna com coeficientes alfa entre 0.84 a 0.92 e validade fatorial e das subescalas. O estudo realizado por Zimet, Powell, Farley, Werkman e Berkoff (1990) com três grupos de sujeitos: 265 grávidas, 74 adolescentes a viverem na Europa com as suas famílias e 55 internos de pediatria verificaram que o EMPSS possui boa consistência interna. Ademais, foi demonstrada uma forte validade fatorial, em conformidade com as três subescalas da EMPSS: Família, Amigos e Outros significativos.

A versão portuguesa da escala apresentou qualidades psicométricas adequadas para ser utilizada tanto em estudantes, como em sujeitos da população geral e em sujeitos com psicopatologia depressiva. A análise fatorial replicou a versão original: três fatores (família, amigos e outros significativos). Apresentou igualmente boa consistência interna entre .85 e .95 considerando os três fatores, os três grupos de estudo e ambos os géneros. Apresentou ainda uma adequada validade de constructo e a estabilidade teste-reteste tanto no grupo de estudantes como no grupo da população geral apresentou valores entre .40 e .90.

2.3.6. Escala dos Estilos Parentais

A escala dos estilos parentais (Parental Bonding Instrument PBI - Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.B., 1979; versão portuguesa de Baptista, 1986) é um questionário constituído por 25 itens (incluindo 12 “carinho” e 13 “sobre proteção”), que avalia os estilos parentais e as vivências familiares na infância tal como são percebidos pela criança em duas subescalas: “carinho” ou “sobre proteção” ou “controlo”. Trata-se de uma medida retrospectiva que avalia a

forma como as pessoas (com mais de 16 anos) recordam o modo como os seus pais se relacionavam com elas nos primeiros 16 anos de vida. O questionário deve ser completado para ambos, mãe e pai, separadamente, resultando em quatro subescalas (carinho e proteção do pai e carinho e proteção da mãe). Na versão original a consistência interna foi de .88 para a subescala “carinho” e .74 para a sobre proteção numa amostra não clínica. Num estudo americano com 153 estudantes (Parker et al., 1979) foram verificados os seguintes coeficientes alfas de Cronbach: carinho materno = .91, carinho paterno = .93, proteção materna = .88 e proteção paterna = .87. A fiabilidade teste-reteste foi de .76 para a escala carinho e .63 para a escala proteção, após três semanas de intervalo. Seguiram-se muitos outros estudos realizados em diversos países todos apresentando boa fidelidade e validade.

2.3.7. Escala de Experiências de Vida Precoces

A Escala de Experiências de Vida na infância (*The Early Life Experiences Scale – ELES*; Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons, 2003 (versão portuguesa de Lopes e Pinto-Gouveia, 2011) é um instrumento de autorresposta constituído por 15 itens que avalia a recordação de sentimentos de ameaça (pais como figuras hostis e dominantes), de subordinação e de desvalorização na infância. Foi construída e desenvolvida no contexto da Teoria do *Rank Social*, em que as relações pais-filhos são conceptualizadas como relações de poder focadas nos comportamentos de ameaça, rebaixamento e de submissão (Gilbert, 1992b, 2001b; Gilbert, Allan, Brough, Melley, & Miles, 2002; Gilbert et al., 2003). Gilbert et al. (2003) pretendiam uma medida que permitisse avaliar a recordação em adulto dos níveis de ameaça/medo e subordinação experienciados enquanto criança, no seio familiar. Os respondentes avaliam a frequência e veracidade da afirmação de cada item em relação a si e à sua experiência na infância, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 = Completamente falso; 5 = Muito verdadeiro). A análise fatorial da medida revelou três fatores: Ameaça, Submissão e (Des)Valorização “(Un)valued”. A medida permite obter um resultado total e resultados parciais (subescalas) com uma amplitude de resultados a variar entre 16 e 80. A escala demonstrou boa consistência interna com alfas de Cronbach de .92 para o total, de .89 para a subescala Ameaça, .85 para a subescala Submissão e de .71 para a subescala (Des)Valorização. A validade foi demonstrada pelas correlações da escala com outros instrumentos de autorresposta que medem constructos teoricamente relacionados.

À versão portuguesa da ELES, traduzida e adaptada por Lopes e Pinto-Gouveia (2011) foi acrescentada um item (16. “Fui vítima de assédio ou abuso sexual por membros da minha família ou amigos/conhecidos da minha família”), devido à natureza da investigação da autora responsável pela tradução e adaptação do referido instrumento. O estudo da versão portuguesa replicou os três fatores da escala original. A validade de constructo, convergente e discriminante foram demonstradas pelas correlações entre a ELES e outros constructos relacionados.

2.3.8. Inventário da Personalidade de Eysenck

Eysenck Personality Inventory - EPI (Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G., 1975; versão de Vaz-Serra, A., Ponciano, E, & Freitas, F., 1980)

O Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI) é um questionário de personalidade criado com o objetivo de medir as dimensões da personalidade Neuroticismo/Estabilidade emocional e Extroversão/ Introversão. Para facilitar os aspetos descritivos do teste, a primeira dimensão é frequentemente designada apenas por Neuroticismo (E) e a segunda por Extroversão (E). Comporta ainda a escala da mentira (L). A versão portuguesa do instrumento (Vaz Serra, Ponciano, & Freitas, 1980) comporta aperfeiçoamentos que permitiram que as variáveis Neuroticismo e Extroversão não apresentem qualquer correlação entre si, ao contrário do que acontece com o M.P.I. Por outro lado, o EPI comporta uma escala de mentira que permite eliminar os casos de indivíduos que procuram dar respostas socialmente desejáveis. A forma A do EPI é constituída por um total de 57 questões, sendo que nove correspondem à escala de mentira e as restantes às outras duas dimensões. Solicita-se aos participantes que leiam cada questão e respondam com "Sim" ou "Não" de acordo com a sua maneira habitual de agir ou sentir. O teste reteste situa-se entre .80 e .90. A consistência interna situa-se acima dos .80, o que traduz uma boa consistência interna (Vaz Serra, Ponciano e Freitas, 1980).

2.3.9. Escala de Encurralamento

(Gilbert & Allan, 1998; versão de Carvalho, S., Pinto Gouveia, J., Castilho, P., e Pimentel, P., 2011)

O conceito de encurralamento deriva da teoria evolucionária da psicopatologia. Diz-se que um sujeito está em encurralamento quando, sob intenso stresse, está fortemente motivado para a fuga ou escape, porém por motivos vários não se verifica a implementação dessa estratégia. Pode então ver-se o encurralamento como uma estratégia bio

comportamental de submissão ou um estado de subordinação defensiva na qual a propensão para a fuga está intensamente ativada (por acontecimentos de vida ou por vivências internas) mas inibida na sua execução. A escala de encurralamento (ES) (Gilbert & Allan, 1998) é constituída por duas escalas, encurralamento interno (EEI) e encurralamento externo (EEE). Há investigadores que, para além de trabalharem com os valores destas duas escalas independentemente, utilizam também o encurralamento total, que resulta do somatório de ambas (Sturman & Mongrain, 2008; Rasmussen *et al.*, 2009). Outros autores colocaram a hipótese da escala ter uma estrutura unifatorial (Trachsel, Krieger, Gilbert & Grosse Holtforth, 2010).

Trata-se de uma escala de autorresposta constituído por 16 itens que descrevem sentimentos e pensamentos que as pessoas podem ter em relação a si e à sua própria vida. É uma escala tipo Likert com cinco pontos desde (0) “Não tem nada que ver comigo”, até (4) “É exatamente como me sinto”. A EE mede o encurralamento interno e externo. Os seis itens da subescala do encurralamento interno procuram captar a motivação para a fuga determinada por estados emocionais aversivos. Na versão original foi encontrado um só fator explicando 74.8% na amostra de estudantes e 60.5% na amostra de deprimidos. A escala apresenta elevada consistência interna com alfas de Cronbach entre 0.82 e 0.94 considerando ambos os géneros nas duas amostras (Gilbert & Allan, 1998). A escala mostrou correlacionar-se com medidas de psicopatologia. A subescala encurralamento externo procura abordar situações em que o desejo ou motivação para a fuga ou escape é estimulado por contextos externos. Esta subescala é composta por dez itens, e.g., “Não encontro uma saída para a minha situação atual”, tendo uma pontuação máxima de 40. Na versão original foi encontrado um único fator explicando 49.9% na amostra de estudantes e 51.8% na amostra de deprimidos. A escala apresenta elevada consistência interna com alfas de Cronbach entre 0.86 e 0.90 considerando ambos os géneros nas duas amostras (Gilbert & Allan, 1998). Relativamente à validade convergente das duas escalas, foram obtidas correlações de .64 e .65 respetivamente para as escalas de encurralamento interno e externo e a CES-D (*Centre for Epidemiological Studies Scale*) na amostra de estudantes e de .62 e .54 entre as mesmas escalas e a sintomatologia depressiva (BDI) na amostra de doentes. Desde a sua publicação, a escala foi usada em vários estudos como medida do encurralamento quer em amostras clínicas quer em amostras da população geral (Carvalho *et al.*, 2007; Carvalho, Pinto-Gouveia, Castilho, e Pimentel (2011); Gilbert *et al.*, 2002; Willner & Goldstein, 2001; Martin, Gilbert,

McEwan, & Irons, 2006; Rasmussen et al., 2009; Sturman & Mongrain, 2005; Shahmanesh et al., 2009; Troop & Baker, 2008).

A escala foi traduzida e adaptada para o português europeu por Carvalho, Pinto-Gouveia, Castilho, e Pimentel (2011). A escala foi sujeita a estudos psicométricos numa amostra com três grupos de sujeitos: um grupo era formado por estudantes (N = 608), outro por sujeitos da população geral (N = 406) e o outro por doentes com diagnóstico de episódio depressivo maior (N = 106) seguidos em consulta externa de psiquiatria.

Quanto à estrutura fatorial da EEI, os autores efetuaram uma Análise Fatorial de Componentes Principais (ACP), tendo sido obtido um só fator, explicando 67.6% da variância total na amostra de estudantes, 65.4% na amostra da população geral e 57.5% na amostra de doentes. O alfa de Cronbach para a EEI variou entre .79 e .91, considerando os dois géneros nos três grupos. Estes resultados sugeriram que a EEI possui excelentes valores de consistência interna para as três populações e ambos os géneros. Quanto à estabilidade temporal, os autores (ibidem) verificaram correlações fortes entre as duas avaliações, na amostra de estudantes $r = .80$ e no grupo da população geral $r = .92$. Ao nível da consistência interna, a EEI apresentou um valor de alfa de Cronbach para o reteste de .93 e .96, respetivamente para a amostra de estudantes e para a da população geral. Na avaliação da validade externa ou de critério da EEI nas três amostras foi utilizado o BDI. Foram obtidas correlações de .51, .63 e .53, respetivamente para as amostras de estudantes, população geral e doentes, revelando uma correlação positiva elevada. A EEI mostrou discriminar os doentes dos outros dois grupos, evidenciando desta forma possuir boa validade de constructo. Os autores (ibidem) efetuaram uma ACP à EEE seguindo o método dos autores da escala original. O estudo da solução inicial forneceu um só fator explicando 57.3% da variância total na amostra de estudantes, 58.1% na amostra da população geral e 50.9% na amostra de doentes. O alfa de Cronbach para a EEE apresentou valores entre .91 e .93 considerando os dois géneros e os três grupos. Estes resultados sugerem que a EEE possui valores altos de consistência interna nas três populações e em ambos os géneros. Quanto à estabilidade temporal, os autores (ibidem) verificaram correlações fortes entre as duas avaliações, na amostra de estudantes ($r = .66$) e no grupo da população geral ($r = .81$). Ao nível da consistência interna, a EEE apresentou um valor de alfa de Cronbach para o reteste de .95 e .96, respetivamente para a amostra de estudantes e para a população geral. Para avaliar a validade externa ou de critério da EEE procedeu-se a um estudo de correlação entre a escala e o BDI nas três amostras: estudantes, população geral e doentes

obtendo-se correlações respetivamente de $r = .50$, $r = .64$ e $r = .64$, revelando que existe uma correlação elevada e positiva. Quanto à validade de constructo, a EEE pareceu discriminar os doentes dos outros dois grupos.

Em síntese, a escala pareceu apresentar boas características psicométricas na população portuguesa.

2.3.10. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Difficulties in Emotional Regulation Scale — DERS (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa adaptada de Mário Veloso, José Pinto Gouveia e Alexandra Dinis (2011). A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) é uma escala de autorresposta que visa avaliar as dificuldades na regulação emocional experienciadas pelos adultos. O instrumento é constituído por 36 itens distribuídos por seis fatores: não aceitação da resposta emocional, dificuldades em manter comportamentos orientados para objetivos, dificuldades no controlo dos impulsos, falta de consciência das emoções, acesso limitado a estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional. Numa escala de tipo Likert de cinco pontos: (1) Quase nunca, (2) Algumas vezes, (3) Cerca de metade do tempo, (4) A maior parte do tempo, (5) Quase sempre, pede-se aos respondentes que digam como lidam com as dificuldades que sentem quando procuram regular as suas emoções (Gratz & Roemer, 2004).

A validação da EDRE para a população portuguesa baseou-se numa amostra de 431 estudantes universitários oriundos de várias instituições do ensino superior do país. Os resultados revelaram que a EDRE possui uma consistência interna muito boa ($\alpha = .90$) e uma boa estabilidade temporal num hiato de quatro semanas após a primeira administração ($r = .84$) (Veloso, Pinto-Gouveia e Dinis, 2011). Os mesmos autores (in *ibidem*) referem que a análise em componentes principais foi diferente da solução original, tendo sido extraído um componente adicional para além dos seis verificados por Gratz e Roemer (2004), perfazendo um total de sete componentes. A escala apresentou ainda adequada validade convergente, divergente e discriminante (validade preditiva e de constructo) (Veloso, et al., 2011).

2.3.11. Escala de Autocompaixão

A *Self-Compassion Scale* (SELFCS: Neff, 2003^a) foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pinto-Gouveia e Castilho (2011). É uma escala de auto-resposta constituída por 26 itens, organizados em seis subescalas designadas de Bondade (5 itens), Auto-Ajuizamento (5 itens), Humanidade Comum (4 itens),

Isolamento (4 itens) e Sobre-Identificação (4 itens), com formato de resposta do tipo Likert de cinco pontos (1. Quase Nunca; 5. Quase Sempre). Para obter o total os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, e 25 são recodificados. A escala permite obter um resultado total e resultados parciais. Aos resultados elevados correspondem altos níveis de auto-compaixão. A escala total apresenta um valor de consistência interna de .92 e de validade temporal .93 (Neff, 2003). Este autor considera que as associações entre a escala auto-compaixão e a ansiedade, a depressão, a satisfação com a vida e a auto-estima forneceram evidências das validades convergente e divergente da supra-citada medida. Existem também evidências de validade discriminativa da escala, incluindo com relação às medidas de auto-estima. A consistência interna obtida por Neff, Hsieh e Dejitterat (2005) foi de $\alpha = .94$.

A versão portuguesa da escala pareceu apresentar boa consistência interna tanto para a escala total ($\alpha = .89$), como para os factores: Calor/Compreensão ($\alpha = .84$), Autocrítica ($\alpha = .82$), Condição Humana ($\alpha = .77$), Isolamento ($\alpha = .75$), *Mindfulness* ($\alpha = .73$), Sobre-identificação ($\alpha = .78$). A estabilidade temporal foi considerada aceitável ($r = .78$) num intervalo de quatro semanas. A escala também apresentou validade convergente e validade divergente aceitáveis (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011).

Embora a autora não o faça, autores como Gilbert e Pinto-Gouveia defendem a utilização de duas subescalas, uma de auto-compaixão e outra de auto-julgamento, argumentando que estariam relacionadas com diferentes sistemas de regulação do afecto. Nos estudos desta dissertação foram utilizadas as subescalas auto-compaixão (somatório dos itens das subescalas bondade, humanidade comum e atenção) e o auto-julgamento (somatório dos itens das subescalas isolamento, auto-ajuizamento e sobre-identificação).

2.3.12. Escala de Vergonha Externa

(*Other as Shamer Scale — OAS*; Goss, Gilbert e Allan (1994) versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia e Duarte (2011a).

A medida foi construída com base no modelo biopsicossocial da vergonha (Gilbert, 2002a; Gilbert & Irons, 2006). A vergonha é uma emoção que traduz essencialmente uma experiência do *eu* relacionada com a forma como pensamos existir na mente dos outros (Gilbert & McGuire, 1998). Trata-se de um instrumento de autorresposta constituída por 198 itens que refletem a capacidade de se construir

modelos internos de como “existimos na mente dos outros”. São itens que avaliam a vergonha externa, isto é, o que sentimos quando percebemos, através de comportamentos verbais ou não-verbais de outra pessoa, que os outros nos tratam com afeto negativo, com desprezo e aversão, desejo de criticar ou excluir o eu, antecipando a rejeição, ataque ou perda de atratividade aos seus olhos (Gilbert, 1998f, 2002a). Portanto, a vergonha externa inclui pensamentos globais acerca da forma como as pessoas pensam que os outros as veem (Allan, & Gilbert, 1994). A atenção e os sistemas de monitorização estão voltados para o exterior, visto que o foco está no que se passa na mente dos outros. Solicita-se aos respondentes que escrevam sentimentos ou experiências referentes à forma como os outros os veem, indicando a frequência com que sentem ou experienciam o que está escrito na afirmação que constitui cada item. Os itens são cotados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = Nunca; 4 = Quase sempre). A cotação total da escala obtém-se pelo somatório da pontuação de todos os itens, pelo que quanto maior a cotação, maior a vergonha externa.

O estudo das características psicométricas da versão original evidenciou uma consistência interna elevada para a escala total ($\alpha = .92$), assim como boa validade. Da análise fatorial surgiu uma solução de três fatores: Inferioridade (7 itens), Vazio (4 itens) e Reação dos outros perante erros (6 itens). A medida correlacionou-se com índices de psicopatologia em diversos estudos, particularmente com a sintomatologia depressiva, tanto em amostras clínicas como em amostras de estudantes (Allan et al., 1994; Andrews, Qian & Valentine, 2002; Cheung et al., 2004; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert, Allan, Brough, Melley & Miles, 2002; Gilbert, Allan & Goss, 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Wyatt & Gilbert, 1998).

A versão portuguesa da OAS (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011a) mostrou boa precisão, uma consistência interna excelente ($\alpha = .91$) e correlações item-total moderadas a elevadas (.44 a .66). Porém a estrutura fatorial (três fatores) não foi replicada, tendo evidenciado uma solução unifatorial que explica 39.8% da variância. A escala apresentou também excelente estabilidade temporal e boa validade convergente e divergente.

2.3.13. Escala de Formas de Autocriticismo e Auto reasseguramento

(FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*, Gilbert, et al, 2004, tradução e adaptação de Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J., 2011).

A escala das Formas de Autocriticismo e de Auto-reasseguramentos pretende avaliar a forma como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. É um instrumento de autorresposta constituído por 22 itens organizados em três subescalas: *Eu Inadequado* que avalia o sentimento de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros (“penso que mereço o meu autocriticismo”); *Eu Tranquilizador* que indica uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o eu (“continuo a gostar de quem sou”) e o *Eu Detestado* que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada na auto repugnância, raiva e aversão perante situações de fracasso, caracterizada por uma relação com o eu não gostada e por um desejo de magoar, perseguir e agredir o eu (“fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de cinco pontos que varia desde 0 (“não sou assim”) a 4 (“sou extremamente assim”). Na versão original os valores de consistência interna obtidos foram: $\alpha=.90$ para a subescala *Eu Inadequado*, $\alpha=.86$ para a subescala *Eu Tranquilizador* e $\alpha=.86$ para a subescala *Eu Detestado*.

Na versão portuguesa ambas as escalas apresentaram boa consistência interna (subescala *Autocorreção* $\alpha=.91$, subescala *Autoataque* $\alpha=.84$, FSCS; subescala *Eu Inadequado* $\alpha=.89$, subescala *Eu Tranquilizador* $\alpha=.87$ e subescala *Eu Detestado* $\alpha=.62$, FSCRS) também avaliada pelo alfa de Cronbach (Cronbach, 1984).

A estabilidade temporal foi calculada através do uso do coeficiente de correlação de Pearson para cada item das escalas FSCS e FSCRS e respetivas subescalas. Os resultados indicaram uma boa fidedignidade teste-reteste para as subescalas *Autocorreção* ($r=.73$) e *Autoataque* ($r=.87$) da FSCS e para as subescalas *Eu Inadequado* ($r=.72$), *Eu Tranquilizador* ($r=.65$) e *Eu Detestado* ($r=.78$) da FSCRS, num intervalo de tempo de quatro semanas. No geral, os valores para cada item da escala FSCS foram satisfatórios, variando entre $r=.31$ e $r=.90$. O mesmo padrão se repete para os valores de cada item da escala FSCRS, em que as correlações variam de $r=.31$ a $r=.86$.

A validade convergente das escalas FSCS e FSRCS foi avaliada na população portuguesa através das suas correlações com as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress, avaliadas pela EADS-42 com coeficientes de correlação, todos significativos ao nível .01, a variarem entre .57 e .26 o que indica que estas escalas mostraram possuir validade convergente satisfatória (Castilho e Pinto-Gouveia, 2005).

2.3.14. Escala de Derrota

(Gilbert & Allan, 1998; versão de Carvalho, Pinto Gouveia, Castilho, Pimentel e Maya, 2011)

A escala de derrota (ED) foi desenvolvida a partir da teoria evolucionária do posto social (*social rank theory*). Contém itens como “sinto que me dei por vencido” ou “sinto que perdi a minha posição na sociedade”. Trata-se de um inventário de autorresposta constituído por 16 itens que se referem a sentimentos de derrota que as pessoas podem experienciar acerca de si mesmas, avaliados numa escala tipo Likert de cinco pontos (0 = Nunca, 1 = Raramente, 2 = Algumas vezes, 3 = Frequentemente e 4 = Sempre), em que se pede ao respondente que assinale a frequência com que o sentimento lhe ocorreu nos últimos 7 dias. A sua pontuação varia de 0 a 64 sendo que quanto mais elevada, mais intenso o sentimento de derrota. No estudo de validação original (Gilbert & Allan, 1998) foi encontrada uma solução unifatorial, explicando 52.8% da variância total da escala num grupo de estudantes (N = 302) e 51.2% num grupo de doentes deprimidos (N = 90). Os alfas de Cronbach nos dois grupos e em ambos os géneros foram superiores a .93 revelando uma elevada consistência interna. Os autores encontraram correlações elevadas com a psicopatologia, particularmente com a sintomatologia depressiva: escala de depressão de Beck ($r = .65$), escala de desesperança de Beck ($r = .77$) e CES-D, escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos ($r = .73$). Igualmente foram encontradas correlações positivas com variáveis evolucionárias: encurralamento interno, encurralamento externo e comportamentos de submissão com valores de r respetivamente de .75, .66, e .35 e negativa com a comparação social por ser uma medida que se associa com a psicopatologia com sinal negativo.

A escala foi traduzida e adaptada para o português europeu por (Carvalho, Pinto-Gouveia, Castilho, Pimentel & Maia, 2011). A escala foi sujeita a estudos psicométricos numa amostra com três grupos de sujeitos. Um grupo formado por estudantes (N = 608), um grupo constituído por sujeitos da população geral (N = 406) e outro por doentes com diagnóstico de episódio depressivo major (N = 106) seguidos em consultas externas de psiquiatria.

Os autores obtiveram uma estrutura fatorial unidimensional nas três amostras, com uma

variância total de 45.27%, a variância na amostra de estudantes foi de 48.93, de 49.19% amostra da população geral e de 49.19% na mostra de doentes. O alfa de Cronbach para a escala de derrota apresentou valores entre .89 e .93, considerando os dois géneros e os três grupos. Estes resultados sugerem que a ED apresenta valores altos de consistência interna para as três populações e ambos os géneros. Quanto à estabilidade temporal, verificaram-se correlações fortes entre as duas avaliações. Na amostra de estudantes $r = .68$ e no grupo da população geral $r = .83$. Ao nível da consistência interna, a ED apresentou um valor de alfa de Cronbach para o reteste de .95 e .86, respetivamente para a amostra de estudantes e população geral. No estudo da validade externa ou de critério a ED apresentou correlações positivas elevadas com o BDI nas três amostras (estudantes, população geral e doentes), .45, .66 e .68 respetivamente. Para além disso, a escala de derrota mostrou possuir validade de constructo, ao discriminar os doentes dos outros dois grupos.

2.3.15. Escala de Comparação Social

(*Social Comparison Scale — SCS* (Allan & Gilbert, 1995) versão portuguesa de Cláudia Ferreira, José Pinto Gouveia e Cristiana Duarte, 2011).

A Escala de Comparação Social (ECS) explora dimensões da comparação social derivadas da teoria evolucionária. A comparação social serve para estabelecer hierarquias de dominância/submissão. Em humanos parece existir duas dimensões primárias derivadas da consciência de posto social: a) comparações acerca da força relativa e.g., poder e agressividade (previsão de vitória em lutas e conflitos e enfrentar desafios); e b) atratividade social e talento (e.g., ser escolhido para um grupo, equipa, emprego, ou ser desejado como amigo ou namorado). Comparações sociais mais negativas mostraram estar associadas a psicopatologia. A escala é baseada na técnica do diferencial semântico (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957). Os sujeitos são convidados a fazer uma comparação social global de si próprios em relação aos outros, utilizando uma série de constructos de significados opostos e.g., “No relacionamento com os outros, sinto-me: Inferior 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Superior”. Parece que comparações como estas são evidentes para a maioria das pessoas (Allan & Gilbert, 1995). Pontuações mais altas significam comparações sociais mais favoráveis. A escala original evidenciou boa consistência interna numa amostra de estudantes (alfa de Cronbach = 0.91) (Allan & Gilbert, 1995). A escala mostrou relacionar-se com a psicopatologia, em particular, com a sintomatologia depressiva (Hedley & Young, 2006), perturbações do comportamento alimentar (Connan, Troop, Landau,

Campbell, & Treasure, 2007; Troop & Baker, 2008) e ansiedade social (Birchwood et al., 2006; Cunha, Soares e Pinto-Gouveia, 2008).

A versão portuguesa deste instrumento evidenciou boas características psicométricas, com alfas de Cronbach nos estudos entre .88 e .89 para o total da escala (Cunha, 2005; Gato, 2003; Carvalho et al., 2007). A versão A (Pares) da escala apresentou uma solução de dois fatores. A escala total apresentou uma muito boa consistência interna, alfa de Cronbach de .94. Para as duas dimensões obtiveram-se valores de consistência interna de .93, para o fator atratividade/hierarquia e de .85, para o fator ajustamento ao grupo. A intercorrelação entre as subescalas mostrou-se positiva e moderada ($r = .69; p < .001$). A versão A (Pares) apresentou boa validade convergente e divergente (Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011). A Escala de Comparação Social através da Aparência Física (versão B: Modelos) apresentou uma estrutura unifatorial que explicou na totalidade 67.25% da variância; uma consistência interna ($\alpha = .95$); boa validade convergente e divergente; boa validade discriminante e boa estabilidade teste-reteste ($r = .81$).

2.3.16. Escala de Comportamentos de Submissão

A escala de comportamentos de submissão (*Submissive Behavior Scale — SBS*, Allan & Gilbert, 1997) consiste em 16 itens que avaliam a frequência de comportamentos de submissão, e.g., “deixo que os outros me critiquem ou humilhem sem me defender” ou “faço o que os outros esperam de mim, mesmo que não o queira fazer”. Os sujeitos respondem, fazendo uma estimativa da frequência desses comportamentos numa escala de tipo Likert de cinco pontos, desde "0 = Nunca" a "4 = Sempre". A pontuação mínima é de 0 e a máxima de 64. As pontuações mais elevadas indicam uma maior emissão de comportamentos de submissão. A escala original foi validada numa amostra de estudantes e num grupo de doentes deprimidos. Revela ter uma consistência interna satisfatória, com alfas de Cronbach acima de 0.82. A escala mostrou estar correlacionada com a psicopatologia em vários estudos, particularmente com sintomatologia depressiva em estudantes, população geral e em amostras de doentes (Gilbert & Allan, 1998; Allan & Gilbert, 1997, 2002; Carvalho et al., 2007). Também tem sido utilizado em estudos sobre comportamentos assertivos (Gilbert & Allan, 1994), depressão (Gilbert, Allan & Trent, 1995; Gilbert & Allan, 1998). Na presente investigação foi utilizada uma versão adaptada para Português (Castilho & Pinto - Gouveia, *manuscrito não publicado*) que, segundo os autores, demonstrou possuir boas características psicométricas.

2.3.17. Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais

O *Quality of Relationships Inventory* — QRI foi desenvolvido por (Pierce, Sarason e Sarason (1991) com base no modelo interacional-cognitivo do suporte social, para avaliar a percepção do suporte, do conflito e da profundidade sentida pelo sujeito em relacionamentos específicos (pai, mãe, amigo/a) com itens do tipo “1. Até que ponto pode aconselhar-se com esta pessoa sobre diversos problemas?”, “11. Até que ponto este relacionamento é importante na sua vida?” ou “23. Com que frequência esta pessoa o/a faz sentir zangado/a?”. Os sujeitos respondem ao questionário tendo em conta apoiantes específicos cujo relacionamento embora não tivesse que ser necessariamente positivo, devia ser importante na vida do sujeito. É um inventário de autorresposta constituído por 25 itens a serem respondidos numa escala tipo *Likert* com quatro níveis: (1) Nunca ou Nada, (2) Poucas vezes ou Pouco, (3) Bastantes vezes ou Bastante, (4) Sempre ou Muito. Da análise fatorial pelo método “Maximum Likelihood” com rotação oblíqua resultaram três fatores: QRI conflito (12 itens), QRI suporte (7 itens) e QRI profundidade. Foram selecionados os itens que saturaram em cada fator com pesos superiores a 0.4. O estudo de fidelidade efetuado por Pierce *et al.* (1991) numa amostra de 210 sujeitos revelou coeficientes alfa de Cronbach satisfatórios nas três subescalas, respondidas respetivamente em relação à mãe (.83, .88, .83), ao pai (.88, .88 e .86) e em relação ao amigo/a (.85, .91 e .84). O QRI apresentou igualmente boa validade convergente e divergente (Pierce *et al.*, 1991). A versão portuguesa (IQRI) manteve a estrutura do instrumento original, cujos itens devem ser respondidos da mesma forma. De acordo com os intervalos de valores de alfa de Cronbach sugeridos por DeVellis (1991; citado por Almeida & Freire, 2003) as subescalas apresentaram consistência interna aceitáveis na amostra portuguesa, com valores de alfa de Cronbach da ordem dos .78 (Suporte) e .74 (Profundidade) e muito bom para o “Conflito” (.84). Os resultados atribuem boas qualidades psicométricas, no que diz respeito à validade e fiabilidade do IQRI. À semelhança do original, a dimensionalidade do instrumento permite conhecer a percepção da qualidade do relacionamento ao nível do suporte social, da profundidade e do conflito.

2.3.18. Inventário de Expressão do Estado/Traço da Raiva (*State-Trait Anger Expression Inventory 2— STAXI-*) (Spielberger, 1988)

É um inventário de 44 itens que mede a experiência e a expressão da cólera. A experiência de cólera é avaliada em duas dimensões: Cólera-Estado (11 itens) e Cólera-Traço

(11 itens) e a expressão de cólera em três dimensões: Cólera-externa (10 itens), Cólera-interna (7 itens) e Cólera-controlo (8 itens) (Forgays, Forgays, & Spielberger, 1997; Fuqua *et al.*, 1991; Kjell, 1994; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 1997; Spielberger, 1998). Os participantes respondem numa escala de quatro pontos que avalia tanto a intensidade da sua cólera num tempo determinado e a frequência em que experimenta, expressa e controla a cólera. O inventário tem evidenciado boas características psicométricas (Fuqua *et al.*, 1991; Biaggio, 1994; Fernández-Abascal & Martin, 1995; Miguel Tobal *et al.*, 1997). O Manual apresenta correlações das escalas Cólera-Estado e Cólera-Traço com outras escalas de personalidade. Apresenta também evidências de validade das escalas de expressão da cólera. As normas foram verificadas com adolescentes (16 a 19 anos), adultos e pacientes psiquiátricos.

4. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao Software *PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

CAPÍTULO V

Ideação Suicida e Para-suicídio

CAPÍTULO V - Ideação Suicida e Para-suicídio

Estudo 1. Prevalência da ideação suicida e do para-suicídio

1. Introdução

Ideias de morte ocasionais podem acontecer em qualquer estágio de desenvolvimento, que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte. Neste contexto, as ideias de morte ocasionais são assertivas também na adolescência. A questão torna-se preocupante quando o suicídio passa a constituir a única ou principal alternativa para lidar com as dificuldades. A intensidade dos pensamentos suicidários, sua profundidade, duração, o contexto em que surgem e a incapacidade de desligar-se deles são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (WHO, 2002).

O comportamento suicidário estende-se por um contínuo que inclui desde pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos, para-suicídio, constituindo o suicídio a dimensão final, qualquer que seja o grau de intenção letal e o conhecimento do verdadeiro motivo desse ato.

A presença de ideação suicida e de uma história prévia de para-suicídio constituem importantes fatores de predição do risco de suicídio, podendo caracterizar um primeiro passo para a consolidação do ato destrutivo fatal (Beck, Brown e Steer, 1997; Beck, Steer & Graham, 2000; Burge & Lester, 2001).

O comportamento suicidário na adolescência constitui atualmente um problema de saúde pública e de saúde mental que importa estudar e prevenir tendo em conta as repercussões familiares, sociais e económicas que acarreta. É tanto mais importante porquanto na adolescência surgem por vezes sentimentos de baixa autoestima e mesmo perturbações mentais de grande risco (Sukiennik, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) estima que, aproximadamente, um milhão e meio de suicídios ocorrerão em todo o mundo, no ano 2020, o que corresponderá a uma morte a cada 20 segundos.

As taxas de suicídio são mais elevadas no sexo masculino, chegando a ser três vezes superiores do que as do sexo feminino. Existem, no entanto, exceções em países como a China onde a proporção de suicídio é similar nos dois sexos. Porém, a taxa de para-suicídio entre os indivíduos do género feminino parece ser superior a taxa dos homens (Bertolote, 2006; Gunnell *et al.*, 2002; Shaffer e Pfeffer, 2001). Considera-se que a taxa de suicídio superior entre os homens pode, eventualmente, dever-se à utilização de métodos mais violentos e letais (Groholt *et al.*, 1999; Shaffer e Pfeffer, 2001; Maris *et al.*, 2000; Grunnel *et al.* 2002).

O aumento do risco de suicídio varia na razão direta com a idade, apesar de se ter verificado um incremento dos índices de suicídio entre os jovens dos 15 aos 34 anos. Segundo a OMS (2002) a incidência de suicídio entre os jovens tem aumentado de forma significativa, principalmente em países como a Austrália, Barein, Canadá, Kuwait, Maurícias, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido.

No que concerne à epidemiologia do suicídio, importa sublinhar que os dados estatísticos oficiais são muito subestimadas devido a subnotificações por razões culturais, ou por falhas na identificação e classificação da causa de morte.

Existem países como a Hungria, Finlândia, Japão e Áustria que apresentam taxas de suicídio muito elevadas acima de 20 casos (no sexo masculino) por cada 100.000 habitantes. O Brasil apresenta uma das maiores taxas de suicídio da América Latina: 46 casos por cada 100.000 habitantes.

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da ideação suicida e do para-suicídio em adolescentes cabo-verdianos, numa população não clínica, com idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos. O estudo analisou ainda o nível de gravidade da última tentativa de suicídio.

2. Método

2.1. Amostra

Para a realização deste estudo foi constituída uma amostra de conveniência de 902 indivíduos da população estudantil da cidade da Praia. Os participantes foram recrutados em cinco escolas do Ensino Secundário da cidade da Praia, entre Março e Abril de 2009. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: (1) idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos; (2) inexistência de patologia ou deficiência

grave que impossibilitassem a utilização de instrumentos de autorresposta. Dos sujeitos contactados apenas um recusou participar, por considerar o inquérito extenso, pelo que preferia preenchê-lo em casa. A amostra foi constituída por 309 (34.15%) participantes do sexo masculino e 593 (65.85%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.98 anos (DP = 2.19). No que concerne ao estado civil, 90.2% dos participantes eram solteiros e 9.7% casados/junto/união de facto e 0.1% divorciado. Quanto à situação profissional, 93.2.% eram estudantes e 6.8% estudante/trabalhador. Os sujeitos da amostra apresentam uma média de 11.56 anos de escolaridade (DP = 1.70). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto a idade ($t = -1.41; p = .160$), estado civil ($\chi^2_{(4, 902)} = 9.23; p = .056$), escolaridade ($t = -.89; p = .377$) e profissão ($\chi^2_{(1, 902)} = .64; p = .424$). Das variáveis demográficas, apenas o género apresentou uma distribuição diferente ($\chi^2_{(1, 902)} = 6.17; p = .013$) nos grupos com e sem ideação suicida atual. O género também foi a única variável que se distribuiu de forma diferente nos grupos com e sem para-suicídio ao longo da vida ($\chi^2_{(2, 902)} = 7.45; p = .024$).

2.2. Instrumentos de avaliação

Este estudo faz parte de um estudo mais alargado em que cada participante completou uma bateria de medidas de autorresposta que, entre outras, incluía uma folha de dados sociodemográficos e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS; *Beck Scale for Suicide Ideation*) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias, a tentativa de suicídio ao longo da vida e a intensidade do desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio. Este instrumento foi descrito pormenorizadamente no Capítulo IV (ponto 3). Foram considerados com ideação suicida atual, todos os sujeitos que preencheram as opções 1 e/ou 2 dos blocos 4 e 5 da escala e, os sujeitos que preencheram, simultaneamente, as opções 2 dos itens 1, 2 e 3. O para-suicídio ao longo da vida foi avaliado pelo item 20 e a gravidade da última tentativa de suicídio pelo item 21 do BSS. No presente estudo, o somatório dos seis primeiros itens da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) apresentou um alfa de Cronbach de .86.

2.3. Procedimentos

Os sujeitos participantes foram recrutados em diversas instituições de ensino superior e secundário da cidade da Praia. Foi-lhes fornecida uma bateria de instrumentos para avaliação, entre outros, da ideação suicida. Os sujeitos preencheram

também uma folha de rosto para a recolha de dados sociodemográficos, com uma breve descrição dos objetivos do estudo. Foi explicado a cada um dos sujeitos a importância do preenchimento correto e completo da escala, a confidencialidade das respostas e a preservação do anonimato, e solicitada a assinatura do consentimento de participação. A recolha foi efectuada pela autora da investigação em tempos letivos cedidos pelos professores com o consentimento das respetivas Direções. O tempo médio de preenchimento da escala de Ideação Suicida de Beck foi de aproximadamente 10 minutos. O procedimento do estudo encontra-se descrito ao pormenor no Capítulo IV (ponto 2.2.).

2.4. Estratégia analítica

O estudo obedeceu a um desenho transversal. Para analisar a prevalência da ideação suicida nos últimos oito dias, a prevalência do para-suicídio ao longo da vida e o nível de gravidade da última tentativa de suicídio, procedeu-se ao cálculo de frequências. A comparação das proporções fez-se pelo teste do *Qui-quadrado*, enquanto na comparação das médias utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes, considerando o nível de significância de .05.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicado, IL).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

Os pressupostos do teste *t-Student* para amostras independentes foram realizados no que respeita à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias populacionais. A normalidade das distribuições dos dados das variáveis realizou-se pela análise do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e do enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento, respetivamente *Skweness* e *Kurtosis*. Todas as variáveis contínuas do presente estudo apresentaram distribuições normais. Os dados foram analisados com vista a determinar se as variáveis comportavam diferenças sociodemográficas. Conforme referido anteriormente, entre as variáveis demográficas, apenas o género apresentou uma distribuição diferente ($\chi^2_{(1, 902)} = 6.17; p = .013$) nos grupos com e sem ideação suicida atual.

Tabela 1. Valores médios, de desvio padrão, mínimos, máximos, Skweness, Kurtosis e do teste K-S para as variáveis em estudo

	M	DP	Mínimo- Máximo	Skweness	Kurtosis	K-S	p
Idade	17.98	2.19	14 - 22	.01	-.81	.09	.000
Escolaridade	11.56	1.70	8 - 15	.03	-.71	.13	.000
Ideação suicida	12.42	7.11	1 - 32	.85	.35	.12	.010

3.2. Prevalência da ideação suicida

Dos 902 sujeitos da amostra, 72 (8%) apresentaram ideação suicida, sendo 15 (1.7%) do sexo masculino e 57 (6.3%) do sexo feminino. Entre os sujeitos que apresentaram ideação suicida 15 (20.8%) eram do género masculino e 57 (79.2%) do género feminino. A distribuição da ideação suicida mostrou-se diferente nos dois géneros ($\chi^2_{(1, 902)} = 6.167$; $p = .014$). O rácio de ideação suicida atual foi estimado em 1 : 3.7 (masculino: feminino). A tabela 2 apresenta a caracterização dos sujeitos que apresentaram ideação suicida nos oito dias que antecederam a recolha dos dados. Os sujeitos apresentavam idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos (Média = 17.61 e D.P. = 2.09), o que corroborou a assunção de que a ideação suicida pode ocorrer antes ou durante a adolescência. Como seria de esperar, a maioria dos sujeitos da amostra era na solteira (94.4%). Todos eram estudantes, embora se tenha verificado uma pequena percentagem (2.8%) de estudantes/trabalhadores.

Tabela 2. Caracterização dos sujeitos que apresentaram ideação suicida atual

	Total N = 72 (100%)		Masculino N = 15 (20.8%)		Feminino N = 57 (79.2%)	
Idade	M±DP 17.61 ± 2.09		17.20 ± 1.74		17.72 ± 2.17	
	Intervalo 14 - 22		15-22		14-22	
Escolaridade	M±DP 11.32 ± 1.52		11.60 ± 1.35		11.25 ± 1.56	
	Intervalo 8 - 15		9 - 14		8 - 15	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
Solteiro	68	94.4	15	20.8	53	73.6
Junto/União de facto	4	5.6			4	5.6
Profissão						
Estudante	70	97.2	15	20.8	55	76.4
Estudante/trabalhador	2	2.8			2	2.8

3.3. Prevalência do para-suicídio ao longo da vida

Dos 902 sujeitos da amostra, 49 (5.4%) referiram tentativa de suicídio pelo menos uma vez, sendo 8 (0.89%) do sexo masculino e 41 (4.55%) do sexo feminino. Desses, 40 (81.63%) tentaram o suicídio apenas uma vez (14.29% masculino e 67.35% feminino) e 9 (18.37%) que correspondem a 1% do total referiram terem tentado o suicídio duas ou mais vezes (2.04% masculino e 16.33% feminino) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do para-suicídio ao longo da vida por sexo

		Total		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%	N	%
Para-suicídio	Um	40	81.63	7	14.29	33	67.35
	Dois ou mais	9	18.37	1	2.04	8	16.33
	Total	49	100	8	16.33	41	83.67

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os gêneros quanto a prevalência do para-suicídio ao longo da vida ($\chi^2_{(2, 902)} = 7.450$; $p = .024$). O rácio de para-suicídio ao longo da vida foi de 1: 5.13 (masculino: feminino).

Os dados da caracterização dos sujeitos que fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida encontram-se exarados na tabela 4.

Tabela 4. Caracterização dos sujeitos que reportaram para-suicídio ao longo da vida

	Total		Masculino		Feminino	
Idade						
M±DP	18.12 ± 1.975		18.63 ± 1.685		18.02 ± 2.031	
Intervalo	15 – 22		16 – 22		15 – 22	
Escolaridade						
M±DP	11.45 ± 1.684		11.75 ± 1.909		11.39 ± 1.656	
Intervalo	8 - 15		9 – 14		8 – 15	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
Solteiro	47	95.92	8	16.33	39	79.59
Junto	2	4.08			2	4.08
Profissão						
Estudante	47	95.92	8	16.33	39	79.59
Estud/Trabalhador	2	4.08			2	4.08
Total	49	100	8	16.33	41	83.67

3.4. Nível de gravidade da última tentativa de suicídio

O nível de gravidade da última tentativa de suicídio foi avaliado pelo item 21 do Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS). Dos 902 sujeitos da amostra, 49 (5.4%)

responderam ao item afirmativamente. Destes, 14 (28.57%) reportaram como leve o desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio, 18 (36.74%) moderado e 17 (34.69%) elevado (Tabela 5). Portanto, 35 (71.43%) indivíduos avaliaram como sério (moderado a elevado) o seu desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto ao desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio ($\chi^2_{(2, 49)} = 2.154; p = .341$).

Tabela 5. Distribuição da gravidade da última tentativa de suicídio por sexo

	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Leve	14	28.57	4	8.16	10	20.41
Moderado	18	36.74	2	4.08	16	32.65
Elevado	17	34.69	2	4.08	15	30.61
Total	49	100	8	16.33	41	83.67

4. Discussão

O comportamento suicidário constitui um fenômeno transversal à quase totalidade dos estádios de desenvolvimento humano. Segundo a OMS (2004) os comportamentos suicidários em adolescentes têm vindo a aumentar nos últimos anos, assumindo proporções alarmantes em alguns países. Com efeito, o suicídio constitui a terceira causa de morte em vários países (e.g. EUA; CDC, 2008), havendo países como a Coreia (*Korean National Statistical Office, 2006*) em que representa a segunda causa de morte na adolescência. Considerados entre os principais fatores de risco para o suicídio (Brent & Baugher, 1999; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Pinninti et al., 2002), a ideação suicida e o para-suicídio apresentam taxas de prevalência muito superiores às do suicídio. A OMS (2004) estimou que a prevalência do para-suicídio seja 20 vezes superior à do suicídio, significando que para cada suicídio consumado haja até 20 tentativas de suicídio frustradas. Apesar da maioria dos países não disporem de dados relativos à prevalência de ideação suicida, os estudos analisados mostraram taxas muito superiores quando comparadas às do para-suicídio e do suicídio. Numa perspectiva preventiva, a identificação do risco de suicídio justifica-se plenamente tendo em conta que se a ideação suicida pode constituir-se no primeiro passo para o suicídio, tentativas prévias aumentam a probabilidade da sua ocorrência, sobretudo quando associadas à depressão e à desesperança.

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar a prevalência de ideação suicida e de para-suicídio numa amostra de adolescentes estudantes cabo-verdianos. Considerou-se a ideação suicida nos últimos oito dias, o para-suicídio ao longo da vida e o nível de gravidade do último episódio para-suicida.

Os resultados do estudo revelaram que 8% dos adolescentes estudantes que participaram da amostra apresentaram ideação suicida nos oito dias que antecederam a avaliação. Embora a prevalência de ideação suicida seja muito variável intra e inter países, o resultado encontrado corroborou os resultados de alguns estudos realizados com adolescentes africanos ugandeses (Swahn et al, 2010), norte-americanos (Swahn et al, 2010; Kerr et al, 2008; Omighodun et al., 2008), chineses (Tang et al., 2011), estudantes coreanos (Lee et al., 2008) e tailandeses (Petzer e Pengpid, 2012). A taxa de prevalência de ideação suicida foi inferior às taxas de ideação suicida verificadas no Global School-based Student Health Survey (GSHS) realizado com adolescentes dos 13 aos 15 anos em alguns países africanos (Aboobakar, 2007; Viswanathan, Lasserre, William, Madeleine, Bovet, 2008; Ministère de la Santé de la République du Benin, 2011; Nyandindi, 2008; Owusu, 2008; Sithole, 2003; Twa-Twa, & Oketcho, 2003; WHO, 2003, 2003a, 2004, 2005). A taxa de ideação suicida verificada também foi inferior a do Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2011 (YRBS) realizado com adolescentes norte americanos dos 10 aos 24 anos de idade (CDC, 2012) cuja prevalência foi de 15.8% (19.3% rapazes e 12.5% raparigas). Todavia, a prevalência de ideação suicida foi superior às de países como a Etiópia (Shiferaw et al., 2006).

A prevalência de ideação suicida foi superior entre os indivíduos do género feminino, o que também corrobora os resultados de estudos internacionais (CDC, 2012; Kinyanda et al., 2011; Omigbodun et al., 2010; Ventura-Juncá, 2010; Canetto, 2008; Nock et al., 2008; Rudatsikira et al., 2007; Kim et al, 2006; Shiferaw et al., 2006; Evans, Hawton, Rodham, & Deesks, 2005; WHO Regional Africa, 2003; Allison *et al.* 2001; Edwards & Holden, 2001; Espósito & Clum, 2002; Goldman & Beardslee, 1999; Heskett *et al.* 2002; Kessler et al., 1999; Man, 1999; Reinherz *et al.* 1995; Stewart *et al.* 1999), apesar de haver estudos que reportam proporções de ideação suicida similares nos dois géneros (e.g. Omigboum et al., 2008) ou inferiores no género feminino quando comparado com o masculino (e.g. Petzer & Pengpid, 2012). Todavia, estes estudos são

exceções, pois a maioria dos estudos internacionais referiram proporções de ideação suicida superiores no género feminino, o que foi corroborado pelo rácio de ideação suicida estimado de 3.7 (género feminino) por 1 (género masculino) no presente estudo.

Verificou-se que 5.4% dos 902 sujeitos da mostra tentou o suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida. Embora inferior as da maioria dos países africanos de cujos dados dispomos: Benin, Etiópia e Nigéria (Ministère de la Santé du Benin, 2011; Shiferaw, Fantahun, Bekele, 2006; Omigboum et al., 2008), a proporção de tentativa de suicídio corrobora os dados dos EUA que se situam entre os 3.1% e 8.8% (CDC, 2012; Nock et al., 2008) e da Etiópia (5.8% a 6.6%) (Shiferaw et al., 2006). Contudo, a proporção de tentativa de suicídio verificada na amostra é superior as taxas da África do Sul (Joe et al., 2008) e de países asiáticos como a Índia (Sidhartha e Jena, 2006), Coreia (Roh et al. 2007; Lee et al. 2008), China (Shek & Yu, 2012; Tang et al, 2011; Chan et al., 2009) e do verificado num estudo transnacional com dados de 17 países que foi de 2.7% (Nock et al, 2008).

A recorrência de tentativas de suicídio constitui um dos principais fatores de risco para o suicídio. Isto é, quanto maior o número de tentativas prévias, mais elevado o risco de suicídio. Ora, 1% dos adolescentes relatou ter tentado o suicídio duas ou mais vezes, uma percentagem a ter em conta num país em que a média de idade da população é de 26.8 anos (Md = 22.0 anos) (INE, 2010).

A prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida foi superior no género feminino o que, mais uma vez corrobora os resultados de estudos internacionais que reportam rácios de prevalências de para-suicídio superiores no género masculino quando comparados com os do género feminino (CDC, 2012, 2008; OMS, 2003; Kinyanda et al., 2011; Omigbodun et al., 2010; Ventura-Juncá, 2010; Guzman et al., 2009; Eaton et al, 2008; Nock et al., 2008; Fortuna et al., 2007; Rudatsikira et al., 2007; Shiferaw et al., 2006; Evans, Hawton, Rodham, & Deesks, 2005; WHO Regional Africa, 2003; Allison et al. 2001; Edwards & Holden, 2001; Espósito & Clum, 2002; Goldman & Beardslee, 1999; Heskett et al. 2002; Man, 1999; Reinherz et al. 1995; Stewart et al. 1999). Estudos internacionais reportam que apesar da prevalência do suicídio ser superior entre os indivíduos do género masculino, os do género feminino tentam o suicídio com maior frequência (King, 1997; WHO, 2003).

Os dados anteriores são tanto mais sérios se se tiver em conta que a maioria (71.43%) dos últimos episódios para-suicidas foi reportada pelos sujeitos como muito sérias. Especificamente, a maioria dos sujeitos considerou que o seu desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio era moderado (36.74%) a elevado (34.69%). Não se verificaram diferenças entre os sexos quanto ao desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio, o que eventualmente pode corroborar a assunção segundo a qual a maior prevalência de suicídios no género masculino pode estar relacionada com a maior letalidade dos métodos utilizados quando comparados com os métodos utilizados pelos indivíduos do género feminino (Epstein & Spirito, 2010; King, 1997).

5. Conclusão

Os resultados obtidos corroboram as hipóteses formuladas. O estudo permitiu clarificar a prevalência do risco de suicídio (ideação suicida atual, para-suicídio ao longo da vida e nível de gravidade da última tentativa) numa população de adolescentes estudantes cabo-verdianos. Apesar do seu carácter exploratório e da necessidade de replicação noutras amostras, os dados indicam que, à semelhança do que acontece ao nível internacional, tanto a ideação suicida como o para-suicídio estão presentes numa larga proporção de adolescentes estudantes cabo-verdianos. Por outro lado, verificou-se que tanto a ideação suicida como o para-suicídio são mais frequentes entre os indivíduos do género feminino quando comparados com os do género masculino, o que também corrobora os dados internacionais. O desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio foi considerado sério pela maioria dos sujeitos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto à gravidade da última tentativa de suicídio.

O carácter irreversível do suicídio faz com que a prevenção seja imperativa. Padrões longitudinais de ideação suicida podem predizer adolescentes em risco elevado de avançar para comportamentos suicidários mais sérios (Reuter et al., 2008). Daí que numa população jovem como a cabo-verdiana, os dados obtidos remetem para a necessidade urgente de uma maior e mais assertiva atenção aos comportamentos suicidários, com investigações mais abrangentes e programas de prevenção sistemáticos direcionados para a população adolescente.

Estudo 2. Ideação suicida, sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, autocompaixão e percepção de suporte social

1. Introdução

O suicídio constitui um duplo desafio para a saúde tanto na forma de emergência, como de saúde pública (Sadock e Sadock, 2007), tendo sido classificado como uma das três principais causas de morte na faixa etária dos 15-44 anos em muitos países (SUPRE, 2002; CDC, 2008). A ideação suicida e o para-suicídio figuram entre os principais fatores de risco para o suicídio. O estudo de Nock et al. (2008) sobre os fatores de risco para o suicídio, indicou uma percentagem de transição da ideação suicida para a primeira tentativa de suicídio de 60% durante o primeiro ano. Ademais, pensamentos de desesperança que levam o indivíduo a perceber as suas dificuldades como insolúveis também têm sido implicados na suicidalidade (Reinecke e DuBois, 2001). A relação entre a depressão e os comportamentos suicidários tem sido demonstrada em várias investigações (Jain et al., 1999; Rich e Bonner, 1989).

Uma abordagem multifatorial em relação aos fatores de risco, assim como esforços preventivos têm sido propostos para fazer face ao suicídio (Belik et al., 2007; Knox et al., 2004). Vários estudos têm implicado as experiências adversas na infância (Brent et al., 2009; Bruffaerts et al., 2010; Wagner et al., 2003) como fator de risco putativo. Tanto estudos comunitários como clínicos também implicaram o suporte emocional, negligência dos pais e abuso (particularmente físico e sexual) como estando associados com o comportamento suicidário (Logaraj et al., 2005; Paradkar e Rao, 2006; Pillai et al., 2008; Sidhartha e Jena, 2006). Lessard e Moretti (1998) referem que os adolescentes duma amostra clínica evidenciaram que estilos de vinculação baseados tanto no medo como na preocupação têm um impacto significativo no grau de ideação suicida. A ligação entre a depressão e as experiências adversas na infância está amplamente documentado (Hammen et al., 2000; Levita et al., 2003; Weili et al., 2008). Portanto, a compreensão do possível impacto prognóstico das experiências precoces que contribuem para o comportamento suicidário pode ajudar a orientar o problema numa via compreensiva (Dube et al., 2001).

A desesperança constitui um indicador da depressão no adolescente e um indicador potencial para o suicídio (Rutter, Behrendt, & Andrew, 2004). Tanto a desesperança como suas manifestações clínicas podem ser situacionais ou transitórias (Beck, Brown, & Steer, 1989). Combinada com a natureza impulsiva do adolescente, a presença de desesperança pode ser muito perigosa (Hollander, 2000). Por isso, a avaliação do risco de suicídio no adolescente com rigor deveria incluir um indicador do nível atual de desesperança (Dori & Overholser, 1999).

O suporte social está ligado com o funcionamento saudável do adolescente. O suporte, enquanto constructo, foi definido como um sentimento de pertença, especificamente entre pares, comunidade, ou membros da família (Grholt et al, 2000). Os adolescentes que reportam disporem de bom suporte social (baixo isolamento) exibem altos níveis de resiliência e baixos níveis de risco de suicídio. Os adolescentes são também menos propensos ao suicídio se percebem que são aceites pela família, amigos e pares e se tiverem relações de amizade positivas (Harter, Marold, Whitesell, & Cobbs, 1996). Aqueles que se sentem apoiados por conselheiros, pais, ou pares exibem mecanismos de *coping* mais saudáveis e mantêm uma visão mais positiva sobre o seu futuro (DeWilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1993). Em contraste, adolescentes que não têm suporte social e que experienciam isolamento podem enveredar-se por comportamentos suicidários (Deisher, 1991; Spruijt & de Goede, 1997). Portanto, o suporte social percebido pode funcionar como fator de proteção para os comportamentos suicidários. Pelo contrário, ausência de suporte social percebido pode constituir-se num fator de vulnerabilidade para comportamentos suicidários.

A autocompaixão tem merecido, nos últimos anos, uma atenção e interesse crescentes tanto no âmbito da investigação como da prática clínica. Segundo o modelo evolucionário e a teoria das mentalidades sociais, a autocompaixão implica um estado interno de calma e aceitação, com comportamentos ativos de exploração, criatividade, afiliação e cuidado com o *Eu* (Gilbert, 2005a, 2007a, 2009b; Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003a). A literatura tem mostrado a importância e necessidade do desenvolvimento de competências de autotranquilização e autocompaixão fundamentais para a interação assertiva com ambientes adversos e hostis ou com o fracasso individual ou social por um lado, e com o autocriticismo e vergonha,

funcionando como fatores protetores ou de resiliência, por outro lado. Ser-se autocompassivo perante experiências de fracasso, inadequação ou de vergonha, leva a uma atitude compreensiva, de calor e tolerância, reconhecendo que a imperfeição, os erros e o sofrimento fazem parte da experiência humana comum (acontecem a todos). Isto leva a que a experiência humana seja colocada numa perspectiva mental mais clara e equilibrada, em que as emoções negativas experienciadas (ansiedade, raiva) não sejam suprimidas ou evitadas, mas aceites como são no momento presente. Esta capacidade de analisar e encarar a experiência como parte da condição humana protege o ser humano do egocentrismo excessivo das experiências internas e externas, permitindo-lhe lidar melhor com o sofrimento e manter o sentimento de ligação e conexão aos outros e a si próprio. Os resultados conseguidos nos vários estudos sobre a utilização de imagens auto compassivas e de autoaceitação pelos indivíduos com níveis elevados de autocrítica e vergonha (Gilbert et al., 2006; Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005; Gilbert & Irons, 2004) sugeriram que esta nova organização do estado da mente tem um efeito significativo na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa, na vergonha e nos comportamentos de submissão (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2005a, 2005b). Aalsma, Lapsley e Flannery (2006) mostraram que acreditar-se totalmente único está associado à depressão e ideação suicida, o que segundo McGehee & Neff (2010) pode dever-se, em parte, a níveis baixos de autocompaixão. Quando os adolescentes não integram a sua experiência com as de outros, eles podem sentir-se um fardo para si próprios, mais isolados nas suas falhas e dramatizar excessivamente as suas experiências pessoais. Isto, por sua vez, é susceptível de exacerbar os sentimentos de depressão, ansiedade e isolamento (McGehee & Neff, 2010). Estes autores verificaram que a Auto compaixão estava fortemente associada ao bem-estar dos adolescentes à semelhança do que se passa com os adultos. Ademais, fatores familiares e cognitivos foram identificados como preditores de diferenças individuais na autocompaixão. Finalmente, os autores mostraram que a autocompaixão medeia parcialmente a relação entre fatores familiares e cognitivos e bem-estar (McGehee & Neff, 2010). Os dados sugeriram que a autocompaixão pode ser um alvo de intervenção efetiva para adolescentes com visão negativa de si próprios.

O presente estudo visou essencialmente avaliar o impacto das variáveis sintomatologia depressiva, desesperança e ansiedade na explicação da ideação suicida, controlando a autocompaixão e a perceção do suporte social.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 902 indivíduos da população estudantil da cidade da Praia. Os participantes foram recrutados em cinco escolas do Ensino Secundário da cidade da Praia, entre Março e Abril de 2010. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: (1) idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos; (2) inexistência de patologia ou deficiência grave que impossibilitassem a utilização de instrumentos de autorresposta. Dos sujeitos contactados apenas um recusou participar, por considerar o inquérito extenso pelo que preferia preenchê-lo em casa. A amostra foi constituída por 309 (34.15%) participantes do sexo masculino e 593 (65.85%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.98 anos (DP = 2.19). No que concerne ao estado civil, 90.2% dos participantes eram solteiros e 9.7% casados/junto/união de facto e 0.1% divorciado. Quanto à situação profissional, 93.2% eram estudantes e 6.8% estudante/trabalhador. Os sujeitos da amostra apresentaram uma média de 11.56 anos de escolaridade (DP = 1.703). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto a idade ($t = -1.408$; $p = .160$), estado civil ($\chi^2_{(4, 902)} = 9.232$; $p = .056$), escolaridade ($t = -.885$; $p = .377$) e profissão ($\chi^2_{(1, 902)} = .640$; $p = .424$).

Foi referido anteriormente que, das variáveis demográficas, apenas o género apresentou uma distribuição diferente ($\chi^2_{(1, 902)} = 6.167$; $p = .013$) nos grupos com e sem ideação suicida atual. Este facto ditou o controlo da variável género nas análises realizadas.

2.2. Instrumentos de avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto-resposta que incluiu: a) Uma folha de dados sociodemográficos; b) A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias; c) O Inventário de Depressão de Beck (2nd ed.) (BDI) para avaliar a sintomatologia depressiva; d) A Escala de Desesperança de Beck (BHS) para avaliar o nível de desesperança; e) O Inventário de

Ansiedade de Beck (BAI) para avaliar o nível de ansiedade; (f) A Escala Multidimensional da Percepção do Suporte Social (EMPSS) para avaliar a percepção do suporte social; (g) A Escala de Autocompaixão (SELFCS) para avaliar a autocompaixão. A caracterização detalhada das medidas de avaliação é feita no capítulo IV relativo a metodologia geral (ponto 3). Neste estudo, as medidas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados com a amostra em estudo: BDI ($\alpha = .86$), BHS ($\alpha = .70$), BAI ($\alpha = .88$), SELFCS ($\alpha = .72$), EMPSS/família ($\alpha = .86$), EMPSS/amigos ($\alpha = .85$), EMPSS/ outros significativos ($\alpha = .82$).

2.3. Procedimentos

Segundo o procedimento referido anteriormente (capítulo IV; ponto 2.2), foi distribuída a bateria de medidas para preenchimento, após os participantes e os encarregados de educação concordarem em participar e darem o seu consentimento informado. O preenchimento foi efetuado nas salas de aula das instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração de cada sessão foi de aproximadamente 30 minutos. Este estudo faz parte de um estudo mais alargado, pelo que o referido período de tempo não se destinou apenas ao preenchimento das referidas escalas.

2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. A comparação das médias das variáveis contínuas nos dois grupos fez-se pelo teste *t-Student* para grupos independentes. Verificaram-se os pressupostos para a realização do teste. Na comparação dos dois grupos nas variáveis nominais foram utilizados testes do Qui-quadrado, cujos pressupostos também foram verificados. Para analisar os efeitos das variáveis na ideação suicida efetuou-se um *Modelo de Regressão Logística* por blocos. Foram consideradas variáveis preditores a desesperança, a sintomatologia depressiva, a ansiedade, a Auto compaixão e a percepção de suporte social da família, dos amigos e de outros significativos e, variável critério, a ideação suicida.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicado, IL).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (Skweness e Kurtosis, respetivamente). Nenhuma das variáveis apresentou distribuição normal, apesar dos valores de Skweness e de Kurtosis não evidenciarem graves enviesamentos ($Skweness < |3|$ e $Kurtosis < |10|$, Kline, 1998). Optou pela utilização de testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis. Maroco (2010) considera que à medida que a amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal (uma consequência do teorema do limite central).

Inicialmente, os dados foram analisados com vista a determinar se as variáveis comportavam diferenças sociodemográficas. Os resultados mostraram que as variáveis demográficas (idade, nível de escolaridade e profissão) não se associavam de forma significativa com a ideação suicida, a sintomatologia depressiva, a desesperança e a ansiedade. Porém, a variável sexo apresentou uma distribuição diferente nos dois grupos o que resultou no controlo desta variável nas análises que se seguiram.

3.2. Sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, suporte social percebido e autocompaixão na explicação da ideação suicida

A validação dos pressupostos permitiu a realização de uma Análise de Regressão Logística para avaliar a contribuição das variáveis independentes na predição da ideação suicida. Assim, foi realizada uma análise de regressão logística por blocos, com seleção das variáveis pelo método *Enter*. A sintomatologia depressiva, a desesperança, a ansiedade, a perceção do suporte social, a Auto compaixão, o género, como variáveis independentes e o grupo com ideação suicida como variável dependente. No primeiro passo foram introduzidas a desesperança, a ansiedade e a sintomatologia depressiva, e no segundo passo a perceção do suporte social (família, amigos, outros significativos), a Auto compaixão e o género.

A regressão logística pelo método *Enter* revelou que as variáveis desesperança ($b_{\text{BHS}} = .15$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 8.55$; $p = .003$; OR = 1.17), sintomatologia depressiva ($b_{\text{BDI}} = .09$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 21.73$; $p < .001$; OR = 1.10) e percepção do suporte social da família ($b_{\text{Família}} = -.06$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5.11$; $p = .024$; OR = .94) têm efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado. As outras variáveis independentes não apresentaram efeito estatisticamente significativo sobre o modelo *Logit* ajustado. A tabela 6 resume os coeficientes do modelo e sua significância.

Tabela 6. Sexo, BAI, BHS, BDI, Família, Amigos, Outrosignif, SELFCS na predição da Ideação suicida

Variáveis	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% I.C	
							Mínimo	Máximo
Sexo(1)	-.42	.34	1.49	1	.22	.66	.34	1.29
Ansiedade	.00	.02	.01	1	.93	1.00	.97	1.03
Desesperança	.15	.05	8.55	1	.00	1.17	1.05	1.29
Sintomatologia depressiva	.09	.02	21.73	1	.00	1.10	1.06	1.14
Suporte percebido da família	-.06	.03	5.11	1	.02	.94	.90	.99
Suporte percebido dos amigos	-.01	.03	.10	1	.76	1.01	.95	1.07
Suporte p. outros significativos	-.01	.03	.23	1	.63	.99	.93	1.04
Auto compaixão	.00	.01	.00	1	.95	1.00	.97	1.03

Analisando os valores em termos de *odds ratio* (magnitude do efeito), parece que a probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.17, pelo aumento de uma unidade na escala de medida da desesperança. Isto é, os indivíduos com níveis elevados de desesperança têm uma probabilidade .86 vezes (1: 1.17) superior de ter ideação suicida.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.10, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia a sintomatologia depressiva. Portanto, os indivíduos com níveis superiores de sintomatologia depressiva têm uma probabilidade .91 vezes (1: 1.10) superior de ter ideação suicida.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida diminui, por um fator de .94, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia a percepção do suporte social da família. Conseqüentemente, os indivíduos com níveis superiores de percepção do suporte social da família têm uma probabilidade 1.06 vezes (1: 0.94) inferior de ter ideação suicida. Isto é, a percepção do suporte social da família funcionaria como fator de proteção para a ideação suicida.

4. Discussão

A literatura científica tem demonstrado que as perturbações mentais tanto do Eixo I como do Eixo II situam-se entre os fatores de risco mais importantes para o suicídio. O destaque vai para a depressão que, seja como diagnóstico seja enquanto sintoma, constitui a perturbação que com maior frequência se associa ao suicídio, sobretudo quando em presença de desesperança (Cunha, 2001).

Evidências empíricas têm demonstrado de forma consistente que a desesperança constitui um marcador cognitivo para o risco de suicídio, mesmo na ausência de depressão. Isto é, a desesperança aumentaria o risco para o suicídio nos indivíduos com perturbação depressiva, ao mesmo tempo que elevaria a probabilidade de recidivas futuras, o que em última análise também aumentaria o risco futuro para o suicídio (Beck et al., 1989; Dori & Overholser, 1999; Holander, 2000). Além disso, outras variáveis têm sido sublinhadas na literatura como contribuindo para a explicação da relação entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida. Evidências clínicas, nomeadamente com adolescentes e adultos jovens, demonstraram que a par da desesperança existem outras variáveis que atuam como fatores de vulnerabilidade ou, pelo contrário, como fatores protetores (suporte social, Auto compaixão) da ideação suicida num quadro de depressão.

As razões da escolha das variáveis em estudo prendem-se com a percepção empírica que resulta da nossa experiência clínica com adolescentes e adultos jovens de que entre as habitualmente apontadas pela comunidade científica, essas seriam porventura as variáveis que mais se associariam à ideação suicida nos adolescentes estudantes cabo-verdianos.

A ausência de suporte social tem sido apontado como um fator de risco para perturbações que possam surgir em situações indutoras de stresse. Os indivíduos que

referiram contar com o suporte da família, dos amigos ou de outros significativos, apresentaram um menor risco de precipitar alguma perturbação quando comparados com os que não contaram com o apoio de ninguém, ou que não atribuíram valência positiva aos apoios que tiveram (Deisher, 1991; DeWilde et al., 1993; Harter et al., 1996; Spruijt & de Goede, 1997). Do mesmo modo, a Auto compaixão, funcionaria como uma espécie de proteção para o despoletar de perturbações, enquanto o autojulgamento aumentaria ainda mais a probabilidade de ocorrência do comportamento suicidário.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a contribuição das variáveis sintomatologia depressiva, desesperança, ansiedade, Auto compaixão e percepção do suporte social na explicação da ideação suicida, numa amostra de 902 adolescentes estudantes cabo-verdianos. Foram formuladas as hipóteses de que a sintomatologia depressiva, desesperança e a ansiedade apresentariam uma relação positiva com a ideação suicida, enquanto a relação da Auto compaixão e percepção do suporte social com a ideação suicida seria negativa. Os resultados do presente estudo corroboraram os dados de estudos internacionais, evidenciando a ideação suicida associações positivas significativas com a sintomatologia depressiva e com a desesperança (Beck et al., 1997; Beck *et al.*, 2000; Burge & Lester, 2001; Edwards & Holden, 2001; Esposito & Clum, 2002; Feijó, 1994; Hendin, 1991; Hovey & King, 1996; Joiner et al., 2002; Kumar & Steer, 1995; Maris et al., 2000; McGee *et al.*, 2001; Nugent & Williams, 2001; Sampson & Mrazek, 2001; Schotte & Clum, 1982; Shaffer & Pfeffer, 2001; Thompson et al., 1994; Yang & Clum, 1994). Por outro lado, verificou-se que quanto maior a percepção do suporte social da família, menor a probabilidade de ter ideação suicida. Esta constatação também está em consonância com estudos internacionais segundo os quais os adolescentes que reportam disporem de um bom suporte social (ou baixo isolamento) exibem altos níveis de resiliência e baixos níveis de risco de suicídio. Os adolescentes são também menos propensos ao suicídio se percebem que são aceites pela família, amigos e pares e se tiverem relações de amizade positivas (Harter, Marold, Whitesell, & Cobbs, 1996). Aqueles que se sentem apoiados por conselheiros, pais, ou pares exibem mecanismos de *coping* mais saudáveis e mantêm uma visão mais positiva sobre o seu futuro (DeWilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1993). Em contraste, adolescentes que não têm suporte social e que experienciam isolamento podem enveredar-se por

comportamentos suicidários (Deisher, 1991; Spruijt & de Goede, 1997). Portanto, o suporte social percebido pode funcionar como fator de proteção para os comportamentos suicidários. Pelo contrário, ausência de suporte social percebido pode constituir-se num fator de vulnerabilidade para comportamentos suicidários.

CAPÍTULO VI

Ideação Suicida e Variáveis do *Rank Social*

CAPÍTULO VI – Ideação Suicida e Variáveis do Rank Social

1. Introdução

A suicidalidade pode ser vista como um contínuo que parte da ideação suicida, passa por planos e tentativas de suicídio e termina no suicídio (Brent et al., 1988; Johnson et al., 2008a; Smith et al., 2006). Um modelo recente do comportamento suicidário, o *Schematic Appraisals Model of Suicide* (SAMS; Johnson et al., 2008a) tem por objetivo avaliar a posição individual nesse contínuo. Este modelo constitui uma modificação do modelo *Cry of Pain* (William, 1997). Uma implicação desse modelo é um efeito mediacional em que avaliações cognitivas não assertivas contribuem para um aumento dos sentimentos de derrota e encurralamento, que por sua vez conduz à ideação suicida e ao comportamento suicidário. Estas avaliações negativas podem relacionar-se com uma variedade de domínios, incluindo autoavaliações de recursos pessoais e sociais. O presente estudo testa esta via (*pathway*) putativa (imaginária) e o papel da derrota e do encurralamento como mediadores chave de uma auto-avaliação individual na suicidalidade.

A derrota tem sido definida como um sentimento de falha ou diminuição do estatuto social, enquanto o encurralamento tem sido descrito como um desejo de escapar associado com uma percepção de que todas as vias de escape se encontram bloqueadas (Gilbert & Allan, 1998). Ambas as variáveis foram originariamente desenvolvidas no contexto da teoria do *rank* social, que proveio de uma perspectiva evolucionária dos problemas de saúde mental (Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 2002). Do ponto de vista teórico os sentimentos de derrota e encurralamento estão relacionados com o suicídio (e.g., Williams, 1997; Williams et al., 2005). Em síntese, a lógica subjacente a esta asserção é a de que em contextos de sentimentos de derrota e encurralamento o suicídio pode ser visto como a única via de escape possível para circunstâncias aversivas. Isto está ligado à ideia geral do suicídio como forma de escape (Baumeister, 1990). Apesar desta base teórica, poucos trabalhos empíricos testaram directamente o papel dos sentimentos de derrota e encurralamento no comportamento suicidário. Apenas três estudos demonstraram que a derrota e o encurralamento se

relacionam de forma significativa com o suicídio (O'Connor, 2003; Rasmussen et al., 2010; Taylor et al., 2010b).

Mais recentemente o Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS) tem defendido que a derrota e o encurralamento, conceptualizados enquanto uma construção singular, conduzem à suicidalidade (Johnson et al., 2008a). Este argumento baseia-se nas sugestões de que a derrota e o encurralamento compartilham uma fenomenologia comum quando aplicados aos seres humanos, envolvendo temas como não ter nenhuma capacidade para avançar ou nenhuma solução, e emergem de processos cognitivos subjacentes comuns (Johnson et al., 2008a; Taylor et al., 2009). Estas afirmações vêm recebendo sustentação empírica através de análises fatoriais (Taylor et al., 2009). No presente estudo os sentimentos de derrota e encurralamento são utilizados individualmente de acordo com o modelo de Gilbert (1996).

De acordo com o exposto no estudo 1 do Capítulo V, o constructo suporte social tem sido conceptualizado como um fator importante no bem-estar físico e psicológico e na forma como o indivíduo lida com os desafios que se lhe colocam (Newman et al., 1996). A percepção da indisponibilidade de suporte social pode também contribuir para um sentimento de derrota e de encurralamento, uma vez que o suporte social representa uma fonte importante de salvamento de situações aversivas (Williams, 1997; Williams et al., 2005). A pesquisa mostrou em várias amostras que o suporte social pode proteger o impacto de eventos de vida aversivos na suicidalidade (Clum & Febbraro, 1994; Esposito & Clum, 2002; Thompson et al., 2002).

Porque a desesperança também se sobrepõe do ponto de vista conceptual com a derrota e o encurralamento (Johnson et al., 2008), era importante controlar esta variável no presente estudo. Existem evidências de que a desesperança constitui um outro mediador-chave dos fatores cognitivos no comportamento suicidário (Abramson et al., 2002; Dixon et al., 1991; Smith et al., 2006). Ademais, existe grande evidência de que a desesperança seja um preditor robusto para a suicidalidade (Kuo et al., 2004), que também conta para a relação entre a depressão e o suicídio (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975; Bedrosian & Beck, 1979; Dyer & Kreitman, 1984).

Do mesmo modo, as investigações sobre a relação entre a comparação social e a ideação suicida têm demonstrado que os indivíduos que se consideram inferiores

quando se comparam com os outros, são mais propensos a apresentar ideação suicida quando comparados com os que apresentam um conceito de si mais favorável.

Tendo em conta as investigações realizadas no âmbito das teorias evolucionárias o estudo teve por objetivo analisar as associações entre os constructos de *rank* social, a perceção de suporte social e a ideação suicida. Isto é, pretendeu-se verificar qual a contribuição das variáveis do *rank* social e do suporte social percebido na predição da ideação suicida. Com base neste objetivo, foi formulada a hipótese de que a derrota, a vergonha externa, os comportamentos de submissão, o encurralamento interno e o encurralamento externo associar-se-iam de forma positiva à ideação suicida. Similarmente colocou-se a hipótese de que a comparação social favorável e o suporte social percebido associavam-se de forma negativa a ideação suicida. Uma outra hipótese foi a de que os resultados manter-se-iam mesmo controlando a sintomatologia depressiva. Ainda, que a derrota e o encurralamento seriam preditores da ideação suicida mesmo controlando a sintomatologia depressiva e a desesperança. Por último, formulou-se a hipótese de que os sentimentos de derrota e de encurralamento mediariam o efeito do suporte social percebido sobre a ideação suicida.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 289 adolescentes estudantes da cidade da Praia, sendo 98 (33.9%) participantes do sexo masculino e 191 (66.1%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.32 anos ($DP = 2.01$). No que concerne ao estado civil, 278 (96.2%) dos participantes eram solteiros e 11 (3.8%) declararam-se em união de facto. Quanto à situação profissional, 284 (98.3%) eram estudantes e 5 (1.7%) estudantes/trabalhadores. A amostra apresenta uma média de 11.27 ($DP = 1.64$) anos de escolaridade. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis género e idade, facto que determinou o controlo destas variáveis nas análises subsequentes (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre os grupos nas variáveis demográficas.

	<i>Total</i>		<i>Normal</i>		Ideação suicida		Testes		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Idade	17.32	2.01	17.15	1.69	18.10	2.98	-2.21	287	.031
Anos escolaridade	11.27	1.64	11.31	1.48	11.08	2.24	.71	.287	.480
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
Género									
Masculino	98	33.9	90	31.14	8	2.77	9.71	1	.002
Feminino	291	66.1	147	50.87	44	15.23			
Estado civil									
Solteiro	278	96.2	229	79.24	49	16.96	.67	1	.423
Junto	11	3.8	8	2.77	3	1.04			

2.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de autorresposta que incluiu: a) Uma folha de dados demográficos; b) A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias; c) O Inventário de Sintomatologia Depressiva de Beck (BDI- II) para avaliar a depressão nos últimos oito dias; d) A Escala de Derrota (ED) para avaliar o nível de derrota; e) A Escala de Comparação Social (ECS) para avaliar a comparação social; f) Escala de Vergonha Externa (OAS) para avaliar a vergonha externa; g) A Escala de Comportamentos de Submissão para avaliar os comportamentos de submissão; h) A Escala do Encurralamento (EE) para avaliar o encurralamento; i) A Escala Multidimensional de Percepção do Suporte Social (EMPSS) para avaliar a percepção do suporte social. A caracterização detalhada das medidas de avaliação é feita no capítulo IV relativo a metodologia geral (ponto 3). No presente estudo, as medidas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados com a amostra em estudo: ED ($\alpha = .86$), SBS ($\alpha = .72$), ECS ($\alpha = .91$), OAS ($\alpha = .91$), EE ($\alpha = .92$), EMPSS ($\alpha = .85$) e BDI ($\alpha = .90$).

2.3. Procedimentos

Segundo o procedimento referido anteriormente (capítulo IV; ponto 2.2.), foi distribuída a bateria de medidas para preenchimento, após os participantes e os

encarregados de educação concordarem em participar e darem o seu consentimento informado. O preenchimento das medidas foi efetuado nas salas de aula das instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração de cada sessão foi de aproximadamente 50.

2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. A comparação dos grupos com e sem ideação suicida atual nas variáveis do *ranking* social (derrota, vergonha externa, comparação social e comportamentos de submissão), perceção do suporte social, sintomatologia depressiva e ideação suicida foi realizada com recurso a testes *t-Student* para amostras independentes. Para examinar se as variáveis prediziam a ideação suicida (variável critério) efetuaram-se Análises de Regressão Logística. Foram consideradas como variáveis preditores a derrota, a comparação social, a vergonha externa, os comportamentos de submissão, o encurralamento interno e externo, a perceção do suporte social da família, dos amigos e de outros significativos e a sintomatologia depressiva.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicado, IL).

3. Resultados

3.1. Análise Preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respetivamente). A maioria das variáveis não apresentou distribuição normal. Contudo, os valores de *Skweness* e de *Kurtosis* não evidenciaram graves enviesamentos (valores de *Skweness* < |3| e de *Kurtosis* < |10|, Kline, 1998). Optou-se pela utilização de testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade, tendo em conta a dimensão da amostra e o facto das distribuições das variáveis em estudo não serem extremamente enviesadas ou achatadas. A observação dos *outliers* foi efectuada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Os pressupostos do teste *t-Student* para amostras independentes foram analisados, no que concerne às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A análise de

regressão logística foi validada através dos testes de *Omnibus, Nagelkerke, Cox&Snell, Hosmer & Lemeshow*, pela tabela de classificação, bem como pelo controlo dos *outliers* (Marroco, 2011).

3.2. Estatísticas descritivas

As diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo foram analisadas com recurso ao teste *t-Student* para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo valor fosse inferior ou igual a .05 (Marroco, 2011). As diferenças de género para as variáveis em estudo são apresentadas na Tabela 2. Verificaram-se diferenças de género nas médias das variáveis sintomatologia depressiva ($p = .001$), suporte percebido da família ($p = .031$), sentimentos de derrota ($p = .002$), comportamentos de submissão ($p = .032$), encurralamento externo ($p = .001$) e anos de escolaridade ($p = .027$). Isto é, a média do género masculino na subescala suporte percebido da família é superior à média do género feminino. Porém, este género apresenta médias superiores de sintomatologia depressiva, comportamentos de submissão, encurralamento externo e anos de escolaridade, quando comparado as médias do género masculino.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão para o total da amostra, comparação entre os grupos nas variáveis em estudo e alfas de Cronbach.

	Total (N = 289)		Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	α
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Sintomatomat. depressiva	12.06	9.66	9.44	8.19	13.40	10.08	-3.52	.001	.90
Suporte da Família	20.82	5.57	21.78	5.02	20.33	5.78	2.17	.031	.82
Suporte dos Amigos	21.28	4.87	21.15	4.56	21.35	5.03	-.33	.738	.79
Sup. outros significativos	22.70	5.25	22.14	5.44	22.99	5.15	-1.29	.200	.76
Derrota	16.86	10.59	14.05	9.62	18.25	10.79	-3.16	.002	.86
Comparação social	73.02	19.63	73.65	17.17	72.68	20.85	.41	.684	.91
Vergonha externa	22.82	13.07	22.00	13.00	23.24	13.12	-.76	.449	.91
Comportamentos de Submissão	21.55	8.18	20.09	7.49	22.30	8.43	-2.15	.032	.72
Encurralamento interno	6.17	4.96	5.69	4.07	6.41	5.35	-1.25	.214	.76
Encurralamento externo	11.51	10.43	8.96	7.60	12.80	11.40	-3.31	.001	.90

3.3. Comparação dos grupos com e sem ideação suicida nas médias das variáveis

A comparação das médias das variáveis dos grupos com e sem ideação suicida foi analisada com recurso ao teste *t-Student* para amostras independentes. Foram consideradas significativas as diferenças entre as médias cujo valor fosse inferior ou igual a .05 (Marroco, 2011). Os dois grupos diferiram em todas as variáveis em estudo

($p < .001$) (Tabela 3). Especificamente, o grupo com ideação suicida apresentou médias superiores nas variáveis sintomatologia depressiva ($t_{(276)} = -9.34$; $p < .001$), sentimentos de derrota ($t_{(276)} = -8.66$; $p < .001$), vergonha externa ($t_{(284)} = -10.50$; $p < .001$), comportamentos de submissão ($t_{(275)} = -5.44$; $p < .001$), encurralamento interno ($t_{(271)} = -10.69$; $p < .001$) e encurralamento externo ($t_{(271)} = -10.51$; $p < .001$), o que não infirma a hipótese formulada. Por outro lado, as médias inferiores do grupo com ideação suicida nas variáveis comparação social ($t_{(265)} = 6.60$; $p < .001$) e percepção do suporte da família ($t_{(277)} = 6.88$; $p < .001$), dos amigos ($t_{(277)} = 5.40$; $p < .001$) e de outros significativos ($t_{(277)} = 3.78$; $p < .001$), também não infirmam a hipótese formulada.

Tabela 3. Comparação do grupo com ideação suicida com o grupo normal nas variáveis em estudo.

Variáveis	Normal		Ideação Suicida		Testes		
	M	DP	M	DP	t	gl	p
Derrota	14.05	7.55	30.35	12.58	-8.66	276	.000
Comparação social	77.03	16.84	55.60	12.58	6.60	265	.000
Vergonha externa	19.60	10.58	37.63	13.35	-10.50	284	.000
Comportamentos de submissão	20.34	7.65	26.90	8.36	-5.44	275	.000
Encurralamento interno	4.81	3.79	12.68	4.74	-10.69	271	.000
Encurralamento externo	8.45	7.17	26.21	11.12	-10.51	271	.000
Sintomatologia depressiva	9.31	6.56	24.94	11.32	-9.34	276	.000
Suporte percebido da família	21.99	4.70	15.71	6.19	6.88	277	.000
Suporte percebido dos amigos	22.14	4.21	17.55	5.78	5.40	277	.000
Suporte p. de outros significativos	23.37	4.69	19.76	6.50	3.78	277	.000

3.4. Constructos do *rank* social e percepção de suporte social na predição da ideação suicida, controlando a sintomatologia depressiva

Testou-se as variáveis independentes no modelo de regressão logística, tendo como variável dependente o grupo de indivíduos que apresentaram ideação suicida nos últimos oito dias. Foi utilizado o método *Enter*, com as variáveis do *rank* social no primeiro bloco, a percepção de suporte social no segundo e a idade e o sexo no terceiro. Procedeu-se então a avaliação de um conjunto de requisitos para aferir do ajuste dos dados ao modelo final, utilizando para o efeito vários testes referidos anteriormente.

O teste de Hosmer e Lemeshow revelou que o modelo de ajuste estima os dados com um nível muito bom ($\chi^2_{(8)} = .59$; $p = 1.000$).

O teste χ^2 de Omnibus é um método para avaliar se o modelo com os preditores é significativamente diferente do modelo só com a constante. A obtenção de um valor de prova significativa (inferior a 5%) corresponde a uma conclusão de que pelo menos

resposta. Neste caso, podemos concluir que o modelo se ajusta aos dados de forma adequada ($\chi^2_{(10)} = 193.88; p < .001$).

O teste R^2 de Nagelkerke teve um valor de .90, podendo exprimir-se igualmente como 90.1% da variância explicada pelo modelo.

Verificou-se pela tabela de classificação que (para um ponto de corte de 0.5) 97.4% dos casos usados para criar o modelo foram classificados corretamente. Foram adequadamente classificados 98.4% dos casos sem ideação suicida e 93.3% dos casos com ideação suicida.

Na análise dos *outliers* concluiu-se que o modelo de regressão logística estava mal ajustado nos casos 41, 191 e 193, verificando-se que os resíduos estandardizados (i.e., ZResid), nesses casos assumiram valores em módulo superiores a 1.96 para um nível de significância de $p = .05$. Avaliadas as medidas de influência de Cook, Leverage e DFBeta dos *outliers*, concluiu-se que todas apresentavam valores inferiores a um (1) pelo que não existiu assim suspeitas dos casos terem influência determinante nos parâmetros, devendo manter-se no modelo (Pestana & Gageiro, 2009).

Da análise resultaram seis preditores da ideação suicida: a vergonha externa, comportamentos de subordinação, encurralamento interno, encurralamento externo, suporte social da família e suporte social dos amigos. As outras variáveis independentes não se mostraram preditores estatisticamente significativas da ideação suicida para o intervalo de confiança estabelecido (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de regressão logística das variáveis do *rank* social e suporte social percebido na predição da ideação de suicídio.

VI	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% IC	
							Inf.	Sup.
Derrota	.07	.07	1.05	1	.306	1.08	.94	1.24
Comparação social	-.03	.03	1.47	1	.226	.97	.92	1.02
Vergonha externa	.30	.09	10.45	1	.001	1.35	1.12	1.61
Comportamentos de submissão	-.21	.09	5.59	1	.018	.81	.68	.97
Encurralamento interno	.39	.14	7.46	1	.006	1.48	1.12	1.95
Encurralamento externo	.18	.07	6.33	1	.012	1.20	1.04	1.37
Suporte da família	-.21	.10	4.03	1	.045	.81	.66	1.00
Suporte dos amigos	-.30	.13	5.49	1	.019	.74	.57	.95
Idade	.64	.47	1.85	1	.174	1.89	.76	4.72
Sexo (1)	.36	1.26	.08	1	.774	1.44	.12	16.90

Inf. = Inferior; Sup. = Superior

Analisando os valores em termos de *odds rácio* (magnitude do efeito), pode concluir-se que a probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.35, pelo aumento de uma unidade na escala de ideação suicida.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de .81, pelo aumento de uma unidade na escala de comportamentos de subordinação.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.48, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia o encurralamento interno.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.20, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia o encurralamento externo.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida diminui, por um fator de .81, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia a perceção do suporte social da família.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida diminui, por um fator de .74, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia a perceção do suporte social dos amigos.

Com a introdução da sintomatologia depressiva no segundo bloco verificaram-se os seguintes resultados:

O teste de Hosmer e Lemeshow revelou que o modelo de ajuste estima os dados com um nível aceitável ($\chi^2_{(8)} = 1.43$; $p = .994$).

O teste χ^2 de Omnibus revelou que o modelo se ajusta aos dados de forma adequada ($\chi^2_{(15)} = 195.64$; $p < .001$).

O teste de R^2 Nagelkerke teve um valor de .93, podendo exprimir-se igualmente como 93% da variância explicada pelo modelo. Salvaguarda-se no entanto o facto de se tratar de um pseudo- R , pelo que deve ser interpretado sempre com algumas reservas.

Verificou-se pela tabela de classificação que (para um ponto de corte de 0.5) 97.8% dos casos usados para criar o modelo foram classificados corretamente. Foram adequadamente classificados 98.9% dos casos sem ideação suicida e 93.0% dos casos

com ideação suicida. Portanto, o modelo apresenta sensibilidade e especificidade muito boas (Marroco, 2011).

Na análise dos *outliers* concluiu-se que o modelo de regressão logística estava mal ajustado nos casos 181, 188 e 191, verificando-se que os resíduos estandardizados (i.e., ZResid), nos dois primeiros casos assumiram valores inferiores a 1.96 enquanto no último caso assumiu um valor em módulo superior a 1.96 para um nível de significância de $p < .05$. Avaliadas as medidas de influência de Cook, Leverage e DFBeta dos *outliers*, concluiu-se que todas apresentavam valores inferiores a um (1) não existindo assim suspeitas dos casos terem influência determinante nos parâmetros, devendo manter-se no modelo (Pestana & Gageiro, 2009).

Da análise resultaram três preditores da ideação suicida: a vergonha externa, o encurralamento interno e o encurralamento externo. As outras variáveis independentes não se mostraram preditores estatisticamente significativas da ideação suicida para o intervalo de confiança estabelecido.

Tabela 5. Análise de regressão logística da derrota, comparação social, vergonha externa, comportamentos de submissão, encurralamento, percepção do suporte social e sintomatologia depressiva na predição da ideação suicida.

	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% IC	
							Inferior	Superior
Derrota	.046	.11	.18	1	.673	1.05	.85	1.30
Comparação social	-.002	.04	.00	1	.954	1.00	.92	1.08
Vergonha externa	.308	.10	8.84	1	.003	1.36	1.11	1.67
Comportamentos de submissão	-.136	.10	1.94	1	.163	.87	.72	1.06
Encurralamento interno	.475	.19	5.10	1	.014	1.61	1.10	2.35
Encurralamento externo	.218	.09	5.88	1	.015	1.24	1.04	1.48
Suporte da família	-.238	.13	3.20	1	.073	.79	.61	1.02
Suporte dos amigos	-.253	.14	3.14	1	.076	.78	.59	1.03
sexo(1)	-.806	1.44	.31	1	.576	.45	.03	7.53
Sintomatologia depressiva	.181	.13	2.10	1	.147	1.20	.94	1.53

Analisando os valores em termos de *odds rácio* (magnitude do efeito), concluímos que a probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.36, pelo aumento de uma unidade na escala de medida da

vergonha externa, isto é, os indivíduos com níveis elevados de vergonha externa têm uma probabilidade .74 vezes (1: 1.36) superior de ter ideação suicida.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.61, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia o encurralamento interno, isto é, os indivíduos com níveis superiores de encurralamento interno têm uma probabilidade .62 vezes (1: 1.61) superior de ter ideação suicida.

A probabilidade de ideação suicida, por oposição a não ideação suicida aumenta, por um fator de 1.24, pelo aumento de uma unidade na escala que avalia o encurralamento externo, isto é, os indivíduos com níveis superiores de encurralamento externo têm uma probabilidade .81 vezes (1: 1.24) superior de ter ideação suicida.

Sublinhamos que o modelo explica 92.6% da variância ou, 88% se se considerar o R^2 de McFadden ($R^2_{MF} = 0.88$). Este pode ser interpretado como o rácio do ganho de informação estimada pelo modelo completo em comparação com o modelo nulo, com o ganho de informação, potencialmente, recuperável por um modelo saturado (Maroco 2011). Considerando a utilização de diferentes pseudo- R^2 na regressão logística, Shtatland et al. (2002, in Maroco, 2011) concluíram que a estatística que apresenta uma melhor interpretabilidade é o R^2 de McFadden. Por outro lado, para um ponto de corte de 0.5, verificou-se uma percentagem elevada de acertos (97.8%) dos casos usados para criar o modelo. O modelo apresenta uma sensibilidade de 98.9% (> 80%) e especificidade de 93.0% (> 80%) o que traduz capacidades preditivas muito boas (Marroco, 2011).

Estudo 2. Derrota e encurralamento na predição da ideação suicida

1. Objetivo

O estudo teve por objetivo analisar o efeito da perceção de derrota e de encurralamento na predição da ideação suicida.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 289 adolescentes estudantes da cidade da Praia, sendo 98 (33.9%) participantes do sexo masculino e 191 (66.1%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.32 anos ($DP = 2.01$). No que concerne ao estado civil, 278 (96.2%) dos participantes eram solteiros e 11 (3.8%) declararam-se em união de facto. Quanto à situação profissional, 284 (98.3%) eram estudantes e 5 (1.7%) estudantes/trabalhadores. A amostra apresenta uma média de 11.27 ($DP = 1.64$) anos de escolaridade. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis género e idade, facto que determinou o controlo destas variáveis nas análises subsequentes (Cf. Tabela 1).

2.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de autorresposta que incluiu: a) Uma folha de dados demográficos; b) A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias; c) O Beck Depression Inventory (2nd ed.) (BDI) para avaliar a depressão nos últimos oito dias; d) A Escala de Derrota (ED) para avaliar o nível de derrota; e) A Escala do Encurralamento (EE) para avaliar o encurralamento; f) A Escala de Desesperança de Beck (BHS) para avaliar a desesperança. A caracterização detalhada das medidas de avaliação foi feita no capítulo IV relativo a metodologia geral (ponto 3). No presente estudo, as medidas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados com a amostra em estudo: ED ($\alpha = .86$), EE ($\alpha = .92$), EMPSS ($\alpha = .85$) e BDI ($\alpha = .90$); BHS ($\alpha = .72$).

2.3. Procedimentos

Segundo o procedimento referido anteriormente (capítulo IV; ponto 2.2.), foi distribuída a bateria de medidas para preenchimento, após os participantes e os encarregados de educação concordarem em participar e darem o seu consentimento informado. O preenchimento das medidas foi efetuado nas salas de aula das instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração de cada sessão foi de aproximadamente 50 minutos.

2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. A comparação dos grupos com e sem ideação suicida atual nas variáveis do *rank* social (derrota e encurralamento), percepção do suporte social, sintomatologia depressiva e desesperança foram realizados com recurso a testes *t-Student* para amostras independentes. Para examinar se as variáveis prediziam a ideação suicida (variável critério) efetuaram-se *Modelos de Regressão Logística*. Foram consideradas variáveis preditores a derrota, o encurralamento interno, o encurralamento externo e a sintomatologia depressiva.

Conforme referido anteriormente, os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicado, IL).

3. Resultados

3.1. Análise Preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respetivamente). A maioria das variáveis não apresentou distribuição normal. Contudo, os valores de assimetria e de achatamento não evidenciaram graves enviesamentos (valores de *Skweness* < |3| e de *Kurtosis* < |10|, Kline, 1998). Também neste estudo optou-se pela utilização de testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade, tendo em conta a dimensão da amostra e o facto das distribuições das variáveis em estudo não serem extremamente enviesadas ou achatadas. A observação dos *outliers* foi efectuada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Os pressupostos do teste *t-Student* para amostras independentes foram analisados, no que concerne às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. Esta foi avaliada pelo teste de Levéne. A análise de regressão logística foi validada através dos testes de *Omnibus*, *Nagelkerke*, *Cox&Snell*, *Hosmer & Lemeshow*, pela tabela de classificação, bem como pelo controlo dos *outliers* (Marroco, 2011).

3.2. Estatísticas descritivas

As diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo foram analisadas com recurso ao teste *t-Student* para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo valor fosse inferior ou igual a .05 (Marroco, 2011). As

diferenças de género para as variáveis em estudo são apresentadas na tabela 2 do estudo 1 deste Capítulo. Verificaram-se diferenças de género nas médias das variáveis sintomatologia depressiva ($p = .001$), sentimentos de derrota ($p = .002$), encurralamento externo ($p = .001$) e anos de escolaridade ($p = .027$). Isto é, a média do género masculino na subescala de perceção do suporte social da família é superior à média do género feminino. Porém, este género apresenta médias superiores de sintomatologia depressiva, encurralamento externo e anos de escolaridade, quando comparado às médias do género masculino.

3.3. Comparação do grupo com ideação suicida com o grupo de normais nas variáveis em estudo

A comparação das médias das variáveis dos grupos com e sem ideação suicida foi analisada com recurso ao teste *t-Student* para amostras independentes. Foram consideradas significativas as diferenças entre as médias cujo valor fosse inferior ou igual a .05 (Marroco, 2011). Os dois grupos diferem em todas as variáveis em estudo ($p < .001$). Especificamente, o grupo com ideação suicida apresentou médias superiores nas variáveis sintomatologia depressiva ($t_{(276)} = -9.34$; $p < .001$), sentimentos de derrota ($t_{(276)} = -8.66$; $p < .001$), encurralamento interno ($t_{(271)} = -10.69$; $p < .001$) e encurralamento externo ($t_{(271)} = -10.51$; $p < .001$) (Tabela 3, do presente Capítulo).

2.4. Análise de regressão hierárquica múltipla com a ideação suicida como variável dependente

A sintomatologia depressiva e o género foram introduzidos no primeiro passo como co variáveis e a derrota, o encurralamento interno e o encurralamento externo no segundo passo. O primeiro passo resultou num efeito estatisticamente significativo da variável sintomatologia depressiva ($b_{BDI} = .24$; $X^2_{Wald} (1) = 42.98$; $p < .001$; OR = 1.27) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(2)} = 106.30$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald} (8) = 7.60$; $p = .473$; $R^2_{CS} = .34$; $R^2_N = .56$) e, o segundo passo num efeito estatisticamente significativo das variáveis sintomatologia depressiva ($b_{BDI} = .15$; $X^2_{Wald} (1) = 6.86$; $p = .009$; OR = 1.16), perceção de derrota ($b_{ED} = .10$; $X^2_{Wald} (1) = 5.30$; $p = .021$; OR = 1.10), perceção de encurralamento interno ($b_{EEI} = .28$; $X^2_{Wald} (1) = 8.45$; $p = .004$; OR = 1.33) e perceção de encurralamento externo ($b_{EEEx} = .11$; $X^2_{Wald} (1) = 6.93$; $p = .008$; OR = 1.12) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de

acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(5)} = 106.14$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald} (8) = 2.98$; $p = .936$; $R^2_{CS} = .47$; $R^2_N = .79$). Portanto, a inclusão das variáveis derrota, encurralamento interno e encurralamento externo no modelo, resultou num significativo aumento da variância (R^2 de Nagelkerke passou de .56 para .79). Os coeficientes de regressão e os respectivos intervalos de confiança (C.I.) para todas as variáveis da equação são reportados na tabela 6. Níveis elevados de derrota e de encurralamento apresentaram associações estatisticamente significativas com níveis elevados de ideação suicida, independentemente das variáveis género e sintomatologia depressiva.

Tabela 6. Coeficiente de regressão logística para as variáveis em estudo

		<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>Wald</i>	<i>g.l.</i>	<i>p.</i>	Exp(B)	95% C.I.	
								Mínimo	Máximo
1. ^o Passo	sexo(1)	-.25	.56	.20	1	.653	.78	.26	2.32
	Sintomatologia depressiva	.24	.04	42.98	1	.000	1.27	1.18	1.36
2. ^o Passo	sexo(1)	-.27	.79	.113	1	.736	.77	.16	3.60
	Sintomatologia depressiva	.15	.06	6.86	1	.009	1.16	1.04	1.29
	Derrota	.10	.04	5.30	1	.021	1.10	1.01	1.19
	Encurralamento interno	.28	.10	8.45	1	.004	1.33	1.10	1.61
	Encurralamento externo	.11	.04	6.93	1	.008	1.12	1.03	1.21

(1) variável nominal

É de realçar que o modelo explicou 79% da variância. Por outro lado, para um ponto de corte de 0.5, verificou-se uma percentagem elevada de acertos (93.5%) dos casos usados para criar o modelo. O modelo apresenta uma sensibilidade adequada (72.7%) e uma especificidade excelente (97.7%) pelo que se pode afirmar que apresenta boas capacidades preditivas.

3.5. Variáveis do *rank* social na predição da ideação suicida, controlando a desesperança

À semelhança do estudo anterior, realizou-se uma análise de regressão logística *Enter* por blocos introduzindo a desesperança no primeiro bloco e o encurralamento interno e o encurralamento externo no segundo bloco. No primeiro passo verificou-se um efeito estatisticamente significativo da variável desesperança ($b_{BHS} = .56$; $\chi^2_{Wald} (1) = 33.45$; $p < .001$; OR = 1.76) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(1)} = 153.72$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald} (8) = 19.64$; $p = .012$; $R^2_{CS} =$

.22; $R^2_N = .77$), enquanto o segundo passo demonstrou um efeito estatisticamente significativo das variáveis derrota ($b_{ED} = .09$; $\chi^2_{Wald}(1) = 4.55$; $p = .033$; OR = 1.09), encurralamento interno ($b_{EEi} = .30$; $\chi^2_{Wald}(1) = 9.99$; $p = .002$; OR = 1.35) e encurralamento externo ($b_{EEe} = .13$; $\chi^2_{Wald}(1) = 9.16$; $p = .002$; OR = 1.14) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(4)} = 157.73$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 6.44$; $p = .598$; $R^2_{CS} = .46$; $R^2_N = .78$). Os coeficientes de regressão e os respectivos intervalos de confiança (C.I.) para todas as variáveis da equação são reportados na tabela 8. Níveis elevados de derrota e de encurralamento apresentaram associações estatisticamente significativas com níveis elevados de ideação suicida, independentemente da variável desesperança. A desesperança isoladamente prediz a ideação suicida. Porém, quando a derrota e o encurralamento entram no modelo, a desesperança deixa de ser significativa para a explicação da ideação suicida. Portanto, os efeitos dos sentimentos de derrota e encurralamento mantêm-se na presença de sentimentos de desesperança.

Tabela 8. Coeficiente de regressão logística para as variáveis em estudo

Critério	Preditor	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)		
								Mín.	Máx.	
1.º Passo	Ideação suicida	Desesperança	.56	.10	33.45	1	.000	1.76	1.45	2.12
		Desesperança	.30	.17	3.36	1	.067	1.35	.98	1.87
2.º Passo	Ideação suicida	Derrota	.09	.04	4.55	1	.033	1.09	1.01	1.18
		Encurralamento interno	.30	.10	9.99	1	.002	1.35	1.12	1.62
		Encurralamento externo	.13	.04	9.16	1	.002	1.14	1.05	1.24

O modelo explica 78% da variância. Para um ponto de corte de .5, verificou-se uma percentagem elevada de acertos (94.5%) dos casos usados para criar o modelo. O modelo apresenta uma sensibilidade de 78.6% e especificidade de 97.7% pelo que se pode afirmar que apresenta boas capacidades preditivas (Marroco, 2011).

3.6. Efeito mediador da derrota na relação entre o suporte social e a ideação suicida

3.6.1. Efeito mediador da derrota na relação entre o suporte percebido da família e a ideação suicida

De acordo com a abordagem de Baron e Kenny (1986) realizou-se uma análise de regressão linear para verificar a relação entre as variáveis suporte percebido da família e sentimentos de derrota. Da análise de regressão linear hierárquica com o género no primeiro bloco e o suporte percebido da família no segundo resultou um modelo significativo ($F(2, 266) = 31.98; p < .001$) que explica 19% da variável sentimentos de derrota ($\beta = -.138; p = .014$). A tabela 9 resume os coeficientes do modelo.

Tabela 9. Regressão linear da percepção do suporte da família (VI) e de derrota (VD)

VD	VI	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	Durbin- Watson	VIF
ED											
	Sexo	4.45	1.29	.197	3.44	.001	10.42	.001	.03	1.495	1.020
ED	Sexo										
	Família	3.12	1.26	.138	2.49	.014	31.98	.000	.19	1.666	1.020

VD: Variável dependente; VI: Variável independente; ED: Derrota.

Em seguida, procedeu-se à realização de uma análise de regressão logística por blocos para verificar a contribuição da percepção do suporte da família e a derrota atuando simultaneamente na explicação da ideação suicida.

Conforme enunciado anteriormente foram utilizadas análises de regressão logística sempre que a variável dependente era dicotómica e análises de regressão linear quando as variáveis dependentes eram contínuas. Assim, foi realizada uma análise de regressão logística para verificar a significância da percepção do suporte da família individualmente e desta variável simultaneamente com a derrota na explicação da ideação suicida, controlando a variável sexo. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes. Da análise de regressão logística *Enter*, em que no primeiro bloco foram introduzidas as variáveis género e família, tendo-se acrescentado a variável sentimentos de derrota no segundo bloco, verificou-se no primeiro passo um efeito estatisticamente significativo da variável suporte percebido da família ($b_{\text{Família}} = -.20; \chi^2_{\text{Wald}}(1) = 38.78; p < .001; OR = .82$) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(2)} = 55.93; p < .001; \chi^2_{\text{Wald}}(8) = 6.02; p = .645; R^2_{\text{CS}} = .19; R^2_{\text{N}} = .31$) e, no

segundo passo um efeito estatisticamente significativo das variáveis suporte percebido da família ($b_{\text{Família}} = -.15$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 13.02$; $p < .001$; OR = .87) e derrota ($b_{\text{ED}} = .15$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 33.25$; $p < .001$; OR = 1.17) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(3)} = 110.21$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 3.42$; $p = .905$; $R^2_{\text{CS}} = .33$; $R^2_{\text{N}} = .55$) (Tabela 10).

Tabela 10. Regressão logística hierárquica Família e Derrota (VI) e ideação suicida (VD)

	V.I.	B	E.P.	Wald	df	p	Exp(B)	95% I.C. para EXP(B)	
								Mínimo	Máximo
1.º Passo	sexo(1)	-.81	.46	3.13	1	.077	.45	.18	1.09
	Família	-.20	.03	38.78	1	.000	.82	.77	.87
2.º Passo	sexo(1)	-.28	.54	.27	1	.605	.76	.26	2.19
	Família	-.15	.04	13.02	1	.000	.87	.80	.94
	Derrota	.15	.03	33.25	1	.000	1.17	1.11	1.23

Variável dependente: Ideação suicida

3.6.2. Efeito mediador da derrota na relação entre o suporte percebido dos amigos e a ideação suicida

Seguindo a abordagem de Baron e Kenny (1986), foi realizada uma análise de regressão linear para mostrar se a variável independente (percepção do suporte dos amigos) contribuía significativamente para o sentimento de derrota (variável mediadora), controlando a variável género.

Da análise de regressão linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F(1, 266) = 27.78$; $p < .001$), mostrando que a variável preditora, conjuntamente com o sexo, contribuem significativamente para explicar uma proporção de 12.2% do sentimento de derrota ($\beta = -.30$; $p < .001$). Isto é, a percepção de níveis baixos ou de ausência de suporte dos amigos, controlando a variável género, contribui para 9% da explicação dos sentimentos de derrota (Tabela 11).

Tabela 11. Equação de regressão linear com a percepção do suporte dos amigos (VI) e sentimento de derrota (VD), controlando o género

VD	VI	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	Durbin- Watson	VIF
ED											
	Sexo	4.45	1.29	.20	3.44	.001	10.42	.001	.03	1.50	1.00
ED	Sexo										
	Amigos	-.66	.12	-.30	-5.27	.000	27.78	.000	.12		1.00

VD: Variável dependente; VI: Variável independente; ED: Derrota;

Na sequência pretendeu-se testar a contribuição das variáveis suporte percebido dos amigos e sentimentos de derrota na explicação da ideação suicida. Para isso, realizou-se uma regressão logística hierárquica *Enter* em que no primeiro bloco foi introduzida a variável género, no segundo o suporte social dos amigos e no terceiro os sentimentos de derrota. A avaliação dos pressupostos fez-se pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes. Pela análise dos resultados da regressão logística verificou-se no primeiro passo um efeito estatisticamente significativo da variável género ($b_{\text{Sexo}} = -.06$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 6.66$; $p = .010$; OR = .35) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(1)} = 7.74$; $p = .005$; $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = .000$; $R^2_{\text{CS}} = .030$; $R^2_{\text{N}} = .09$), no segundo passo um efeito significativo das variáveis género ($b_{\text{Género}} = -1.21$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 7.40$; $p = .007$; OR = .30) e família ($b_{\text{Amigos}} = -.20$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 29.79$; $p < .001$; OR = .82) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(2)} = 46.35$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 9.35$; $p = .314$; $R^2_{\text{CS}} = .16$; $R^2_{\text{N}} = .27$) e, no terceiro passo um efeito estatisticamente significativo das variáveis suporte percebido dos amigos ($b_{\text{Amigos}} = -.16$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 14.06$; $p < .001$; OR = .85) e os sentimentos de derrota ($b_{\text{Derrota}} = .17$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 39.18$; $p < .001$; OR = 1.18) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(3)} = 143.05$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 7.57$, $p = .476$; $R^2_{\text{CS}} = .42$; $R^2_{\text{N}} = .69$). A tabela 12 resume os coeficientes do modelo.

Tabela 12. Regressão logística percepção de suporte dos amigos e derrota na explicação da ideação suicida

		<i>B</i>	<i>E.P.</i>	<i>Wald</i>	<i>g.l.</i>	<i>p.</i>	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Mínimo	Máximo
1.º Passo	sexo(1)	-1.06	.41	6.66	1	.010	.35	.15	.78
2.º Passo	sexo(1)	-1.21	.44	7.40	1	.007	.30	.13	.71
	Amigos	-.20	.04	29.79	1	.000	.82	.77	.88
3.º Passo	sexo(1)	-.58	.54	1.16	1	.282	.56	.19	1.62
	Amigos	-.16	.04	14.06	1	.000	.85	.78	.93
	Derrota	.17	.03	39.18	1	.000	1.18	1.12	1.25

Variável dependente = Ideação suicida

Em síntese, tendo em conta o valor do teste de Hosmer e o facto de o modelo explicar uma percentagem sensivelmente igual ao explicado pelo acaso (82.1%) pode-se afirmar que no presente estudo a variável género isoladamente não explicou a ideação suicida. Por outro lado, verificou-se que a contribuição da variável percepção de suporte dos amigos na explicação da ideação suicida manteve-se mesmo quando controlado o género. Por último, as variáveis suporte percebido dos amigos e sentimentos de derrota atuando conjuntamente não apenas contribuíram para a explicação da ideação suicida, como anularam o efeito da variável género.

Concluindo, de acordo com os resultados das análises de regressão (baixos níveis ou ausência de suporte percebido dos amigos explicam a ideação suicida e os sentimentos de derrota; baixos níveis ou ausência suporte percebido dos amigos e sentimentos de derrota conjuntamente explicam a ideação suicida) sugerem a existência de um efeito de mediação da derrota na relação entre o suporte percebido dos amigos e a ideação suicida, controlando o género. Estudos futuros poderão verificar se esse efeito de mediação se mantém mesmo controlando a sintomatologia depressiva e a desesperança.

3.7. Efeito de mediação do encurralamento na relação entre o suporte social percebido e a ideação suicida

3.7.1. Efeito mediador do encurralamento na relação entre o suporte percebido da família e a ideação suicida

Seguindo a abordagem de Baron e Kenny (1986), foi realizada uma análise de regressão linear para mostrar se a variável independente (suporte percebido da família)

contribuía significativamente para a percepção de encerramento (variável mediadora). Da análise de regressão linear hierárquica *Enter* realizada obteve-se um modelo significativo ($F(1, 260) = 42.15; p < .001$), mostrando que a variável preditora (suporte percebido da família) contribuiu significativamente para uma proporção de 5.1% dos sentimentos de encerramento ($\beta = -.37; p < .001$) (Tabela 13).

Tabela 13. Equação de regressão linear hierárquica do suporte percebido da família na explicação dos sentimentos de encerramento, controlando o género

VD	VI	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	ΔR^2	VIF	Durbin- Watson
EE	Sexo	4.90	1.88	.16	2.61	.010	6.82	.010	.02	.03	1.00	
												1.08
EE	Sexo	3.58	1.75	.12	2.04	.042	42.15	.000	.16	.14	1.01	
	Família	-.98	.15	-.37	-6.49	.000						

VD: Variável dependente; VI: Variável independente; EE: Encerramento.

Conforme enunciado anteriormente foram utilizadas análises de regressão logística sempre que a variável dependente era dicotómica e análises de regressão linear com variáveis dependentes contínuas. Assim, foi realizada uma análise de regressão logística para verificar a significância da percepção do suporte da família individualmente e desta variável simultaneamente com a derrota na explicação da ideação suicida, controlando a variável sexo. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes. Da análise de regressão logística *Enter*, em que no primeiro bloco foi introduzido a variável género, no segundo o suporte percebido da família, e no terceiro a variável sentimentos de encerramento, resultou no primeiro passo um efeito estatisticamente significativo da variável género ($b_{\text{Sexo}} = -1.07$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 6.76$; $p = .009$; OR = .34). Todavia o modelo não se ajusta aos dados de forma adequada, o indica que o género por si só não explica a ideação suicida. No segundo bloco foi demonstrado que o suporte percebido da família ($b_{\text{Família}} = -.16$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 38.35$; $p < .001$; OR = .82) e o sexo ($b_{\text{Sexo}} = -.94$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 4.11$; $p = .043$; OR = .39) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(2)} = 55.00$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 3.39$; $p = .908$; $R^2_{\text{CS}} = .189$; $R^2_{\text{N}} = .310$) e, no terceiro passo constatou-se um efeito estatisticamente significativo das variáveis suporte percebido da família ($b_{\text{Família}} = -.16$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 13.23$; p

< .001; OR = .85) e sentimento de encurralamento ($b_{EE} = .16$; $\chi^2_{Wald} (1) = 38.66$; $p < .001$; OR = 1.17) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(3)} = 142.13$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald} (8) = 7.99$; $p = .435$; $R^2_{CS} = .417$; $R^2_N = .686$). A tabela 14 resume os coeficientes do modelo.

Tabela 14. Regressão logística hierárquica da ideação suicida como uma função do suporte percebido da família e sentimentos de derrota.

	Preditores	B	E.P.	Wald	g.l.	p	OR	95% I.C.	
								Mínimo	Máximo
1.º Passo	sexo(1)	-1.07	.41	6.76	1	.009	.34	.15	.77
	sexo(1)	-.94	.46	4.11	1	.043	.39	.16	.97
2.º Passo	Família	-.20	.03	38.35	1	.000	.82	.77	.87
	sexo(1)	-.51	.60	.72	1	.395	.60	.19	1.94
3.º Passo	Família	-.16	.04	13.23	1	.000	.85	.78	.93
	Encurralamento	.16	.03	38.66	1	.000	1.17	1.12	1.23

Variável dependente= Ideação suicida; I.C.= intervalo de confiança

Em síntese, a variável género isoladamente não mostrou explicar a ideação suicida. Controlando a variável género, o suporte percebido da família variou na razão inversa com a ideação suicida. Isto é, a perceção de níveis baixos de suporte da família tanto isoladamente como associada a níveis altos de sentimento de encurralamento explicam níveis elevados de ideação suicida. Os resultados das equações de regressão efetuadas parecem indicar um efeito de mediação parcial do encurralamento na relação entre a perceção do suporte da família e a ideação suicida.

3.7.2. Efeito mediador do encurralamento na relação entre o suporte percebido dos amigos e a ideação suicida

Seguindo a abordagem de Baron e Kenny (1986), foi realizada uma análise de regressão linear para verificar se a variável independente (suporte percebido dos amigos) contribuía de forma significativa para o encurralamento (variável mediadora). Da análise de regressão linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F (1, 260) = 38.64$; $p < .001$), mostrando que a variável preditora contribuía significativamente para uma proporção de 13% do sentimento de encurralamento ($\beta = -.36$; $p < .001$) (Tabela 15).

Tabela 15. Regressão linear do suporte percebido dos amigos na explicação do encurralamento, controlando o género

	VI	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	ΔR^2	Durbin-Watson	VIF
EE	Sexo	4.90	1.88	.16	2.61	.010	6.82	.010	.02	.03	1.05	1.00
EE	Sexo	5.20	1.75	.17	2.97	.003	38.64	.000	.15	.13	1.05	1.00
	Amigos	-1.08	.17	-.36	-6.22	.000						1.00

VD: Variável dependente; VI: Variável independente; EE: Encurralamento.

Segundo os passos utilizados no estudo anterior, foram realizadas análises de regressão logística sempre que a variável dependente era dicotómica e análises de regressão linear com variáveis dependentes contínuas. Assim, foi realizada uma análise de regressão logística para verificar a significância da perceção do suporte dos amigos isoladamente e desta variável simultaneamente com a derrota na explicação da ideação suicida, controlando a variável género. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes. Da análise de regressão logística hierárquica *Enter*, em que no primeiro bloco foi introduzido a variável género, no segundo o suporte percebido dos amigos e no terceiro a variável sentimentos de encurralamento, resultou no primeiro passo um efeito estatisticamente significativo da variável género ($b_{\text{Sexo}} = -1.07$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 6.76$; $p = .009$; OR = .34). Entretanto, como foi referido anteriormente, o modelo não se ajusta aos dados de forma adequada, o que indica que o género isoladamente não explica a ideação suicida. No segundo bloco foi demonstrado que o suporte percebido dos amigos ($b_{\text{Amigos}} = -.21$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 30.80$; $p < .001$; OR = .81) e o género ($b_{\text{Sexo}} = -1.24$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 7.73$; $p = .005$; OR = .29) apresentam efeitos estatisticamente significativos sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(2)} = 46.35$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 9.35$; $p = .314$; $R^2_{\text{CS}} = .16$; $R^2_{\text{N}} = .27$). No terceiro passo verificou-se um efeito estatisticamente significativo das variáveis suporte percebido dos amigos ($b_{\text{Amigos}} = -.20$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 14.23$; $p < .001$; OR = .82) e sentimento de encurralamento ($b_{\text{EE}} = .18$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 38.58$; $p < .001$; OR = 1.20) sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(3)} = 143.05$; $p < .001$;

$\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 7.57$; $p = .476$; $R^2_{\text{CS}} = .42$; $R^2_{\text{N}} = .69$). A tabela 16 resume os coeficientes do modelo.

Tabela 16. Regressão logística do suporte percebido dos amigos e encurralamento (VI) na predição da ideação suicida (VD)

	V.I.	B	E.P.	Wald	g.l.	p	Exp(B)	95% I.C.	
								Mínimo	Máximo
1.º Passo	sexo(1)	-1.07	.41	6.76	1	.009	.34	.15	.77
	sexo(1)	-1.24	.45	7.73	1	.005	.29	.12	.69
2.º Passo	Amigos	-.21	.04	30.80	1	.000	.81	.75	.87
	sexo(1)	-.80	.59	1.84	1	.175	.45	.14	1.43
3.º Passo	Amigos	-.20	.05	14.23	1	.000	.82	.74	.91
	Encurralamento	.18	.03	38.58	1	.000	1.20	1.13	1.26

VI Variável independente; VD Variável dependente.

Em síntese, controlando a variável género, a percepção do suporte dos amigos varia na razão inversa com a ideação suicida. Isto é, a percepção de níveis baixos de suporte dos amigos tanto isoladamente como associados a níveis altos de sentimento de encurralamento predizem níveis elevados de ideação suicida. Por outro lado, a percepção de níveis baixos de suporte percebido dos amigos prediz o sentimento de encurralamento. Logo, os resultados das análises de regressão efetuadas parecem indicar um efeito de mediação do encurralamento na relação entre o suporte percebido dos amigos e a ideação suicida.

Portanto, tanto os sentimentos de derrota como de encurralamento parecem mediar as relações entre o suporte percebido da família e dos amigos e a ideação suicida.

4. Discussão

O primeiro objetivo do presente estudo foi avaliar a contribuição das variáveis do *rank* social e do suporte social percebido na predição da ideação suicida. Obteve-se um modelo ajustado com as variáveis vergonha externa, comportamentos de submissão, encurralamento interno, encurralamento externo e suporte percebido da família e dos amigos na ausência de sintomatologia depressiva. Porém, na presença de sintomatologia depressiva o modelo ajustado foi explicado apenas pelas variáveis

vergonha externa, encurralamento interno e encurralamento externo. Portanto, a hipótese formulada, só não foi infirmada em parte.

Um dos objetivos do estudo era testar o efeito das variáveis do *rank* social (derrota, encurralamento interno e encurralamento externo) na explicação da ideação suicida. Uma equação de regressão logística *Enter* verificou que este modelo se ajusta de forma adequada aos dados numa amostra de adolescentes estudantes. Além disso verificou-se que o controlo da desesperança não teve nenhum impacto substantivo no modelo, suportando a hipótese de que os dados manter-se-iam mesmo quando avaliados os sentimentos de desesperança.

Um outro objetivo do estudo era testar o efeito de mediação dos sentimentos de derrota e de encurralamento na relação entre o suporte social percebido e a ideação suicida. A análise suportou as hipóteses de que as relações entre o défice de suporte percebido da família e dos amigos e a ideação suicida seriam mediadas por sentimentos de derrota e de encurralamento. Todavia não foram controladas as variáveis desesperança e sintomatologia depressiva nessas mediações.

Apesar da tendência para modelar a derrota e o encurralamento como uma única variável latente (Johnson et al., 2008; Williams, 1997), no presente estudo essas variáveis foram consideradas separadamente de acordo com o modelo psicossocial de Gilbert (1996). Este estudo contribui para a evidência crescente de que sentimentos de derrota e encurralamento têm um papel chave no desenvolvimento da suicidalidade (Rasmussen et al., 2010; Taylor et al., 2010b; O'Connor, 2003; Williams, 1997). Além disso, os resultados sugeriram não se trata apenas de um artefacto da sobreposição teórica dos sentimentos de derrota e de encurralamento com a desesperança ou com a sintomatologia depressiva (Johnson et al., 2008): as associações da derrota e do encurralamento com a ideação suicida mostraram-se independentes da desesperança e da sintomatologia depressiva. Em geral estes resultados suportaram os modelos teóricos do suicídio, incluindo o SAMS (Johnson et al., 2008) e o modelo do grito de dor (Cry of Pain model) (Williams, 1997; Williams et al., 2005), que veem as percepções da derrota e de encurralamento como processos psicológicos proximais subjacentes à suicidalidade, e sugerem que estas percepções podem emergir de apreciações negativas específicas em domínios tais como o suporte social e a resolução de problemas. O valor desta

conceptualização reside no facto de que embora esteja de acordo com dados de que a apreciação do suporte social (Clum & Febbraro, 1994; Esposito & Clum, 2002; Thompson et al., 2002) e a habilidade para a resolução de problemas (Bonner & Rich, 1988; Chang, 2002; Clum & Febbraro, 1994; Dixon et al., 1991; Esposito & Clum, 2002; Rudd et al., 1994) estão associados com o suicídio, destacou também a necessidade de alguma forma do componente motivacional afetivo no comportamento suicidário, que possa mediar a ligação entre estas apreciações (*appraisals*) e os pensamentos suicidários específicos. Parece que a derrota e o encurralamento podem fornecer tal mediação. O presente estudo investigou a derrota e o encurralamento como estados psicológicos subjetivos, ao contrário da pesquisa precedente que tem operacionalizado estas variáveis em termos de eventos e circunstâncias da vida (e.g., Brown et al., 1995). Apesar do provável papel dos eventos de vida na génese e manutenção dos sentimentos de derrota e encurralamento, os estudos têm sugerido que o seu impacto seja mediado por processos psicológicos (Johnson et al., 2008; Rasmussen et al., 2010; Williams, 1997), o que justificou a importância da avaliação da derrota e do encurralamento neste contexto. Apesar das afirmações teóricas do *Schematic Appraisals Model of Suicide* (Johnson et al., 2008) e da pesquisa que lhe suporta (Taylor et al., 2009) conceptualizarem a derrota e o encurralamento como uma variável latente singular, como referido atrás, neste estudo essas variáveis foram consideradas de forma independente de acordo com a teoria do *rank* social (Gilbert, 1996). Esta decisão foi suportada pelas altas consistências internas das escalas e subescalas no estudo.

Uma outra teoria recente do suicídio, a teoria interpessoal-psicológica sugere que duas variáveis diferentes, a perceção de onerabilidade (*burdensomeness*) e de não pertença (*belongingness thwarted*), fornecem o ímpeto principal subjacente ao desejo suicida (Joiner, 2005). Estas duas variáveis parecem conceptualmente similares à derrota e ao encurralamento, com uma ênfase compartilhada nas percepções negativas do estatuto social. Entretanto, a derrota e o encurralamento podem ser constructos mais genéricos, que se relacionam também com objetivos e alvos internos (Rhode, 2001). Considerando o substancial suporte da teoria interpessoal-psicológica do suicídio (Van Orden et al., 2008), a comparação deste modelo com outros, tais como o *Schematic*

Appraisals Model of Suicide (SAMS; Johnson et al., 2008) ou o modelo do grito da dor para o suicídio poderia ser um objetivo interessante para pesquisa futura.

Os dados deste estudo comportam algumas implicações clínicas. Destaca-se a relevância das percepções de derrota e encurralamento como indicadores de ideação suicida que, por sua vez, constitui um dos principais fatores de risco para o suicídio. Por conseguinte, deveriam ser investigados pelos clínicos a par de outros indicadores estabelecidos tais como a depressão e a desesperança (Kessing, 2004; Kuo et al., 2004). Segundo, no contexto do tratamento psicológico, estes dados parecem suportar intervenções que visem prevenir o comportamento suicidário. Estabelecendo apreciações mais específicas que destaquem inferências da derrota e do encurralamento, este estudo destaca alvos potenciais para um terapeuta tanto em termos de cognições subjacentes específicas, como de estados emocionais mais gerais associados ao risco do suicídio, a que contribuem.

O estudo comporta algumas limitações que importa sublinhar. Uma primeira limitação é a natureza de secção transversal. Isto levanta dúvidas sobre o sentido da causalidade, em particular a possibilidade de os mediadores serem um resultado da sobreposição de variâncias em vez de uma sequência causal de eventos. Todavia, mesmo que os dados fossem atribuíveis à sobreposição de variâncias, isto não teria relevância teórica. É que os resultados suportaram a asserção de que as percepções de derrota e de encurralamento emergem das apreciações subjacentes, porque uma proporção grande de sua variação foi explicada por estas apreciações específicas. A pesquisa longitudinal futura poderia testar a ordem causal dos eventos sublinhados neste estudo (Wood, Maltby, Stewart, Linley, & Joseph, 2008). Em segundo lugar, foi utilizada uma amostra de estudantes pelo que o nível de ideação suicida neste grupo era inferior ao esperado num grupo clínico. Sublinha-se que apesar do *Schematic Appraisals Model of Suicide* (SAMS; Johnson et al., 2008) fornecer uma abordagem transdiagnóstica do suicídio, foi desenvolvido inicialmente no contexto do suicídio em indivíduos não psicóticos.

Finalmente, depressão e a desesperança não foram controladas nas análises dos efeitos de mediação.

5. Conclusão

O estudo sugere uma associação positiva entre as percepções de derrota e de encurralamento e a ideação suicida numa amostra de estudantes adolescentes. Pesquisas futuras são necessárias para replicar estes dados em amostras clínicas e testar em perspectiva os trajetos causais do modelo de mediação. Por outro lado, tanto a derrota como o encurralamento parecem mediar a relação entre o suporte percebido da família e dos amigos na predição da ideação suicida.

Essas conclusões são consistentes com os modelos teóricos do suicídio tais como o SAMS (Johnson et al., 2008) e o COP (Williams, 1997; Williams et al., 2005), que consideram as percepções da derrota e de encurralamento processos psicológicos proximais subjacentes à suicidalidade, e sugerem que estas percepções podem emergir de apreciações negativas específicas em domínios tais como o suporte social e a resolução de problemas.

CAPÍTULO VII

**Ideação suicida, estilos parentais na infância,
experiências de vida precoces e dificuldades
de regulação emocional**

CAPÍTULO VII - Ideação suicida, estilos parentais na infância, experiências de vida precoces e dificuldades de regulação emocional

1. Introdução

O homem é um ser sociável cuja sobrevivência e perpetuação (através da reprodução) dependem da relação que estabelece consigo próprio e com os outros. Possui necessidades inatas de pertença, conexão/ligação, valorização pelos outros e de cooperação (Gilbert, 1992a, 2005; Baumeister, Leary, 1995). Consequência do processo evolutivo, os sistemas integrados de processamento cognitivo e emocional desenvolvem-se em interação com os outros. Portanto, a tonalidade afetiva das relações sociais emerge da forma como essa interação se processa em determinados papéis sociais específicos (Birtchnell, 1993). Gilbert (2005b, 2005c) considera que são esses sistema ou dispositivos psicobiológicos que motivam e inspiram o ser humano para se aproximar dos outros de forma amistosa, afetiva e compassiva, ou por outro lado, para se defender, atacar, ou eliminar o outro. Por outro lado, conjuntamente com a aprendizagem, os genes constroem sistemas fisiológicos complexos e padrões de significação internos que possibilitam a formação de fenótipos específicos. A experiência dá forma ao cérebro (molda-o), de forma a aumentar as infraestruturas biopsicológicas que tornam os diversos estado da mente possíveis (mente crítica/mente compassiva) (Gilbert & Iron, 2005; Schwartz & Begley, 2002). Desta forma as relações sociais vão construindo a essência do ser humano, regulando as suas identidades, valores, sentimentos e estados de humor.

Enquanto experiências de aprendizagem fundamentais, as experiências precoces influenciam a emergência de esquemas *eu-outros* (Gilbert, 1989, 1993; Baldwin, 1992, 2005; Beck, 1967; Bowlby, 1969, 1973) e de estilos relacionais subsequentes (Mikulincer & Shaver, 2005, 2007) e afetam os processos neurofisiológicos subjacentes à maturação emocional e regulação (Cacioppo, Berston Sheridan, & McClintock, 2000; Dickerson et al., 2004; Siegel, 2001; Schore, 1994, 2000). A exposição precoce a ameaças (abuso, negligência e expectativas parentais irrealistas) está associada a um aumento de vulnerabilidade para dificuldades psicológicas e interpessoais e pode resultar em autodesvalorização, autocondenação e sentimentos e cognições autocríticas e de

autoataque (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004; Shore, 1994). Por outro lado, experiências de calor, amor e carinho têm sido associadas a boa saúde mental, e facilitação do desenvolvimento de capacidades de autoaceitação e autotranquilização (Cacioppo et al., 2000; Schore, 1994). À semelhança do que acontece na relação como os outros, a relação da pessoa consigo própria (do *eu* com o *eu*) é construída a partir de estratégias inatas amadurecidas nas relações sociais. Essas relações da pessoa consigo própria têm uma importante função de regulação externa (ajudam a navegar e a saber como atuar no mundo social) (Baldwin, 2005; Gilbert, 2005b). Por consequência, o ser humano pode, adotar uma orientação de ameaça e de defesa em relação ao *eu* (proteger, evitar, corrigir, submeter, perseguir e erradicar) ou, pelo contrário, adotar uma orientação de tolerância, compaixão e aceitação (cuidar, dar afeto, tranquilizar). A literatura científica tem demonstrado uma associação positiva entre as experiências negativas na infância e uma variedade de sintomas psicopatológicos, incluindo os comportamentos suicidários, na adultícia (Gilbert, 1998c, 2000b; Perris, 1994; Richter et al, 1994; Rutter et al, 1997). Outros estudos têm apontado ainda a ligação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos suicidários.

No presente capítulo apresentam-se os resultados de estudos que exploram de forma empírica algumas das relações supracitadas.

Outros estudos têm apontado ainda a ligação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos suicidários.

Recordação de experiências de Ameaça e Submissão na infância

A teoria do *rank* social postula que as experiências precoces (relação criança-pais) são também relações de poder e hierarquia (dominância-subordinação). Esta teoria centra-se nos comportamentos de ameaça e diminuição do estatuto social e nos comportamentos de submissão no seio familiar. Segundo Gilbert et al. (2003) crianças que se sentem ameaçadas pelos pais e forçadas a assumir posições de subordinação podem adotar vários tipos defensivos de submissão e de baixo *rank*. Isto é, crianças que são repetidamente criticadas, envergonhadas ou rejeitadas pelas figuras de vinculação desenvolvem uma construção dos outros como poderosos, hostis e dominantes, sendo vulneráveis aos ataques e a rejeições dos outros (Gilbert, 2000c). A orientação defensiva faz com que estas crianças fiquem atentas ao poder dos outros e conscientes do seu

estatuto social e lugar na hierarquia. Esta situação provoca a ativação de estratégias de submissão defensiva, baseadas no medo, e que se caracterizam pela inibição do comportamento assertivo, pela desistência perante desafios, pela cessação automática dos comportamentos de iniciativa e de afirmação, pelo apaziguamento do comportamento dos outros e pela reduzida experimentação de afeto positivo (Gilbert, 2000d, Gilbert et al, 20002, Gilbert et al, 2003). Estes comportamentos de submissão defensiva têm por função diminuir e desativar a agressão dos outros, ou reduzir a intenção hostil do dominante (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1998a, 2007). Ligada à submissão passiva surge um processo interno defensivo de autoacusação, que visa orientar a atenção para o *eu* (corrigir o *eu* criticando-o) para alterar o comportamento potencialmente danoso do dominante, especialmente se o indivíduo se sente encurralado. Isto pode tornar a criança mais vulnerável à depressão e outras perturbações psiquiátricas (Gilbert et al., 2003; Iron et al., 2006; Sloman & Atkinson, 2000). Portanto as experiências precoces negativas contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha relacionados com a perceção de existir na mente dos outros de uma forma negativa, enquanto objeto social indesejado, defeituoso, inadequado e inferior (Allan & Goss, 1994; Gilbert, 1998b, 2002; Harder & Greenwald, 2000; Matos e Pinto-Gouveia, 2009), merecedor de ataque e crítica. A internalização desta visão do *eu* leva a que uma parte do eu atue como crítica e a outra se submeta e se sinta derrotada perante situações de fracasso e erro (Gilbert, 2000c, 2007c; Gilbert et al., 2004, 2006).

Recordação dos estilos parentais na infância

Os pais constituem os primeiros protagonistas do processo de socialização, sendo as suas práticas educativas, atitudes e comportamentos fundamentais para o desenvolvimento psicossocial da criança (Holden & Edwards, 1989; Maccoby, citado por Canavarro, 1996). Os modelos conceptuais que abordam a contribuição das relações e atitudes parentais para o desenvolvimento saudável/psicopatologia variam consoante o modelo teórico, a escola e os autores. Daí que a definição e operacionalização do constructo estilos parentais não seja fácil (Canavarro, 1996). Todavia, é consensual que os estilos parentais se referem a classificações do comportamento parental acopladas em categorias e dimensões (e.g. apoio emocional, rejeição, controlo) a partir das quais é

possível caracterizar o comportamento (Cunha, 2005). A ligação entre os estilos parentais e a psicopatologia é amplamente conhecida (Canavarro, 1999; Richher, 1994). A depressão na idade adulta está ligada à falta de afeto, carinho, suporte e atenção por parte das figuras parentais (Parker et al., 1995). O elevado controlo parental e baixo carinho de um ou de ambos os pais tem-se revelado um preditor significativo de psicopatologia (Chambers et al., 2000; Parker et al., 1999).

Dificuldades de regulação emocional

Gratz e Roemer (2004) desenvolveram uma conceptualização multidimensional da regulação emocional baseada no pressuposto de que as emoções são funcionais. De acordo com essa conceptualização a desregulação emocional compreende quatro facetas distintas, mas relacionadas: (1) falta de conhecimento, compreensão e aceitação de experiências emocionais, (2) falta de acesso a meios adaptativos para alterar a intensidade e/ou duração duma experiência afetiva, (3) uma ausência de consentimento (complacência) para experienciar stresse emocional como fazendo parte do processo de prossecução de objetivos e, (4) inability para persistir em comportamentos dirigidos a objetivos quando indisposto (perturbado). Trata-se de uma conceptualização que distingue desregulação emocional de uma vulnerabilidade emocional temperamental, focando-se na forma como o indivíduo responde e/ou relata as suas emoções em vez de se focar na qualidade das emoções.

Alguns diagnósticos psiquiátricos caracterizados por dificuldades na regulação das emoções são caracterizados por rácios de suicídios muito elevados (ex., perturbação de personalidade *borderline*; Paris and Zweig-Frank, 2001). A maioria dos trabalhos que estudaram o papel da desregulação emocional na suicidalidade focaram-se na ideação suicida, com alguns estudos a referirem que a desregulação emocional prediz a ideação suicida (Lynch et al., 2004; Orbach et al., 2007).

Os estudos sobre a tentativa de suicídio produziram resultados mais ambíguos. Por exemplo, Selby et al. (2009) verificaram que, apesar da tentativa de suicídio estar correlacionada com a catastrofização, enquanto componente cognitivo da desregulação emocional (Garnefski et al., 2001), não se correlacionava com outras medidas de regulação emocional (e.g. ruminação da cólera, ruminação em geral e cisma). Da mesma forma, altos níveis de urgência negativa associaram-se a um número de

comportamentos problemáticos, incluindo agressão, uso de álcool e marijuana, perturbações induzidas por substâncias, problemas alimentares e excessivos reassseguramentos (Anestis et al., 2007a,b; Fischer et al., 2003; Miller et al., 2003; Lynam and Miller, 2004; Verdejo-Garcia et al., 2007). Dada a tendência desses indivíduos para uma baixa tolerância ao stresse ou altos níveis de impulsividade para se engajar em comportamentos nocivos (prejudiciais, perigosos), torna-se compreensível que esses indivíduos poderiam estar com um risco elevado, considerando o suicídio como um potencial método para se livrar de experiências afetivas aversivas.

Um importante aspeto a ser estudado, todavia, é o grau em que um aumento da capacidade para o suicídio reflete o incremento da vulnerabilidade para o desejo suicida, associado com altos níveis de desregulação emocional. De acordo com a teoria psicológica interpessoal do comportamento suicidário, poder-se-ia esperar que indivíduos com desregulação emocional exibissem níveis elevados de sentimentos de não pertença e de onerabilidade para os outros. Ao mesmo tempo, todavia, a falta de habilidade para resistir ao desconforto inerente às variáveis de desregulação emocional, pode constituir-se em obstáculo para a aquisição da capacidade para o suicídio, o que envolve ausência de medo de sofrimento físico e morte (Anestis et al., 2011).

Uma forma de compreender esta aparente associação paradoxal é considerar a complicada relação entre a impulsividade e o suicídio. Embora os indivíduos impulsivos tenham um alto risco de morrer por suicídio (e.g. Dougherty et al., 2004) e sejam mais propensos a engajar-se em NSSI (e.g. Glenn and Klonsky, 2010), investigações indicaram que o suicídio geralmente não é um ato impulsivo (Simon *et al.*, 2001; Witte *et al.*, 2008). Baca-Garcia e colaboradores (2001, 2005) demonstraram que o grau de impulsividade da tentativa de suicídio está inversamente correlacionado com a letalidade da mesma. Os indivíduos que têm dificuldade de regular as suas emoções podem ser motivados a considerar o suicídio como uma forma de se livrar das sensações afetivas aversivas, mas é pouco provável que encetem tais comportamentos devido a fraca capacidade para enfrentar a tristeza e/ou alternativas penosas. Neste sentido, a desregulação emocional pode servir como um obstáculo à aquisição de capacidade para o suicídio (Baca-Garcia e colaboradores, 2001, 2005). Ademais, porque o afeto negativo é experienciado como extremamente aversivo, tais indivíduos podem precisar de um

elevado grau de tristeza e experiências provocadoras em ordem a desenvolverem capacidade para o suicídio comparável à dos que não estão atingidos por estados afetivos negativos agudos. Anestis *et al.* (2011) verificaram que apesar da desregulação emocional poder aumentar drasticamente a probabilidade do desejo suicida, simultaneamente serve como forma de proteção contra autoagressões letais.

O primeiro objetivo deste estudo foi analisar a relação entre a percepção dos estilos parentais na infância, as dificuldades de regulação emocional, as experiências de vida negativas precoces e a ideação suicida. Em primeiro lugar, pretendeu-se estudar a forma como os estilos parentais percebidos (carinho, sobre proteção) se relacionam com a ideação suicida. Formulou-se a hipótese de que estilos parentais de carinho e cuidado estivessem menos relacionados com a ideação suicida. Portanto, esperava-se que o grupo de indivíduos com ideação suicida atual apresentasse níveis menos elevados de memórias de carinho e cuidado por parte das figuras parentais na infância, quando comparado com o grupo de indivíduos que não apresentaram ideação suicida nos oito dias que precederam a investigação. Contrariamente esperava-se que os estilos parentais de sobre proteção se associassem positivamente à ideação suicida. Em segundo lugar, esperava-se que os indivíduos que se recordavam de comportamentos e atitudes de carinho e afeto por parte dos progenitores fizessem parte do grupo sem ideação suicida. Por último, pretendia-se testar um modelo de mediação das dificuldades na regulação emocional na relação entre os estilos parentais na infância e a ideação suicida. Este estudo acrescentaria a possibilidade de se estudar uma medida positiva de experiências precoces (memórias de carinho parental) na predição da ideação suicida. Assim, formulou-se a hipótese de que as dificuldades na regulação emocional (não aceitação da resposta emocional, dificuldade de controlar o impulso, acesso limitado a estratégias de regulação emocional, dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos, falta de controlo emocional e falta de consciência emocional) funcionassem como fatores mediadores da relação entre os estilos parentais na infância (carinho e sobre proteção) e a ideação suicida. Se a hipótese não fosse infirmada, os resultados permitiriam afirmar que as dificuldades de regulação emocional funcionavam como fatores de risco para a ideação suicida, e que a sua ausência contribuía para a ideação suicida pela ativação de dificuldades de regulação emocional.

Ademais, os resultados acentuariam o papel exacerbador das dificuldades de regulação emocional na ideação suicida.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 322 indivíduos da população estudantil da cidade da Praia, sendo 121 (37.6%) participantes do sexo masculino e 201 (62.4%) do sexo feminino, com uma média de idades de 17.67 anos (DP=1.92). No que respeita ao nível de escolaridade, a amostra apresentou uma média de 11.23 anos (DP = 1.56). No que tange ao estado civil dos participantes, 304 (94.4%) eram solteiros e 18 (5.6%) casados/juntos/união de facto. Quanto à profissão, 307 (95.3%) eram estudantes e 15 (4.7%) estudantes/trabalhadores. Dos sujeitos da amostra, 46 (14.3%) relataram ideação suicida nos oito dias que antecederam à avaliação, contra 276 (85.7%) que não apresentaram ideação suicida. Os dois grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis, sexo ($\chi^2_{(1)} = 12.38; p < .001$) e idade ($t_{(320)} = -2.09; p = .04$), fazendo com que essas variáveis fossem controladas nas análises subsequentes.

2.2. Instrumentos de avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto-relato que incluiu: a) Uma folha de dados demográficos; b) A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida nos últimos oito dias; c) o Inventário de Estilos Parentais (PBI) para avaliar a memória dos estilos parentais na infância; d) a Escala de Experiências de Vida Precoces (ELES) para avaliar as experiências precoces; e) Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) para avaliar as dificuldades de regulação emocional. A caracterização detalhada das medidas de avaliação fez-se no capítulo IV relativo a metodologia geral (ponto 3). Excetuando-se os fatores DERS/falta de controlo emocional e o PBI (mãe e pai), as medidas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados com a amostra em estudo: DERS/não aceitação da resposta emocional ($\alpha = .84$), DERS/acesso limitado a estratégias de regulação emocional ($\alpha = .79$), DERS/dificuldade de controlar o impulso ($\alpha = .77$), DERS/dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos ($\alpha = .80$), DERS/falta de consciência emocional ($\alpha = .78$) e experiências de vida precoces ($\alpha = .79$). As fracas consistências internas ($\alpha < .70$) verificadas na escala PBI/pai, PBI/mãe e na subescala DERS/falta de controlo emocional,

ditaram a sua não utilização nas análises subsequentes, assim como das outras variáveis que seriam relacionadas com elas.

2.3. Procedimentos

Segundo o procedimento referido anteriormente (capítulo IV; ponto 2.2), foi distribuída uma bateria de medidas para preenchimento, após os participantes e os encarregados de educação concordarem em participar e darem o seu consentimento informado. O preenchimento dos instrumentos de avaliação foi efetuado nas salas de aula, das instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração de cada sessão foi de 20 a 30 minutos.

2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. Na comparação da média amostral de dois grupos independentes fez-se recurso ao teste *t-Student* para amostras independentes. Testaram-se os pressupostos exigidos para a sua aplicação. Foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujos *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Moroco, 2011). Na análise das associações entre as variáveis contínuas (experiências de vida na infância e dificuldades de regulação emocional foram realizadas matrizes de correlação produto momento de *Pearson*. Para analisar os efeitos das variáveis significativas na predição da ideação suicida efetuaram-se Modelos de Regressão Logística por blocos.

Por outro lado, considerou-se que o efeito das experiências de vida na infância na predição da ideação suicida se produzisse por mediação das dificuldades na regulação emocional. Por consequência, testou-se neste estudo a existência de um efeito de mediação das dificuldades de regulação emocional na ideação suicida.

De acordo com Baron e Kenny (1986), o processo de mediação implica a hipótese de uma relação causal. A análise do efeito mediador das dificuldades na regulação emocional na relação entre experiências de vida na infância e a ideação suicida seguiu as orientações gerais de Baron e Kenny (1986). Vários autores consideram que o facto da variável dependente ser dicotómica não impede a análise, recorrendo-se a regressões logísticas sempre que necessárias (Imai, Keele & Tingley (2009); Pearl, 2010).

Aplicando as orientações de Baron e Kenny (1986) ao presente modelo, as dificuldades na regulação emocional funcionam como variáveis mediadoras se

ocorrerem as seguintes condições: 1) a variável (independente/preditora) experiências de vida na infância for preditora da variável ideação suicida (variável independente); 2) a variável independente experiências de vida na infância for preditora significativa da variável dificuldades na regulação emocional (variável mediadora); 3) a variável mediadora for preditora da variável dependente, controlando o efeito da variável independente. O passo final consiste em verificar a redução significativa do efeito preditivo das memórias das experiências de vida na infância sobre a ideação suicida, controlando a presença da variável mediadora (dificuldades de regulação emocional).

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.17; SPSS Inc, Chicado, IL).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (Skweness e Kurtosis, respetivamente). Algumas variáveis não apresentaram distribuições normais, apesar dos valores de Skweness e de Kurtosis não evidenciarem graves enviesamentos (valores de Skweness $< |3|$ e de Kurtosis $< |10|$, Kline, 1998). Foram utilizados testes paramétricos visto serem robustos a violações à normalidade das variáveis. Maroco (2011) considera que à medida que a amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal (uma consequência do teorema do limite central. A homogeneidade das variâncias foi avaliada através do teste de Levene, para o nível de significância de .05.

3.2. Estatísticas descritivas

As diferenças entre os grupos nas variáveis em estudo foram analisadas através do teste paramétrico *t-Student* para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2011). A homocedasticidade foi verificada pelo teste de Levéne, ao nível de significância de .05. Apresentam-se na Tabela 1 as diferenças entre os grupos para as variáveis em estudo.

Tabela 1. Comparação dos sexos nas variáveis em estudo (DERS e ELES)

Variáveis	Masculino		Feminino		t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Não-aceitação da resposta emocional	14.69	5.84	16.32	6.72	-2.04	.042
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	12.76	5.42	12.96	5.01	-.31	.758
Dificuldade de controlar o impulso	8.77	3.83	9.16	4.05	-.78	.435
Dificuldade manter comportamentos dirigidos a objetivos	9.88	3.80	10.95	4.27	-2.11	.036
Falta de consciência emocional	16.25	4.50	17.50	4.81	-2.15	.032
Experiências de vida precoces	39.22	10.15	37.37	10.27	1.52	.131

De acordo com o teste *t-Student*, as diferenças observadas entre os dois gêneros foram estatisticamente significativas no que respeita às subescalas não-aceitação da resposta emocional, ($t_{(285)} = -2.04$, $p = .042$), dificuldade de controlar o impulso, ($t_{(285)} = -2.11$, $p = .036$) e falta de consciência emocional ($t_{(285)} = -2.15$, $p = .032$). Portanto, os indivíduos do gênero feminino apresentaram mais dificuldades em aceitar a resposta emocional, em manter comportamentos dirigidos a objetivos e níveis mais elevados de falta de consciência emocional em relação aos indivíduos do gênero masculino.

3.3. Comparação do grupo com ideação suicida com o grupo sem ideação suicida nas variáveis em estudo

Os resultados do teste *t* de Student evidenciaram que as médias dos indivíduos com ideação suicida foram significativamente superiores em todas as variáveis (Tabela 2). Isto é, os indivíduos que apresentaram ideação suicida atual (última semana) mostraram maior dificuldade de aceitação da resposta emocional, de aceder a estratégias de regulação emocional, de controlar o impulso, de manter comportamentos dirigidos a objetivos e, contrariamente ao esperado, níveis mais baixos de falta de consciência emocional. Ainda, esses indivíduos apresentaram memórias mais acentuadas de experiências de vida negativas (ameaça, submissão e desvalorização) na infância.

Tabela 2. Teste *t-Student* de comparação dos dois grupos nas variáveis em estudo

Variáveis	Ideação suicida		Normais		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Não-aceitação da resposta emocional	19.02	7.29	15.17	6.20	-3.68	.000
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	16.77	6.02	12.25	4.67	-4.73*	.000
Dificuldade de controlar o impulso	11.79	4.36	8.53	3.70	-5.18	.000
Dificuldade de manter comportamentos dirigidos aos objetivos	13.65	3.95	10.04	3.93	-5.56	.000
Falta de consciência emocional	14.56	5.07	17.51	4.54	3.86	.000
Experiências de vida na infância	45.89	9.64	36.67	9.74	-5.87	.000

* Não se assume a igualdade das variâncias; D.P.= Desvio padrão

3.4. Dificuldades de regulação emocional como variável mediadora entre as experiências de vida negativas na infância e a ideação suicida

3.4.1. Não-aceitação da resposta emocional como fator mediador na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida

Conforme enunciado anteriormente foram utilizadas análises de regressão logística sempre que a variável dependente for dicotômica e análises de regressão lineares quando a variável dependente for contínua.

Assim, foi realizada uma análise de regressão logística pelo método *Enter* para verificar a significância das experiências de vida negativas precoces na predição da ideação suicida, controlando as variáveis sexo e idade. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que as variáveis experiências de vida negativas na infância ($b_{ELES} = .12$; $\chi^2_{Wald}(1) = 28.56$; $p < .001$; OR = 1.12), o sexo ($b_{SEXO} = 2.14$; $\chi^2_{Wald}(1) = 15.32$; $p < .001$; OR = 8.54) e a idade ($b_{IDADE} = .20$; $\chi^2_{Wald}(1) = 5.55$; $p = .019$; OR = 1.22) apresentaram efeitos estatisticamente significativos sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(19)} = 62.80$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 5.27$; $p = .729$; $R^2_{CS} = .19$; $R^2_N = .33$). A tabela 3 resume os coeficientes do modelo.

Tabela 3. Experiências de vida precoces na predição da ideação suicida

Preditores	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% C.I.	
							Mínimo	Máximo
Experiências de vida precoces negativas	.12	.02	28.56	1	.000	1.12	1.08	1.17
Sexo (1)	2.14	.55	15.32	1	.000	8.54	2.92	24.98
idade	.20	.09	5.55	1	.019	1.22	1.03	1.45

(1) variável nominal

Seguindo a abordagem de Baron e Kenny (1986), foi realizada uma análise de regressão linear para mostrar se a variável independente (experiências de vida precoces negativas) contribuía significativamente para a não-aceitação da resposta emocional (variável mediadora).

Da análise de regressão linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F_{(2, 277)} = 20.17; p = .033$), mostrando que a variável preditora e o género contribuíram para uma proporção de 6.4% da não-aceitação da resposta emocional ($\beta = .17; p < .001$).

Tabela 4. Relação entre experiências de vida precoces e não-aceitação da resposta emocional

VI	VD	β	t	p	F	p	R^2 Ajust	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
ELES	NARE	.28	4.78	.000	20.17	.033	.08	.02	2.20	1.00

VD: Variável dependente; ELES: Experiências de vida precoces; Nare: Não-aceitação da resposta emocional

Por último, foi realizada uma análise de regressão logística para mostrar que a não-aceitação da resposta emocional (variável mediadora) contribuía significativamente para a ideação suicida (variável dependente). Controlando as variáveis idade e sexo, as variáveis independente e mediadora foram introduzidas simultaneamente na predição da ideação suicida. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que a variável experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .11; X^2_{Wald} (1) = 25.22; p < .001; OR = 1.12$) apresentou efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida, enquanto a não-aceitação da resposta emocional não foi significativa ($p > .05$) (Tabela 5).

Concluindo, não se verificou efeito de mediação da variável não-aceitação da resposta emocional na relação entre as experiências de vida precoces e a ideação suicida atual.

Tabela 5. Não-aceitação da resposta emocional e experiências de vida precoces na predição da ideação suicida

Preditores	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% I.C.I.	
							Mínimo	Máximo
Não-aceitação da resposta emocional	.05	.03	2.71	1	.100	1.05	.99	1.11
Experiências de vida precoces negativas	.11	.02	25.22	1	.000	1.12	1.07	1.17
Idade	.21	.09	5.38	1	.020	1.23	1.03	1.46
Sexo(1)	-2.01	.57	12.64	1	.000	.13	.04	.41

3.4.2. Acesso limitado a estratégias de regulação emocional como variável mediadora na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida

Foi realizada uma análise de regressão logística pelo método Enter para verificar a significância das experiências de vida negativas precoces na predição da ideação suicida, controlando as variáveis sexo e idade. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que a variável experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .116$; $\chi^2_{Wald}(1) = 28.56$; $p = .000$; OR = 1.123) apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(19)} = 62.80$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 5.27$; $p = .729$; $R^2_{CS} = .19$; $R^2_N = .33$) (Cf. tabela 3).

Seguidamente, de acordo com a abordagem de Baron e Kenny (1986) foi realizada uma análise de regressão linear para mostrar se a variável independente (experiências de vida precoces negativas) contribuía significativamente para o acesso limitado a estratégias de regulação emocional (variável mediadora). Da análise de regressão linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F_{(1, 279)} = 60.09$; $p < .001$), mostrando que a variável preditora contribuiu significativamente para uma proporção de 17.4% do acesso limitado a estratégias de regulação emocional ($\beta = .42$; $p < .001$).

Tabela 6. Experiências de vida precoces na predição do acesso limitado a estratégias de regulação emocional

VI	VD	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
ELES	ALERE	.21	.03	.42	4.56	.000	60.09	.000	.17	.18	2.04	1.00

ELES: Experiências de vida precoces negativas; ALERE: Acesso limitado a estratégias de regulação emocional

Por último, foi realizada uma análise de regressão logística para mostrar que o acesso limitado a estratégias de regulação emocional (variável mediadora) contribuiu significativamente para a ideação suicida (variável dependente). Controlando as variáveis idade e sexo, as variáveis experiências de vida negativas precoces e acesso limitado a estratégias de regulação emocional foram introduzidas simultaneamente na predição da ideação suicida. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que as variáveis *experiências de vida negativas precoces* ($b_{ELES} = .10$; $\chi^2_{Wald}(1) = 18.41$; $p < .001$; OR = 1.1) e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional ($b_{ALERE} = .13$; $\chi^2_{Wald}(1) = 10.33$; $p = .001$; OR = 1.14) apresentaram efeito significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(4)} = 71.01$; $p < 0.001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 5.18$; $p = .738$; $R^2_{CS} = .22$; $R^2_N = .39$). A tabela 7 resume os coeficientes do modelo.

Concluindo, os dados apontam para a existência de um efeito de mediação da variável acesso limitado a estratégias de regulação emocional na relação entre as experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida.

Tabela 7. ELES e ALERE na predição da ideação suicida

Preditores	B	S.E.	Wald	gl	p	OR	95% I.C.	
							Mínimo	Máximo
Experiências de vida precoces negativas	.10	.02	18.41	1	.000	1.11	1.06	1.16
ALERE	.13	.04	10.33	1	.001	1.14	1.05	1.24
idade	.22	.09	5.71	1	.017	1.25	1.04	1.50
sexo(1)	-2.14	.58	13.77	1	.000	.12	.04	.36

(1) Variável nominal; (ELES) Experiências de vida precoces; (ALERE) Acesso limitado a estratégias de regulação emocional

3.4.3. Dificuldade de controlar o impulso como fator mediador na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida

Realizou-se uma análise de regressão logística pelo método Enter para verificar a significância das experiências de vida negativas precoces na predição da ideação suicida, controlando as variáveis sexo e idade. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

Conforme referido anteriormente, a regressão logística *Enter* mostrou que a variável experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .116$; $\chi^2_{Wald}(1) = 28.56$; $p < .001$; $OR = 1.123$) apresentou efeito estatisticamente sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(19)} = 62.80$; $p < 0.001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 5.27$; $p = .729$; $R^2_{CS} = .19$; $R^2_N = .33$) (Cf. Tabela 3).

Seguindo a abordagem de Baron e Kenny (1986), foi realizada uma análise de regressão linear para verificar se a variável independente (experiências de vida precoces negativas) contribuía significativamente para a dificuldade de controlar o impulso (variável mediadora). Como variável dependente, controlando o sexo e a idade. Da análise de regressão linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F(1, 279) = 31.89$; $p < .001$), mostrando que a variável preditora contribuiu significativamente para uma proporção de 9.9% da dificuldade de controlar o impulso ($\beta = .32$; $p < .001$).

Tabela 8. ELES na predição da dificuldade de controlar o impulso

VI	VD	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
ELES	DCI	.12	.22	.32	5.65	.000	31.89	.000	.99	.10	1.97	1.00

VD: Variável dependente; ELES: Experiências de vida precoces negativas; DCI: Dificuldade de controlar o impulso

Por último, foi realizada uma análise de regressão logística para mostrar que a dificuldade de controlar o impulso (variável mediadora) contribuía significativamente para a ideação suicida (variável dependente). Controlando as variáveis idade e sexo, as variáveis independente e mediadora foram introduzidas simultaneamente na predição da ideação suicida. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que as variáveis experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .107$; $X^2_{Wald}(1) = 22.18$; $p < .001$; OR = 1.11) e dificuldade de controlar o impulso ($b_{DCI} = .15$; $X^2_{Wald}(1) = 9.43$; $p < .001$; OR = 1.17) apresentaram efeito significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(19)} = 69.88$; $p < 0.001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 1.71$; $p = .989$; $R^2_{CS} = .22$; $R^2_N = .38$) (Cf. tabela 9).

Concluindo, os dados evidenciam a existência de um efeito de mediação da variável dificuldade de controlar o impulso na relação entre as experiências de vida precoces e a ideação suicida atual.

Tabela 9. Análise de regressão logística da ideação suicida e função da ELES e da DCI

Preditores	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% I.C.	
							Mínimo	Máximo
Experiências de vida precoces negativas	.11	.02	22.18	1	.000	1.11	1.07	1.16
Dificuldade de controlar o impulso	.15	.05	9.43	1	.002	1.17	1.06	1.29
idade	.19	.09	4.76	1	.029	1.21	1.02	1.45
sexo(1)	-2.09	.57	13.35	1	.000	.12	.04	.38

3.4.4. Dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos como fator mediador na relação entre experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida

Uma análise de regressão logística pelo método *Enter* foi efectuada para verificar a significância das experiências de vida negativas precoces na predição da ideação suicida, controlando as variáveis sexo e idade. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que a variável experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .116$; $X^2_{Wald}(1) = 28.56$; $p = .000$; OR = 1.123) apresentou efeito estatisticamente sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(19)} = 62.80$; $p < 0.001$; $\chi^2_{Wald}(8) = 5.27$; $p = .729$; $R^2_{CS} = .19$; $R^2_N = .33$) (Cf. Tabela 3).

De acordo com a abordagem de Baron e Kenny (1986), realizou-se uma análise de regressão linear para mostrar se a variável independente (experiências de vida precoces negativas) contribuía significativamente para a dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos (variável mediadora). Da análise de regressão

linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F_{(1, 277)} = 3.70; p = .026$), mostrando que a variável preditora contribuiu significativamente para uma proporção de 5.1% da dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos ($\beta = .20; p = .001$).

Tabela 10. ELES na predição da dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos

VI	VD	B	β	t	p	F	ρ	R^2 Ajust	ΔR^2	Durbin-Watson	VIF
ELES	DMCDO	.08	.20	3.48	.001	3.70	.026	.03	.04	2.06	1.00

VD: Variável dependente; ELES: Experiências precoces; DMCDO: Dificuldade de manter comportamentos dirigidos aos objetivos

Por último, foi realizada uma análise de regressão logística para mostrar que a dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos (variável mediadora) contribuía significativamente para a ideação suicida (variável dependente). Controlando as variáveis idade e sexo, as variáveis independente e mediadora foram introduzidas simultaneamente na predição da ideação suicida. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que as variáveis experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .12; \chi^2_{Wald}(1) = 24.83; p < .001; OR = 1.12$) e dificuldade de manter comportamento dirigidos a objetivos ($b_{DMCDO} = .19; \chi^2_{Wald}(1) = 14.13; p < .001; OR = 1.21$) apresentaram efeito significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(4)} = 75.59; p < 0.01; \chi^2_{Wald}(8) = 1.85; p = .985; R^2_{CS} = .24; R^2_N = .41$). A tabela 11 apresenta os coeficientes do modelo.

Concluindo, parece verificar-se um efeito de mediação da variável dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos na relação entre as experiências de vida precoces e a ideação suicida atual.

Tabela 11. Dificuldade de manter comportamentos dirigidos a objetivos e experiências de vida precoces na predição da ideação suicida

Preditores	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% I.C.	
							Mínimo	Máximo
Experiências de vida precoces negativas	.12	.02	24.83	1	.000	1.12	1.07	1.18
Dificuldade de manter comportamentos dirigidos aos objetivos	.19	.05	14.13	1	.000	1.21	1.09	1.33
idade	.17	.09	3.64	1	.056	1.19	1.00	1.42
sexo(1)	-2.01	.58	12.24	1	.000	.13	.04	.41

(1)Variável nominal

3. 4. 5. Falta de consciência emocional como fator mediador na relação entre as experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida

Realizou-se uma análise de regressão logística pelo método Enter para verificar a significância das experiências de vida negativas precoces na predição da ideação suicida, controlando as variáveis sexo e idade. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

Os resultados da regressão logística *Enter* mostraram que a variável experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .116$; $\chi^2_{Wald} (1) = 28.56$; $p = .000$; OR = 1.12) apresentou efeito estatisticamente sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(19)} = 62.80$; $p < 0.001$; $\chi^2_{Wald} (8) = 5.27$; $p = .729$; $R^2_{CS} = .19$; $R^2_N = .33$) (Cf. tabela 3).

À semelhança dos estudos anteriores, tendo em conta Baron e Kenny (1986), foi realizada uma análise de regressão linear para mostrar se a variável independente (experiências de vida precoces negativas) contribuía significativamente para a falta de consciência emocional (variável mediadora). Da análise de regressão linear realizada obteve-se um modelo significativo ($F_{(1, 279)} = 28.85$; $p < .001$), mostrando que a variável preditora contribuía de forma significativa para uma proporção de 9% da falta de consciência emocional ($\beta = .31$; $p < .001$) (Tabela 12).

Tabela 12. Experiências de vida precoces negativas na predição da falta de consciência emocional

VI	VD	B	EP	β	t	p	F	p	R ² Ajust	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
ELES	FCoE	.14	.26	.31	5.37	.000	28.85	.000	.09	.09	2.22	1.00

VD: Variável dependente; ELES: Experiências de vida precoces negativas; FCoE: falta de consciência emocional

Por último, foi realizada uma análise de regressão logística para mostrar que a falta de consciência emocional (variável mediadora) contribuía significativamente para a ideação suicida (variável dependente). Controlando as variáveis idade e sexo, as variáveis independente e mediadora foram introduzidas simultaneamente na predição da ideação suicida. Procedeu-se também à avaliação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e pelo diagnóstico dos casos influentes.

A regressão logística *Enter* mostrou que as variáveis experiências de vida negativas precoces ($b_{ELES} = .11$; $\chi^2_{Wald} (1) = 23.25$; $p < .001$; OR = 1.12) e falta de consciência emocional ($b_{FCONS E} = .13$; $\chi^2_{Wald} (1) = 8.42$; $p = .004$; OR = .88) apresentaram efeito significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o modelo ajustado ($G^2_{(4)} = 69.18$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald} (8) = 3.03$; $p = .932$; $R^2_{CS} = .22$; $R^2_N = .38$). A tabela 13 resume os coeficientes do modelo.

Concluindo, verificou-se a existência de um efeito de mediação da variável falta de consciência emocional na relação entre as experiências de vida precoces negativas e a ideação suicida atual.

Tabela 13. Experiências precoces negativas e falta de consciência emocional na predição da IS

Preditores	B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% I.C.	
							Mínimo	Máximo
Experiências de vida precoces negativas	.11	.02	23.25	1	.000	1.12	1.07	1.17
Falta de consciência emocional	.13	.04	8.43	1	.004	.88	.81	.96
Idade	.23	.09	6.29	1	.012	1.26	1.05	1.50
Sexo(1)	-2.24	.57	15.45	1	.000	.11	.04	.33

(1)variável nominal

4. Discussão

A relação entre a desregulação emocional e o suicídio tem sido frequentemente discutido, mas as investigações nesta área têm tido alguma dificuldade em clarificar a natureza desta relação (Anestis, 2011). O objetivo principal do presente estudo foi avaliar o efeito mediador das dificuldades de regulação emocional na relação entre as experiências negativas precoces e a ideação suicida. Utilizando uma amostra de estudantes adolescentes, formulou-se a hipótese de que as dificuldades de regulação emocional mediarão a relação entre as experiências negativas precoces e a ideação suicida. Os resultados, em larga medida, parecem corroborar a hipótese formulada.

Os indivíduos com ideação suicida atual apresentaram diferenças significativas do grupo sem ideação suicida atual nas variáveis gênero e idade. Esta circunstância, como foi dito anteriormente, levou a que estas variáveis fossem controladas nas análises efetuadas. Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne ao estado civil, média de anos de escolaridade e profissão.

O grupo de indivíduos com ideação suicida nos oito dias que precederam a avaliação apresentou níveis médios superiores de experiências de vida negativas na infância quando comparado com o grupo de indivíduos sem ideação suicida atual.

Quanto às dificuldades de regulação emocional, verificaram-se diferenças entre os dois grupos em todos os fatores em análise. Isto é, quando comparado com o grupo sem ideação suicida atual, o grupo de indivíduos com ideação suicida apresentou níveis superiores de não-aceitação da resposta emocional, dificuldade de controlar o impulso e de dificuldade de manter comportamentos dirigidos aos objetivos. Porém, apresentou um nível inferior de falta de consciência emocional. Sublinha-se, no entanto, que no estudo das características psicométricas para a população portuguesa (Veloso, Pinto-Gouveia e Dinis, 2011) também foram observadas correlações positivas, com significância estatística, entre todos os componentes à exceção do componente falta de consciência emocional, o qual se correlacionou negativamente com os restantes componentes. Os autores (*ibidem*) concluíram que esse aspeto era incongruente com o estudo original de validação da escala, em que foram encontradas correlações positivas entre todos os fatores (Gratz & Roemer, 2004). Também na validação realizada por Coutinho et al. (2010), a Consciência foi a única subescala que demonstrou possuir qualidades psicométricas menos satisfatórias. Segundo os mesmos autores (*ibidem*), a subescala apresentou problemas relacionados com a validade externa. Também os valores da fiabilidade teste-reteste e da consistência interna, apesar de satisfatórios, foram inferiores quando comparados com os das outras subescalas.

Os resultados do presente estudo, em larga medida, corroboraram a literatura científica que tem demonstrado uma associação positiva entre as experiências negativas na infância e uma variedade de sintomas psicopatológicos, incluindo os comportamentos suicidários (Gilbert, 1998c, 2000b; Perris, 1994; Richter et al, 1994; Rutter et al, 1997).

Por último, verificaram-se efeitos de mediação de todas as dimensões estudadas das dificuldades de regulação emocional, excetuando-se a não-aceitação da resposta emocional, na relação entre as experiências de vida negativas precoces e a ideação suicida, pelo que a hipótese do estudo, em parte, não foi infirmada. Isto é, os resultados parecem indicar que o efeito das experiências precoces de ameaça, submissão e

desvalorização levam os indivíduos a desenvolverem dificuldades na regulação emocional, que por sua vez são preditores da ideação suicida. Dito doutra forma, os efeitos das experiências de vida negativas na infância parecem ser transportados para a ideação suicida através das dificuldades na regulação emocional. Esses resultados também foram consistentes com estudos internacionais que têm ligado de forma consistente a desregulação emocional com a ideação e o desejo suicidários (Lynch et al., 2004; Orbach et al., 2007).

5. Conclusão

As análises efetuadas permitiram concluir que as dificuldades de regulação emocional (excetuando-se a NARE) parecem ter um efeito mediador na relação entre as experiências de vida precoces de ameaça, submissão e depreciação e a ideação suicida. Isto é os efeitos das experiências de vida precoces de ameaça, submissão e desvalorização sobre a ideação suicida são transportados pelas dificuldades de regulação emocional.

CAPÍTULO VIII

Ideação Suicida, Evitamento Experiencial, Ruminação, Vergonha Externa, Formas de Autocriticismo, Características da Personalidade e Sintomatologia Depressiva

CAPÍTULO VIII - Ideação Suicida, Evitamento Experiencial, Ruminação, Formas de Autocriticismo, Vergonha Externa, Características da Personalidade e Sintomatologia Depressiva

1. Introdução

A vergonha é uma emoção fundamental que guia o nosso comportamento, influencia quem somos aos nossos olhos e está intrinsecamente ligada à relação do eu com os outros (Gilbert, 2003a; Tangney & Dearing, 2002). Esta emoção poderosa, com implicações cruciais para a identidade, está associada a uma vivência interna do eu como indesejável, não atrativo, defeituoso, sem valor e impotente (Lewis, 1992; Gilbert, 1998; Nathanson, 1996; Tangney & Dearing, 2002), num mundo social sob pressão, para limitar danos possíveis à autoapresentação através do evitamento ou apaziguamento (Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002; Fisher, 1995). A vergonha é considerada uma experiência do eu que implica uma resposta afetivo-defensiva involuntária à ameaça ou a uma experiência atual de rejeição ou desvalorização por não se ser atraente e competente enquanto agente social Gilbert (1998f, 2002c, 2002d). A propensão para a vergonha pode ter origens traumáticas, em experiências desenvolvimentais adversas (negligência emocional, controlo afetivo, abandono rejeição, criticismo parental, abuso físico e sexual) (Andrews, 2002; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Schore, 1998, 2001; Tangney & Dearing, 2002) que ao assumirem contornos de experiências de vergonha, parecem afetar de forma significativa a manutenção e funcionamento psicobiológico e ter, assim, um efeito causal no desenvolvimento de sentimentos de vergonha (Gilbert, 1998f, 2002c, 2002d, Schore, 1998, 2001). Investigações recentes têm mostrado que as memórias emocionais de vergonha que se tornam centrais na construção da identidade e na atribuição do significado a outras experiências de vida não apenas influenciam a vergonha no estado adulto, como também têm um impacto importante e independente na psicopatologia (Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia e Matos, 2010).

1.1. Experiência de vergonha e autocriticismo

A vergonha está intimamente ligada aos sistemas de processamento relacionados com “o que se passa na mente dos outros” (Tracy & Robins, 2004) e que

pode focar-se tanto no mundo social (crenças acerca de como os outros nos avaliam e nos veem), como no mundo interno (crenças acerca da forma como nos vemos) ou em ambos (como nos vemos com base no que pensamos que os outros pensam de nós) (Gilbert, 1998f; Gilbert & Irons, 2006). Segundo Gilbert (1997b, 2002a, 2003a), a vergonha externa diz respeito à forma como acreditamos existir na mente dos outros, tornando possível a monitorização da nossa atratividade relativa na mente dos outros, enquanto a vergonha interna relaciona-se com a forma como o *eu* julga e sente o próprio *eu*. Este foco interno não deixa de ser socialmente contextualizado, ou seja, está interligado às definições sociais que caracterizam o que é atrativo e o que é indesejável ou aversivo. A experiência do outro como ameaça para o eu e para a auto identidade (o outro como desvalorizador, humilhador ou rejeitante) ativa estratégias defensivas específicas e diferentes, sendo uma delas a internalização da resposta de vergonha (submissão associada a processos de automonitorização e autoculpabilização) e a outra a externalização (atitude dominante e agressiva). Segundo o modelo evolucionário e biopsicossocial da vergonha, as experiências negativas na infância com os cuidadores contribuem para a formação da vergonha externa. Esta, quando focada na ameaça social pode ser internalizada estabelecendo-se assim uma relação do eu com o eu do mesmo tipo da que existe na relação interpessoal, centrada em sentimentos negativos dirigidos para diversos aspetos do eu (vergonha interna). Os dois tipos de vergonha estão altamente interrelacionados. A vergonha interna, caracterizada por julgamentos e avaliações do eu sem valor, inadequado, mau, inferior ou defeituoso, está associada ao desenvolvimento do Auto criticismo como forma de corrigir este eu inadequado, inferior e sem qualidades (Gilbert, 2002a, 2005d; Gilbert & Irons, 2006; Greenberg & Watson, 2006).

O autocriticismo é concebido como um tipo de relação interna do *eu* com o próprio, enraizada em sistemas psicobiológicos evolutivos da relação social. Isto é, uma relação interna (crítica ou, pelo contrário compassiva e de aceitação) que opera através de sistemas psicológicos similares aos utilizados na relação com os outros (Gilbert, 1989, 2000d; Gilbert & Irons, 2005). O autocriticismo atua como um processo interno que ativa estratégias defensivas de inferioridade/subordinação. Esta estimulação do sistema de ameaça associada a uma incapacidade de autocompaixão gera emoções negativas

defensivas (Gilbert, 2005d, 2007c). Gilbert e colaboradores (2004) consideram que o Auto criticismo possui uma natureza multidimensional, com diferentes formas e funções. As duas funções (corrigir e aperfeiçoar o eu e perseguir e punir o eu pelos erros cometidos) determinam as formas que este pode assumir (sentimentos de inferioridade e inadequação pelo eu ou sentimentos de aversão e ódio pelo eu. O desejo de perseguir, magoar ou destruir partes do eu perante situações de fracasso ou quando as coisas correm mal constitui o aspeto mais patogénico do autocriticismo e o mais correlacionado com a depressão.

1.2. Vergonha externa, autocriticismo e psicopatologia

Constata-se um crescente interesse pelo estudo empírico da vergonha que tem contribuído para uma perceção mais elucidativa da sua importância no funcionamento humano em geral e na psicopatologia em particular (Andrews, 1998; Gilbert & Andrews, 1998; Harder, 1995; Kaufman, 1989; Lewis, 1992; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Schore, 1994; Tangney, 1996; Tangney & Dearing, 2002). Vários estudos verificaram a associação entre as experiências de abuso na infância e o desenvolvimento da vergonha, tendo demonstrado também o seu efeito mediador na depressão crónica (Andrews, 1995; Andrews & Hunter, 1997). Segundo Tangney Wagner & Gramzow (1992) a vergonha externa é um preditor significativo de depressão e ansiedade em estudantes. Outros estudos demonstraram que a vergonha mantém-se associada a depressão, depois de controlada a influência mediadora da ruminação (Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Gilbert et al., 2005). A vergonha facilita o estilo autocrítico ruminativo, aumentando assim a vulnerabilidade para uma série de dificuldades. Exerce um papel central numa variedade de sintomas psicopatológicos e perturbações, com especial destaque para a depressão (Andrews, 1995, Andrews & Hunter, 1997; Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Cheung et al., 2004; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010) e para a ansiedade (Allan & Gilbert, 1997; Cook, 1996; Gilbert, 1998a, 2002b, 2002a; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Harder, 1995; Irons & Gilbert, 2005; Lindsay-Hartz, de Riviera, & Mascolo, 1995; Matos, Pinto-Gouveia & Gilbert, 2011; O'Connor, Berry, & Weiss, 1999; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992).

O autocriticismo constitui importante marcador de vulnerabilidade para a psicopatologia, especialmente para a depressão, sendo alvo de várias intervenções

terapêuticas (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Pinto-Gouveia et al., 2011; Zuroff, Santor, & Mongrain, 2005). Mostra-se também significativamente associado à propensão para a vergonha (Gilbert & Miles, 2000). Vários estudos evidenciaram a sua relação com o risco de depressão ao longo da vida (Murphy et al., 2002, sendo provavelmente um traço para a resposta depressiva (Hartlage et al., 1998). Whelton e Greenberg (2005) demonstraram que o aspeto patológico do autocrítico (eu detestado) está mais relacionado com o efeito da raiva e desprezo autodirigidos (emoções negativas) do que com o conteúdo dos pensamentos autocríticos. Os indivíduos autocríticos identificam-se e submetem-se, na maioria das vezes, às suas cognições autocríticas, expressam sentimentos de vergonha, apresentam expressões faciais de tristeza e sentem-se fracos incapazes e impotentes para lidar com esses autoataques e auto desvalorizações (Whelton & Greenberg, 2005). Têm imensa dificuldade em se sentirem tranquilos com as tarefas cognitivas e experiências comportamentais (Lee, 2005). Considerando a prevalência da vergonha e do Auto criticismo, as terapias devem incluir estes constructos nos protocolos de intervenção, particularmente quando se trata de ajudar doentes autocríticos (Gilbert, 1992a, 1997a; Gilbert & Procter, 2006).

A depressão e a ansiedade evoluíram como estratégias básicas de proteção/defesa para lidar com um certo tipo de ameaças sociais (derrotas interpessoais e perdas), relacionadas com o sistema de ameaça-defesa. Segundo modelo evolucionário, a depressão constitui uma resposta de autoproteção involuntária de derrota, cuja função se prende com a limitação do dano face a derrotas sociais ou perdas (Gilbert, 2007c; Price & Sloman, 1987; Sloman, 2000; Sloman & Gilbert, 2000; Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003). Existe atualmente uma série de dados que mostra que muitos dos componentes do sistema defensivo rápido (automático) estão altamente ativados na depressão (e.g. elevada sensibilidade na amígdala, aumento do cortisol, diminuição de serotonina, mudanças no sistema parassimpático e simpático) (Gilbert, 1989, 1993, 2001a, 2007c; LeDoux, 1998; Numeroff, 1998). Estas mudanças no padrão e estado cerebral explicam porque é que na depressão existe um elevado número de emoções de ameaça (ansiedade, raiva, desprezo, tristeza e medo). Fica então claro que estas estratégias podem operar num nível automático (defesas inatas para lidar com a

perda de controlo, separação e ameaças sociais), num nível comportamental (evitamento) e a um nível mais sociocognitivo relacionado com a autoapresentação e autoidentidade. Os indivíduos deprimidos não conseguem criar um sentimento interno de segurança e de tranquilização, o que mostra que têm diferentes padrões de organização dos sistemas básicos de afeto. A relação entre a vergonha externa e a psicopatologia precisa de ser melhor compreendida e explorada, em particular o papel do Auto criticismo e da autocompaixão nessa relação.

1.3. Respostas ruminativas

As respostas ruminativas têm sido amplamente estudadas no âmbito da vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Enquanto processo cognitivo patológico, a ruminação prediz o início, a severidade e a manutenção da síndrome depressiva. A ruminação prediz ainda a ideação suicida ao longo do tempo (Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007; Smith, Alloy, & Abramson, 2006). A Teoria dos Estilos de Resposta defende a existência de mecanismos pelos quais formula-se a hipótese de que a ruminação prolonga, intensifica e exacerba a perturbação emocional (Nolen-Hoeksema, 1991; Teasdale, 1999). Estes autores consideram que a ruminação aumenta os efeitos do humor depressivo no pensamento negativo, originando um ciclo vicioso de processamento cognitivo-afetivo nos indivíduos disfóricos e deprimidos. Isto leva a que os indivíduos clinicamente deprimidos ou disfóricos tenham pensamentos ainda mais negativos acerca do seu passado (Lyubomirsky, Cadwell, & Nolen-Hoeksema, 1998) presente e futuro (Lyubomirsky, Tucker, Cadwell, & Berg, 1999); Lyubomirsky, Cadwell, & Nolen-Hoeksema, 1995). Por outro lado, a ruminação torna o pensamento mais pessimista e fatalista, fazendo com que os indivíduos tendam a avaliar os seus problemas como avassaladores e irresolúveis (Lyubomirsky et al., 1999), o que os impede de resolver os seus problemas de forma eficaz (Watkins & Baracaia, 2002; Lyubomirsky, et al. 1999; Lyubomirsky, Cadwell, & Nolen-Hoeksema, 1995). Ademais, a ruminação leva a que, num contexto de humor depressivo, os indivíduos com autofocos em si próprios e nas suas emoções negativas apresentem uma reduzida iniciativa e motivação, às quais se associa a falta de confiança nas suas capacidades para implementar comportamentos instrumentais de forma eficaz (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Isto leva a que

os indivíduos se envolvam em introspecções que aumentam ainda mais a sua depressão (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990).

A ruminação tem vindo a ser estudada no contexto de outros quadros psicopatológicos. Estudos longitudinais prospetivos comprovam que a ruminação prediz a sintomatologia ansiosa (Hong, 2007; Muris et al., 2005; Watkins, 2004; Fresco et al., 2002). A ruminação também está associada à raiva (Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998) e à vergonha, tendo-se verificado que medeia parcialmente a relação entre a vergonha e a depressão (Cheung, Gilbert, & Irons, 2004).

Além disso, estudos demonstram que a ruminação está presente em diversos quadros clínicos, como por exemplo, na hipomania (Knowles et al., 2005), na ansiedade social (Harvey, Ehlers, & Clark, 2005; Kocovski et al., 2005; Abbott & Rapee, 2004) e na manutenção dos sintomas da perturbação pós-stress traumático (Michael et al., 2007; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). A ruminação também tem sido associada a comportamentos de desregulação emocional (impulsivos e autolesivos), como comportamentos de auto-dano não suicidários (Armey & Crowther, 2008; Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008), a episódios de ingestão compulsiva de álcool e/ou sintomas de abuso de álcool (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002), à ingestão compulsiva de alimentos (Nolen-Hoeksema et al., 2007) e aos comportamentos agressivos (Bushman et al., 2005).

Os resultados dos estudos sugerem a possibilidade da ruminação ser um processo cognitivo transdiagnóstico (Harvey et al., 2004) que contribui para o desenvolvimento de diferentes quadros clínicos (Watkins, 2009).

1.4. Ruminação e comportamento suicidário

Apesar da evidência sobre a relação diferencial entre pensamento/reflexão e depressão, (e.g., Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002; Treynor et al., 2003), existem poucos estudos sobre pensamento/reflexão no contexto da suicidalidade. Crane, Barnhofer, & Williams, (2007), compararam três grupos de participantes com história de depressão (i.e., grupo normal versus grupo com ideação suicida *versus* grupo com tentativa de suicídio) nas suas respostas à escala de respostas ruminativas (RRS). Os indivíduos com ideação suicida e tentativa de suicídio reportaram reduzida reflexão quando comparados com o grupo normal, mas não mostraram aumento de

pensamento. Ademais, os grupos diferiram também em termos do equilíbrio dos dois fatores. Os indivíduos que referiram tentativa de suicídio tiveram mais pensamentos do que reflexão, enquanto o grupo não suicida mostrou maior reflexão do que pensamento. Os indivíduos com ideação suicida apresentaram um padrão intermediário de ruminação. Num estudo de seguimento O'Connor, R.C. et al. (2007) reportaram que o pensamento suicida prediz ideação suicida em dois meses, todavia este estudo não avaliou a reflexão. Miranda and Nolen-Hoeksema (2007) avaliaram tanto o pensamento como a reflexão enquanto preditores da ideação suicida numa amostra da comunidade. Verificaram que, a partida, o pensamento estava mais fortemente correlacionado com o grau de ideação do que com a reflexão. No entanto, tanto o pensamento como a reflexão predisseram a ideação suicida após um ano de seguimento depois de controladas as variáveis demográficas e a ideação suicida inicial.

1.5. Personalidade e suicídio

Os traços de personalidade possuem diversas propriedades que fazem deles alvos atrativos para a pesquisa e intervenção na área da suicidalidade. (1) Afetam variáveis que podem contribuir para a diátese do suicídio, a saber, a percepção e adaptação ao ambiente e ao Self (Dean et al., 1996). (2) Os seus padrões maturacionais podem torná-los mais apropriados para intervenções a longo prazo quando comparados com os outros fatores de risco para a saúde pública mais facilmente modificáveis. Mais especificamente, ainda que os traços de personalidade sejam suscetíveis de modificação apenas relativamente cedo na vida do indivíduo, alguma intervenção realizada nessa fase teria efeitos mais extensos e duradouros (Roberts & Del Vecchio, 2000). (3) A personalidade pode ser útil na identificação precoce dos subgrupos de indivíduos suicidas, tais como de tentativas repetidas (Evans et al., 1996; Laget et al., 2006) e suicidas mais velhos (Useda et al., 2007). (4) Diferenças de género específicas da personalidade podem contribuir para as diferenças de género observadas em tentativas e em suicídios (Widiger & Anderson, 2003). (5) Os traços da personalidade estão em parte sob o controle genético e podem ser endofenotípicos para o componente genético do comportamento suicidário (Baud, 2005). A pesquisa clínica e da comunidade sugerem ligações entre tentativas de suicídio e traços psicológicos de agressividade, raiva e impulsividade. A agressividade foi relacionada à suicidalidade nas perturbações afetivas

(mood). Straub et al. (1992) compararam quatro grupos de mulheres com ideação suicida, tentativa violenta de suicídio, tentativa não violenta de suicídio e depressão sem suicidalidade: os níveis de agressão, conjuntamente com outras características psicofisiológicas, foram avaliadas para diferenciar tais grupos. Numa amostra de pacientes psiquiátricos internados (51% com distúrbio de afetivos) Mann et al. (1999) encontraram taxas mais elevadas de agressividade ao longo da vida nos pacientes com tentativa de suicídio quando comparados com pacientes não suicidas. Oquendo et al. (2000), e, mais recentemente, Grunebaum et al. (2006) relataram que os traços de agressividade ao longo da vida correlacionaram com a tentativa de suicídio nos pacientes com distúrbios afetivos. Num estudo recente, a análise de regressão aplicada a um grupo grande de pacientes bipolares identificou a depressão atual e os traços agressivos como indicadores de tentativa remota de suicídio (Mann et al., 2008). Uma ligação entre a agressividade e o comportamento suicidário foi demonstrada também na esquizofrenia (Hong et al., 2004; Malone et al., 2003; Mann et al., 2008; McGirr & Turecki, 2008), distúrbio da personalidade *borderline* (Brodsky et al., 2006; Horesh et al., 2003), em perturbações relacionadas com o uso de substância (Sher et al., 2005, 2008; Tremeau et al., 2008), e em amostras não clínicas têm sido sempre estudadas conjuntamente com a impulsividade. A agressão/impulsividade e o pessimismo emergiram como preditores clínicos de atos suicidários após um episódio depressivo major nos pacientes com distúrbios afetivos (Oquendo et al., 2004). Os suicidas com personalidade impulsiva exibem níveis mais elevados de comportamento agressivo (Zouk et al., 2006). Os traços de impulsividade e agressividade parecem ser mais comuns em indivíduos com distúrbio bipolar que tentam o suicídio (Zalsman et al., 2006).

A raiva enquanto traço da personalidade também foi associada ao comportamento suicidário. A associação entre a raiva e a suicidalidade foi demonstrada na depressão (Painuly et al., 2007; Seidlitz et al., 2001; Velting et al., 2000), distúrbios alimentares (Nickel et al., 2006; Verkes et al., 1996; Youssef et al., 2004) e distúrbios relacionados com o uso do álcool (Haw et al., 2001). Em amostras de adolescentes os estudos revelam uma correlação forte da raiva com o auto-dano (Hawton et al., 1999) e com a tentativa de suicídio (Cautin et al., 2001; Esposito et al., 2003; Kirkcaldy et al., 2006; Stein et al., 1998). O temperamento e as dimensões do caráter foram investigados como

componentes da personalidade associados aos comportamentos suicidários nos pacientes com distúrbios afetivos (Engstrom et al., 2004; Rothenhausler et al., 2006; Sayin et al., 2007), distúrbios alimentares (Anderson et al., 2002; Bulik et al., 1999; Favaro et al., 2008) e distúrbios relacionados com uso de substância (Evren e Evren, 2005, 2006) assim como em amostras com diagnósticos psiquiátricos mistos (Becerra et al., 2005; Guillem et al., 2002). Estes estudos relataram níveis elevados nas dimensões do temperamento de “procura de novidade” (*novelty seeking*) (NS) e “evitamento do mal” (harm-avoidance) (HA) (Becerra et al., 2005; Calati et al., 2008; Rothenhausler et al., 2006) e níveis mais baixos nas dimensões do carácter de autodiretividade (*self-directedness*) (SD) e da cooperação (*cooperativeness*) (CO) (Becerra et al., 2005; Evren & Evren, 2006; Favaro et al., 2008; Rothenhausler et al., 2006) nos indivíduos que tentam o suicídio quando comparados aos controlos não suicidas.

Apesar do grande esforço no âmbito da pesquisa, a relação entre a personalidade e a suicidalidade constitui ainda uma área de estudo controversa com incertezas relacionadas a definições conceptuais e de pesquisa ainda não resolvidas. Uma dessas incertezas é a ligação entre a impulsividade e a agressividade. Uma variedade de estudos, conduzida especificamente pelo grupo McGill para estudos do suicídio (Canadá) demonstrou uma associação entre traços da personalidade agressiva e impulsiva ao longo da vida e os comportamentos suicidários (McGirr et al., 2008; McGirr & Turecki, 2007; Turecki, 2005; Zouk et al., 2006). Tais dados conduziram a especulação dos investigadores quanto a existência de uma dimensão impulsivo-agressiva que pudesse predispor à suicidalidade (McGirr & Turecki, 2007; Turecki, 2005; Zouk et al., 2006). Inversamente, outros relataram uma correlação fraca entre medidas da agressividade e impulsividade (Critchfield et al., 2004). A inconsistência de tais dados pode dever-se aos diferentes critérios de operacionalização dos constructos e aos instrumentos usados para avaliar a agressividade e a impulsividade na pesquisa do suicídio. Por exemplo, em alguns estudos a agressividade foi avaliada por questionários de auto relato de tendências agressivas (Doihara et al., 2008; Giegling et al., 2006, 2007; Pompili et al., 2008), enquanto noutros foi operacionalizada como uma história de vida de comportamentos agressivos (McGirr et al., 2008; Oquendo et al., 2007, 2004; Renaud et al., 2008; Zouk et al., 2006).

O presente estudo visou analisar a relação entre o evitamento experiencial, respostas de ruminação, vergonha externa, formas de autocrítica, características da personalidade e sintomatologia depressiva na predição da ideação suicida.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 426 indivíduos da população estudantil da cidade da Praia, sendo 109 (25.6%) participantes do sexo masculino e 317 (74.4%) do sexo feminino. O total da amostra apresentou uma média de idades de 18.8 anos (DP = 3.21). No que concerne ao estado civil dos participantes, 349 (82%) eram solteiros e 77 (18%) casados/juntos/união de facto. Quanto à situação profissional, 403 (94.6%) eram estudantes e 23 (5.4%) estudantes/trabalhadores. A média de anos de escolaridade é de 12.02 (DP = 2.28).

Foram criados dois grupos, um com os indivíduos que apresentaram ideação suicida atual (1) e outro com os sujeitos que não apresentaram ideação suicida atual (0). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à idade ($t_{(424)} = 1.26; p = .209$), distribuição dos sexos ($\chi^2_{(1)} = 2.98; p = .084$), ao estado civil ($\chi^2_{(3)} = 2.37; p = .500$) e profissão ($\chi^2_{(1)} = .026; p = .871$). Porém, o grupo dos indivíduos sem ideação suicida atual apresentou uma média de anos escolaridade superior à do grupo com ideação suicida atual ($t_{(424)} = 2.99; p = .003$), pelo que esta variável foi controlada nas análises realizadas (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação dos grupos com e sem ideação suicida nas variáveis demográficas

	IS N = 51	CN N = 375	<i>t-Student</i>	<i>p</i>			
Idade							
[Média ± DP]	18.27 ± 3.50	18.88 ± 3.17	1.26	.209			
Intervalo	15 - 24	14 - 22					
Escolaridade	11.12 ± 2.64	12.14 ± 2.25	2.99	.003			
	N	%	N	%	χ^2	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Género							
Masculino	8	1.9	101	23.71	35.91	1	.084
Feminino	43	10.1	274	64.32			
Estado Civil							
Solteiros	45	10.56	304	71.36	2.37	3	.500
Juntos/Casados	6	1.41	71	16.67			
Profissão							
Estudantes	48	11.27	355	83.33	.026	1	.871
Estrudantes/Trabalhadores	3	.70	20	4.70			

RS = indivíduos com ideação suicida atual; CN = controlos normais;

2.2. Instrumentos de avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de autorresposta que incluiu: a) Uma folha de dados demográficos; b) A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS) para avaliar a ideação suicida; c) O Inventário de Depressão de Beck (2nd ed.) (BDI) para avaliar a sintomatologia depressiva nos últimos oito dias; d) A Escala Multidimensional da Perceção do Suporte Social (EMPSS) para avaliar o suporte social percebido; e) O Questionário de Evitamento Experiencial (AAQ) para avaliar o evitamento experiencial; f) O Questionário Respostas Ruminativas (RRQ) para avaliar as respostas ruminativas; g) A Escala de Vergonha Externa (OAS) para avaliar a vergonha externa; h) A Escala de Formas de Autocriticismo e de Auto-reasseguramento (FSCRS) para avaliar as formas de autocriticismo; i) O Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI) e o STAXI-2 para avaliar as características da personalidade. A caracterização detalhada das medidas de avaliação é feita no capítulo IV relativo a metodologia geral. Considerando o número de itens, as escalas que se seguem apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados com a amostra em estudo: BDI ($\alpha = .87$); Família ($\alpha = .82$), Amigos ($\alpha = .83$), Outros significativos ($\alpha = .74$); RRQ ($\alpha = .71$);

OAS ($\alpha = .91$); FSCRS/eu inadequado ($\alpha = .70$), FSCRS/eu tranquilizador ($\alpha = .72$); STAXI-2 ($\alpha = .79$), Cólera estado ($\alpha = .85$), Cólera traço ($\alpha = .78$), Cólera interna ($\alpha = .72$), Cólera externa ($\alpha = .73$), Controlo da cólera ($\alpha = .76$). À semelhança dos estudos anteriores, nas análises subseqüentes não foram utilizadas as medidas que apresentaram consistências internas inferiores a .70. Daí a ausência do Inventário de Personalidade de Eysenck, da escala de Evitamento Experiencial e da Escala de Formas de Autocriticismo e Auto-reasseguramento nas análises que se seguem. Por consequência, apesar de apresentarem boa consistência interna, também não foram utilizadas as outras escalas que entrariam nas análises relacionadas com essas variáveis.

2.3. Procedimentos

O projeto de investigação deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comité Nacional de Ética para a Investigação na área da Saúde (Ministério da Saúde de Cabo Verde). Posteriormente foram realizados contactos com instituições escolares públicas e privadas da cidade da Praia, tendo-se obtido a autorização necessária para a participação dos adolescentes. Foi encaminhada uma carta aos pais e encarregados de educação com idades entre os 14 e os 17 anos (por serem menores de 18 anos) acompanhada de um termo de consentimento livre e informado com o objetivo de explicar a natureza e relevância da investigação a ser desenvolvida e obter autorização dos pais ou encarregados de educação para a participação do adolescente. Após a assinatura do termo de consentimento livre e informado pelos pais e encarregados de educação, os adolescentes também assinaram o seu próprio termo de consentimento livre e informado de participar na investigação. A administração dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar, na presença da investigadora que esclareceu algumas dúvidas que surgiram quanto ao preenchimento dos questionários. A aplicação foi coletiva e a duração de aproximadamente 50 minutos (uma aula). Alguns alunos precisaram de mais dez minutos do intervalo para completarem as escalas. Verificaram-se alguns casos de adolescentes que após o preenchimento abordaram individualmente a investigadora referindo terem tomado consciência de que precisavam de ajuda para as suas ideias suicidas. Estes adolescentes foram aconselhados a falar com os pais e a procurar uma consulta de psicologia clínica.

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das distribuições dos dados das variáveis foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (Skweness e Kurtosis, respetivamente). Algumas variáveis não apresentaram distribuições normais, apesar dos valores de Skweness e de Kurtosis não evidenciarem graves enviesamentos (valores de Skweness $< |3|$ e de Kurtosis $< |10|$, Kline, 1998). Foram utilizados testes paramétricos visto serem robustos a violações à normalidade das variáveis. Maroco (2011) considera que à medida que a amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal (uma consequência do teorema do limite central. A homogeneidade das variâncias foi avaliada através do teste de Levene, para o nível de significância de .05.

As diferenças entre os grupos nas variáveis em estudo foram analisadas através do teste paramétrico *t-Student* para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2011). A homocedasticidade foi verificada pelo teste de Levéne, ao nível de significância de .05.

3.2. Comparação dos grupos com e sem ideação suicida nas variáveis em estudo

Os participantes foram classificados em dois grupos: um dos indivíduos com ideação suicida atual e o outro dos indivíduos que não referiram ideação suicida. As pontuações da raiva e da expressão da raiva para os dois grupos são apresentadas na tabela 2. Verificaram-se diferenças significativas nas pontuações médias da raiva e da expressão da raiva entre os dois grupos. O grupo com ideação suicida mostrou níveis mais elevados de raiva-estado ($M = 18.99$, $DP = 6.17$), raiva-traço ($M = 23.00$, $DP = 5.68$), raiva-interna ($M = 19.51$, $DP = 3.67$) e raiva-externa ($M = 18.14$, $DP = 3.96$) quando comparado com o grupo sem ideação suicida (estado-raiva ($M = 16.90$, $DP = 5.03$); traço-raiva ($M = 20.32$, $DP = 5.41$); raiva-interna ($M = 17.85$, $DP = 4.99$); raiva-externa ($M = 16.39$, $DP = 3.42$). Porém, não se verificou diferença significativa entre as pontuações médias do controlo da raiva nos dois grupos ($p = .247$).

Tabela 2. Comparação das médias da Raiva e da Expressão da Raiva nos dois grupos

Variáveis	Ideação Suicida N = 49		Normal N = 369		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Raiva-Estado	18.99	6.17	16.90	5.03	-2.65*	.027
Raiva-Traço	23.00	5.68	20.32	5.41	-3.25	.001
Raiva-Externa	18.14	3.96	16.39	3.42	-3.32	.001
Raiva-Interna	19.51	3.67	17.85	4.99	-2.84*	.006
Raiva-Controlo	18.67	4.13	17.93	4.49	-1.17	.247

(*) = Não se assume a igualdade das variâncias

3.3. Raiva e expressão da raiva na predição da ideação suicida

Testou-se as variáveis independentes no modelo de regressão logística, tendo como variável dependente a ideação suicida. Foi utilizado o método *Enter*, com todas as variáveis independentes no primeiro bloco excetuando-se a escolaridade que foi introduzida no segundo bloco. Procedeu-se então a avaliação de um conjunto de requisitos para aferir do ajuste dos dados ao modelo final, utilizando para o efeito vários testes referidos anteriormente (Capítulo VI, ponto 2.2.)

A regressão logística com seleção de variáveis *Enter* revelou que a raiva enquanto traço de personalidade ($\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 8.259; p = .004$) apresenta um efeito significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida de acordo com o *Logit* ajustado ($G(6) = 28.514; p < .001$); $\chi^2_{\text{Wald}}(8) = 17.886; p = .022$; $R^2_{\text{CS}} = .066$; $R^2_{\text{N}} = .128$). Porém, a raiva estado ($\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 1.325; p = .250$), a raiva dirigida a si próprio ($\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 3.566; p = .059$), a raiva dirigida ao exterior ($\chi^2_{\text{Wald}}(1) = .247; p = .620$), o controlo da raiva ($\chi^2_{\text{Wald}}(1) = .327; p = .567$) e a escolaridade ($\chi^2_{\text{Wald}}(1) = .3363; p = .067$) não apresentaram efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter ideação suicida. A tabela 3 resume os coeficientes do modelo e a sua significância.

Tabela 3. Raiva e Expressão da Raiva na predição da Ideação Suicida

		<i>B</i>	<i>EP</i>	Wald	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	95% <i>I.C.</i>	
								Mínimo	Máximo
1.º Passo	Cólera-Estado	.03	.03	1.03	1	.309	1.03	.97	1.09
	Cólera-Traço	.12	.04	10.37	1	.001	1.13	1.05	1.21
	Cólera-Externa	.03	.06	.19	1	.665	1.03	.91	1.15
	Cólera-Interna	.11	.05	5.15	1	.023	1.11	1.02	1.22
	Cólera-Controlo	.02	.04	.29	1	.589	1.02	.94	1.11
2.º Passo	Cólera-Estado	.04	.03	1.33	1	.250	1.04	.98	1.10
	Cólera-Traço	.11	.04	8.26	1	.004	1.11	1.04	1.20
	Cólera-Externa	.03	.06	.25	1	.620	1.03	.92	1.16
	Cólera-Interna	.09	.05	3.57	1	.059	1.10	1.00	1.21
	Cólera-Controlo	.02	.04	.33	1	.567	1.02	.95	1.11
	Escolaridade	-.13	.07	3.36	1	.067	.88	.77	1.01

Portanto, quando não esteve presente a variável escolaridade, tanto a raiva enquanto traço da personalidade como a raiva dirigida a si mesmo mostraram-se preditores da ideação suicida. Mas, na presença da variável escolaridade, variável que apresentou médias diferentes nos grupos com e sem ideação suicida atual, apenas a raiva traço da personalidade mostrou-se preditora da ideação suicida. Em síntese, a variável raiva enquanto traço de personalidade mostrou-se preditora da ideação suicida, pelo que a hipótese do estudo não foi infirmada.

4. Discussão

Este estudo foi desenhado para explorar a raiva, a expressão da raiva e sua relação com a ideação suicida numa população de adolescentes cabo-verdianos. Os resultados apresentados indicam que os participantes mostraram pontuações médias de raiva superiores às de adolescentes russos (raiva-estado: 11.3 – 12.0, raiva-traço: 19.6 – 20.8), americanos (raiva-estado: 12.0 – 13.1, raiva-traço: 18.2 – 21.8; Kassinove et al., 1997; Reyes et al., 2003) e ingleses (Vogele & Steptoe, 1993; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 1999; Yarcheski et al., 2002). Estas diferenças nas pontuações médias parecem ser atribuíveis às variações verificadas nas variáveis idade e etnicidade das amostras (Reyes et al., 2003).

As pontuações médias da raiva dirigida ao próprio na amostra cabo-verdiana foram superiores às do estudo de Reyes et al. (2003) (15.3 – 17.2) e das verificadas no estudo de Kassinove et al. (1997) com adolescentes (15.0 – 16.1). Todavia, as pontuações médias da raiva dirigida ao exterior e do controlo da raiva foram inferiores às verificadas noutros estudos (Kassinove et al., 1997; Mahon, Yarcheski, & Yarcheski, 2000; Reyes et al., 2003; Vogele & Steptoe, 1993; Yarcheski et al., 2002).

A pontuação média da variável raiva traço da personalidade mostrou-se significativamente mais elevada no género feminino em relação à pontuação média verificada no género masculino ($p = .001$). Estes dados foram consistentes com os de estudos internacionais com adolescentes segundo os quais o nível de escolaridade e o género são variáveis significativas para a raiva (Jones & Peacock, 1992). Todavia, as pontuações médias da raiva estado não diferiram de forma significativa nos dois géneros, o que não corrobora os dados dos estudos supracitados (Ibidem).

No presente estudo, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas pontuações médias da expressão da raiva. Estes dados não corroboram os dados de estudos prévios segundo os quais a expressão e as estratégias de *coping* relacionadas com a raiva diferem de acordo com o género, isto é, os estudantes do género masculino tendem a evidenciar níveis médios superiores de raiva externa e controlo da raiva quando comparados com as estudantes (Jones & Peacock, 1992; Jones, Peacock, & Christopher, 1992; Kassinove et al., 1997; Modrcin-McCarthy, Pullen, Barnes, & Alpert, 1998). É de realçar que em muitas culturas, a expressão da raiva é considerada como mais apropriada para os indivíduos do género masculino, enquanto os do género feminino devem evitar mostrar-se irritadas (Fields et al., 1998). Ora, isto parece não se aplicar à cultura cabo-verdiana.

De acordo com os dados do presente estudo, pode considerar-se que tanto a raiva traço como a expressão da raiva (raiva-interna) mostraram-se relacionadas com os pensamentos suicidários. Embora os estudos sobre a relação entre a raiva e a ideação suicida em adolescentes sejam raros, o resultado do presente estudo foi consistente com o de estudos precedentes que mostram que os adolescentes com ideação suicida apresentaram níveis mais elevados de raiva quando comparados com os que não apresentam ideação suicida (Lamb & Pusker, 1991; Park et al., 2010). Todavia, os dados

do presente estudo não foram consistentes com os de estudos anteriores (Lam & Pusker, 1991; Park et al., 2010) no que concerne ao controlo da raiva, isto é, na amostra cabo-verdiana não se verificaram diferenças significativas de controlo da cólera entre os grupos com e sem ideação suicida.

Uma consequência deste estudo poderia ser o ensino de formas assertivas de lidar com e expressar a raiva e a frustração que, em última análise, melhorem a habilidade das crianças para lidar com a pressão.

As variáveis raiva traço da personalidade e raiva dirigida a si próprio mostraram-se preditores da ideação suicida. Porém, quando a variável nível de escolaridade foi introduzida na equação de regressão logística o modelo passou a ser explicado apenas pela raiva traço da personalidade. Portanto, a hipótese formulada em parte não foi infirmada.

Apesar da compreensão que os dados do estudo fornecem sobre a relação entre a raiva e a ideação suicida nos adolescentes cabo-verdianos, diversas limitações devem ser tidas em conta: (1) foi utilizada uma versão portuguesa do STAXI-2, traduzida e adaptada por Silva et al. (1999) cujos autores concluíram tratar-se é um instrumento de medida consistente e válido para a raiva e a expressão da raiva; (2) Foram verificadas diferenças significativas nas variáveis raiva e expressão da raiva entre os adolescentes estudantes. Porém, por se tratar de um estudo de corte transversal com uma única medida, as oscilações daquelas variáveis ao longo do tempo não poderiam ser identificadas neste estudo. Estudos futuros em amostras da comunidade, mas sobretudo em amostras clínicas que superem estas limitações podem, conseqüentemente, fornecer um conhecimento mais valioso para a compreensão da relação entre a raiva e a ideação suicida em adolescentes cabo-verdianos.

Com base nestes resultados, podem ser extraídas as seguintes implicações: primeiro, programas baseados na escola que promovam a expressão assertiva da raiva e a resiliência podem ser necessários para diminuir a ideação suicida em adolescentes cabo-verdianos. A comparação transcultural do nível da raiva e da ideação suicida e dos preditores chave de comportamentos suicidários dos adolescentes pode fornecer um conhecimento valioso para melhorar a saúde mental dos adolescentes.

5. Conclusão

Apesar das limitações, os resultados do presente estudo fornecem algumas luzes sobre a relação entre a raiva enquanto traço da personalidade e a ideação suicida em adolescentes cabo-verdianos. Espera-se que estes dados possam ajudar a desenvolver intervenções preventivas apropriadas para os adolescentes cabo-verdianos que estiverem em maior risco de suicídio. Programas em países desenvolvidos têm enfatizado a importância da comorbilidade e programas análogos são necessários em Cabo Verde.

CAPÍTULO IX

Variáveis do *Rank* Social e Para-suicídio

1. Introdução

Apesar dos motivos ou vias (*drivers*) para a suicidalidade assumirem carácter idiossincrático, considera-se a possibilidade de existência de temas psicológicos comuns subjacentes à suicidalidade. Para Shneidman (1996) o objetivo comum do suicídio é a procura de uma solução, sendo a ação comum a procura de um escape da chamada intensa dor psicológica. Outros teóricos enfatizaram a importância do escape enquanto chave para o comportamento suicidário (Baumeister, 1990; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Williams, 1997). Autorrelatos de motivos para tentativas de suicídio passadas suportam essa asserção, com o desejo de escapar, ou alívio de um estado mental aversivo, a serem as razões mais frequentemente citadas (Bancroft, Skrimshire, & Simkin, 1976). Um corolário desta motivação é o de que para alguns indivíduos, o conceito de suicídio pode ser visto em si próprio de forma positiva, proporcionando uma via definitiva de escape quando as circunstâncias se tornam intoleráveis (Shneidman, 1996; Walen, 2002). Ademais, uma explanação de imagens mentais associadas ao suicídio identificou um número de imagens relatadas de escape, que provieram sempre tanto conforto como stresse ao indivíduo (Holmes, Crane, Fennell, & Williams, 2007). Compreender as condições psicológicas que estão na base deste desejo de escape é, porventura, importante na compreensão do suicídio.

Um influente modelo de suicídio que situou o desejo de escapar no centro do processo suicidário foi a teoria do suicídio como escape do *eu* (Baumeister, 1990). Esse modelo descreve uma série de passos causais que terminam em ideação ou comportamento suicidário. Todavia, o modelo não explica qual a contribuição dos processos psicológicos na transição de eventos particulares de vida em ideação e comportamento suicidários. Uma profunda percepção de estar encurralado, sem nenhuma possibilidade de se livrar da situação é um antecedente necessário para se engajar num processo suicidário como uma forma de escape (Williams, Barnhofer, Crane, & Duggan, 2006a). Os conceitos de derrota e encurralamento parecem captar esse estado fenomenológico. O modelo do grito da dor (*Cry of Pain*) foi o primeiro a

introduzir estes conceitos na suicidalidade (Williams, 1997; Williams, Crane, Barnhofer, & Duggan, 2005).

Uma das hipóteses do Modelo Esquemático de Avaliação do Suicídio (SAMS) é a de que o fator derrota/encurralamento poderia predizer a suicidalidade. Estudos transversais têm corroborado esta hipótese ao demonstrarem uma associação entre a percepção de derrota/encurralamento e a suicidalidade. Contudo, é importante demonstrar a direção causal dessa associação. Isto é, o Modelo Esquemático de Avaliação do Suicídio assume que altas percepções de derrota e encurralamento precedem e predizem subseqüentes mudanças na suicidalidade. Porém, é concebível que pensamentos e experiências suicidários possam eles próprios provocar percepções de derrota e encurralamento. São necessárias investigações com desenhos longitudinais para que possam ser extraídas inferências concernentes à direção da causalidade. Todos os estudos analisados que empregaram medidas de derrota e encurralamento no contexto do suicídio tiveram desenho transversal (O'Connor, 2003; Park et al., 2010; Rasmussen et al., 2010), pelo que o problema da direção da causalidade entre essas variáveis permanece por resolver.

Uma outra hipótese é a de que a relação entre a derrota/encurralamento e a suicidalidade podia não ser inteiramente redundante com outros fatores de risco, mas ter um único valor preditivo. Dois fatores de risco psicológicos, em particular, podem estar relacionados tanto com derrota/encurralamento, como com a suicidalidade, nomeadamente a desesperança e a depressão, cuja relação com os comportamentos suicidários foi analisada em capítulos anteriores.

Tratando-se de problemas de saúde, a prevenção é a palavra-chave. Todavia, o carácter irreversível e o incomensurável impacto psicológico e social de entidades como o suicídio tornam ainda mais imperativa a sua prevenção. Esta implica necessariamente um conhecimento profundo dos respetivos fatores de risco biopsicossociais e culturais. Considerado o principal fator de risco para o suicídio, o para-suicídio constitui o problema de saúde que envolve maior preocupação e urgência por parte dos profissionais e das instituições de saúde.

A influência idiossincrática dinâmica e especialmente cultural do para-suicídio leva a que seja necessária e urgente que os clínicos e investigadores atendam o

indivíduo no contexto das suas influências culturais. Daí o imperativo de investigações que propiciem o conhecimento quantitativo, qualitativo e dinâmico das realidades biopsicossociais e culturais que predizem a ideação suicida e o para-suicídio, dois dos principais fatores de risco do suicídio, problema maior de saúde pública em várias partes do mundo. A constatação da inexistência de dados sistematizados sobre o para-suicídio no país ditou a necessidade da realização do presente estudo. Com as análises realizadas procurou-se responder às seguintes questões: (1) Os sujeitos com para-suicídio atual diferem dos indivíduos sem história de para-suicídio ao longo da vida nos níveis de sintomatologia depressiva, derrota e encurralamento? (2) É possível prever o para-suicídio a partir das variáveis do *rank* social (sentimentos de derrota e de encurralamento)? (3) As variáveis do *rank* social medeiam a relação entre o suporte social percebido e o para-suicídio?

Especificamente pretendeu-se comparar um grupo de adolescentes com para-suicídio atual com um grupo de estudantes sem história de para-suicídio nas variáveis sentimentos de derrota, encurralamento interno, encurralamento externo e sintomatologia depressiva. Um outro objetivo do estudo foi replicar parte do estudo 2 (Capítulo VI). Isto é, investigar o papel dos sentimentos de encurralamento e de derrota na explicação do para-suicídio. Assim, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

- Os sujeitos com para-suicídio atual apresentam médias estatisticamente superiores às dos indivíduos sem história de para-suicídio ao longo da vida nos autorrelatos de sentimentos de derrota, encurralamento interno, encurralamento externo e sintomatologia depressiva;

- Os sentimentos de derrota e de encurralamento predizem o para-suicídio independentemente da sintomatologia depressiva;

- Os sentimentos de derrota e de encurralamento medeiam a relação entre o suporte social percebido e o para-suicídio.

A análise dos dados foi realizada em dois grupos de sujeitos, um com para-suicídio atual e outro sem história de para-suicídio ao longo da vida. Trata-se de um estudo transversal em que foram utilizados apenas instrumentos de autorresposta e, no diagnóstico de tentativa de suicídio, observação clínica.

Apesar das reservas que devem estar sempre presentes durante a interpretação dos resultados deste estudo, devido ao número de sujeitos constituintes dos dois grupos, como era expectável, verificou-se que os sujeitos com para-suicídio atual apresentaram médias significativamente superiores em todas as escalas. Portanto, a primeira hipótese do estudo não foi refutada. Por outro lado, isoladamente, tanto a derrota como o encurralamento interno e o encurralamento externo mostraram-se preditores significativos do para-suicídio, embora com pesos diferentes na predição. No entanto, em bloco e controlando o género, apenas a derrota e o género se mostraram preditores estatisticamente significativos do para-suicídio. Introduzida a sintomatologia depressiva, a derrota também deixou de ser significativa e o modelo passou a ser explicado apenas pelo género e pela sintomatologia depressiva. Portanto, parte da hipótese formulada foi infirmada, o que eventualmente se pode dever às dimensões das amostras.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra deste estudo comporta dois grupos distintos de sujeitos: um constituído por estudantes da cidade da Praia que não apresentaram risco de suicídio nos oito dias que antecederam a recolha dos dados (grupo controlo) e outro de indivíduos que recorreram ao hospital com risco de suicídio atual elevado (grupo RS).

O grupo controlo (CN) foi constituído por 47 sujeitos: 22 (46.81%) do sexo masculino e 25 (53.19%) do sexo feminino e apresenta uma média de idades de 18.02 anos (DP = 1.99). No que concerne ao estado civil, 43 (91.5%) dos participantes eram solteiros e 4 (8.5%) em união de facto. Quanto à situação profissional, 44 (93.6%) eram estudantes 3 (6.4%) estudantes/trabalhadores. No que respeita ao nível de escolaridade, o grupo apresenta uma média de 11.79 anos (DP = 1.33).

O grupo com para-suicídio atual (RS) foi constituído por 31 indivíduos, sendo 5 (16.13%) do sexo masculino e 26 (83.87%) do sexo feminino, com uma média de idades de 18.87 anos (DP = 3.38). Relativamente ao estado civil, 28 (90.32%) dos participantes eram solteiros e 3 (9.7%) viviam em união de facto. Quanto à situação profissional, 27 (87.1%) eram estudantes e 4 (12.9%) estudantes/trabalhadores. A média de anos de

escolaridade é de 11.26 (DP = 2.63): 3 (9.7%) com nível de escolaridade básica, 19 (61.3%) do secundário e 9 (29.03%) do superior.

Os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade ($t_{(75)} = -1.91$; $p = .063$), anos de escolaridade ($t_{(75)} = 1.04$; $p = .304$), estado civil ($\chi^2_{(1)} = .26$; $p = .612$) e profissão ($\chi^2_{(5)} = 8.638$; $p = .124$). Mas, a distribuição dos géneros mostrou-se diferente nos dois grupos ($\chi^2_{(1)} = 10.10$; $p = .001$). Por esta razão e porque o género é amplamente considerado uma variável associada ao comportamento suicidário, optou-se pelo controlo da variável género em todas as análises efetuadas.

Tabela 1. Características gerais das amostra

	Para-Suicídio N = 31		CN N = 47		<i>t-Student</i>	<i>p</i>	
Idade							
[Média ± DP]	18.87 ± 3.38		18.02 ± 1.99		- 1.91	.063	
Intervalo	15 - 24		14 - 22				
Escolaridade	11.26 ± 2.63		11.79 ± 1.33		1.04	.304	
	5-15						
Género	N	%	N	%	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
Masculino	5	16.13	22	46.81	10.10 ^a	1	.001
Feminino	26	83.87	25	53.19			
Estado Civil							
Solteiros	28	90.3	43	91.5	.26	1	.612
Juntos/Casados	3	9.7	4	8.5			
Profissão							
Estudantes	27	87.1	44	93.6	8.64 ^a	3	.124
Indiferenciados	3	9.7	3	6.4			
Técnicos intermédios	1	3.2					

RS = indivíduos com para-suicídio atual; CN = Controlos normais.

2.2. Instrumentos de avaliação

Cada participante preencheu uma bateria de instrumentos de autorresposta que, para além de uma folha de rosto de dados demográficos, incluiu as versões portuguesas do Inventário de Depressão de Beck-II para avaliar a sintomatologia depressiva; a Escala do Encurralamento para avaliar o encurralamento interno e externo; e a Escala de Derrota para avaliar o sentimento de derrota. O capítulo IV (ponto 3) faz a caracterização detalhada de cada um dos instrumentos utilizados.

No grupo de estudantes os instrumentos utilizados apresentaram os seguintes valores de consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach: BDI ($\alpha = .85$), ED ($\alpha = .83$), EE ($\alpha = .93$), EEi ($\alpha = .85$) e EEx ($\alpha = .92$). Enquanto no grupo de indivíduos com parasuicídio atual os valores de consistência interna, alfa de Cronbach, dos instrumentos de medida foram os seguintes: BDI ($\alpha = .91$), ED ($\alpha = .89$), EE ($\alpha = .89$), EEi ($\alpha = .79$), EEx ($\alpha = .84$).

2.3. Procedimento

O estudo, de desenho transversal, integrou um grupo de estudantes sem história de para-suicídio ao longo da vida e um grupo de indivíduos que foram atendidos nos serviços de urgência do hospital Dr. Agostinho Neto, de Outubro de 2009 a Julho de 2010 e que tiveram um diagnóstico de tentativa de suicídio. Estes indivíduos foram avaliados apenas no momento em que preencheram o protocolo de investigação.

O projeto de investigação deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comité Nacional de Ética para a Investigação na área da Saúde (Ministério da Saúde de Cabo Verde). Posteriormente foram realizados contactos com instituições escolares públicas e privadas da cidade da Praia, tendo-se obtido autorização necessária para a participação dos estudantes. Foi enviada uma carta aos pais e encarregados de educação dos estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos (menores de idade) acompanhada de um termo de consentimento livre e informado explicando a natureza e relevância da investigação a ser desenvolvida e solicitando autorização para a participação dos adolescentes.

Após a assinatura do consentimento pelos pais e encarregados de educação, os adolescentes também assinaram o seu próprio consentimento livre e informado para participar na investigação. Os estudantes com idade superior ou igual a 18 anos também assinaram o termo de consentimento livre e informado. A administração dos instrumentos foi realizada nas instituições de ensino, durante o horário escolar, na presença da investigadora que esclareceu algumas dúvidas que surgiram quanto ao preenchimento dos questionários. A aplicação foi coletiva e a duração de aproximadamente 30 minutos. Alguns alunos precisaram de mais dez minutos para completarem as escalas. É de realçar que os instrumentos utilizados fazem parte de uma investigação mais alargada, que comportam outros instrumentos de avaliação.

A maioria dos sujeitos do grupo com para-suicídio foi observada pela investigadora nos serviços de urgência do hospital Dr. Agostinho Neto. Os outros foram referenciados por dois médicos psiquiatras após observação no mesmo serviço. Todos foram contactados posteriormente pela investigadora que os informou sobre os objetivos do estudo, a natureza da recolha de dados, os aspetos implícitos à confidencialidade, ao anonimato e à liberdade de participação. Aos que concordaram em participar na investigação foi solicitado o seu consentimento informado ou do encarregado de educação quando se tratavam de menores de 18 anos e agendada uma sessão para preenchimento da bateria de instrumentos que integram o protocolo de investigação. O preenchimento dos instrumentos foi efetuado no consultório da investigadora, no serviço de psiquiatria do hospital Dr. Agostinho Neto. A duração de cada sessão foi de aproximadamente 30 minutos, distribuídos por uma ou duas sessões (em dias consecutivos) em função do cansaço e da disponibilidade dos participantes. O protocolo de investigação foi preenchido sempre na presença da investigadora que aproveitou para esclarecer todas as dúvidas relativas tanto às instruções como aos itens dos instrumentos.

2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho de natureza transversal. Para a comparação da média amostral dos dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* foi inferior ou igual a .05 (Maroco, 2011). Efetuaram-se modelos de regressão logística simples para avaliar a contribuição de cada variável para o para-suicídio. Por último, foi realizado um modelo de regressão logística para explorar a contribuição das variáveis de *rank* social (derrota, encurralamento interno e externo) para o para-suicídio, controlando o sexo, a sintomatologia depressiva e a desesperança.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW Statistics* (v.20; SPSS Inc, Chicago, IL).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

A significância das diferenças entre o grupo de estudantes sem história de para-suicídio ao longo da vida e o grupo com para-suicídio atual foi avaliada com o teste *t-*

Student para amostras independentes. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente a normalidade das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respetivamente, pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* e pelo teste de *Levene* baseado na mediana. Apesar de algumas variáveis não apresentarem distribuição normal, considerou-se que o teste *t-Student* é robusto à violação da normalidade quando os valores de assimetria (*Skweness* <|3|) e de achatamento (*Kurtosis* <|10|) não são muito elevados (v. Maroco, 2011). A observação dos *outliers* foi efectuada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box-Plot).

Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste foi inferior ou igual a 0.05.

A análise de regressão logística foi validada tendo em conta o teste de Hosmer e Lemeshow para verificar o nível em que o modelo de ajuste estima os dados; o teste *Omnibus* para avaliar se o modelo com o preditor é significativamente diferente do modelo só com a constante, isto é, se o modelo se ajusta adequadamente aos dados; o teste de Nagelkerke para estimar a percentagem da variância explicada pelo modelo; e pela tabela de classificação que avalia a sensibilidade e a especificidade do modelo. Nos casos em que o modelo se apresentou mal ajustado, verificamos se os resíduos estandardizados (i.e., *ZResid*), assumiam valores em módulo superiores a 1.96 para um nível de significância de $p < .05$. As medidas de influência de *Cook*, *Leverage* e *DFBeta* dos *outliers* (valores < 1) foram utilizadas para verificar a existência de suspeitas dos casos *outliers* influenciarem de forma determinante os parâmetros (Pestana & Gageiro, 2009).

3.2. Comparação dos dois grupos nas variáveis em estudo

De acordo com os resultados do teste *t-Student* e como era expectável, os dois grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas nas médias de todas as variáveis estudadas. Isto é, os sujeitos que cometeram para-suicídio na última semana apresentaram médias significativamente superiores de sentimentos de derrota ($t_{(48)} = -4.65; p < .001$), encurralamento interno ($t_{(65)} = -3.07; p = .003$), encurralamento externo ($t_{(71)} = -3.07; p < .001$), encurralamento total ($t_{(72)} = -4.51; p < .001$) e de

sintomatologia depressiva ($t_{(44)} = -7.43$; $p < .001$) quando comparados com os estudantes sem história de para-suicídio (Tabela 2).

Tabela 2. Teste *t-Student* de comparação das médias dos grupos com e sem para-suicídio atual

	Normais		Tentativa de suicídio		Levene		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i>		
Derrota	18.14	9.74	32.29	14.81	5.84	.018	-4.65*	.000
Encurralamento interno	7.87	5.66	11.87	4.85	2.09	.154	-3.07	.003
Encurralamento externo	13.81	11.13	24.74	9.84	2.31	.133	-4.36	.000
Encurralamento total	20.26	15.77	36.23	13.89	2.64	.109	-4.51	.000
BDI (sem o item 9)	9.61	6.95	27.13	11.83	7.82	.007	-7.43*	.000

* Não se assume a homocedasticidade; BDI = Sintomatologia depressiva; M = Média; DP = Desvio padrão

3.3. Derrota, encurralamento e género na predição da tentativa de suicídio

Nesta análise considerou-se como variáveis preditoras a derrota (ED), o encurralamento interno (EEi), o encurralamento externo (EEEx), o género e a sintomatologia depressiva e, como variável critério a tentativa de suicídio. Foram usados os mesmos requisitos para aferir do ajuste dos dados no modelo final, utilizando para o efeito vários testes.

No primeiro passo, com as variáveis sentimentos de derrota, encurralamento interno, encurralamento externo e género como as variáveis, o teste de Hosmer e Lemeshow revelou que o modelo de ajuste estima os dados com um nível aceitável ($\chi^2_{(8)} = 12.48$; $p = .131$).

O teste Omnibus mostrou que o modelo se ajusta adequadamente aos dados ($\chi^2_{(4)} = 38.32$; $p < .001$). O teste R^2 de Nagelkerke teve um valor de .60, podendo exprimir-se igualmente como 60% da variância explicada pelo modelo, embora com as reservas inerentes à interpretação dos pseudo-R. A tabela de classificação mostrou que, para um ponto de corte de .5, 82.8% dos casos usados para criar o modelo foram classificados corretamente, percentagem consideravelmente superior à percentagem proporcional de classificações corretas por acaso (56.3%), o que demonstrou a utilidade do modelo para classificar novas observações. Foram classificados de forma adequada 86.1% dos casos sem tentativa de suicídio e 78.6% dos casos com tentativa de suicídio,

pelo que se pode considerar que o modelo apresenta boa especificidade (> 80%) e sensibilidade adequada (50% < 78.6% < 80%), isto é, boas capacidades preditivas.

Tabela 3. Modelo de regressão logística da tentativa de suicídio em função da derrota e do encerramento

		B	E.P.	Wald	gl	p	OR	95% I.C.	
								Mínimo	Máximo
1.º Passo	Derrota	.12	.04	7.27	1	.007	1.12	1.03	1.22
	Encerramento interno	.00	.09	.00	1	.997	1.00	.84	1.19
	Encerramento externo	.06	.05	1.36	1	.243	1.06	.96	1.18
	Sexo(1)	3.73	1.18	10.08	1	.002	41.80	4.17	418.99
2.º Passo	Derrota	.04	.05	.68	1	.409	1.05	.94	1.16
	Encerramento interno	-.03	.11	.06	1	.815	.98	.79	1.21
	Encerramento externo	.05	.06	.51	1	.475	1.05	.92	1.19
	Sexo(1)	2.69	1.12	5.75	1	.016	14.77	1.64	133.41
BDI sem item 9		.16	.07	5.56	1	.018	1.17	1.03	1.33

(1) variável nominal; BDI = sintomatologia depressiva

Da análise resultaram dois preditores da tentativa de suicídio: o sentimento de derrota (OR = 1.12: IC (95%) = 1.03 - 1.22; $p = .007$) e o género (OR = .02: IC (95%) = .002 - 240; $p = .002$). O encerramento interno e o encerramento externo apresentaram altas correlações entre si e com a derrota, indiciando a possibilidade de existência de multicolinearidade entre essas variáveis. Isto, eventualmente pode explicar o facto dos fatores do encerramento não predizerem a tentativa de suicídio na presença da derrota e, ainda, corrobora o modelo do *Cry of Pain* (Williams, 1997) que defende a existência de uma única variável latente derrota/encerramento.

Analisando os valores em termos de *odds* rácio (magnitude do efeito), concluímos que a probabilidade de tentativa de suicídio, por oposição a não tentativa, aumenta por um fator de .89, pelo aumento de uma unidade na escala de derrota.

Quando se introduziu a sintomatologia depressiva na análise no segundo bloco, o teste de *Hosmer & Lemeshow* revelou que o modelo de ajuste estima os dados com um nível aceitável ($X^2_{(8)} = 5.90$; $p = .658$). O teste *Omnibus* revelou um modelo ajustado aos dados da forma adequada ($X^2_{(5)} = 47.50$; $p < .001$). O teste R^2 de Nagelkerke teve um valor de 0.70, podendo exprimir-se como 70% da variância explicada pelo modelo, tendo sempre em conta as reservas inerentes à utilização dos pseudo-R. A tabela de classificação mostrou que, para um ponto de corte de .5, 82.8% dos casos usados para criar o modelo foram classificados corretamente. Esta percentagem foi

consideravelmente superior à percentagem proporcional de classificações corretas por acaso (56%), o que demonstrou a utilidade do modelo para classificar novas observações. Foram adequadamente classificados 86.1% dos casos sem tentativa de suicídio e 78.6% dos casos com tentativa de suicídio. Pode, pois concluir-se que o modelo apresenta boas capacidades preditivas: boa especificidade (> 80) e uma sensibilidade razoável ($50 < 78.6 < 80$) (Maroco, 2011). Na análise dos *outliers* o modelo de regressão logística mostrou-se mal ajustado no caso 70, verificando-se que o resíduo estandardizado (i.e., ZResid), assumiu um valor em módulo superior a 1.96 para um nível de significância de $p < .05$. Avaliadas as medidas de influência de Cook, Leverage e DFBeta do *outlier*, concluiu-se que apresentavam valores inferiores a unidade pelo que não existiram suspeitas do caso influenciar os parâmetros de forma determinante devendo manter-se no modelo (Pestana & Gageiro, 2009).

Da análise resultaram dois preditores da tentativa de suicídio: a sintomatologia depressiva (OR = 1.17: IC (95%) = 1.03 - 1.33; $p = .018$) e o género (OR = .068: IC (95%) = .01 - .61; $p = .016$). Analisando os valores em termos de magnitude do efeito, concluímos que a probabilidade de tentativa de suicídio, por oposição a não tentativa, aumenta por um fator de 1.17, por cada unidade de aumento na escala de sintomatologia depressiva. Ademais, a probabilidade de tentativa de suicídio, por oposição a não tentativa, aumenta por um fator de .16, quando o sexo muda de masculino para feminino. Portanto, quando a sintomatologia depressiva entra no modelo, este passa a ser explicado apenas por essa variável e pelo género. Ressalta-se aqui que a sintomatologia depressiva neste estudo assumiu níveis clínicos.

3.4. Efeito de mediação da derrota na relação entre o suporte social percebido e a tentativa de suicídio

Análise estatística

Foi utilizada uma análise de regressão linear múltipla com seleção de variáveis pelo método *Enter* para obter um modelo que permitisse prever os sentimentos de derrota em função da variável independente suporte social percebido. Porque a distribuição do género mostrou-se diferente nos dois grupos, este foi introduzido como covariável independente. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o

da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e o da independência dos erros foi validado com a estatística de Durbin-Watson ($d = 1.60$). Utilizou-se o *VIF* para diagnosticar a multicolinearidade ($VIF = 1.03$). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (α) de .01.

De seguida realizou-se uma análise de regressão logística *Enter* por blocos como descrito em Marroco (2011), para verificar se a adição da variável mediadora (sentimentos de derrota) ao modelo reduzia a importância da variável independente (suporte social percebido) no modelo. Procedeu-se também à validação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e ao diagnóstico dos casos influentes. Três observações eram candidatas a *outliers*, mas estas foram incorporadas no modelo, uma vez que a sua remoção não melhorava nem a significância nem a qualidade do ajustamento do modelo logístico.

Resultados

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável suporte social percebido ($\beta = -.41$; $t_{(68)} = -3.67$; $p < .001$) como preditora dos sentimentos de derrota. O modelo ajustado é altamente significativo ($F(2, 68) = 6.72$; $p = .002$) e explica 14% ($R^2_a = .14$) da variabilidade dos sentimentos de derrota. Portanto, a relação entre a variável independente e a variável mediadora é significativa (Baron & Kenny, 1986).

A regressão logística *Enter* permitiu demonstrar que as variáveis sentimentos de derrota ($b_{ED} = .12$; $\chi^2_{Wald} = 15.18$; $p < .001$) e o género ($b_{Sexo} = -2.67$; $\chi^2_{Wald} = 8.86$; $p = .003$) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio de acordo com o modelo ajustado ($G^2(2) = 34.18$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald(8)} = 13.92$; $p = .084$; $R^2_{CS} = .37$; $R^2_N = .50$). Isto prova que a variável mediadora possui um efeito significativo sobre a variável dependente (Baron & Kenny, 1986).

A regressão logística *Enter* revelou no primeiro bloco que tanto o suporte social percebido ($b_{EMPSS} = -.17$; $\chi^2_{Wald} = 14.62$; $p < .001$) como o género ($b_{Sexo} = -2.29$; $\chi^2_{Wald} = 5.97$; $p = .015$) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio de acordo com o modelo ajustado ($G^2(2) = 41.88$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald(8)} = 6.34$; $p = .610$; $R^2_{CS} = .45$; $R^2_N = .60$). E no segundo

bloco que o suporte social percebido ($b_{\text{EMPSS}} = -.14$; $\chi^2_{\text{Wald}} = 8.17$; $p = .004$), os sentimentos de derrota ($b_{\text{ED}} = .11$; $\chi^2_{\text{Wald}} = 8.25$; $p = .004$) e o gênero ($b_{\text{Sexo}} = -3.09$; $\chi^2_{\text{Wald}} = 7.43$; $p = .006$) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio de acordo com o modelo ajustado ($G^2(3) = 55.34$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}(8)} = 12.97$; $p = .113$; $R^2_{\text{CS}} = .54$; $R^2_{\text{N}} = .73$). A probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio ($Y = 1$) aumenta com a falta de suporte social e sentimentos de derrota. Para níveis similares de falta de suporte social e sentimentos de derrota, a probabilidade de uma mulher fazer uma tentativa de suicídio é sempre maior do que a probabilidade de um homem fazer uma tentativa de suicídio. A percentagem de classificações corretas foi de 84.5%. Este valor é consideravelmente superior à percentagem proporcional de classificações por acaso (59.2%) demonstrando a utilidade do modelo para classificar novas observações. O modelo ajustado apresenta ainda boa sensibilidade (82.8%) e especificidade (85.7%). Desta forma ficou demonstrado que a adição da variável mediadora ao modelo reduziu a importância da variável independente no modelo. Portanto, verificou-se que a adição da variável mediadora (sentimentos de derrota) ao modelo reduziu a importância da variável independente (suporte social percebido) no modelo.

Resumindo, os sentimentos de derrota parecem mediar a relação entre suporte social percebido e a tentativa de suicídio.

3.5. Efeito de mediação do encurralamento na relação entre o suporte social percebido e a tentativa de suicídio

Análise estatística

À semelhança do estudo anterior, foi utilizada uma análise de regressão linear múltipla com seleção de variáveis pelo método *Enter* para obter um modelo que permitisse prever os sentimentos de encurralamento em função da variável independente suporte social percebido. Porque a distribuição do gênero mostrou-se diferente nos dois grupos, este foi introduzido como covariável independente. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e o da independência dos erros foi validado com a estatística de

Durbin-Watson ($d = 1.90$). Utilizou-se o *VIF* para diagnosticar a multicolinearidade ($VIF = 1.02$). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (α) de .01.

De seguida realizou-se uma análise de regressão logística *Enter* por blocos como descrito em Marroco (2011), para verificar se a adição da variável mediadora (sentimentos de encurralamento) ao modelo reduzia a importância da variável independente (suporte social percebido) no modelo. Procedeu-se também à validação dos pressupostos pela análise gráfica dos resíduos e ao diagnóstico dos casos influentes. Três observações eram candidatas a *outliers*, mas estas foram incorporadas no modelo, uma vez que a sua remoção não melhorava nem a significância nem a qualidade do ajustamento do modelo logístico.

Resultados

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável suporte social percebido ($\beta = -.48$; $t_{(68)} = -4.46$; $p < .001$) como preditora dos sentimentos de encurralamento. O modelo ajustado é altamente significativo ($F(2, 68) = 10.07$; $p < .001$) e explica 21% ($R^2_a = .21$) da variabilidade dos sentimentos de encurralamento. Portanto, a relação entre a variável independente e a variável mediadora é significativa (Baron & Kenny, 1986).

A regressão logística *Enter* permitiu demonstrar que as variáveis sentimentos de derrota ($b_{ED} = .12$; $\chi^2_{Wald} = 15.18$; $p < .001$) e o género ($b_{Sexo} = -2.67$; $\chi^2_{Wald} = 8.86$; $p = .003$) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio de acordo com o modelo ajustado ($G^2(2) = 34.18$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald(8)} = 13.92$; $p = .084$; $R^2_{CS} = .37$; $R^2_N = .50$). Isto prova que a variável mediadora possui um efeito significativo sobre a variável dependente (Baron & Kenny, 1986).

A regressão logística *Enter* revelou no primeiro bloco que tanto o suporte social percebido ($b_{EMPSS} = -.17$; $\chi^2_{Wald} = 14.57$; $p < .001$) como o género ($b_{Sexo} = -2.31$; $\chi^2_{Wald} = 6.13$; $p = .013$) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio de acordo com o modelo ajustado ($G^2(2) = 41.63$; $p < .001$; $\chi^2_{Wald(8)} = 4.91$; $p = .768$; $R^2_{CS} = .44$; $R^2_N = .60$). E, no segundo bloco, que o suporte social percebido ($b_{EMPSS} = -.15$; $\chi^2_{Wald} = 10.22$; $p = .001$), os sentimentos de encurralamento ($b_{EE} = .07$; $\chi^2_{Wald} = 6.94$; $p = .008$) e o género ($b_{Sexo} = -$

2.53; $\chi^2_{\text{Wald}} = 6.51$; $p = .011$) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio de acordo com o modelo ajustado ($G^2(3) = 50.04$; $p < .001$; $\chi^2_{\text{Wald}(8)} = 8.67$; $p = .371$; $R^2_{\text{CS}} = .51$; $R^2_{\text{N}} = .68$).

A probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio ($Y = 1$) aumenta com a falta de suporte social e sentimentos de encurralamento. Para níveis similares de falta de suporte social e de sentimentos de derrota, a probabilidade de uma mulher fazer uma tentativa de suicídio é sempre superior a probabilidade de um homem fazer uma tentativa de suicídio. A percentagem de classificações corretas foi de 80.3%. Este valor é consideravelmente superior à percentagem proporcional de classificações por acaso (59.2%) demonstrando a utilidade do modelo para classificar novas observações. O modelo ajustado apresenta ainda sensibilidade razoável (75.9%) e boa especificidade (83.3%). A adição da variável mediadora ao modelo reduziu a importância da variável independente no modelo. Portanto, verificou-se que a adição da variável mediadora (sentimentos de derrota) ao modelo reduziu a importância da variável independente (suporte social percebido) no modelo, pelo que o sentimento de encurralamento parece mediar parcialmente a relação entre suporte social percebido e a tentativa de suicídio.

4. Discussão

O presente estudo pretendeu investigar os constructos do *rank* social e o seu papel nos mecanismos psicológicos subjacentes ao para-suicídio. Isto é, replicar o estudo 2 do Capítulo IV numa amostra clínica de para-suicidas. Especificamente investigar o papel dos sentimentos de derrota, encurralamento interno e encurralamento externo na predição do para-suicídio, controlando a sintomatologia depressiva; por último, testar o papel mediador dessas variáveis sentimentos de derrota e de encurralamento na relação entre o suporte social percebido e o para-suicídio. Constituindo a única variável demográfica que apresentou distribuições diferentes nos dois grupos, o género foi incluído como covariável em todas as análises efetuadas.

Corroborando os resultados do estudo três (Capítulo VI), as variáveis derrota, encurralamento e vergonha externa mostraram-se preditores independentes da tentativa de suicídio. Porém, na análise multivariada, apenas o sentir-se derrotado e o género mostraram predizer o para-suicídio. O facto do encurralamento não se mostrar preditor da tentativa de suicídio, contrariamente ao que acontecera em relação à

ideação suicida, pode dever-se à correlação moderada ($r = 6.7$; $p < .001$) que este constructo apresenta com a derrota, indiciando a possível existência de multicolinearidade. A teoria do *rank* social da depressão e o modelo do grito da dor (*Cry of Pain*; Williams, 1997) sugerem, de forma implícita, a possibilidade de existência de uma distinção temporal entre a derrota e o encurralamento, com a percepção de derrota a preceder a de encurralamento. Porém, esta é uma área que necessita investigação adicional. Por outro lado, o Schematic Appraisals Model of Suicide (SAM; Johnson et al., 2008a) defende a existência de uma única variável latente derrota/encurralamento. A possível existência de multicolinearidade entre os dois constructos deixa transparecer esta possibilidade que importa estudar no futuro.

Tanto os sentimentos de derrota como de encurralamento parecem mediar a relação entre o défice de suporte social percebido e a tentativa de suicídio. Esta relação manteve-se mesmo quando controlada a variável género. Isto é, o défice de suporte social percebido provocaria sentimentos de derrota e/ou encurralamento que por sua vez levariam ao para-suicídio. O suporte percebido da família parece funcionar como um fator protetor da vulnerabilidade para a ideação suicida em adolescentes. Sublinha-se, no entanto, que não foram controladas nem a sintomatologia depressiva, nem a desesperança.

Em síntese, a hipótese um apenas não foi infirmada no que concerne à derrota e a segunda hipótese não foi infirmada na totalidade. Esses resultados, mais uma vez parecem sublinhar a importância dos constructos do *rank* social na explicação da suicidalidade.

Implicações clínicas

Tendo em conta os resultados deste estudo, seria de todo pertinente que as equipas clínicas introduzissem instrumentos de avaliação da derrota e encurralamento, nos protocolos de avaliação da suicidalidade, para que situações de risco possam ser despistadas e intervencionadas atempadamente.

Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras

Os resultados deste estudo devem ser entendidos no contexto de algumas limitações. Tratou-se de um estudo transversal pelo que não foi possível avaliar a dinâmica evolutiva das variáveis. O carácter pouco frequente da tentativa de suicídio fez

com que a amostra clínica fosse relativamente pequena, pelo que a amostra de estudantes sem para-suicídio ao longo da vida também foi pequena. Por consequência, são necessárias investigações em amostras clínicas de maior dimensão e em estudos de desenho longitudinais, para tentar replicar os resultados obtidos de modo a que possam ser generalizáveis. Futuras investigações devem contemplar ainda, a relação entre o para-suicídio e outras variáveis como, por exemplo, a psicopatologia, a memória dos estilos parentais na infância, as experiências mal adaptativas precoces e o suporte social. Perceber como se processa a transição do para-suicídio para o suicídio pode ser também uma área de investigação muito interessante.

5. Conclusão

Os resultados do presente estudo corroboram alguns dos resultados dos estudos do Capítulo VI, numa amostra clínica, demonstrando uma vez mais a importância das percepções de derrota e de encurralamento na predição do comportamento suicidário.

Capítulo X
Discussão Geral

Capítulo X. Discussão Geral

O presente estudo teve como objetivo principal estudar os comportamentos suicidários na população adolescente cabo-verdiana. Verificou-se que (1) a prevalência da ideação suicida atual (últimos oito dias) e do para-suicídio ao longo da vida mostraram-se similares às de outros países; (2) a gravidade do último episódio para-suicida deixou transparecer que estes devem ser encarados com muita seriedade, isto é, na sua grande maioria, o adolescente cabo-verdiano quando tenta o suicídio tem intenção moderada a alta de se matar; (3) a sintomatologia depressiva e a desesperança evidenciaram-se preditores da ideação suicida, mesmo controlando outros preditores individuais tais como a ansiedade, o suporte social percebido (família, amigos e outros significativos), a Auto compaixão e o género; (4) Todavia, quanto maior o suporte percebido da família, menor a probabilidade de ideação suicida. Esta variável pareceu comportar-se como protetora tanto para a ideação suicida como para o para-suicídio; (5) a vergonha externa, os comportamentos de submissão, o encurralamento interno e externo, o suporte social da família e dos amigos também mostraram contribuir para a explicação da ideação suicida, mesmo quando controlados a idade e o género. Porém, quando se controlou também a sintomatologia depressiva, apenas a vergonha externa, o encurralamento interno e o encurralamento externo se mostraram preditores da ideação suicida; (6) Níveis elevados de derrota, encurralamento interno e encurralamento externo apresentaram associações estatisticamente significativas com níveis elevados de ideação suicida numa amostra de estudantes adolescentes. Esta relação manteve-se mesmo quando controlados outros importantes fatores de risco psicológico para a ideação suicida como sejam, a sintomatologia depressiva, o género e a desesperança; (7) a análise suportou as hipóteses de que os sentimentos de derrota e de encurralamento mediarão a relação entre o suporte da família e dos amigos e a ideação suicida. Isto é, os efeitos da ausência ou deficiência de suporte social percebido seriam transportados para a ideação suicida através dos sentimentos de derrota e de encurralamento interno e externo; (8) a derrota mostrou predizer a tentativa de suicídio atual numa população clínica; obtiveram-se evidências de que os sentimentos de

derrota e de encurralamento emergiram das autoavaliações mal adaptativas, isto é, medeiam a relação entre o suporte social percebido e o para-suicídio.

Nos estudos preliminares que resultaram da inexistência de instrumentos de avaliação validados para a população adolescente cabo-verdiana, verificou-se que à semelhança do estudo original (Beck et al., 1974 *in* Beck & Steer, 1993), a escala de desesperança de Beck (BHS) apresentou uma estrutura de três fatores com valores de consistência interna (alfa de Cronbach) a variarem entre 0.6 e 0.7. e *r* item-total corrigido entre 0.3 e 0.5. A escala total apresentou uma consistência interna de 0.7. Este valor é consistente com Durham (1982) que sublinhou que a consistência interna da BHS pode ser baixa em amostras de estudantes. A escala evidenciou boa validade convergente e validade divergente.

A escala de ansiedade de Beck apresentou uma estrutura de dois fatores com consistências internas (alfas de Cronbach) de .82 e .80, alfas sem o item a variarem entre .78 e .81, e valores de correlação item-total corrigido entre .32 e .58. Esses valores apontam para uma boa consistência interna de cada um dos fatores. A escala total evidenciou também uma boa consistência interna ($\alpha = .88$), com valores de *r* item total corrigido entre .35 e .60. A escala total mostrou boa validade convergente e divergente. Conforme foi referido atrás, apesar de inferiores, os valores de consistência interna aproximam-se dos verificados no estudo original (Beck et al., 1988) realizado em amostras clínicas. O BAI apresentou boa validade convergente e divergente, corroborando os resultados de Dent e Salkovskis (1986).

Garantida a validade de conteúdo, o inventário de sintomatologia depressiva de Beck (BDI-II) apresentou uma estrutura de dois fatores que à semelhança do estudo original (Beck, Steer & Brown, 1996) foram designados de Dimensão Somática-Afetiva e Dimensão Cognitiva da sintomatologia depressiva. Ambos os fatores apresentaram boa consistência interna (alfas de Cronbach igual a .81 e .75 respetivamente) com valores de *r* item-total corrigido entre .32 e .57. Para além da boa consistência interna, a escala evidenciou boa validade convergente e boa validade divergente. Esses resultados são consistentes com os do estudo original (Beck, Steer & Brown, 1996).

Portanto, tanto a escala de desesperança de Beck (BHS), como o inventário de ansiedade de Beck (BAI) e o inventário de sintomatologia depressiva de Beck (BDI-II)

apresentaram boas propriedades psicométricas, constituindo-se em instrumentos de medida válidos e de útil aplicação, no âmbito da investigação na população cabo-verdiana.

Este capítulo final faz uma síntese dos dados, discute as implicações teóricas e clínicas que podem ser extraídas deste corpo de pesquisa e considera os caminhos para futuras investigações.

A OMS (2004) considera que o comportamento suicidário tem vindo a aumentar entre adolescentes nos últimos anos, assumindo proporções alarmantes em alguns países. Com efeito, o suicídio constitui a terceira causa de morte em vários países (e.g. EUA) (CDC, 2008), havendo países como a Coreia (Korean National Statistical Office, 2006) em que representa a segunda causa de morte na adolescência. Considerados os principais fatores de risco para o suicídio (Brent & Baugher, 1999; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Pinninti et al., 2002), a ideação suicida e o para-suicídio apresentam taxas de prevalência muito superiores às do suicídio. A OMS (2004) estima que a prevalência do para-suicídio seja 20 vezes superior à do suicídio. Significa que para cada suicídio consumado haverá em média 20 tentativas de suicídio frustradas. Apesar da maioria dos países não disporem de dados relativos à prevalência de ideação suicida, os estudos realizados mostraram taxas muito superiores quando comparadas às do para-suicídio e do suicídio.

Um dos objetivos do estudo era avaliar a prevalência de ideação suicida e de para-suicídio numa amostra de adolescentes estudantes cabo-verdianos. Foram considerados a ideação suicida nos últimos oito dias, o para-suicídio ao longo da vida e a gravidade da última tentativa de suicídio.

Os resultados do estudo revelaram que 8% dos adolescentes estudantes que participaram da amostra apresentaram ideação suicida nos oito dias que antecederam a avaliação. Este resultado corrobora os resultados de alguns estudos realizados com africanos ugandeses (Swahn et al, 2010), norte-americanos (Swahn et al, 2010; Kerr et al, 2008; Omighodun et al., 2008), chineses (Tang et al., 2011), estudantes coreanos (Lee et al., 2008) e tailandeses (Petzer e Pengpid, 2012). A taxa de prevalência de ideação suicida foi inferior às taxas de ideação suicida verificadas no Global School-based Student Health Survey (GSHS) realizado com adolescentes dos 13 aos 15 anos em alguns países

africanos (Aboobakar, 2007; Viswanathan, Lasserre, William, Madeleine, Bovet, 2008; Ministère de la Santé de la République du Bénin, 2011; Nyandindi, 2008; Owusu, 2008; Sithole, 2003; Twa-Twa, & Oketcho, 2003; WHO, 2003, 2003a, 2004, 2005). A taxa de ideação suicida verificada também foi inferior a do Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2011 (YRBS) realizado com adolescentes norte americanos dos 10 aos 24 anos de idade (CDC, 2012) cuja prevalência foi de 15.8% (19.3% rapazes e 12.5% raparigas). Todavia, a prevalência de ideação suicida foi superior às de países como a Etiópia (Shiferaw et al., 2006).

A prevalência de ideação suicida foi superior entre os indivíduos do género feminino, o que também corrobora os resultados de estudos internacionais (CDC, 2012; Kinyanda et al., 2011; Omigbodun et al., 2010; Ventura-Juncá, 2010; Canetto, 2008; Nock et al., 2008; Rudatsikira et al., 2007; Kim et al., 2006; Shiferaw et al., 2006; Evans, Hawton, Rodham, & Deesks, 2005; WHO Regional Africa, 2003; Allison *et al.* 2001; Edwards & Holden, 2001; Espósito & Clum, 2002; Goldman & Beardslee, 1999; Heskett *et al.* 2002; Kessler et al., 1999; Man, 1999; Reinherz *et al.* 1995; Stewart *et al.* 1999), apesar de haver estudos que reportam proporções de ideação suicida similares nos dois géneros (e.g. Omigboun et al., 2008) ou inferiores no género feminino quando comparado com o masculino (e.g. Petzer & Pengpid, 2012). Todavia, estes estudos são exceções, pois a maioria dos estudos internacionais referiram proporções de ideação suicida superiores no género feminino, o que é consentâneo com rácio de ideação suicida estimado de 3.7 (género feminino) por 1 (género masculino).

Verificou-se que 5.4% dos 902 sujeitos da mostra tentou o suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida. Embora inferior as da maioria dos países africanos de cujos dados dispomos: Benin, Etiópia e Nigéria (Ministère de la Santé du Bénin, 2011; Shiferaw, Fantahun, Bekele, 2006; Omigboun et al., 2008), a proporção de tentativa de suicídio corrobora os dados dos EUA que se situam entre os 3.1% e 8.8% (CDC, 2012; Nock et al., 2008) e da Etiópia (5.8% a 6.6%) (Shiferaw et al., 2006). Contudo, a proporção de tentativa de suicídio verificada na amostra é superior as taxas da África do Sul (Joe et al., 2008) e de países asiáticos como a Índia (Sidhartha e Jena, 2006), Coreia (Roh et al. 2007; Lee et al. 2008), China (Shek & Yu, 2012; Tang et al, 2011; Chan et al., 2009) e do

verificado num estudo transnacional com dados de 17 países que foi de 2.7% (Nock et al, 2008).

A recorrência de tentativas de suicídio constitui um dos principais fatores de risco para o suicídio. Isto é, quanto maior o número de tentativas prévias, mais elevado o risco para o suicídio. Ora, 1% dos adolescentes relatou ter tentado o suicídio duas ou mais vezes, uma percentagem a ter em conta num país em que a média de idade da população é de 26.8 anos (Md = 22.0 anos) (INE, 2010).

A prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida foi superior no género feminino o que, mais uma vez corrobora dados de estudos internacionais (CDC, 2012, 2008; Kinyanda et al., 2011; Omigbodun et al., 2010; Ventura-Juncá, 2010; Guzman et al., 2009; Eaton et al, 2008; Nock et al., 2008; Fortuna et al., 2007; Rudatsikira et al., 2007; Shiferaw et al., 2006; Evans, Hawton, Rodham, & Deesks, 2005; WHO Regional Africa, 2003; Allison et al. 2001; Edwards & Holden, 2001; Espósito & Clum, 2002; Goldman & Beardslee, 1999; Heskett et al. 2002; Man, 1999; Reinherz et al. 1995; Stewart et al. 1999). Estudos internacionais reportam que apesar da prevalência do suicídio ser superior entre os indivíduos do género masculino (King, 1997; WHO, 2003), os indivíduos do género feminino apresentam rácios superiores de para-suicídio (Evans et al., 2005; OMS, 2003). Esta assunção também foi corroborada pelos dados do presente estudo no que concerne ao rácio superior de para-suicídio entre os indivíduos do género feminino, quando comparados com o rácio dos do género masculino.

Os dados anteriores são tanto mais sérios se nos ativermos ao facto de que a maioria (71.43%) dos últimos episódios para-suicidas foi reportada pelos sujeitos como muito sérias. Especificamente, a maioria dos sujeitos considerou que o seu desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio era moderado (36.74%) a elevado (34.69%). Não se verificaram diferenças entre os sexos quanto ao desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio, o que eventualmente pode corroborar a assunção segundo a qual a maior prevalência de suicídios no género masculino pode estar relacionada com a maior letalidade dos métodos utilizados quando comparados com os métodos utilizados pelos indivíduos do género feminino (Epstein & Spirito, 2010; King, 1997).

As perturbações mentais tanto do Eixo I como do Eixo II, com especial relevo para as perturbações depressivas, têm sido sistematicamente apontadas pelos investigadores como fatores de risco para os comportamentos suicidários. O destaque vai para a depressão que, seja como diagnóstico seja enquanto sintoma, constitui a perturbação que com maior frequência se associa ao suicídio, sobretudo quando em presença de desesperança (Brown, Beck & Steer, 2000; Cunha, 2001; Jain et al, 1999, Rich & Bonner, 1989). Evidências empíricas têm demonstrado de forma consistente que a desesperança aumentaria o risco para o suicídio nos indivíduos com perturbação depressiva, ao mesmo tempo que elevaria a probabilidade de recidivas futuras, o que em última análise também aumentaria o risco futuro para o suicídio (Beck et al., 1989, Hollander, 2000, Dori & Overholser, 1999, Rutter et al, 2004. Além disso, outras variáveis têm sido sublinhadas na literatura como contribuindo para a explicação da relação entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida. Evidências clínicas, nomeadamente com adolescentes e adultos jovens, demonstraram que a par da desesperança existem outras variáveis que atuam como fatores de vulnerabilidade ou, pelo contrário, como fatores protetores da ideação suicida num quadro de depressão.

Por outro lado, a ausência de suporte social tem sido apontado como um fator de risco para perturbações que possam surgir em situações indutoras de stresse. Os indivíduos que contam com o suporte da família, dos amigos ou de outros significativos, apresentam um menor risco de precipitar alguma perturbação quando comparados com os que não podem contar com o apoio de ninguém, ou que não atribuem valência positiva aos apoios que têm (Deisher, 1991; Spruijt & de Goede, 1997; Joyner, 2008). Do mesmo modo, a Auto compaixão, funciona como uma espécie de proteção para o despoletar de perturbações, enquanto o autojulgamento aumentaria ainda mais a probabilidade de ocorrência de comportamentos suicidários.

Os resultados do presente estudo corroboram os dados de estudos internacionais, evidenciando que, quer a ideação suicida quer a história de para-suicídio ao longo da vida apresentam associações positivas significativas com a sintomatologia depressiva e com a desesperança (Beck et al., 1997; Beck *et al.*, 2000; Burge & Lester, 2001; Edwards & Holden, 2001; Esposito & Clum, 2002; Feijó, 1994; Hendin, 1991; Hovey & King, 1996; Joiner et al., 2002; Kumar & Steer, 1995; Maris et al., 2000; McGee *et al.*,

2001; Nugent & Williams, 2001; Sampson & Mrazek, 2001; Schotte & Clum, 1982; Shaffer & Pfeffer, 2001; Thompson et al., 1994; Yang & Clum, 1994). Por outro lado, verificou-se que quanto maior a percepção do suporte social da família, menor a probabilidade de ter ideação suicida. Esta constatação também está em consonância com estudos internacionais segundo os quais os adolescentes que reportam disporem de bom suporte social (baixo isolamento) exibem altos níveis de resiliência e baixos níveis de risco de suicídio. Os adolescentes são também menos propensos ao suicídio se percebem que são aceites pela família, amigos e pares e se tiverem relações de amizade positivas (Harter, Marold, Whitesell, & Cobbs, 1996). Aqueles que se sentem apoiados por conselheiros, pais, ou pares exibem mecanismos de *coping* mais saudáveis e mantêm uma visão mais positiva sobre o seu futuro (DeWilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1993). Em contraste, adolescentes que não têm suporte social e que experienciam isolamento podem enveredar-se por comportamentos suicidários (Deisher, 1991; Spruijt & de Goede, 1997). Portanto, quando ausente ou deficiente o suporte social percebido pode constituir-se num fator de vulnerabilidade para comportamentos suicidários. Pelo contrário, o suporte social percebido pode funcionar como fator de proteção para os comportamentos suicidários.

Alguns estudos incluídos nesta tese sustentam o papel das percepções de derrota e encurralamento como parte dos mecanismos subjacentes ao comportamento suicidário. Níveis elevados de percepção de derrota e encurralamento predisseram a ideação suicida num estudo de corte transversal (capítulos VI). Por outro lado, níveis elevados de derrota predisseram o para-suicídio numa amostra clínica (capítulo IV). Os resultados do presente estudo corroboram a literatura existente que demonstrou uma associação entre a derrota, o encurralamento e a suicidalidade em pacientes para-suicidas e em adolescentes coreanos, e estendem estes resultados aos estudantes (O'Connor, 2003; Park et al., 2010; Rasmussen et al., 2010). Ademais, estes resultados suportam em parte os modelos teóricos do suicídio que veem as percepções de derrota e encurralamento como um componente psicológico importante do mecanismo que orienta a ideação suicida e o para-suicídio, a saber o modelo do Cry of Pain (Williams, 1997) e o Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS; Johnson et al., 2008a). Os resultados demonstraram ainda os efeitos de mediação da derrota e do encurralamento

no impacto do suporte social percebido na suicidalidade, emprestando uma sustentação adicional a ambos os modelos (capítulos VI e IX). O suicídio pode ser visto como uma resposta viável ou mesmo desejável a sentimentos de derrota e encurralamento porque fornece uma solução permanente a, ou um escape de, uma situação penosa ou indesejada. Além disso, um aspecto da condição do derrotado e encurralado é julgar que a situação não pode ser melhorada através do esforço próprio ou de outrem. Por estar fora do repertório de respostas habituais, o suicídio pode ser visto como um último recurso. Isto é, o suicídio pode ser considerado de uma forma positiva como um recurso ou rede de segurança final (Shneidman, 1996; Walen, 2002). Conseqüentemente, as percepções de derrota e de encurralamento têm maior relevância nos casos em que o desejo suicida é motivada por um desejo de fuga (Johnson et al., 2008a). Muitos atos suicidas têm esta motivação (Baumeister, 1990; Shneidman, 1996), de acordo com investigações baseadas em autorrelatos de pacientes para-suicidas (Bancroft et al., 1976) e na suicidalidade relacionada com a imagem mental (Holmes et al., 2007).

Uma questão que não foi resolvida nos estudos desta tese é porque a derrota/encurralamento leva a um desejo suicida traduzido na ideação em alguns casos e resulta em tentativas de suicídio ou suicídios noutros. O grau de suicidalidade pode depender em parte da severidade e da cronicidade das percepções de derrota e encurralamento. No início dos sentimentos de derrota e de estar preso sem possibilidade de escape, apenas pensamentos sobre o suicídio podem ser adequados para suavizar estas percepções aversivas, tornando-as disruptivas pelo destaque da possibilidade de escape através do suicídio (Shneidman, 1996; Walen, 2002). A ideação suicida pode, entretanto, tornar-se menos eficaz em situações em que as percepções de derrota e de encurralamento permanecem por períodos prolongados ou são particularmente severas. Nestes casos o indivíduo pode recorrer a comportamentos suicidários mais extremos. Esta sugestão de uma transição fluída entre níveis diferentes de suicidalidade é congruente com a suposição da suicidalidade como um contínuo. O Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS; Johnson et al., 2008a) enfatiza também o papel de estruturas de crenças latentes ou esquema de suicídio na determinação do comportamento suicidário (Johnson et al., 2008a), uma ideia que é proposta também por outros teóricos (Rudd, 2006; Williams et al., 2005). Sugeriu-se que, em alguns

indivíduos, a presença de tais crenças latentes pode explicar a disponibilidade para a suicidalidade como resposta à derrota e ao encurralamento percebidos. Estas estruturas de crença podem também esclarecer aumentos na severidade dos comportamentos suicidários. Porque tais estruturas de crenças se tornam cada vez mais elaboradas, elementos mais severos do comportamento suicida, incluindo planos e métodos particulares para o comportamento suicidário, poderão incorporar-se neste sistema de cognição suicidogenica latente. Acredita-se que a ativação destas estruturas cognitivas ocorre em cada episódio suicidário (Tarrier et al., 2007a; Williams et al., 2005). Assim, seria de esperar que uma resposta de ideação suicida à percepção de derrota e de encurralamento facilitaria uma suicidalidade mais severa em períodos subsequentes ou continuados de derrota e/ou encurralamento. Outros teóricos enfatizaram o papel de experiências de vida particulares, incluindo aquelas associadas à agressão pessoal, à dor e ao auto dano, na dessensibilização do indivíduo para os aspetos comportamentais do suicídio (Joiner, 2005). Nesta perspectiva, enquanto a derrota e o encurralamento podem fornecer o desejo para o suicídio, outros fatores podem determinar a potencialidade de um indivíduo agir neste sentido.

A atual tese traz um argumento mais forte ao papel da derrota e do encurralamento na predição da ideação suicida fornecendo evidências de que estes efeitos não são puramente artefactos da desesperança ou dos sintomas depressivos. Verificou-se que era importante estabelecer efeitos sobre e para além do que poderia ser explicado pela desesperança (capítulo 1), uma vez que a desesperança estava possivelmente relacionada às percepções de escapabilidade e falha, da mesma forma que pode estar relacionada do ponto de vista conceptual com a derrota e o encurralamento. Várias teorias incluindo a teoria da desesperança para o suicídio e o modelo de diátese-stress, afirmam que a desesperança opera como uma causa proximal suficiente para a suicidalidade (Clum & Febraro, 1994; Clum et al., 1979; Cornette et al., 2000). Uma grande quantidade de evidências suporta a ligação putativa entre a desesperança e a suicidalidade na população geral (Dean & Range, 1999; Elliott & Frude, 2001; Kuo et al., 2004; O'Conner et al., 2006) e particularmente em indivíduos com diagnósticos de perturbações psicóticas (Hawton et al., 2005; Tarrier et al., 2004). Consequentemente, se o efeito que a derrota e o encurralamento exerce sobre a suicidalidade pudesse ser

explicada puramente em termos de desesperança, a construção anterior seria de pouco valia na compreensão do suicídio. O estudo 2 (capítulo VI) sugere que este pode não ser o caso, identificando um relacionamento significativo entre a derrota, encurralamento e a ideação suicida mesmo quando se controla a sintomatologia depressiva e a desesperança.

A derrota e o encurralamento tiveram a sua origem nas teorias da depressão e, como foi reconhecido no capítulo 3, existe uma extensa base de evidências que suportam a ligação entre estes conceitos e a sintomatologia depressiva. Consequentemente, os sintomas depressivos podem fornecer uma explanação alternativa para o relacionamento entre a derrota/encurralamento e os comportamentos suicidários. A ideação suicida pode, por exemplo, não ser uma reação direta aos sentimentos de derrota e encurralamento, como proposto acima, mas antes um resultado da ocorrência simultânea dum modo deprimido. Um estudo da presente tese indicou que pode não ser o caso, identificando uma relação significativa entre a derrota/encurralamento e a suicidalidade mesmo quando se controlam os níveis de sintomatologia depressiva (capítulos VI). Porém, no estudo clínico (capítulo IX) verificou-se que quando introduzidos simultaneamente no modelo, apenas a derrota se mostrou significativa indiciando a possibilidade do encurralamento constituir uma entidade unitária com a derrota. Ademais, quando a sintomatologia depressiva foi introduzida no modelo (que neste estudo assumiu níveis clínicos) também a derrota deixou de ser significativa mostrando que tanto a derrota como o encurralamento podem, em amostras clínicas, ser o resultado da ocorrência simultânea de um estado deprimido.

A relação entre a desregulação emocional e o suicídio tem sido frequentemente discutido, mas as investigações nesta área têm tido alguma dificuldade em clarificar a natureza desta relação (Anestis, 2011). Neste estudo pretendeu-se avaliar o efeito mediador das dificuldades de regulação emocional na relação entre as experiências negativas precoces e a ideação suicida. Utilizando uma amostra de estudantes adolescentes, formulou-se a hipótese de que as dificuldades de regulação emocional mediarão a relação entre as experiências negativas precoces e a ideação suicida. Os resultados, em larga medida, parecem corroborar a hipótese formulada, sendo consentâneos com a literatura científica que tem demonstrado uma associação positiva

entre as experiências negativas na infância e uma variedade de sintomas psicopatológicos, incluindo os comportamentos suicidários (Gilbert, 1998c, 2000b; Perris, 1994; Richter et al, 1994; Rutter et al, 1997).

Por último, verificaram-se efeitos de mediação de todas as dimensões estudadas das dificuldades de regulação emocional na relação entre as experiências de vida negativas precoces e a ideação suicida, pelo que a hipótese do estudo não foi infirmada. Isto é, os resultados parecem indicar que o efeito das experiências precoces de ameaça, submissão e desvalorização levam os indivíduos a desenvolverem dificuldades de regulação emocional, que por sua vez são preditores da ideação suicida. Esses dados corroboram os dos estudos internacionais que têm ligado de forma consistente a desregulação emocional com a ideação e o desejo suicidários (Lynch et al., 2004; Orbach et al., 2007).

No estudo desenhado para explorar a raiva enquanto traço de personalidade, a expressão da raiva e sua relação com a ideação suicida numa população de adolescentes cabo-verdianos, os resultados indicaram pontuações de raiva superiores às de adolescentes russos, americanos (Kassinove et al., 1997; Reyes et al., 2003) e ingleses (Vogele & Steptoe, 1993; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 1999; Yarcheski et al., 2002). Estas diferenças nas pontuações médias parecem ser atribuíveis às variações verificadas nas variáveis idade e etnicidade das amostras (Reyes et al., 2003).

As pontuações médias da raiva dirigida ao próprio na amostra cabo-verdiana foram superiores às do estudo de Reyes et al. (2003) e das verificadas no estudo de Kassinove et al. (1997) com adolescentes. Todavia, as pontuações médias da raiva dirigida ao exterior e do controlo da raiva foram inferiores às verificadas noutros estudos (Kassinove et al., 1997; Mahon, Yarcheski, & Yarcheski, 2000; Reyes et al., 2003; Vogele & Steptoe, 1993; Yarcheski et al., 2002).

A pontuação média da variável raiva traço da personalidade mostrou-se significativamente mais elevada no género feminino em relação à pontuação média verificada no género masculino ($p = .001$). Estes dados são consistentes com os de estudos internacionais com adolescentes segundo os quais o nível de escolaridade e o género são variáveis significativas para a raiva (Jones & Peacock, 1992). Todavia, as

pontuações médias da raiva estado não diferiram de forma significativa nos dois géneros, o que não corrobora os dados dos estudos supracitados (Ibidem).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas pontuações médias da expressão da raiva. Dados que não corroboram os dados de estudos prévios segundo os quais a expressão e as estratégias de *coping* relacionadas com a raiva diferem de acordo com o género, isto é, os estudantes do género masculino tenderiam a evidenciar níveis médios superiores de raiva externa e controlo da raiva quando comparados com as estudantes (Jones & Peacock, 1992; Jones, Peacock, & Christopher, 1992; Kassinove et al., 1997; Modrcin-McCarthy, Pullen, Barnes, & Alpert, 1998). É de realçar que em muitas culturas, a expressão da raiva é considerada como mais apropriada para os indivíduos do género masculino, enquanto os do género feminino devem evitar mostrar-se irritadas (Fields et al., 1998). Ora, isto parece não se aplicar à cultura cabo-verdiana.

De acordo com os dados tanto a raiva, traço da personalidade, como a expressão da raiva (raiva-interna) mostraram-se relacionadas com os pensamentos suicidários. Embora os estudos sobre a relação entre a raiva e a ideação suicida em adolescentes sejam raros, o resultado do presente estudo é consistente com o de estudos precedentes que mostram que os adolescentes com ideação suicida apresentaram níveis mais elevados de raiva quando comparados com os que não apresentaram ideação suicida (Lamb & Pusker, 1991; Park et al., 2010). Todavia, os dados do presente estudo não são consistentes com os de estudos anteriores (Lam & Pusker, 1991; Park et al., 2010) no que concerne ao controlo da raiva, isto é, na amostra cabo-verdiana não foram verificadas diferenças significativas de controlo da raiva entre os grupos com e sem ideação suicida.

As variáveis raiva traço da personalidade e raiva dirigida a si próprio mostraram-se preditores da ideação suicida. Porém, quando a variável nível de escolaridade foi introduzida na equação de regressão logística o modelo passou a ser explicado apenas pela variável raiva traço da personalidade. Portanto, a hipótese formulada em parte não foi infirmada.

CAPÍTULO XI

Conclusões Gerais

CAPÍTULO XI – Conclusões Gerais

A complexidade das interações intrapessoais e interpessoais que acontecem durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, em determinadas circunstâncias, pode levar o indivíduo a experienciar cognições, sentimentos e desejos mal adaptativos, esporádicos ou permanentes que, não raras vezes, resultam em comportamentos autodestrutivos.

O principal objetivo desta dissertação foi procurar compreender o fenómeno e os fatores psicológicos subjacentes aos comportamentos suicidários (ideação e para-suicídio) numa população de adolescentes. Especificamente pretendeu-se explorar os fatores psicológicos preditores do aparecimento da ideação suicida e do para-suicídio, bem como alguns fatores que podem funcionar como mediadores ou protetores para o risco de suicídio. Portanto, desenharam-se estudos empíricos para testar as hipóteses formuladas.

De uma maneira geral, os resultados obtidos mostraram corroborar as hipóteses formuladas. Trata-se de um estudo que permitiu clarificar a prevalência do risco para o suicídio (ideação suicida atual, para-suicídio ao longo da vida e nível de gravidade da última tentativa) numa população de adolescentes estudantes cabo-verdianos. Apesar do seu carácter exploratório e da necessidade de replicação noutras amostras, os dados indicam que, à semelhança do que acontece a nível internacional, tanto a ideação suicida como o para-suicídio estão presentes numa larga proporção de adolescentes estudantes cabo-verdianos. Por outro lado, verificou-se que tanto a ideação suicida como o para-suicídio são mais frequentes entre os indivíduos do género feminino quando comparados com os do género masculino, o que também corrobora os dados internacionais. O desejo de morrer durante a última tentativa de suicídio foi considerado sério pela maioria dos sujeitos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto à gravidade da última tentativa de suicídio. Padrões longitudinais de ideação suicida podem prever adolescentes em risco elevado de avançar para comportamentos suicidários mais sérios (Reuter et al., 2008). Daí que numa população jovem como a cabo-verdiana, os dados obtidos remetem para a necessidade urgente de uma maior e mais assertiva atenção aos comportamentos

suicidários, com investigações mais abrangentes e programas de prevenção sistemáticos direcionados para a população adolescente que podem ser baseadas nas escolas.

O estudo traz mais um contributo para a importância das variáveis do *rank* social na predição tanto da ideação suicida como do para-suicídio. Com efeito, algumas dessas relações mostraram-se independentes da sintomatologia depressiva e da desesperança. Além disso, mostrou que essas variáveis parecem mediar o efeito do défice de suporte social sobre a ideação suicida e o para-suicídio.

As análises efetuadas permitiram concluir que as dificuldades de regulação emocional têm um efeito mediador na relação entre as experiências de vida precoces de ameaça, submissão e depreciação e a ideação suicida. Isto é os efeitos das experiências de vida precoces de ameaça, submissão e desvalorização sobre a ideação suicida são transportados pelas dificuldades de regulação emocional.

Por último, os resultados mostraram que a raiva-traço da personalidade parece prediz a ideação suicida.

Os resultados deste dos estudos demonstraram que os comportamentos suicidários (ideação e para-suicídio), à semelhança do que acontece na maioria dos países, assumem-se na população adolescente estudante cabo-verdiana, como o resultado de múltiplos fatores e parecem corroborar tanto asunções das teorias cognitivas-comportamentais, como das teorias baseadas no *rank* social.

O presente estudo trouxe luzes sobre o comportamento suicidário em adolescentes cabo-verdianos que podem orientar futuras intervenções preventivas e investigações.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., et al. (2002). The hopelessness theory of suicidality. In T. E. Joiner & D. M. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Adinkrah, M. (2011). Epidemiologic Characteristics of Suicidal Behavior Contemporary Ghana. *Crisis*, 32(1), 31-36.
- Allan, S., & Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 32, 551-565.
- Allison, S., Pearce, C., Martin, G., Miller, K., & Long, R. (1995). Parental influence, pessimism and adolescent suicidality. *Archives of Suicide Research*, 1, 229-242.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-662.
- Andrews, P. W., & Thomson, J. A. (2009). The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116, 620-654.
- Anestis, M.D., Bagge, C.L., Tull, M.T., Joiner, e T.E., (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 603-611.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Araújo, L.C., Vieira, KFLV, Coutinho, M.P.L., (2010). Ideação suicida na Adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15 (1), 47-57.
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y., & Zalzman, G. (2008). Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 22-29.
- Arrindell, W. A., Hanewald G.J.F.P., Kolk A.M. (1989). Cross-national constancy of dimensions of parental rearing style: the Dutch version of the Parental Bonding Instrument (PBI). *Person Individ Diff*, 10, 949-956.
- Arrindell, W.A., Gerlsma, C. (1990). The Validity of the Index for Differentiation of State and Trait Scales. *Psychological Reports*, 67, 528-530.
- Baetz, M., Larson, D.B., Marcoux, G., Jokic, R., Bowen, R.(2002). Religious psychiatry: the Canadian experience. *J Nerv Ment Dis*; 190:557-559.
- Bancroft, J., Skrimshire, A., Casson, J., Harvard-Watts, O., & Reynolds, F. (1977). People who deliberately poison or injure themselves: their problems and their contacts with helping agencies. *Psychological Medicine*, 7: 289-303.
- Bancroft, J., Skrimshire, A., & Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 128, 538-548.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology, Statistical Section*, 3, 77-85.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Baumert, P. W. J., Henderson, J. M., & Thompson, N. J. (1998). Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports. *Journal of Adolescent Health*, 22, 460-465.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors suicide and attempt suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*; 34: 420-436.

- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, *31*, 837-845.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for Beck Scale for Suicidal Ideation*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual, 2nd ed.* San Antonio, TX: Harcourt Brace and Company.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Koracks, M., Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation. *American Journal Psychiatry*, *142*, 559-563.
- Beck, A. T. (1996) – Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). Ed. P. M. Salkovskis. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 190-195.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R.A., (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical rating of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 309-310.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour: an overview. *Journal of the American Medical Association*, *234*, 1146-1149.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 343-352.
- Beck, A., Schuyler, D. & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H.L.P. Resnik & D. J. Lettieri (Eds.), *The Prediction of Suicide*, 45-56, Bowie, MD: Charles Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for Beck Scale for Suicidal Ideation*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual, 2nd ed.* San Antonio, TX: Harcourt Brace and Company.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Becker, C., Zeau, B., Rivat, C., Blugeot, A., Hamon, M., & Benoliel, J.-J. (2008). Repeated social defeat-induced depression-like behavioral and biological alterations in rats: involvement of cholecystokinin. *Molecular Psychiatry*, *13*, 1079–1092.
- Begley, M., & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *28*, 26-34.
- Benda, B. B., & Corwyn, R. F. (1997). A test of a model with reciprocal effects between religiosity and various forms of delinquency using 2-stage least squares regression. *Journal of Social Service Research*, *22*, 27–52.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J., & Schoder, M. N. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors: I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, *24*, 163–172.
- Beuke, C. J., Fischer, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, *23*, 831-848.
- Bille-Brahe, U., Andersen, K., Wasserman, D., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Hawton, K., Kerkhof, A., Linnqvist, J., Michel, K., Phillippe, A., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesvry, B. (1996) The WHO-EURO Multicentre Study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. *Crisis*, *17*, 32-42.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., et al. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*, *34*, 1571-1580.

- Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approaches to depression and suicidal thinking in psychosis 1: Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 516-521.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, *30*, 337-344.
- Bjarnason, T., & Thorlindsson, T. (1994). Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *24*, 350-358.
- Blum, R. W., Harmon, B., Harris, L., Bergeisen, L., & Resnick, M. D. (1992). American Indian-Alaska Native youth health. *The Journal of American Medical Association*, *267*, 1637-1644.
- Boomsma, D.I., de Geus, E.J., van Baal, G.C., & Koopmans, J.R. (1999). A religious upbringing reduces the influence of genetic factors on disinhibition: evidence for interaction between genotype and environment on personality. *Twin Res*; *2*:115-125.
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, *107*, 485.
- Botsis, A., Soldatos, C., Liossi, A., Kokkevi, A. & Stefanis (1994). Suicide and violence risk. Relationship to coping styles. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 2, 92-96.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., Chiappetta, L. (1999). Age-and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 1497-1505.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., & Kolko, D. J. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 581-588.
- Brent, D., Perper, J., Kolko, D., & Zelenak, J. (1988). The psychological autopsy: Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 362-366.
- Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., et al. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 521-529.
- Brewin, C. R., Firth-cozens, J., Funham, A. and McManus, C. (1992). Self-criticism in adulthood and recalled childhood experience. *Journal of Abnormal Psychology*; *101*(3): 561-566.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R., & Brent, D.A. (2006). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* *47*:3/4 (2006), pp 372-394; doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*; *47*: 372-94.
- Broadhead, J. C., & Abas, M. A. (1998). Life events, difficulties and depression among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, *28*, 29-38.
- Brown G.K., Beck AT, Steer RA, et al. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; *68*:371-7.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, *25*, 7-21.
- Bryan, C. J., Morrow, C. E., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2010). A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in a military sample. *Personality and Individual Differences*, *48*, 347-350.
- Buddeberg, C., Buddeberg, F. B., Gnam, G., Schmid, J., & Christen, S. (1996). Suicidal in Swiss students: An 18-month follow-up survey. *Crisis*, *17*, 78-86.
- Caldwell, L. L., & Smith, E. A. (1995). Health behaviors of leisure alienated youth. *Loisir et Société/Society and Leisure*, *18*, 209-218.

- Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.
- Canton, G., Gallimberti, L., Gentile, N., & Ferrara, S. D. (1989). L'ideazione di suicidio nell'adolescenza: prevalenza in un campione di studenti e relazione con i sintomi psichiatrici. *Rivista di Psichiatria*, 24, 101-107.
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C., et al. (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: Results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 299-304.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J. & Castilho, P. (2011). Versão Portuguesa da Escala de Derrota. *Psychologica*, 54.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas de Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções de Auto-Criticismo e Auto-Ataque. *Psychologica*, 54.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Auto compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Suicide facts at a glance. Retrieved from <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>
- Centre for Disease Control and Prevention (1995). Suicide among children, adolescents, and young adults—United States, 1980–1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44, 289–291.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009) Injury prevention and control. Retrieved from http://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Retrieved from www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html), Central Intelligence Agency. (2011). The World Factbook. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>
- Chan, W., Law, C., Liu, K., Wong, P., Law, Y. and Yip, P. (2009). Suicidaliry in Chinese adolescents in Hong Kong: the role of family and cultural influences. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, vol. 44. no.4, pp. 278-284.
- Chang, E. C. (2002). Predicting suicide ideation in an adolescent population: examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences*, 32, 1279-1291.
- Choquet, M., Darves-Bornoz, J.-M., Ledoux, S., Manfredi, R., & Hassler, C. (1997). Self-reported health and al problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey. *Child Abuse and Neglect*, 21, 823–832.
- Choquet, M., & Menke, H. (1989). Suicidal thoughts during early adolescence: Prevalence, associated troubles and helpseeking. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 170 – 177.
- Clum, G. A., & Febbraro, G. A. R. (1994). Stress, social support and problem-solving appraisal/skill: Prediction of suicide severity within a college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 16, 37-46.
- Clum, G. A., & Febbraro, G. A. R. (2002). Social problem solving and suicide risk. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla & L. J. Sanna (Eds.), *Social Problem Solving: Theory, Research and Training* (pp. 67-83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Clum, G. A., Patsiokas, A., & Luscomb, R. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 937-945.
- Cochrane, R. & Robertson, A. (1975). Stress in the lives of parasuicides. *Social Psychiatry*, 10, 161-171.

- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 248–255.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., & Toma's, J. (2001). Abuse and deliberate self-poisoning in women: A matched case control study. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1291–1302.
- Commonwealth Department of Health and Family Services (1997). Youth suicide in Australia: A background monograph. Canberra, Australia7 Australian Government Publishing Services.
- Commonwealth Department of Health and Family Services (1997). Youth suicide in Australia: A background monograph. Canberra, Australia7 *Australian Government Publishing Services*.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Cook, J.M., Pearson, J.L., Thompson, R., Black, B.S., e Rabins, P.V. (2002). Suicidality in older African Americans: findings from the EPOCH study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10, 437–446.
- Corcoran, P., Keeley, H., O'Sullivan, M., & Perry, I. J. (2004). The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *European Journal of Public Health*, 14, 19-23.
- Cornette, M. M., Abramson, L. Y., & Bardone, A. M. (2000). Toward an integrated theory of suicidal behaviors: Merging the hopelessness, self-discrepancy, and escape theories. In T. E. Joiner & D. M. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding boundaries* (pp. 43-66). Boston: Kluwer Academic Publishing.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Psiqu Clin.*, 37 (4), 145-51.
- Culp, A. M., & And, O. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence*, 30, 827–837.
- Cummings, J. L., & Mega, M. S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioural neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Durkheim E: Suicide. Translated by Spaulding JA, Simpson G. New York, Free Press, 1951.
- Stack S, Lester D (1991).The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 26, 168–170.
- Dean, P. J., & Range, L. M. (1999). Testing the escape theory of suicide in an outpatientclinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 561-572.
- Department of Health (1998). Our healthier nation: A contract for health. London, UK7 HMSO.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F., Ellis, S., Burke, A.K., e Mann, J.J. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Journal Psychiatry*; 161: 2303-2308.
- Dixon, A. K. (1998). Ethological strategies for defence in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 417-445.
- Dixon, W. A., Heppner, P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-56.
- Domenech, E., Canals, J., & Ferná'ndez-Ballart, J. (1992). Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: A three-year followup study of a pubertal population. *Personality and Individual Differences*, 13, 1055–1057.
- Drake, R. E., & Cotton, P. G. (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 148, 554–559.
- Dubow, E. F., Kausch, D. F., Blum, M. C., Reed, J., & Bush, E. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 158–166.

- Dyer, J. A., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, *144*, 127-133.
- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., et al. (2008). Youth risk behavior surveillance—United States, 2007. *MMWR*, *57*(SS04), 1-131.
- Ellis, T. E., & Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: Two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 47–68.
- Epstein, J.A. & Spirito, A. (2010). Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. *Archives of Suicide Research*, *14*(3), 193-205.
- Elliott, J. L., & Frude, N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *22*, 20-26.
- Ellis, T. E., & Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: Two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 47–68.
- Eskin, M. (1995). Suicidal as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: Across-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 158–172.
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress*, *15*, 137-146.
- Evans, E., Hawton, K, and Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, *24*, 957–979.
- Evans, E., Hawton, K. Rodham, K. and Deeks, J. (2005). The prevalence of suicide phenomena in students: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35 (3), 239-249.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescence: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life-Threat Behav*, *35*(3), 239-50.
- Evans, W., Smith, M., Hill, G., Albers, E., & Neufeld, J. (1996). Rural adolescent views of risk and protective factors associated with suicide. *Crisis Intervention*, *3*, 1–12.
- Favaro, A., Ferrara, S. and Santonastaso, P. (2007). Self-injurious Behaviour in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviours. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68* (1), pp. 122-1331.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 612–622.
- Fliege, H., Lee, J.R., Grimm, A. & Klapp, B.F.(2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behaviour: A systematic Review. *Journal of Psychosomatic research*, *66* (6), 477-493.
- Fortuna, L.R., Perez, D.J., Canino, G., Sribney, W., e Alegria M. (2007). Prevalence and correlatos of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among Latino subgroups in United Status. *J Clin Psychiatry*, *68*, 572-81.
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1993). *Cognitive therapy of suicidal behaviour – A Manual for Treatment* Springer Publishing Company New York.
- Galanter, M., Larson, D., e Rubenstone, E. (1991). Christian Psychiatry: the impact of evangelical belief on clinical practice. *Am J Psychiatry*, *148*, 90–95.
- Gartrell, J. W., Jarvis, G. K., & Derksen, L. (1993). Suicidality among adolescent Alberta Indians. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *23*, 366–373.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H-ü, Rujescu, D., Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, Aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, *43*, 1262–1271.
- Gilbert, P. (2001b). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*, 17-27.

- Gilbert, P. (2006b). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gilbert, P. (2000a). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P. (2000b). Varieties of submissive behaviour as forms of social defence: Their evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 3-46). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000c). Social Mentalities: Internal "social" conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K.G. Bailey (Eds.). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp.118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2001a). Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *Stress*, 4, 121-135.
- Gilbert, P. (2001b). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.
- Gilbert, P. (2006a). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In N. Tarrow (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2006b). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585-598.
- Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Miles, J. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat, and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, 71, 141-151.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., et al. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behavior in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31, 1117-1127.
- Gilbert, P., & Gilbert, J. (2003). Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 173-188.
- Gilbert, P. (1998a). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 447-463.
- Gilbert, P. (1998b). Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind designed better than it is? *British Journal of Medical Psychology*, 71 (4), 353-374.
- Gilbert, P. (2003b). Shame, stigma and the family: "Skeletons in the Cupboard" and the role of shame. In A.H. Crisp (Ed.), *Every family in the land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness* (pp. 129-136). London: The Royal Society of Medicine Press.
- Gilbert, P. (2004b). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp.99-142). Chichester: J. Wiley.
- Gilbert, P. (2004c). Evolution, attractiveness and the emergence of shame and guilt in a self-aware mind: A reflection on Tracy and Robins. *Psychological Inquiry*, 15, 132-135.
- Gilbert, P. (2004f). Threat safeness and schizophrenia: hidden issue in an evolutionary story. *Behavioral and Brain Science*, 27(6), 858-859. doi: 10.1017/S0140525X04260198.
- Gilbert, P. (2005d). Social Mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationship. In N. Tarrow (Ed). *Interpersonal cognitions* (pp. 299-335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2007c). Thinking self-awareness, social goals and the role of shame in depression. In P. Gilbert (Ed.), *Psychotherapy and counseling for depression* (3.rdEd.) (pp.112-144). London: Sage.

- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585-598.
- Gilbert, P., & Gilbert, J. (2003). Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 173-188.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassembling oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. Doi : 10.1348/014466504772812959.
- Gilbert, P., & Miles, J.N.V. (2000b). Sensitivity to put-down: Its relationship to perceptions of shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29(4), 757-774. Doi: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5.
- Gilbert, P., & Miles, J.N.V. (2002). Body shame: Conceptualizations, research and treatment.
- Gilbert, P., Price, J. S., & Allan, S. (1995). Social Comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13(2), 149-165.
- Gilbert, P.J., & Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 149-160.
- Goldney, R.D., (1985). Parental representation in young women who attempt suicide. *Acta psychiatr Scand*, 72, 230-232.
- Goldney, R. D. (2005). Risk factors for suicidal behaviour: Translating knowledge into practice. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice*. Oxford: Oxford University press.
- Goldney, R.D., Winefield, A., Saebel, J., Winefield, H., & Tiggeman, M. (1997). Anger, suicidal ideation, and attempted suicide: a prospective study. *Compr Psychiatry*; 38:264–268.
- Goldstein, R. C., & Willner, P. (2002). Self-report measures of defeat and entrapment during a brief depressive mood induction. *Cognition & Emotion*, 16, 629-642.
- Gollust, S.E., Eisenberg, D. and Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, vol. 56, no. 5, pp. 491-498.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: factores de risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 23, no. 4, pp. 253-263.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 32, 404–417.
- Grossman, D. C., Milligan, B. C., & Deyo, R. A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*, 81, 870–874.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al. (2004). Youth risk behavior surveillance—United States, 2003. *MMWR*, 53(SS02), 1-96.
- Hadley, S. A., & MacLeod, A. K. (2009). Conditional goal-setting, personal goals and hopelessness about the future. *Cognition and Emotion* 1-11.
- Harkavy-Friedman, J. M., Asnis, G. M., Boeck, M., & DiFiore, J. (1987). Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1203–1206.
- Harrison, P. A., & Luxenberg, M. G. (1995). Comparisons of alcohol and other drug problems among Minnesota adolescents in 1989 and 1992. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149, 137–144.
- Harwood, D. M. J., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 36, 1265-1274.

- Hayes, S.C., Strosahl, D.K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, G.K. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In C.S. Hayes & D.K. Strosahl (Eds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp.3-21). New York: Springer.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British journal of Psychiatry*, 150:145-153.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., and Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *The British Medical Journal*, vol. 325, no. 7374, pp.1207-1211.
- Holden, R. R., & Fekken, G. C. (1988). Test-retest reliability of the hopelessness scale and its items in a university population. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 40-43.
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression - "flash-forwards"? *Journal of Behavior Therapy*, 38, 423-434.
- Houston, K., Hawton, K., & Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15–24: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 63, 159–170.
- Hovey, J.D. (1999). Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychol Rep*; 85:171–177.
- Howard-Pitney, B., LaFramboise, T. D., Basil, M., September, B., & Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 473–476.
- Isherwood, J., Adam, K. & Hornblow, A. (1982). Life event stress, psychosocial factors, suicide attempts and auto-accident proclivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 371-383.
- Ivarsson, T., & Gillberg, C. (1997). Depressive symptoms in Swedish adolescents: Normative data using the Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Journal of Affective Disorders*, 42, 59–68.
- Jacobson, C.M. and Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behaviour among adolescent> A critical review of the literature. *Archives of suicide research*, vol. 11, no. 2, pp. 129-147.
- Joffe, R. T., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1988). Ontario child health study: Suicidal in youth age 12–16 years. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1420–1423.
- Johnson, J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2008a). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 55-77.
- Johnson, J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48, 179-186
- Johnson, J., Tarrier, N., & Gooding, P. (2008b). An investigation of aspects of the cry of pain model of suicide risk: The role of defeat in impairing memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 968-975.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., et al. (2009). Main predictors of the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 634-646.
- Jones, I. F. (1991). Social factors in adolescent suicidal ideation and behaviour. Thesis: University of North Texas.
- Juan, W., Xiao-Juan, D., Jia-Ji, W., Xin-Wang, W. & Liang, Xu (2010). The associations between health risk behaviors and suicidal ideations and attempts in an urban Chinese sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 126, 180-187
- Juon, H. S., Nam, J. J., & Ensminger, M. E. (1994). Epidemiology of suicidal among Korean adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 663–676.
- Keeney, A., Jessop, D. S., Harbuz, M. S., Marsden, C. A., Hogg, S., & Blackburn-Munro, R. E. (2006). Differential effects of acute and chronic social defeat stress on hypothalamic-

- pituitary-adrenal axis function and hippocampal serotonin release in mice. *Journal of Neuroendocrinology*, 18, 330–338.
- Kessing, L. V. (2004). Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 153-156.
- Kidd, S. (2004). "The walls were closing in, and we were trapped": A qualitative analysis of street youth suicide. *Youth & Society*, 36, 30-54.
- Kidd, S. (2006). Factors precipitating suicidality among homeless youth: A quantitative follow-up. *Youth & Society*, 37, 393-422.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ* 1999, 319, 348–51.
- Kandel, D. B., Raveis, V. H., & Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 289–309.
- Kaplan, S. L., Landa, B., Weinhold, C., & Shenker, I. R. (1984). Adverse health behaviors and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 595–601.
- Kaplan, H., & PoKorny, A. (1976) – Self Attitudes and suicide behaviour. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6 (1), 23-25.
- Kashani, J. H., Reid, J. C., & Rosenberg, T. K. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 496–499.
- Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame*. New York: Springer.
- Keane, E. M., Dick, R. W., Bechtold, D. W., & Manson, S. M. (1996). Predictive and concurrent validity of the Suicidal Ideation Questionnaire among American Indian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 735–747.
- Keeney, A., Jessop, D. S., Harbuz, M. S., Marsden, C. A., Hogg, S., & Blackburn-Munro, R. E. (2006). Differential effects of acute and chronic social defeat stress on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and hippocampal serotonin release in mice. *Journal of Neuroendocrinology*, 18, 330–338.
- Kelly, K. B. (1991). Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. II. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 80, 844–851.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A., (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic epidemiologic study. *Am J Psychiatry*; 154:322–329.
- Kerr, D. C. R., Owen, L. D., & Capaldi, D. M. (2008). Suicidal ideation and its recurrence in boys and men from early adolescence to early adulthood: An event history analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 625-636.
- Kessing, L. V. (2004). Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 153-156.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kessler, R. C., Borges, G and Walters, E.E. (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, no. 7, pp. 617 626.
- Kidd, S. (2004). "The walls were closing in, and we were trapped": A qualitative analysis of street youth suicide. *Youth & Society*, 36, 30-54.
- Kidd, S. (2006). Factors precipitating suicidality among homeless youth: A quantitative follow-up. *Youth & Society*, 37, 393-422.

- Kienhorst, C. W. M., De Wilde, E. J., Van Den Bout, J., Diekstra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 156, 243–248.
- Kinkel, R. J., Bailey, C. W., & Josef, N. C. (1989). Correlates of adolescent suicide attempts: Alienation, drugs and social background. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 34, 85–96.
- Kinyanda, E., Kizza R., Levin, J., Ndyabangi, S., & Aboo, C. (2011) Adolescent Suicidality as seen in rural northeastern Uganda: prevalence and risk factors. *Crisis* 32(1), 43-51.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., Zanini, D. (2012). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Esp Psiquiatr* 2012, 39(4), 226-35.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York, Oxford University Press.
- Kolves, K., Varnik, A., Schneidere, B., Fritzee, J., & Allik, J. (2006). Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Social Science & Medicine*, 62, 2887-2896.
- Kotler, M., Finkelstein, G., Molcho, A., Botsis, A., Plutchic, R., Brow, S., Van Praag, H. (1993). Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: coping styles and social support. *Psychiatry Research*, 47(3), 281-290.
- Kuo, W.-H., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497-501.
- Lanzi, G., Rossi, G., Balottin, U., Brisone, G., Citterio, A., Leonardi, G., et al. (1997). Disturbi del comportamento alimentare. *Minerva Pediatrica*, 49, 249–260.
- Larsson, B., Melin, L., Breitholtz, E., & Anderson, G. (1991). Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 385–390.
- Lau, M. A., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1001-1017.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaption*. New York, NY: Oxford University Press.
- LeBlanc, A. J., Driscoll, A. K., & Pearlin, L. I. (2004). Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging & Mental Health*, 8, 410–421.
- Lee, D. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations Research and Use in Psychotherapy* (pp. 326-351). London: Routledge.
- Lee, H-S, Kim, S., Choi, I., Lee, K-U (2008). Prevalence and Risk Factors Associated with Suicide Ideation and Attempts in Korean College Students. *Psychiatry Investig*, 5, 86-93
- Linehan M.M., Heard H.L. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients: reply. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 157–158.
- Leibetseder, M. M., Rohrer, R. R., Mackinger, H. F., & Fartacek, R. R. (2006). Suicide attempts: Patients with and without an affective disorder show impaired autobiographical memory specificity. *Cognition & Emotion*, 20, 516-526.
- Lewis, S. A., Johnson, J., Cohen, P., Garcia, M., & Velez, C. N. (1988). Attempted suicide in youth: Its relationship to school achievement, education goals and socioeconomic status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 459–471.
- Linehan, M., Chiles, J., Egan, k., Devine, R., & Laffaw, J. (1986). Presenting Problems of parasuicides versus suicide ideators and non-suicidal psychiatric patients. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 54, 880-881.
- Liu, X. (2004). Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*, vol. 27 (7), pp. 1351-1358.

- Liu X., Sun, Z. and Yang, Y. (2008). Parent-reported suicidal behaviour and correlates among adolescent in China. *Journal of affective Disorders*, vol. 105, no. 1-3, pp. 73-80.
- Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Versão Portuguesa da Escala de Experiências de Vida Precoces. *Psychologica*, 54.
- Lopes, B., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2011). Validação Portuguesa da Escala de Vergonha Externa. *Psychologica*, 54.
- Luscomb, R., Clum, G. & Patsiokas, A., (1980). Mediating factors in the relationship between life stress and suicide attempting. *Journal of Nervous and Mental disease*, 168, 644-650.
- Lyubomirsky, S., Cadwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1995).
- Lyubomirsky, S., Cadwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of rumination and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166-177.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Cadwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminator are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1041-1060.
- Macleod, A. & Williams, J. (1992) – The cognitive psychology of parasuicide behaviour. In *Suicidal Behaviour in Europe – Recent Research Findings*, John Libbey, 217-223.
- Madianos, M. G., Gefou, M. D., & Stefanis, C. N. (1993). Depressive symptoms and suicidal among general population adolescents and young adults across Greece. *European Psychiatry*, 8, 139–146.
- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature medicine*, 4, 25-30.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- 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, 181-189.
- Manson, S. M., Beals, J., Dick, R. W., & Duclos, C. (1989). Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Report*, 104, 609–614.
- Marcenko, M. O., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 121–138.
- Maris, R. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360, 319-326.
- Maris, R. (1981). *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Martin, G. (1996). The influence of television suicide in a normal adolescent population. *Archives of Suicide Research*, 2, 103–117.
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 336–344.
- Martin, G. and Waite, S. (1994). Parental boding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*; 89: 246-254.
- Matos, M.& Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312. Doi: 10.1002/cpp.659.
- Matos, M.& Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312. Doi: 10.1002/cpp.659.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). Vergonha Externa: Versão portuguesa da Escala de Vergonha Externa. *Psychologica*, 54.
- McLeavey, B., Daly, R., Murray, C., O' Riordan, J. & Taylor, M. (1987). Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening behaviour*, 17(1), 33-49.
- Michael, T., Halligan, S., Clark, D., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307-317.
- Miller, D.N. (2011). *Child and Adolescent Suicidal Behavior: School-Based, Prevention, Assessment and Intervention*. New York; The Guilford Press.

- Miller, H. & Norman, W. (1979). Learned helplessness in humans: A review and attribution theory model. *Psychological Bulletin*, 86(1), 93-118.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 12-18.
- Monat, A. & Lazarus, R. (1985). Stress and coping: some current issues and controversies, pp. 1-16 in *Stress and Coping: an anthology*, Ed. A. Monat e R. S. Lazarus Columbia University Press.
- Monck, E., & Graham, P. (1988). Suicidal ideation in a total population of 15–19 years old girls. *Tentatives de Suicide a L'Adolescence*, 167–175.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 519-527.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, L., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of ruminaton and worry on the links between neuroticism, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105-1111.
- Muula, A.S., Kazembe, L. N., Rudatsikira, E., & Siziya, S.(2007). Suicidal idiaton and associated factors among in-school adolescents in Zambia. Tanzania, Health Res Bull, 9(3), 202-06.
- Nademin, E., Jobes, D. A., Pflanz, S. E., Jacoby, A. M., Ghahramanlou-Holloway, M., Campise, R., et al. (2008). An investigation of interpersonal-psychological variables in air force suicides: A controlled-comparison study. *Archives of Suicide Research*, 12, 309-326.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., e Lewis. G. (1997). Tolerance of suicide, religion, and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychol Med*, 27, 1165–1171.
- Neeleman, J., e King, M.B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand*, 88, 420–424.
- Neeleman, J., e Persaud, R., (1995). Why do psychiatrists neglect religion? *Br J Med Psychol.*, 68, 169–178.
- Nesse, R. (1998). Emotional disorders in evolutionary perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 397-415.
- Nesse, R. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression: A review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91-102.
- Needles, D. J. & Abranson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156-165.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of scale to measure sel-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. Doi: 10.1080/152298860390209035.
- Neuringer, C. (1976). Current developments in the study of suicidal thinking. In E. S. Shneidman (Ed), *suicidology: Contemporary developments*. New York: Grunne e Stratton.
- Nimeus, A., Alsen, M., & Traskman-Bendz, L. (2002). High suicidal intent scores indicate future suicide. *Archives of Suicide Research*, 6, 211-219.
- Nock M.K., Borges G., Bromet, E. J., Cha, C.B., Kessler R. C., Lee S (2008). Suicide and Suicide Behavior. *Epidemiologic Review*,30; DOI: 10.1093/epirev/ mxn002.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effect on the duration of depressive episodes. *Journal Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nock et al. (2008). *Epidemiol Rev*; 30:133–154 Downloaded from <http://epirev.oxfordjournals.org/> by guest on May 21, 2012 202. Isacson G. Suicide prevention—a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand*, 102, 113–17.

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal behavior as a cry of pain: Test of a psychological model. *Archives of Suicide Research*, 7, 297-308.
- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 698-714.
- O'Connor RC, Noyce R (2008). Personality and Cognitive Processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy* 46 (2008) 396-401. www.elsevier.com/locate/brat.
- O'Connor, R. C., Armitage, C. J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 465-481.
- Omigbodun, O. (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *Int Rev Psychiatry*, 20(3), 225-35.
- Omigbodun, O., Dogra, N., Esan, O., & Adedokun, B., (2008). Prevalence and correlates of suicidal Behaviour among adolescents in Southwest Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*, 54(10), 34-46.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., & Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 919-928.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The Lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- Palmier, J.B. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation among students in Sub-Saharan Africa. Institute of Public Health. Georgia State University.
- Pan, X., Zhang, C. and Shi, Z. (2011). Soft drink and sweet food consumption and suicidal behaviours among Chinese adolescents. *Acta Paediatrica*, vol. 100, no. 11, pp. 215-222.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2006). Predicting and preventing suicide: Do we know enough to do either? *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 233-240.
- Park, Y.-J., Ryu, H., Han, K., Kwon, J. H., Kim, H. K., Kang, H. C., et al. (2010). Suicidal Ideation in Adolescents: An Explanatory Model Using LISREL. *Western Journal of Nursing Research*, 32, 168-184.
- Parker, G., Tupling, H., and Brown, L.D. (1979). A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol*; 52:1-10.
- Patsiokas, A., Clum, G. & Luscomb, R.(1979) – Cognitive characteristic of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 478-484.
- Patton, G. C., Harris, R., Carlin, J. B., Hibbert, M. E., Coffey, C., Schwarz, M., et al. (1997). Adolescent suicidal behaviors: A population based study of risk. *Psychological Medicine*, 27, 715-724.
- Paykel, E. (1989). Stress and life events. In: report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, vol. 2: Risk Factors for Youth Suicide, eds. L. Davidson & M. Linnoila. Washington D. C.: Alcohol, Drug abuse, and Mental Health Administration, U.S. Government Printing office, 110-130.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., & Lindenthal, J.J.(1974). Tanner J: Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*; 124:460-469.
- Paykel, E., Prusoff, B. & Myers, J. (1975). Suicide attempts and recent life events: a new controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.
- Pearce, C. M., Martin, G., & Wood, K. (1995). Significance of touch for perceptions of parenting and psychological adjustment among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 160-167.

- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pescosolido, B.A., e Georgianna, S., (1989). Durkheim, suicide and religion: toward a network theory of suicide. *Am Sociol Rev* 1989; 54: 33–48.
- Pilowsky, D. J., Wu, L., & Anthony, J. C. (1999). Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1545–1549.
- Pinninti, N., Steer, R. A., Rissmiller, D. J., Nelson, S., & Beck, A. T. (2002). Use of the Beck Scale for Suicide Ideation with psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective, or bipolar disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1071-1079.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M., & Xavier (2011). *Centrality of shame memories and psychopathology: The mediator effect of self-criticism*. Manuscrito submetido a publicação.
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A. (2011). Validação do Questionário de Respostas Ruminativas. *Psychologica*, 54.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, Dinis, A., & Xavier, A. (2011). *Confirmatory factor analysis on the Portuguese version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) – Psychological inflexibility in clinical and non clinical samples*. Manuscrito submetido para publicação.
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M. (2010). Can Shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*. *Doi: 10.1002/acp.1689*.
- Pinto-Gouveia, J., Veloso, M. (2011). Validação da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional. *Psychologica*, 54.
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: A critical review. Canberra, Australia 7 Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Platt, S., Hawton, K., Kreitman, N., Fagg, J., & Foster, J. (1988). Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: A tale of two cities. *Psychological Medicine*, 18, 405–418.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott - Raven.
- Pollock, L. R. & Williams, J. M. G. (1998) – Problem solving and suicidal Behaviour. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 28: 375-387.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, 163-167.
- Ponizovsky AM, Ritsner MS, Modai I. Suicidal ideation and suicide attempts among immigrant adolescents from the former Soviet Union to Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 433 – 41.
- Price, J., & Sloman, L. (1987). Depression as yielding behavior: An animal model based on Schjelderup-Ebbe's pecking order. *Ethology and Sociobiology*, 8, 85-98.
- Price, J., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P., & Rhode, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *British Journal of Psychiatry*, 164, 309 - 315.
- Post, S.G., Puchalski, C.M., e Larson, D.B. (2000). Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med*; 132:578–583.
- Pronovost, J. (1990). Prevalence of suicidal ideations and behaviors among adolescents. Paper presented at The Monduzzi Editore Spa. 3rd European Symposium: Suicidal and risk factors, Bologna, Italy.
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., et al. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 15-30.

- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., et al. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 599–611.
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1226–1232.
- Rey, C. G., Narring, F., Ferron, C. and Michaud P.A. (1998). Suicide attempt among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.98, no. 1, pp. 28-33.
- Reza, A., Mercy, J.A., & Krug, E. (2001). Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 7(2), 104–11.
- Rhode, P. (2001). The relevance of hierarchies, territories, defeat for depression in humans: hypotheses and clinical predictions. *Journal of Affective Disorders*, 65, 221–230.
- Rich, A. & Bonner, R. (1987). Concurrent validity of a stress-vulnerability model of suicidal ideation and behavior: a follow up study. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 17: 265-270.
- Riggs, S., Alorio, A. J. & McHorney, C. (1990). Health risk behaviour and attempted suicide in adolescent who report prior maltreatment. *The Journal of Pediatrics*, 116(5): 815-821.
- Roberts, R. E., Chen, Y. R., & Roberts, C. R. (1997). Ethnocultural differences in prevalence of adolescent suicidal behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27, 208–217.
- Roh, M.S., Jeon, H.J., Lee, H.W., Lee, H.J., Han, S.K., & Hahm, B.J. (2007). Suicide-related behaviors among the college students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 46, 35-40.
- Ross, S., and Heath, N. (2002). A study of frequency of self-mutilation in a community sample of adolescent. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 31, no.1, pp. 67-77.
- Rossau, C. D., & Mortensen, P. B. (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case- control study. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 355-359.
- Rossow, I., & Wichström, L. (1994). Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24, 174–183.
- Rotheram-Borus, M., Truatman, P., Dopkins, S. & Shrout, P. (1990) – Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 554-561.
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). Suicidal in normal adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 59–71.
- Rudatsikira, E., Muula, A.S., Siziya, S., (2007). Prevalence and Associated factors of suicidal ideation among school-going adolescents in Guyana: results from a cross sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 13.
- Rudatsikira, E., Muula, A.S., Siziya, S., & Twa-Twa, J. (2007a). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry*, 7, 67.
- Rudatsikira, E., Siziya, S., Muula, A. S., (2007b). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescent in Harare, Zimbabwe. *Journal of Psychiatry in Africa*, 17(1), 93-98.
- Rudd, M. D. (2000) – The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 30, 18-33.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy* (pp. 237-260). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rudd, M., Rajab, M., & Dahm, P. (1994). Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 136-149.
- Rueter, M. A., olm, K. E., McGeorge, C.R., Conger, R. D. (2008). Adolescent Suicidal Ideations Soubgrups and their Association Plans and Attempts in Young Adulthood *Suicide & Life-Threatening Behavior*; Oct 2008; 38, 5; ProQuest pg. 564.

- Rygula, R., Abumaria, N., Flugge, G., Fuchs, E., Ruther, E., & Havemann-Reinecke, U. (2005). Anhedonia and motivational deficits in rats: Impact of chronic social stress. *Behavioural Brain Research*, 162, 127–134.
- Saraiva, C. B. (2006) – Psicologia e prática clínica. In *Comportamentos Suicidários em Portugal* (Capítulo 14, pp. 275-300). Ed. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Schmidtke, A., Schaller, S.(1992) – Covariation of cognitive styles and mood factors during crises. In *Suicidal Behaviour in Europe - Resent Research Findings*, John Libbey CIC, 225-233.
- Schmidtke, A., Schaller, S., Flurshuts, E., Meier, G. (1989). Field dependency and dichotomous thinking in patients who have attempted suicide: Traits or state variables? In: Kreitman, N. & Platt, S. (Eds.). *Current research on suicide and parasuicide*. Edinburgh University Press, 110-122.
- Schotte, D., Clum, G. (1982) – Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Schotte, D. E. & Clum, G. A. (1987) – Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49-54.
- Seligman, M. (1975) – Helplessness: On Depression, Development, and death. W. H. Freeman, San Francisco.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M., & Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters: Response to suicide-prevention programs. *The Journal of American Medical Association*, 264, 3151–3155.
- Shek, D.T.L., Yu, L. (2012). Self-Harmand Suicidal Behaviors in Hong Kong Adolescents: Prevalence and Psychosocial Correlates. *The Scientific World Journal*, Article ID 932540, 14 pages, doi:10.1100/2012/932540.
- Sher, L., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 5, 337-344.
- Shiferaw, S., Fantahun, M., Bekele, A., (2006). Psychosocial problems among students in preparatory school, in Dessie town, north east Ethiopia. *Ethiop. J. Health*, 20(1), 47-55.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Sidley, G. L., Calam, R., Wells, A., Hughes, T., & Whitaker, K. (1999). The prediction of parasuicide repetition in a high-risk group. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 375-386.
- Sidley, G. L., Whitaker, K., Calam, R. M., & Wells, A. (1997). The relationship between problem-solving and autobiographical memory in parasuicide patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 195-202.
- Sidhartha, T. & Jena, S. (2006). Suicidal behaviours in adolescents. *Indian Pediatr*, 73:783-8.
- Silva, D.R., Campos, R., & Prazeres, N. (1999). O inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.
- Simons, R. L., & Murphy, P. I. (1985). Sex differences in the causes of adolescent suicide ideation. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 423–434.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 107-121.
- Smith, J.M., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, helplessness, and suicidal ideation. Multiples pathways self-injurious Thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 443-454.
- Souza, LDM, Silva, RA, Jansen, K, Kuhn, RP, Horta, BL, Pinheiro, RT (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol 32 (1).
- Stack, S. (1980). Religion and Suicide: a reanalysis. *Social Psychologist*, 15, 65-70.
- Stack, S. (1982). Suicide: A decade review of the sociological literature. *Deviant Behavior*, 4, 41-66.

- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: a crossnational analysis. *J Health Soc Behav*; 24:362–374.
- Stack, S., Lester, D., (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 26: 168–170.
- Stewart, S. M., Lam, T. H., Betson, C., & Chung, S. F. (1999). Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29, 227–240.
- Storch, E.A., e Storch, J.B. (2002). Intrinsic religiosity and aggression in a sample of intercollegiate athletes. *Psychol Rep*; 91:1041–1042.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A & Mckee, M (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374, (9686), 315 - 323.
- Swahn, M.H., Bossarte, R.M., Eliman, D. M., Gaylor, E. & Jayaraman, S. (2010). Prevalence and correlates of suicidal ideation and physical Fighting: a comparison of students in Botswana, Kenya, Uganda, Zambia, and the Unites States. *Public Health Journal*, 2(2).
- Swanson, J. W., Linskey, A. O., Quintero, S. R., Pumariega, A. J., & Holzer, C. E. (1992). A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 669–678.
- Tang, J., Yu, Y. and Wu, Y. et al. (2011). Association between non-suicidal behavior self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students, a cross–section study. *PLoS One*, vol. 6, Article ID e17977.
- Tangney, J.P. (1995a). Recent advances in the Empirical Study of Shame and Guilt. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1132-1145.
- Tangney, J.P. & Dearing, R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford.
- Tarrier, N., & Gooding, P. A. (2007). *Treatment Manual: Cognitive Behavioural Suicide Prevention for Psychosis (CBSPP)*. University of Manchester: Unpublished treatment manual.
- Taylor, P. J., Awenat, Y., Gooding, P. A., Johnson, J., Pratt, D., Wood, A. M., et al. (2010a). The subjective experience of participation in schizophrenia research: A practical and ethical issue. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 343-348.
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010b). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 178, 244-248.
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., Johnson, J., & Tarrier, N. (2009). Are defeat and entrapment best defined as a single construct? *Personality and Individual Differences*, 47, 795-797.
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2010). Appraisals and suicidality: The mediating role of defeat and entrapment. *Archives of Suicide Research*.
- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (1999). The neglected link between eating disturbances and aggressive in girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1277–1284.
- Tiedemann, J. (1988). Sur Diagnostic cognitiver stile. *Diagnostica*, 34, 289-300.
- Tomori, M. (1999). Suicide risk in high school students in Slovenia. *Crisis*, 20, 23–27.
- Tzeng, W-C. (2001). Being trapped in a circle: Life after a suicide attempt in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, 12, 302-309.
- Uehara, S., Hiraiwa-Hasegawa, M., Hosaka, K., & Hamai, M. (1994). The fate of defeated alpha male chimpanzees in relation to their social networks. *Primate*, 35, 49-55.
- Van Heeringen, C. (2001). *Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley.
- Van Heeringen, C., & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 18, 3, 282-284.

- Vannatta, R. A. (1996). Risk factors related to suicidal among male and female adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 149–160.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 72-83.
- Vaux, A., Riedel, S., & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The social support behaviors (SS-B) Scale. *American journal of community psychology*, 15, 209-237.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H., Mira, M., Silva, M. & Fernandes, M. (1989). Estudos de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clinica*, 10 (3), 149-155.
- Vega, W. A., Gil, A. G., Zimmerman, R. S., & Warheit, G. J. (1993). Risk factors for suicidal among Hispanic, African–American, and non-Hispanic white boys in early adolescence. *Ethnicity & Disease*, 3, 229–241.
- Ventura-Juncá, R. D., et al. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Ver Med Chile*, 138, 309-315.
- Vignau, J., Bailly, D., Duhamel, A., Vervaecke, P., Beuscart, R., & Collinet, C. (1997). Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21, 343–350.
- Wagman Borowsky, I., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 573–580.
- Wagner, B. M., Cole, R. E., & Schwartzman, P. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25, 358–372.
- Walen, S. (2002). It's a funny thing about suicide: A personal experience. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30, 415-430.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personal and Individual Differences*, 37(4), 679-694.
- Watkins, E. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 27(3), 160-175.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189.
- Wells, A. (2006). Cognitive therapy case formulation in anxiety disorders. In N. Tarrow (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. London: Routledge.
- Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. (2008). Cognitive therapy for suicidal patients. American Psychological Association, Washington.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wetzel, R., Margulies, T., Davis, R. & Karam, E. (1980). Hopelessness, depression and suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 159-160.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., and Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviours in a college population. *Pediatrics*, vol. 117, no. 6, pp. 1939-1948.
- Wilhelm, K. and Parker, G., (1990). Reliability of the PBI and IBM scales. *ANZJ Psychiat*; 24:199-202.
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain*. Harmondsworth Penguin.
- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition & Emotion*, 20, 548-568.

- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 144-149.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Duggan, D. S. (2006a). The role of overgeneral memory in suicidality. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy*. Washington, DC: American psychological association.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. S. (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice* (pp. 71-89). Oxford: Oxford University press.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A. J. W., & Segal, Z. V. (2006c). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 91*, 189-194.
- Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & MacLeod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition, 24*, 116-125.
- Willner, P., & Goldstein, R. C. (2001). Mediation of depression by perceptions of defeat and entrapment in high-stress mothers. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 473-485.
- Windle, M., Miller-Tutzauer, C., & Domenico, D. (1992). Alcohol use, suicidal, and risky activities among adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 2*, 317-330.
- Witkin, H. & Goodenough, D. (1981). *Cognitive Styles: essences and origins, field dependence*. N. Y.: Wiley.
- Witte, T. K., Fitzpatrick, K. K., Joiner, T. E., Jr., & Schmidt, N. B. (2005). Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *Journal of Affective Disorders, 88*, 131-136.
- Witte, T. K., Merrill, K. A., Stellrecht, N. E., Bernert, R. A., Hollar, D. L., Schatschneider, C., et al. (2008). "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders, 107*, 107-116.
- Wood, A. M., Maltby, J., Stewart, N., Linley, P. A., & Joseph, S. (2008). A Social-Cognitive Model of Trait and State Levels of Gratitude. *Emotion, 8*, 281-290.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1246-1253.
- Wood, N., Brewin, C. R., & McLeod, H. J. (2006). Autobiographical memory deficits in schizophrenia. *Cognition & Emotion, 20*, 536-547.
- World Health Organization. (2009). Suicide. Last updated 2009. Retrieved from <http://www.who.int/topics/suicide/en/>.
- World Health Organization (2011a). Suicide prevention (SUPRE). Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- World Health Organization (2011b). Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
- World Health Organization (2011). Impact of economic crisis on mental health. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2000). International Consortium in Psychiatric Epidemiology, Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders, *Bulletin of the World Health Organization, 78*, 413-26.
- World Health Organisation. (2004a). Estimated annual incidence ('000s) for selected causes: by sex, age and WHO subregion, 2002. Retrieved 20 November, 2009, from

- http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2002_revised/en/index.html
- World Health Organisation. (2004b). GBD 2002: Deaths by age, sex and cause for the year 2002. Retrieved 16th October, 2007, from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2002_revised/en/index.html
- World Health Organization. (2008). World Health Statistics, 2008. Retrieved from <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>.
- World Health Organization (2011a). Suicide prevention (SUPRE). Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- World Health Organization (2011b). Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
- Wright, L. S. (1985). Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates. *Adolescence*, 20, 575–580.
- Wyatt, R., & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24, 71-79.
- Wyder, M., & De Leo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study. *Journal of Affective Disorders*, 104, 167-173.
- Yeh, S. R., Fricke, R. A., & Edwards, D. H. (1996). The effect of social experience on serotonergic modulation of the escape circuit of crayfish. *Science*, 271, 366 - 369.
- Yip, P. S. F., Liu, K. Y., Law, C. K., & Law, Y. W. (2005). Social and economic burden of suicides in Hong Kong SAR: A year of life lost perspective. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26, 156-159.
- Yoon, H. (2003). Factors associated with family caregivers' burden and depression in Korea. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57, 291 – 311.
- Yuen, N., Andrade, N., Nahulu, L., Makini, G., McDermott, J. F., Danko, G., et al. (1996). The rate and characteristics of suicide attempters in the native Hawaiian adolescent population. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26, 27–36.
- Yufit, R. (1977). Suicide bereavement and time perspective. In B.L. Danto & A.H. Kuttsher (Eds.), *Suicide and Bereavement*, 138-143. N.Y.: Arno Press.
- Yufit, R. & Bongar, B. (1992). Suicide, Stress, and Coping with Life Cycle Events. In “*Assessment and prediction of Suicide*”, R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger, R. Yufit (eds.) 553-573. The Guilford Press: New York, London.
- Zenmore, R., Rinholm, J.(1989). Vulnerability to depression as a function of parental rejection and control. *Canad. J. Behav. Sci./Rev. Canad. Sci. Comp.*; 21(4): 364 - 376).
- Zoroglu, S.S., Tuzun, U. and Sar, V. et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 57, no. 1, pp. 119-126.
- Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Garton, A., Burton, P., Dalby, R., Carlton, J., et al. (1995). Western Australian child health survey: Developing health and well-being in the nineties. Perth, Western Australia, Australian Bureau of Statistics and the Institute for Child Health Research.
- Zuroff, D.C., Moskowitz, D. S., & Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, and interpersonal behavior and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231-250. doi: 10.1348/014466599162827.
- Zwack, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.

ANEXOS

Anexo 1. Variáveis psicopatológicas: BSS, BHS, BDI, BAI

BSS

Por especial favor, leia cada grupo de afirmações abaixo. Faça um círculo na afirmação que melhor descreve como se sentiu esta semana, incluindo hoje. Certifique-se de que leu todas as afirmações antes de escolher.

1. 0 - Tenho um desejo moderada a forte de viver
1 - Tenho um desejo fraco de viver
2 - Não tenho desejo de viver
2. 0 - Não tenho desejo de morrer
2 - Tenho um desejo fraco de morrer
3 - Tenho um desejo moderado a forte de morrer
3. 0 - As minhas razões para viver são maiores do que as minhas razões para morrer
1 - As minhas razões para viver e morrer têm o mesmo peso
3 - As minhas razões para morrer são maiores do que as minhas razões para viver
4. 0 - Não desejo matar-me
1 - Tenho um desejo fraco de me matar
2 - Tenho um desejo moderado a forte de me matar
5. 0 - Eu tentaria salvar a minha vida se esta estivesse ameaçada
1 - Não tentaria nem me salvar nem morrer se a minha vida estivesse ameaçada
2 - Não tentaria evitar a morte se a minha vida estivesse ameaçada

Se escolheu a opção zero em ambos os grupos 4 e 5 vá para o grupo 20

Se escolheu a opção 1 ou 2 em qualquer dos grupos 4 ou 5 vá para o grupo 6

6. 0 - Penso em suicidar-me por breves períodos de tempo
7. 1 - Penso em suicidar-me por períodos de tempo moderados
2 - Passo longos períodos de tempo a pensar em me matar
8. 0 - Raramente ou ocasionalmente penso em matar-me
1 - Eu penso frequentemente em matar-me
2 - Eu estou constantemente a pensar em matar-me

Grupo 20

-
- 0 - Nunca tentei o suicídio
1 - Já tentei o suicídio uma vez
2 - Já tentei o suicídio duas ou mais vezes
-

Se já tentou o suicídio alguma vez, por favor continue com o próximo grupo de afirmações

Grupo 21

-
- 0 - O meu desejo de morrer durante a minha última tentativa de suicídio foi baixo
1 - O meu desejo de morrer durante a minha última tentativa de suicídio foi moderado
2 - O meu desejo de morrer durante a minha última tentativa de suicídio foi alto
-

Escala de Desesperança de Beck (BHS)

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por especial favor, leia com cuidado cada uma delas. Se a afirmação abaixo descrever uma atitude sua nos últimos oito dias incluindo Hoje, coloque um círculo em volta de V (Verdadeiro) ao lado da afirmação. Se a afirmação não descrever a sua atitude, coloque o círculo no F (Falso), também ao lado da afirmação. Responda cuidadosamente a cada afirmação.

1. Vejo o futuro com muito entusiasmo e esperança.
2. Seria melhor desistir, porque não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas mais fáceis para mim.
3. Quando as coisas correm mal, sinto-me confortado(a) em saber que não vão ficar assim para sempre.
4. Eu não consigo imaginar como será a minha vida daqui a 10 anos.
5. Tenho tempo suficiente para concretizar as coisas que eu quero.
6. Futuramente, eu espero estar completamente realizado (a).
7. O meu futuro parece-me sombrio.
8. Sou extremamente sortudo(a), e eu espero alcançar mais coisas boas na vida do que a maioria das pessoas.
9. Simplesmente eu não tenho sorte e acho que não a terei no futuro
10. Minhas experiências passadas prepararam-me bem para o futuro
11. Só consigo enxergar coisas desagradáveis em mim.
12. Eu não espero alcançar o que eu quero realmente.
13. Quando olho para o futuro, vejo-me mais feliz do que sou agora.
14. As coisas simplesmente não funcionam da maneira que eu gostaria que elas funcionassem.
15. Tenho muita fé no futuro.
16. Nunca consigo o que quero. Logo, não vale a pena desejar nada.
17. É improvável que eu consiga real satisfação no futuro.
18. O futuro parece-me vago e incerto.
19. Espero ter mais bons do que maus momentos no futuro.
20. Não vale a pena tentar, porque provavelmente não conseguirei alcançar o que eu desejo.

Escala de Depressão de Beck (BDI-II)

Instruções: Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Para cada grupo escolha uma única afirmação, aquela que melhor descreve a forma como se sente no momento atual.

-
1. Tristeza
 2. Pessimismo
 3. Demérito
 4. Pensamentos e desejos suicidários
 5. Auto-aversão
 6. Falta de interesse
 7. Choro
 8. Agitação
 9. Indecisão
 10. Auto-criticismo
 11. Dificuldade de concentração
 12. Irritabilidade
 13. Sentimentos de punição
 14. Falhas passadas
 15. Sentimentos de culpa
 16. Ausência de prazer
 17. Cansaço ou fadiga
 18. Falta de interesse sexual
 19. Falta de energia
 20. Mudança no padrão do sono
 21. Mudança de apetite
 22. Sentimentos de culpa
-

Escala de Ansiedade de Beck (BAI)

1. Entorpecimento ou formigueiro
2. Irritado(a)
3. Tremor nas pernas
4. Tenso(a)
5. Mau pressentimento
6. Confuso(a) ou fatigado(a)
7. Coração apertado ou acelerado
8. Inseguro(a)
9. Apavorado(a) / aterrorizado(a)
10. Nervoso(a)
11. Sensação de sufocação (asfixia)
12. Mãos a tremer
13. Trémulo(a)
14. Medo de perder o controlo
15. Dificuldade de respiração
16. Medo de morrer
17. Assustado(a)
18. Indigestão ou desconforto no abdómen
19. Tímido(a) / exausto(a)
20. Face ruborizada (rosto quente)
21. Transpiração

Anexo 2. Variáveis do ranking: OAS, ED, EE, SBS, ECS

Escala de Vergonha Externa (OAS) (Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994) (Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2011)

Instruções: Esta escala tem como objectivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo com os outros as vêem. De seguida é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sente que os outros a vêem (visão que os outros têm de si). Leia atentamente cada uma das afirmações, e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiência o que está descrito na frase.

1.	Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom/boa.	0 1 2 3 4
2.	Penso que as pessoas me desprezam.	0 1 2 3 4
4.	Sinto-me inseguro(a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.	0 1 2 3 4
5.	As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles (as)	0 1 2 3 4
6.	As outras pessoas vêem-me como se eu fosse pequeno(a) e insignificante.	0 1 2 3 4
7.	As outras pessoas vêem-me como se eu fosse uma pessoa defeituosa.	0 1 2 3 4
8.	As pessoas vêem-me como pouco importante em relação aos outros.	0 1 2 3 4
9.	As outras pessoas procuram os meus defeitos.	0 1 2 3 4
10.	As pessoas vêem-me a lutar pela perfeição mas acham que não serei capaz de alcançar os meus objectivos.	0 1 2 3 4
11.	Acho que os outros são capazes de ver os meus defeitos.	0 1 2 3 4
12.	Os outros criticam-me ou punem-me quando eu cometo um erro.	0 1 2 3 4
13.	As pessoas afastam-se de mim quando eu cometo erros.	0 1 2 3 4
14.	As outras pessoas lembram-se sempre dos meus erros.	0 1 2 3 4
15.	Os outros vêem-me como sendo frágil.	0 1 2 3 4
16.	Os outros vêem-me como sendo vazio(a) e insatisfeito(a).	0 1 2 3 4
17.	Os outros pensam que há qualquer coisa que falta em mim.	0 1 2 3 4
18.	As outras pessoas pensam que eu perdi o controlo do meu corpo e dos meus sentimentos.	0 1 2 3 4

ED
(Gilbert & Allan, 1998)
(Carvalho, S., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2011)

Abaixo estão descritas várias frases que se referem a sentimentos que as pessoas podem sentir acerca de si mesmo. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinale na escala de resposta a frequência com que esse lhe sentimento ocorreu nos últimos 7 dias.

	Nunca	Rara/ Raras	Algum as Veze	Frequen te/ Frequentemente	Sempr e Sempre
1. Sinto que não atingi os meus objectivos na vida					
2. Sinto que sou uma pessoa de sucesso					
3. Sinto-me derrotado(a) pela vida					
4. Sinto que sou um(a) vencedor(a)					
5. Sinto que perdi a minha posição na sociedade					
6. Sinto que a vida me tratou como um "saco de pancada"					
7. Sinto-me impotente perante a minha vida					
8. Sinto que a confiança em mim próprio(a) desapareceu completamente					
10. Sinto-me capaz de lidar com o que quer que seja que a vida me apresente					
11. Sinto-me incapaz de lidar com o que quer que seja que a vida me apresente					
12. Sinto que bati no fundo					
13. Sinto-me completamente fora de acção					
14. Sinto que sou um(a) do(a)s falhado(a)s da vida					
15. Sinto que me dei por vencido					
16. Sinto-me completamente incapaz					
17. Sinto que perdi batalhas importantes na vida					
18. Sinto que não tenho mais capacidade para lutar					

EE

(Gilbert & Allan, 1998)

(Carvalho, S., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2011)

Abaixo estão descritos sentimentos e pensamentos que pode ter em relação a si e à sua vida. Assinale numa escala de 0-5, o grau em que concorda com esses sentimentos e pensamentos.

Não tem nada a ver comigo	É um pouco parecido com o que sinto	É moderadamente parecido com o que sinto	É praticamente como me sinto	É exactamente como me sinto
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Quero libertar-me da minha forma de ser					
2. Sinto-me impotente para mudar a forma como sou					
3. Gostaria de me livrar dos meus pensamentos e sentimentos					
4. Sinto-me prisioneiro de mim mesmo					
5. Gostaria de me libertar da minha forma de ser e começar tudo de novo					
6. Sinto que estou num buraco fundo do qual não consigo sair					
7. Estou numa situação em que sinto não ter saída					
8. Tenho um forte desejo de fugir de certas coisas na minha vida					
9. Estou envolvido(a) numa relação da qual não posso sair					
10. Tenho frequentemente o sentimento que deveria simplesmente fugir para longe					
11. Sinto-me impotente para mudar as coisas					
12. Sinto-me prisioneiro das minhas obrigações					
13. Não encontro uma saída para a minha situação actual					
14. Gostaria de me ver livre de certas pessoas poderosas e dominadoras presentes na minha vida					
15. Sinto um forte desejo de me ir embora e ficar longe da vida que levo					
16. Sinto-me subjugado(a) por outras pessoas					

Escala de Comportamentos de Submissão (SBS)

(Gilbert et al., 2004)

(Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2011)

Instruções: As afirmações assinaladas descrevem o modo como as pessoas se comportam ou sentem em relação a situações sociais. Para cada questão faça um círculo em torno do número que melhor indica o grau em que sente que a afirmação se aplica a si.

Nunca Rara/ Às Vezes/Muitas Vezes/Sempre

1. Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou.
2. Faço coisas porque os outros as estão a fazer, e não porque eu as quero fazer.
3. Se eu soubesse que numa loja me tinham dado troco a menos sairia sem reclamar.
4. Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.
5. Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer.
6. Se eu tentar dizer alguma coisa e os outros não pararem de falar eu calo-me.
7. Insisto em pedir desculpas por pequenos erros.
8. Fico calado(a) se algum dos meus superiores disser coisas desagradáveis sobre mim.
9. Não sou capaz de dizer aos meus amigos que estou zangado(a) com eles.
10. Durante reuniões e encontros deixo que os outros monopolizem a conversa.
11. Não gosto que as pessoas olhem directamente para mim quando estão a falar.
12. Agradeço insistentemente quando alguém me faz um pequeno favor.
13. Evito o contacto visual.
14. Evito iniciar conversas em encontros sociais.
15. Coro quando outras pessoas olham fixamente para mim.
16. Finjo que estou doente quando recuso um convite.

Escala de Comparação Social (ECS)
(Gilbert & Allan, 1995)

Instruções:

Gostaríamos de saber como se compara com os outros. Por favor, assinale com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como se sente no relacionamento com as outras pessoas.

No relacionamento com os outros, sinto-me:

Inferior	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Superior
Incompetente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais competente
Antipático	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais simpático
Rejeitado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Aceite
Diferente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Igual
Sem talento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais talentoso
Mais fraco	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais forte
Inseguro	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais seguro
Indesejável	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais desejável
Não atraente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais atraente
Um desajustado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Um ajustado

Anexo 3. Memórias emocionais na Infância: PBI, ELES

PBI

G. Parker. H. Tupling. L. B. Brow. 1979

Versão A. Baptista, 1986

ESTE QUESTIONÁRIO DESTINA-SE A AVALIAR O MODO COMO OS SEUS PAIS SE RELACIONAVAM CONSIGO NOS SEUS 16 PRIMEIROS ANOS DE VIDA (INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA ATÉ AOS 16 ANOS)

Para cada afirmação faça uma avaliação separada do comportamento do seu Pai e da sua Mãe. Coloque uma X num dos quadrados em frente a **Pai** para avaliar o comportamento do seu Pai e outra num dos quadrados em frente a **Mãe** para avaliar o comportamento da sua Mãe.

Por exemplo:

		Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito diferente
Era simpático comigo.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito diferente
1. Falava comigo em voz calma e amiga.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não ajudou tanto quanto eu precisava.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Parecia emocionalmente frio em relação a mim.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Parecia compreender os meus problemas e preocupações.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Era muito afectuoso para mim.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 25. Deixava-me vestir como eu gostava.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Experiências de Vida Precoces (ELES)

(Gilbert, P.; Cheung, M. S. P.; Granfield, T.; Campey, F. & Irons, C.; 2003)

(Lopes, B. & Pinto Gouveia, J. 2011)

Introdução: Esta escala é elaborada de forma a explorar as memórias da infância. A investigação nesta área sugere que as primeiras experiências de vida desempenham um papel importante nas dificuldades psicológicas que aparecem mais tarde.

Em baixo, encontram-se um conjunto de questões que indicam vários aspectos das primeiras experiências de vida. Leia com cuidado cada questão e indique o quanto cada frase é verdadeira para si, ou seja, o quanto é que a frase se aplica a si próprio.

Para fazer isto, faça um círculo no número que indica o grau de veracidade da frase em relação a si. Seja sincero(a) nas suas respostas. Utilize por favor a seguinte escala:

1.Completamente falso 2.Muito ocasionalmente verdadeiro 3.Às vezes 4.Verdadeiro 5.Muito verdadeiro

- | | |
|--|-----------|
| 1. Em minha casa tinha que ceder frequentemente perante os outros. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Sentia-me “à beira do precipício” porque não sabia se os meus pais ficariam zangados comigo. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Sentia raramente que as minhas opiniões importassem muito. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Quando os meus pais ficavam zangados, havia muito pouco que poderia fazer para controlar a raiva deles. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Se eu não fizesse o que os outros queriam, sentia que iria ser rejeitado(a). | 1 2 3 4 5 |
| 6. Sentia que poderia ser auto-afirmativo com a minha família. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Sentia-me muito confortável e relaxado(a) com os meus pais. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Os meus pais poderiam magoar-me, se eu não me comportasse como eles queriam. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Sentia-me muitas vezes como sendo um subordinado dentro da minha família. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Os meus pais exerciam o seu controle através de ameaças e de punições. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Tinha frequentemente de me dar com os outros, mesmo que não quisesse. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Eu evitava os meus pais, de modo a evitar ficar magoado(a). | 1 2 3 4 5 |
| 13. A atmosfera em minha casa poderia subitamente ficar perigosa, sem uma razão óbvia para isso acontecer. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Eu sentia os meus pais como sendo poderosos e arrebatadores. | 1 2 3 4 5 |
| 15. Fui vítima de assédio ou de abuso sexual por membros da minha família ou amigos/conhecidos da minha família. | 1 2 3 4 5 |

Anexo 4. Regulação emocional: DERS, AAQ

DERS

(Gratz & Roemer, 2004)

(Tradução e adaptação: Pinto Gouveia, J. & Veloso, M., 2007)

Introdução:

Estamos interessados em saber como as pessoas lidam com as dificuldades que sentem quando procuram regular as suas emoções. Todos nós diferimos quanto ao modo como regulamos as nossas emoções, e, como tal, sentimos dificuldades diferentes, logo não há respostas correctas ou erradas.

Por favor leia cuidadosamente cada afirmação e assinale para cada uma delas, usando a escala indicada abaixo, o modo como lidou com os seus sentimentos durante o último mês. Coloque o número da sua resposta no espaço que se encontra reservado imediatamente antes de cada afirmação.

Utilize por favor esta escala:

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maior parte do tempo (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Para mim, os meus sentimentos são claros					
2. Presto atenção ao que estou a sentir					
3. Experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo					
4. Não faço ideia de como me sinto					
5. Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos					
6. Sou uma pessoa atenta aos meus sentimentos					
7. Sei exactamente como me estou a sentir					
8. Presto atenção à forma como me sinto					
9. Sinto-me confuso com aquilo que sinto					
10. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) reconheço as minhas emoções					
11. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) fico zangado comigo mesmo por me sentir assim					
12. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) fico embaraçado por me sentir assim					
13. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) tenho dificuldade em fazer o meu trabalho					
14. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) fico descontrolado					
15. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) acredito que vou continuar assim por muito tempo					
...					
36. Quando estou perturbado (aborrecido, zangado, preocupado) as minhas emoções são avassaladoras					

AAQ

Abaixo encontrará uma lista de afirmações. Por favor, indique a afirmação que mais se aproxima à sua situação. Utilize a seguinte escala para fazer a sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Frequente	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre

1. Sou capaz de agir perante um problema, mesmo não sabendo qual é a coisa certa a fazer. -----
2. Frequentemente deparo comigo mesmo(a) sonhando com as coisas que eu já fiz e o que poderia ter feito de outra forma. -----
3. Quando me sinto deprimido ou ansioso, eu sou incapaz de assumir as minhas responsabilidades. -----
4. Raramente preocupo-me em controlar as minhas ansiedades, dificuldades ou sentimentos. -----
5. Eu não receio os meus sentimentos. -----
6. Quando avalio algo negativamente, eu sempre reconheço que é apenas uma reação minha não um facto objetivo. -----
7. Quando me comparo com outras pessoas, parece-me que a maioria delas lida melhor com as suas vidas do que eu. -----
8. A ansiedade não é um bom sentimento. -----
9. Se eu pudesse magicamente eliminar todas as experiências dolorosas que eu já tive na vida, eu o faria. -----

Anexo 5. Experiências do Eu: SELFCS, EMPSS, FRCRS

EMPSS

(Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988)

(Carvalho, S. *et al.*, 2011)

Instruções: Estamos interessados em avaliar os seus sentimentos em relação às afirmações seguintes. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações. Indique como se sente acerca de cada uma delas:

	Discorda completamente	Discorda	Discorda parcialmente	Não tem opinião	Concorda parcialmente	Concorda	Concorda completamente
	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							

SELFCS

Quando as coisas vão mal em nossas vidas ou não correm como esperávamos, e sentimos que poderíamos ter feito melhor, por vezes temos pensamentos negativos ou de autocrítica. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade ou inferioridade, etc. Contudo, as pessoas também podem tentar se apoiar a si próprias. Apresenta-se em baixo uma série de pensamentos e sentimentos que as pessoas costumam ter nessas situações. Leia cuidadosamente cada frase e marque com um círculo o número que mais se aproxima do seu caso.

Por favor use a escala abaixo como referência.

Nada parecido comigo	Um pouco parecido comigo	Moderadamente parecido comigo	Bastante parecido comigo	Extremamente parecido comigo
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

1.	Fico facilmente desapontado comigo mesmo.	0	1	2	3	4
2.	Há uma parte de mim que me põe para baixo.	0	1	2	3	4
3.	Consigo me lembrar de aspectos positivos sobre mim.	0	1	2	3	4
4.	Sinto dificuldade em controlar a raiva e a frustração para comigo.	0	1	2	3	4
5.	Consigo me perdoar facilmente.	0	1	2	3	4
6.	Há uma parte de mim que sente que não sou bom o suficiente.	0	1	2	3	4
7.	Sinto-me abatido pelos meus próprios pensamentos de autocrítica.	0	1	2	3	4
8.	Continuo a gostar de ser eu.	0	1	2	3	4
9.	Fico tão zangado comigo que quero me magoar ou ferir.	0	1	2	3	4
10.	Tenho um sentido de nojo para comigo.	0	1	2	3	4
11.	Continuo a sentir-me amável e aceitável.	0	1	2	3	4
12.	Parei de me preocupar comigo mesmo.	0	1	2	3	4
13.	Consigo facilmente gostar de mim.	0	1	2	3	4
14.	Eu recordo e revivo os meus fracassos.	0	1	2	3	4
15.	Eu chamo-me palavrões (nomes).	0	1	2	3	4
16.	Consigo ser meigo e positivo para comigo mesmo.	0	1	2	3	4
17.	Não consigo aceitar fracassos e percalços sem me sentir inadequado.	0	1	2	3	4
18.	Penso que mereço as minhas auto-críticas.	0	1	2	3	4
19.	Eu sou capaz e consigo tomar conta de mim mesmo.	0	1	2	3	4
20.	Há uma parte de mim que quer se livrar das outras partes de que não gosto.	0	1	2	3	4
21.	Eu encorajo-me para o futuro.	0	1	2	3	4
22.	Não gosto de ser como sou.	0	1	2	3	4

Anexo 6. Características da personalidade: EPI, STAXI-2, RRQ

E.P.I

N= _____ E= _____ F= _____

INSTRUÇÕES

Apresentamos-lhe algumas perguntas sobre a maneira como reage, sente e actua. À frente de cada pergunta existe um espaço para a resposta "SIM" ou "NÃO".

Tente decidir se *sim* ou *não* representam a sua maneira habitual de agir ou sentir, então assinale com uma cruz o espaço correspondente da coluna *sim* ou *não*. **Não pense muito.** Responda depressa; desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de uma longa meditação sobre o assunto. Lembre-se que a resposta a todo o questionário não deverá durar mais do que alguns minutos. Assegure-se de que não se esqueceu de nenhuma pergunta.

Comece o questionário, responda sem pensar muito e a todas as perguntas. **Não há perguntas certas nem erradas;** isto não é um teste de inteligência ou aptidões; é sim uma medida da maneira como se comporta.

AGORA SIGA PARA A PÁGINA SEGUINTE E COMECE

		S/N
1	Procura, frequentemente, situações novas e estimulantes?	
2	Precisa com frequência que os seus amigos o (a) animem?	
3	É, normalmente, uma pessoa descontraída?	
4	Custa-lhe muito receber um NÃO como resposta?	
5	Pensa muito antes de tomar qualquer decisão?	
6	O seu estado de humor oscila com frequência?	
7	Sente-se muitas vezes infeliz, sem motivo para isso?	
8	De um modo geral, faz e diz coisas rapidamente e sem pensar?	
9	Sente-se subitamente envergonhado (a) quando quer falar com um (a) desconhecido) atraente?	
10	Seria capaz de fazer fosse o que fosse, por uma questão de desafio?	
11	Preocupa-se, frequentemente, com coisas que não devia ter feito ou dito?	
12	Os seus hábitos são todos bons e desejáveis?	
13	Age, muitas vezes, sob o impulso do momento?	
14	Sente-se facilmente ofendido (a)?	
15	Prefere, geralmente, ler do que conviver com pessoas?	
16	Sente-se muitas vezes cheio (a) de energia e, outras vezes, muito apático (a)?	
17	Gosta muito de sair?	
18	De todas as pessoas que conhece, há algumas de quem declaradamente não gosta?	
19	Costuma entreter-se com fantasias ou a "sonhar acordado"?	
20	Prefere ter poucos mas bons amigos?	
21	Perturba-se, com frequência, com sentimentos de culpa?	
22	Quando as pessoas berram consigo, também lhes berra?	
23	Considera-se uma pessoa tensa e irascível?	
24	Já chegou alguma vez atrasado (a) ao trabalho ou a um encontro?	
25	Normalmente distrai-se e diverte-se muito numa festa animada?	
26	Depois de ter feito algo de importante, sente, em regra, que podia ter feito melhor?	
27	Os outros consideram-no (a) uma pessoa com muita vida?	
	
57	Se prometer fazer qualquer coisa, cumpre sempre a promessa, por mais que lhe custe?	

RRQ - 10

(Trenor, W., Gonzales, R. & Nolen-Hoeksema, S., 2003)

(Pinto Gouveia, J. & Dinis, A., 2006)

Instruções:

As pessoas pensam e fazem coisas muito diferentes quando se sentem tristes, deprimidas ou *em baixo*. De seguida está apresentada uma lista de possibilidades. Por favor leia cada um dos seguintes itens e indique, usando a escala abaixo, quase *nunca*, *algumas vezes*, *frequentemente* ou *sempre* pensa ou faz cada uma deles quando se sente *em baixo*, triste ou deprimida. Por favor indique o que geralmente faz e não o que julga que deveria fazer nessas situações.

Utilize por favor esta escala:

Quase Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre
0	1	2	3

Quando me sinto *em baixo*, triste ou deprimido (a):

	0	1	2	3
1. Penso: "O que é que eu fiz para merecer isto?"				
2. Analiso eventos recentes para tentar compreender porque é que estou deprimido.				
3. Penso "Porque é que eu reajo sempre deste modo?"				
4. Deixo-me levar pelo que sinto e penso no porquê de me sentir deste modo.				
5. Escrevo aquilo em que estou a pensar e de seguida analiso o que escrevi.				
6. Penso acerca de uma situação recente desejando que ela tivesse corrido melhor.				
7. Penso "porque é que eu tenho problemas que outras pessoas não têm?"				
8. Penso "Porque é que eu não consigo lidar melhor com as coisas?"				
5. Analiso a minha personalidade e tento compreender porque é que me sinto deprimido.				
10. Vou para algum sítio onde possa estar sozinho para pensar sobre os meus sentimentos.				

Anexo 7. Qualidade dos relacionamentos interpessoais: QRI

IQRI

(versão original de Pierce, 1994; versão portuguesa adaptada de Neves e Pinheiro, 2006)

Para responder às questões seguintes, pense no **relacionamento interpessoal, com um amigo ou amiga, que considere importante na sua vida**. Esse relacionamento não tem de ser necessariamente positivo, apenas deve ser considerado por si como importante na sua vida, podendo conter aspectos que lhe agradam ou outros que lhe desagradam. Se não teve nenhum amigo ou amiga, deixe as questões em branco e passe à folha seguinte.

Antes de começar a responder a este questionário indique, por favor, o tipo de relação que tem com a pessoa em causa. Esta pessoa é (assinale uma das seguintes opções):

Amiga Amigo

De seguida, pensando sempre no relacionamento com essa pessoa, responda, por favor, a cada questão que lhe é colocada, utilizando uma escala de **1 (Nunca ou Nada)** a **4 (Sempre ou Muito)**. Não há respostas certas ou erradas, o que importa é que responda de acordo com o que pensa ou sente.

	1 Nunca ou Nada	2 Poucas Vezes ou Pouco	3 Bastantes Vezes ou Bastante	4 Sempre ou Muito
				1 2 3 4
1. Até que ponto pode aconselhar-se com esta pessoa sobre diversos problemas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se esforça para evitar conflitos com esta pessoa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Até que ponto pode contar com esta pessoa para o/a ajudar quando tem um problema?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até que ponto é que esta pessoa o/a consegue pôr chateado/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Até que ponto pode contar com esta pessoa para lhe dar uma opinião honesta, mesmo que não queira ouvir essa opinião?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O quanto é que esta pessoa o/a consegue fazer sentir culpado/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Até que ponto tem de "ceder" nesta relação?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No caso de um membro muito próximo da sua família falecer, até que ponto pode contar com esta pessoa para o/a ajudar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Até que ponto é que esta pessoa deseja que você mude?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quão positivo é o papel desta pessoa na sua vida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na sua vida, até que ponto este relacionamento é importante?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quão próximo será o relacionamento com esta pessoa daqui a 10 anos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Até que ponto sentiria a falta desta pessoa se os dois não se pudessem ver ou falar durante 1 mês?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quão crítica é esta pessoa em relação a si?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se quisesse sair esta noite e fazer algo, quão convicto/a está de que esta pessoa estaria disposta a sair consigo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Até que ponto se sente responsável pelo bem-estar desta pessoa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O quanto é que depende desta pessoa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Até que ponto pode contar com esta pessoa para o/a ouvir quando você está bastante zangado/a com outra pessoa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O quanto é que deseja que esta pessoa mude?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Até que ponto esta pessoa o/a consegue pôr zangado/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Até que ponto discute com esta pessoa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Até que ponto pode verdadeiramente contar com esta pessoa para o/a distrair das suas preocupações quando está sob stresse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Com que frequência esta pessoa o/a faz sentir zangado/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Com que frequência esta pessoa tenta controlar ou influenciar a sua vida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nesta relação, até que ponto você dá mais do que recebe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

