



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: O papel mediador da desesperança e da dor mental

Patrícia Isabel Chacim Laranjeira

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização : Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2015



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: O papel
mediador da desesperança e da dor mental**

Patrícia Isabel Chacim Laranjeira

Orientador/a:

Professor Doutor Rui C. Campos

Setembro de 2015

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo esforço enorme que fizeram para que eu pudesse realizar o meu sonho. Pela paciência nos meus momentos de maior impaciência e irritabilidade. Quero agradecer por acreditarem em mim e por estarem sempre comigo.

Ao meu irmão, pelo apoio incondicional e pela paciência.

Ao meu orientador Prof. Doutor Rui Campos pela disponibilidade e pelo apoio ao longo da elaboração deste projeto. Sem o seu apoio, este projeto teria sido mais complicado.

Às minhas amigas pelo apoio incondicional e pela motivação na realização deste projeto.

À minha avó, que apesar de já não estar entre nós, me ajudou nos momentos de desespero.

Aos professores pela disponibilidade e pela colaboração na recolha de dados

Por último e, não menos importante, a todos os alunos que participaram no estudo.

Resumo

A presente investigação pretende avaliar a influência da depressão, da desesperança e da dor mental na ideação suicida. Neste estudo participou uma amostra final de conveniência de 279 jovens adultos, estudantes da Universidade de Évora, com idades compreendidas entre 17 e os 30 anos. Testou-se um modelo de previsão da ideação suicida que postula uma relação indireta entre a depressão e a ideação suicida através da desesperança e da dor mental. Também pressupõe que a depressão se relaciona com a dor mental através da desesperança e que esta última se relaciona com a ideação suicida diretamente e indiretamente através da dor mental. Testou-se também o contributo de um conjunto de variáveis sociodemográficas para a ideação suicida. O modelo testado ajustou-se aos dados de forma satisfatória. Verificando-se nomeadamente que a depressão se relaciona com a ideação suicida através da dor mental e da desesperança.

Palavras-chave: Depressão; Desesperança; Dor mental; Ideação suicida.

Abstract

“The relationship between depression and suicidal ideation in young adults: The mediating role of hopelessness and mental pain”

This research aims to evaluate the influence of depression, hopelessness and psychache in suicidal ideation. In this study participated a final sample of convenience of 279 young adults, students at the University of Évora, aged between 17 and 30 years. We tested a prediction model of suicidal ideation that posits indirect relationship between depression and suicidal ideation through hopelessness and psychache. It also assumes that depression is related to the psychache by hopelessness and the latter is related to suicidal ideation directly and indirectly through psychache. Is also tested the contribution of a set of sociodemographic variables for suicidal ideation. The tested model set if the data satisfactorily. Verifying in particular that the depression is related to suicidal ideation through psychache and hopelessness.

Key-Words: Depression; Hopelessness; Pain mental; Suicidal ideation

Índice

Introdução	1
Parte Teórica	3
Capítulo 1- Jovens adultos e suicidalidade	3
1.1. Epidemiologia do suicídio	3
1.2. O espectro da suicidalidade	4
1.3. Variáveis psicológicas e suicidalidade	6
Capítulo 2- Depressão, desesperança e ideação	9
2.1. Epidemiologia da depressão	9
2.2. Teoria psicodinâmica da depressão	9
2.3. Teoria cognitiva da depressão	11
2.4. Depressão e ideação suicida	13
2.5. A desesperança	14
2.6. Depressão, desesperança e ideação suicida	15
Capítulo 3- Dor mental e ideação suicida	19
Capítulo 4- Depressão e ideação suicida: efeito de mediação da desesperança e da dor mental	23
Parte Empírica	25
Capítulo 5 - Objetivos de investigação	25
Capítulo 6 - Metodologia	29
6.1. Participantes	29
6.2. Procedimento de recolha de dados	31
6.3. Instrumentos de medida	31
6.4. Estratégia de análise de dados	36
Capítulo 7- Resultados	39
7.1. Análise preliminar	39
7.2. Teste do modelo através de Modelação de Equações Estruturais	39

Capítulo 8- Discussão	43
Conclusões	51
Referências Bibliográficas	53
Anexos	69
Anexo A - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos	71
Anexo B - Escala de Desesperança de Beck	73
Anexo C - Questionário de Ideação Suicida	75
Anexo D - Questionário de Comportamentos Suicídios Revisto	77
Anexo E - Escala de Dor Psicológica	79

Introdução

Vários estudos (e.g., Borges & Werlang, 2006; Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo, & Marín-León, 2005; Werlang, Borges, & Fensterseifer 2005) referem que o suicídio é um fenómeno complexo e universal, que atinge todas as idades, culturas e classes sociais e cuja etiologia é multifatorial. Esta etiologia engloba fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. O suicídio é a segunda causa de morte entre os adolescentes portugueses (Oliveira, 2006), a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos, e está, genericamente, entre as primeiras causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América (Rothes, 2006; Vidal, Gontijo, & Lima, 2013). Daqui decorre, que deverá merecer preocupação da sociedade em geral.

Os jovens adultos, dado que têm de lidar com mudanças desenvolvimentais importantes e, frequentemente, com as exigências académicas, estão muitas vezes expostos a fatores de risco para o comportamento suicidário (Pereira, 2011). Uma incapacidade do jovem adulto para lidar simultaneamente com todas as exigências de forma satisfatória pode resultar no surgimento de sofrimento psicológico intenso, de psicopatologia e de comportamentos suicidários. Apesar de os comportamentos suicidários serem raros nos jovens adultos, os dados existentes são suficientemente preocupantes, dado que o suicídio é considerado como sendo a segunda principal causa de morte nesta faixa etária (Schwartz, 2006).

A presente investigação tem como objetivo avaliar a influência da depressão, da desesperança e da dor mental, de acordo com a perspetiva de Shneidman (1993, 2005), na ideação suicida. Com este estudo pretende testar-se um modelo de previsão de ideação suicida em que se postula que a desesperança e a dor mental desempenham um papel mediador na relação entre a depressão e a ideação suicida. Também se postula que a desesperança tem um efeito mediador na associação entre a depressão e a dor mental e que esta última tem um efeito mediador na relação entre a desesperança e a ideação suicida. Este modelo será testado através da Modelação de Equações Estruturais.

A investigação contará com a participação de jovens adultos, estudantes da Universidade de Évora, com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos de idade. Para evitar os problemas associados aos designs tipo *cross-sectional*, os dados serão recolhidos em dois momentos, com um intervalo de cerca de cinco meses. No primeiro momento serão avaliadas as variáveis preditoras: depressão, desesperança e dor

mental. A variável dependente, ideação suicida, será avaliada no segundo momento, através de três indicadores: ideação no ano anterior, ideação no último mês e ideação atual. Os instrumentos de medida utilizados neste estudo serão a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D; Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004); a Escala de Desesperança de Beck (BHS; Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974; Batista, 1994); o Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; Ferreira e Castela, 1999) que será usado para avaliar a ideação suicida no mês anterior; o Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (QCS-R; Osman, Bagge, Gutierrez, Konick, Kopper, & Barrios, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2013) que será usado para avaliar a ideação suicida no ano anterior e a ideação suicida atual e a Escala de Dor Psicológica - Psychache (Holden, Mehta, Cunningham, & Mcleod, 2001; Campos & Holden, no prelo).

Esta dissertação está dividida em duas partes, organizadas como a seguir se descreve. A primeira, parte teórica, descreve o enquadramento teórico e é composta por quatro capítulos. O primeiro aborda a suicidalidade nos jovens adultos, o segundo centra-se nas temáticas da depressão, desesperança e ideação suicida, no terceiro capítulo discute-se sobre a relação entre dor mental e ideação suicida e no último capítulo aborda-se a relação entre a depressão e a ideação suicida através do efeito mediador da desesperança e da dor mental.

A segunda parte deste trabalho descreve o estudo empírico, que se divide em quatro capítulos. No primeiro capítulo são descritos os objetivos e sendo apresentado o modelo de ideação suicida a testar. O segundo capítulo é referente à metodologia do estudo e contém as seguintes secções: participantes; procedimento de recolha de dados; instrumentos de medida; e análise de resultados. No terceiro capítulo da parte empírica são apresentados os resultados obtidos. No quarto capítulo são discutidos os resultados e apresentadas as limitações do estudo. A dissertação termina com a apresentação das principais conclusões retiradas do estudo.

Parte teórica

Capítulo 1 - Jovem adulto e suicidalidade

1.1 Epidemiologia do suicídio

Sendo um fenómeno complexo e universal, o suicídio representa um importante problema de saúde pública em todo o mundo (Vidal et al., 2013). É um ato com repercussões importantes em todos os contextos, desde o familiar ao social, passando pelos profissionais de saúde (Costa, 2010). Estima-se que o suicídio seja a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos, estando entre as primeiras causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América (Rothes, 2006; Vidal et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000) houve um aumento de 60% de mortes por suicídio nas últimas cinco décadas. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno dos 16 por cada 100 mil habitantes e estima-se que cerca de um milhão de mortes por suicídio ocorre anualmente (Daolio & Silva, 2009). Prevê-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020 (Costa, 2010). O suicídio é mais frequente nos homens e nos idosos enquanto as tentativas de suicídio são comuns nas mulheres e nos jovens (Almeida, Guedes, Nogueira, França, & Silva, 2009; Hesketh & Castro, 1978).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2011), a taxa de suicídio tem variado entre 5,3 por 100 mil habitantes em 1999, 11,7 em 2002, 11,5 em 2004, 9,8 em 2008 e 9,6 em 2011. Portugal apresenta entre os países da União Europeia uma das taxas mais elevadas de morte por causa indeterminada, o que faz com que os valores de suicídio reportados devam ser interpretados com precaução; o fenómeno da morte por suicídio pode estar sub-registado (Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro, & Façanha, 2012).

O suicídio é uma das primeiras causas de morte nos jovens adultos. Os jovens e os universitários constituem grupos de risco (Lee & Oh, 2012). A adultícia jovem constitui por um período desenvolvimental exigente, marcado por desafios e incertezas que pode acarretar vários problemas de saúde mental, entre os quais os comportamentos suicidários (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011). Os jovens adultos têm de lidar com as mudanças psicológicas e psicossociais associadas à fase de

desenvolvimento que atravessam e que exige deles a aquisição de autonomia em diversos domínios da sua vida. Gonçalves et al. (2011) referem que a frequência do ensino superior, por onde passam muitos dos jovens adultos, marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do jovem adulto. Este confronta-se com um conjunto de dificuldades acrescidas, novas responsabilidades, incertezas e sentimentos de solidão, a par com a adaptação a um novo local e a novas relações sociais (Gonçalves et al., 2011).

Os universitários têm de lidar com as exigências académicas e sociais que lhes são colocadas durante a formação universitária e enquanto se preparam para a sua carreira profissional (Bayram & Bilgel, 2008). Estas situações implicam capacidades psicossociais que relacionadas, em cada indivíduo, com diferentes formas de enfrentar as dificuldades e que dependem da estrutura da sua personalidade, dos seus estilos cognitivos, e das suas competências sociais e as estratégias de *coping*. De acordo com as características pessoais e determinadas circunstâncias sociais e culturais, a adaptação às novas vivências ou ao novo ambiente pode não ser bem-sucedida, contribuindo para o surgimento de sintomas psicopatológicos, que podem levar o indivíduo a encarar o suicídio como uma única saída para acabar com as suas dificuldades (Figueiredo & Oliveira, 1995; Pereira, 2011).

Os jovens adultos com comportamentos suicidários apresentam uma elevada incidência de experiências adversas ao longo do seu desenvolvimento. Determinados acontecimentos de vida negativos, como por exemplo, conflitos interpessoais, término de uma relação amorosa e separação dos pais podem impedir a satisfação de necessidades emocionais fundamentais e levar ao suicídio. Para o surgimento de comportamentos suicidários não só é importante a ocorrência desses acontecimentos de vida negativos, mas também a forma como a pessoa percebe a sua intensidade e o seu impacto (Gonçalves et al., 2011). Brown (2011) refere quatro variáveis como sendo preditores da ideação suicida nos estudantes universitários: depressão, desesperança, stress percebido e um nível baixo de religiosidade. É também uma evidência que nesta população se regista uma alta prevalência de depressão e desesperança (Poch, Villar, Caparros, Juan, Cornella, & Perez, 2004; Vázquez & Blanco, 2006).

1.2. O espectro da suicidalidade

A suicidalidade é um conceito que remete para uma espécie de *continuum* que vai desde a ideação suicida – ativa ou passiva – até ao comportamento suicida e que engloba o plano, as tentativas consumadas e interrompidas e o suicídio consumado

(Gassman-Mayer, Jiang, McSorley, Arani, Dubrava, Suryawanshi, Webb, & Nilsson, 2011; Vilhjalmsson, Kristjansdottir, & Sveinbjarnardottir, 1998).

A ideação suicida destaca-se como um dos preditores principais do suicídio (Prieto & Tavares, 2005). É caracterizada por pensamentos ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte. Engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha para se matar (Borges & Werlang, 2006). De acordo com Botega et al. (2005) a presença de ideias suicidas representa um elevado risco para a realização de uma tentativa de suicídio, havendo empiricamente uma forte relação entre as duas variáveis. A ideação suicida tem um importante valor preditivo na avaliação do risco de suicídio, sendo que em muitos casos o indivíduo tem ideias, pensamentos e desejo de estar morto antes de tentar o suicídio (Vilhjalmsson et al., 1998); pode ser vista como o primeiro marcador de risco suicida (Reynolds, 1991), sendo mais frequente em jovens adultos do que em idosos (Botega et al., 2005). A ideação suicida e a comunicação aos outros da intenção de suicídio precedem frequentemente os atos dirigidos para acabar com a própria vida, o que permite dizer que o suicídio poderá começar com a ideação suicida, progredindo para as tentativas de suicídio e culminando no suicídio consumado (Cole, Protinsky, & Cross).

A seriedade da ideação suicida como marcador de sofrimento psicológico tem sido confirmada em diversos estudos, que demonstram que não só surge associada a morbilidade psiquiátrica como também pode ser um fator preditivo de psicopatologia futura, especialmente no que diz respeito a perturbações de humor, de ansiedade e abuso de substâncias, tanto em adolescentes como em jovens adultos (Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee, & Fitzmaurice, 2006). A ideação suicida também tem sido relacionada com défices de funcionamento emocional e comportamental, como por exemplo, os sintomas depressivos e baixa autoestima, que se estendem para além da adolescência e permanecendo durante o início da idade adulta (Reinherz et al., 2006). A literatura aponta ainda para diferenças de género associadas à ideação suicida. A maioria dos estudos refere que os sujeitos do sexo feminino apresentam mais ideação suicida do que os do sexo masculino (Ferreira & Castela, 1999; Groleger, Tomori, & Kocmur, 2003).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2002), a ideação suicida pode ser passiva ou ativa. A primeira forma caracteriza-se pela presença de leves pensamentos que ocorrem esporadicamente e sem risco aparente, sem que haja qualquer outro indício para uma eventual tentativa de suicídio. Já na ideação suicida ativa verificam-se pensamentos persistentes e recorrentes sobre suicídio e a pessoa deseja de facto morrer. Pode mesmo ocorrer uma preparação para o ato suicida, ou seja, a pessoa pode ter plano para se suicidar.

Barrero (2006) classifica os diversos tipos de ideação suicida da seguinte forma: ideação suicida sem um método específico, no qual a pessoa tem desejo de se matar, mas não sabe como o fazer; ideação suicida com método inespecífico, quando o indivíduo tem o desejo de se matar, sem uma especificidade relativamente a como (com que método) ou quando; ideação suicida com um método específico, mas sem um plano, em que a pessoa quer concretizar o suicídio, já escolheu a forma de como fazê-lo, mas não o momento ou não pensou ainda nas precauções para não ser descoberto; por fim a ideação suicida com um plano, o sujeito deseja cometer suicídio, escolheu um método geralmente fatal, o lugar onde irá fazê-lo e o momento ideal para não ser descoberto.

O plano suicida implica risco imediato e envolve a acessibilidade do método escolhido, especificação da ocasião, local e preparação individual para a morte – por exemplo, distribuição de bens, reconciliação com as pessoas, testamento, bilhetes ou cartas e delegação de cuidados de filhos ou animais de estimação (Fremouw, Perczel, & Ellis, 1990 citado por Rodrigues, 2009). Quanto mais detalhado for o plano, mais elevado o risco de suicídio.

A tentativa de suicídio é um gesto autodestrutivo não fatal, ou seja, o indivíduo não consegue concretizar o objetivo de acabar com a vida. Neste tipo de comportamento está presente a intenção de morrer (Matias & Santos, 2014). E o mesmo deve constituir um importante sinal de alerta para o suicídio (Rapeli & Botega, 2005).

O suicídio consumado é um comportamento que representa um desafio para os clínicos e investigadores na área da saúde mental no que concerne à compreensão dos vários fatores que o precipitam e predis põem o indivíduo para a sua ocorrência (Macleod, Tata, Evans, Tyrer, Schmidt, Davidson, Thornton, & Catalan, 1998) fatores genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (Marusic & Farmer, 2001; McGirr, Renaud, Seguin, Alda, Benkelfat, Lesage, & Turecki, 2007).

1.4. Variáveis psicológicas e suicidalidade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), as doenças psiquiátricas estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando-se as perturbações de humor, a esquizofrenia, as perturbações da personalidade e as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias. Segundo a OMS (2000), a depressão será responsável por 30% dos casos de suicídio relatados em todo o mundo. Não são só as doenças mentais que se relacionam com os comportamentos

suicídios nos jovens, mas também as características psicológicas associadas a essas doenças: por exemplo, pensamentos negativos, baixa autoestima, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimentos de culpa, perfeccionismo e ausência de razões para viver (Heisel & Flett, 2004).

Outros autores (Bebbington, Minot, Cooper, Dennis, Meltzer, Jenkins, & Brugha, 2010; Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro, & Fleiz, 2009; Gradus, Qin, Lincoln, Miller, Lawler, & Lash, 2010) destacam mais fatores influentes na ideação suicida, na primeira tentativa de suicídio ou no suicídio consumado como as falhas no controle dos impulsos e os níveis elevados de desesperança. As falhas no controle dos impulsos, a depressão e a desesperança são variáveis que se relacionam com a suicidalidade (Beautrais, Collings, Ehrhardt, & Henare, 2005; Boeninger, Masyn, Feldman, & Conger, 2010; Fairweather-Schmidt, Anstey, Salim, & Rodgers, 2010; Ganz, Braquehais, & Sher, 2010; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, & Lee, 2008; Nock, Park, Finn, Deliberto, Dour, & Banaji, 2010; Sánchez-Teruel, 2012). A dor mental é também considerada como fator psicológico muito importante para os comportamentos suicídios (Troister & Holden, 2012).

Capítulo 2 - Depressão, desesperança e ideação suicida

2.1. Epidemiologia da depressão

De acordo com a OMS (2012), estima-se que cerca de 5% da população mundial tenha depressão. Segundo a OMS (2002), a taxa da depressão subirá para 5,7 % até 2020. De acordo com Claudino, Cordeiro e Arriaga (2006), as raparigas apresentam mais sintomas depressivos do que os rapazes. Essas diferenças entre sexos podem ser explicadas por fatores cognitivos (estilo cognitivo, ruminação), afetivos (reatividade emocional) e biológicos (vulnerabilidade genética, hormonas e mudanças da puberdade) (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008). As raparigas são mais propensas a apresentar vulnerabilidade cognitiva à depressão e a interpretar os acontecimentos de vida como negativos (Stone, Gibb, & Coles, 2010). Sabe-se que, em amostras clínicas, a contribuição do género para a sintomatologia depressiva, mas também para a ideação suicida é significativa, sobretudo em níveis moderados de sintomatologia depressiva (Allison, Roeger, Martin, & Keeves, 2001).

2.2. Teoria psicodinâmica da depressão

De acordo com a perspectiva psicodinâmica, a depressão constitui a experiência que o indivíduo vivencia em resposta a uma mudança ou uma perda que ameaça afetar a estrutura do seu mundo interno. De acordo com Fairbairn (1958) citado por Coelho (2004), a depressão isola o mundo interno que reflete a perda e a mudança, ou seja, a vivência interna clivada e isolada reflete a experiência vivida no mundo externo. A depressão ataca o sentido de vitalidade e de vontade de viver e assegura à pessoa que o seu mundo interno não necessita de mudança, porque na verdade ela própria se sente incapaz de mudar; promove e é ao mesmo tempo reflexo de uma "estagnação" interna. Desta forma, a depressão pode ser compreendida como um mecanismo geral de conservação da situação endopsíquica num sistema fechado de experienciar o mundo, ou seja, nesta perspectiva, a depressão funciona como técnica para evitar ou negar a ocorrência de uma qualquer mudança, mantendo a integridade de um sistema fechado. Segundo ainda Fairbairn (1958) citado por Coelho (2004) o denegamento e a punição do *self* na depressão são mecanismos de proteção dos vínculos com maus objetos internos, inibindo o confronto com a verdadeira natureza desses mesmos vínculos. O desamparo e a impotência da pessoa deprimida são reconhecidos como

ataques à capacidade de crescimento psíquico, naqueles períodos em que o crescimento é uma possibilidade.

Freud (1917) citado por Coelho (2004), refere que para existir depressão, a perda de objeto deverá ser acompanhada de uma persistência do desejo do objeto e pela representação da impossibilidade de o alcançar. O estado depressivo não só tem a ver com o facto de o desejo ser impossível de atingir, como com a representação de si próprio na ausência / incapacidade de satisfação (Bleichmar, 1996).

Kernberg (1988, citado por Campos, 2009) associa ao funcionamento depressivo da personalidade um supereu severo, uma forte dependência do suporte, amor e aceitação por parte dos outros e dificuldades em expressar a agressividade. O funcionamento do superego marca uma tendência para os indivíduos serem muito preocupados com o seu desempenho. Quando não cumprem as metas e não conseguem viver de acordo com as expectativas que estabeleceram, deprimem-se. Normalmente, os indivíduos são muito exigentes consigo próprios e conseguem muitas vezes atingir metas importantes, contudo os sentimentos de realização são pouco duradouros, visto que, na maior parte das vezes são incapazes de pedir ajuda ou partilhar o seu mal-estar com as pessoas mais próximas. Por outro lado, os indivíduos têm muito receio de ser desapontados pelos outros, deixando de lado os desejos e vontade própria para obter amor e simpatia por parte deles.

Coimbra de Matos (2001) considera que a personalidade depressiva (base caracterial de onde emergem os episódios depressivos) é constituída por traços como o humor depressivo e a irritabilidade. Já os episódios depressivos seriam caracterizados por sintomas egodistónicos de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa. Ainda segundo Coimbra de Matos (2003), os fatores psicopatológicos da depressão agrupam-se em quatro feixes: 1) submissão a um supereu pouco agregado, primitivo e imaturo, 2) abatimento geral, desânimo e propensão à desistência, 3) inibição fóbica e 4) baixa autoestima.

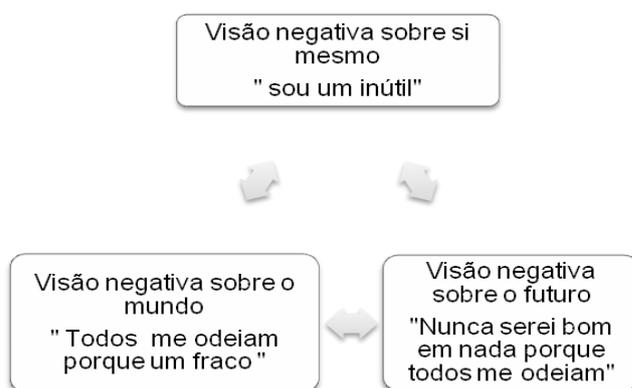
De acordo com o modelo de Blatt (1974), na depressão anaclítica predomina o medo da perda do objeto de apoio, o receio de abandono, a angústia de separação, dado que não se deu a interiorização permanente do bom objeto. É por esta última razão que a perda é insuportável, porque o indivíduo ainda não o construiu de forma global o objeto dentro do seu mundo interno. Em contraste, na depressão introjetiva existe o medo da perda do amor do objeto e a angústia depressiva (Reis & Grenyer, 2002). São experienciadas perturbações no sentido do *self* e predominam sentimentos como falta de valor, culpa, anedonia, inferioridade, baixa autoestima, perda de controlo e fracasso (Reis & Grenyer, 2002).

2.3. Teoria cognitiva da depressão

Já a teoria cognitiva da depressão explica que as nossas emoções e comportamentos não só são influenciados por experiências e situações passadas como também pela forma como processamos, percebemos e atribuímos significados às mesmas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). O modelo cognitivo de Beck utiliza três conceitos para explicar a base psicológica da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos (Beck et al., 1997).

De acordo com a tríade cognitiva, a depressão está relacionada com a forma como a pessoa se percebe e percebe o mundo. Na depressão, a pessoa tem uma visão negativa acerca de si própria, vendo-se sem valor e com inúmeros defeitos. Atribui as experiências mal sucedidas a si própria. O indivíduo percebe o mundo de forma enviesada e interpreta as suas experiências de forma negativa. O futuro é olhado de forma pessimista: o indivíduo antecipa o futuro de forma negativa; antecipa dificuldades, frustrações e privações, perspectivando-o com desesperança. Os sintomas depressivos são explicados pelo modelo cognitivo como resultantes da crença do indivíduo de que está condenado ao fracasso (Beck et al., 1997). Esta conceptualização cognitiva da depressão é bem ilustrada pelo modelo de Beck et al. (1997), ilustrado na figura 1.

Figura 1. Tríade Cognitiva de Beck



O modelo descrito concebe que os sintomas depressivos podem ser explicados como consequência de cognições negativas. A falta de vontade resulta do pessimismo e da desesperança do indivíduo. Uma vez que o indivíduo espera um resultado negativo, não se compromete com uma meta ou objetivo. Como resultado disto, por vezes, o suicídio pode ser visto como única forma de escapar a um problema que não

parece ter solução ou de retirar aos outros o fardo inútil que o indivíduo pensa ser. O aumento da dependência vivenciado pelo depressivo também é explicável em termos cognitivos. O indivíduo vê-se como inapto e desamparado. Desvaloriza-se e inferioriza-se na realização das tarefas banais, desenvolvendo a tendência a procurar o conforto e ajuda dos outros para se sentir mais competente e útil. (Beck et al., 1997).

Um outro aspecto importante no modelo cognitivo é o conceito de esquemas. Os esquemas são definidos como representações estáveis do conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, dos outros e do mundo, e que orientam o processamento da informação (Rush & Beck, 1978). De acordo com Beck et al. (1997), qualquer situação é composta por um conjunto de estímulos. Perante uma determinada situação, o indivíduo presta atenção a estímulos específicos, combina-os num padrão e conceptualiza a situação. Beck et al. (1997) referem que as pessoas reagem de formas diferentes perante a mesma situação porque cada uma seleciona e valoriza aspetos diferentes, combinando-os de forma coerente e desta forma chegar a uma conclusão. Sugerem ainda que cada esquema se desenvolve prematuramente através de experiências negativas, como por exemplo, a perda de um familiar significativo e será incorporado na organização cognitiva do indivíduo.

À medida que a depressão se vai agravando, mais dificilmente o sujeito vê a sua interpretação da situação como um erro. Por exemplo, se uma pessoa não se achar competente, ela irá validar o esquema: “*a menos que faça tudo perfeito, eu sou um falhado*”. São este tipo de esquemas erróneos que estão presentes nos indivíduos com depressão que levam a que as pessoas distorçam a realidade (Rush & Beck, 1978).

Beck et al. (1997) referem que o indivíduo depressivo comete uma série de erros no processamento da informação que conduzem a uma visão distorcida da realidade. Os erros mais comuns são: inferência arbitrária (chegar a uma conclusão sem dados que a apoiem, até mesmo quando há provas em contrário); abstração seletiva (chegar a uma conclusão, focalizando apenas detalhes irrelevantes da situação); exagero e minimização (considerar alguns acontecimentos como cruciais quando não o são, o que se reflete em erros na avaliação do significado); personalização (culpar-se a si próprio por acontecimentos negativos ou acontecimentos aversivos de terceiros) e, por último, pensamento dicotómico absolutista (catalogar situações e pessoas em categorias opostas e irreduzíveis).

Acresce que os indivíduos colocam os seus padrões de performance em níveis de desempenho muito elevados e, como resultado, percebem serem incapazes de executar satisfatoriamente tudo a que se propõem (independente das suas

capacidades comportamentais). Acresce que as distorções cognitivas conduzem à autoavaliação negativa e a um excessivo sentido de autocrítica que manifestam frequentemente em áreas importantes para o indivíduo (Beck et al., 1997). Quando as cognições negativas, especialmente sobre o futuro se tornam insuportáveis, o suicídio pode ser visto como uma fuga à vivência depressiva (Patterson & Holden, 2012).

A teoria de Beck sobre a depressão foi sofrendo algumas alterações ao longo do tempo com contributos de autores como Abramson, Seligman e Teasdale (1978) e Seligman, Abramson, Semmel e Von Baeyer (1979) que "completaram" a teoria atribuindo importância aos acontecimentos que são considerados um reforço das crenças e ações do indivíduo. Esta teoria é designada de teoria do estilo atribucional ou do desamparo aprendido. A teoria do desamparo aprendido explica que os indivíduos deprimidos tendem a atribuir os fracassos a fatores como a sua falta de esforço ou incapacidade pessoal, e os êxitos ao acaso ou à facilidade da tarefa. Seligman et al. (1979) referem que a duração da depressão está relacionada com atribuições estáveis e que a sua intensidade e gravidade estão relacionadas com a presença de atribuições internas e com o seu grau de convicção.

2.4. Depressão e ideação suicida

Diversos estudos (e.g., Kisch, Leino, & Silverman, 2005, Konick & Gutierrez, 2005; Moreira, 2009) mostram que os sintomas depressivos são preditores significativos da ideação suicida. Por exemplo, no estudo de Azevedo e Matos (2014), a ideação suicida correlacionou-se significativamente com a sintomatologia depressiva em adolescentes da população geral. Outros autores (p. e., Arria, O'Grady, Caldeira, Vincent, Wilcox, & Wish, 2009; Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin, & Nemeroff, 2008; Singh & Joshi, 2008) destacam também que a ideação suicida se associa fortemente com a depressão em estudantes universitários. Por exemplo, no estudo de Eisenberg, Gollust, Golbersteine e Hefner (2007) verificou-se que cerca de 67% dos estudantes universitários que reportavam ideação suicida tinham também perturbação depressiva, sendo a Perturbação Depressiva Major a mais comum. Genericamente, níveis elevados de depressão estão associados com níveis elevados de ideação suicida (Garlow et al., 2008; Sing & Joshi, 2008; Weber, Metha, & Nelsen, 1997).

No entanto, poderá haver variáveis que moderem ou medeiem esta relação, ou que sejam inclusivamente mais importantes na previsão da ideação suicida. A falta de

apoio social, por exemplo, é considerada como um fator de risco na ideação suicida em jovens adultos, mesmo quando se controla o efeito dos sintomas depressivos (Arria et al., 2009). Embora seja evidente que a depressão desempenha um papel determinante no risco de suicídio, nem todos os estudos encontraram uma relação entre gravidade dos sintomas depressivos e comportamentos suicidários (Johns & Holden, 1997). Além disso, nem todas as pessoas deprimidas têm ideação e comportamentos suicidas (Campos & Holden, no prelo), bem como nem todas as tentativas de suicídio ocorrem durante os episódios depressivos (Troister & Holden, 2012). É importante reconhecer também que, apesar de o suicídio estar mais estreitamente ligado com depressão (Bostwick & Pankratz, 2000; Kessler, Borges, & Walters, 1999), não é um fenômeno exclusivamente associado a esta patologia.

A depressão pode manifestar-se de várias formas, uma das quais é o aparecimento de desejos de morte, o que pode levar às tentativas de suicídio frequentes ou ao suicídio consumado, atos que serão tanto mais prováveis, quanto mais intensa a visão negativa que o indivíduo tem sobre o futuro, ou seja, quando também estão presentes sentimentos de desesperança (Borges & Werlang, 2006). As pessoas que apresentam níveis elevados de desesperança estão em maior risco de sofrer de ansiedade e depressão, estando estas formas de perturbação relacionadas com um risco acrescido para ter comportamentos suicidários (Beautrais, 2003; Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990) e ideação suicida (Kirkcaldy, Eysenck, & Siefen, 2004; Tyssen, Vaglum, Grønvold, & Ekeberg, 2001). Assim, não só a depressão, mas também a desesperança pode constituir um importante fator de risco para a ocorrência de ideação e comportamentos suicidários (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989).

2.5. A desesperança

A desesperança traduz-se por uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros e pelo sentimento que o sujeito tem de que vai falhar ou de que os seus comportamentos vão ter consequências negativas no futuro. Denota também uma percepção do indivíduo relativamente a si mesmo como impotente para resolver os problemas (Gonçalves et al., 2011). Essa forma de percepção está associada positivamente com a autocrítica excessiva e negativamente com a autoestima (Donaldson, Spirito, & Farnett, 2000; Heisel & Flett, 2004; Yiğiter, Pehlivan, & Tiryaki, 2013).

A desesperança pode ser definida como um esquema relativamente estável, incorporando expectativas negativas sobre os acontecimentos de vida, juntamente com

uma sensação de inevitabilidade ou desamparo sobre esses acontecimentos. A desesperança é uma causa suficiente para originar o suicídio, sendo este o sintoma principal de um subtipo de depressão designada justamente de depressão de desesperança (Abramson et al., 1989).

O papel da desesperança na depressão pode ser compreendido através de um modelo de vulnerabilidade ao *stress* que explica a etiologia de um subtipo de depressão (depressão de desesperança), em termos de vulnerabilidade cognitiva perante a ocorrência de acontecimentos de vida negativos (Abramson et al., 1989). Nem todas as pessoas se sentem desesperadas e deprimidas quando se confrontam com acontecimentos de vida negativos. De acordo com a teoria da desesperança, as pessoas desenvolvem sintomas de depressão de desesperança porque os acontecimentos de vida negativos interagem com estilos inferenciais sobre as causas (porquê aquele acontecimento ocorreu), consequências (consequências negativas para o futuro) e suas relações com o *self* (características negativas sobre o eu), o que aumenta a vulnerabilidade da pessoa em situações de *stress* (Abramson et al., 1989). A teoria refere que os acontecimentos negativos são compreendidos pelo indivíduo de forma: 1) interna (pessoal), 2) estável (sem possibilidade de mudança) e 3) global (englobando os diversos campos da vida pessoal). É no limite este estilo inferencial que conduz à desesperança, tristeza e apatia (Alencastro, 2013).

2.6. Depressão, desesperança e ideação suicida

Os indivíduos que apresentam níveis elevados de desesperança, baixa autoestima e sintomas depressivos são os mesmos que tendem a utilizar mecanismos de *coping* ineficazes, sendo que podem estar em risco de apresentar comportamentos suicidários (Ballone, 2007; Beautrais, 2003; Schotte & Clum, 1987). O sentimento de falta de esperança tem sido associado ao suicídio (Marks & Haller, 1977; Shaffer, 1974), à ideação suicida, à história de tentativa de suicídio e à probabilidade de vir cometer o suicídio no futuro (Cox, Enns, & Clara, 2004; Johns & Holden, 1997; Steer, Kumar, & Beck, 1993). Genericamente a desesperança contribui para a previsão da ideação suicida (Flamenbaum, 2009). Por outro lado, a desesperança é considerada como preditiva de futuros suicídios em indivíduos com ideação suicida (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Rodrigues, 2009). A desesperança associa-se significativamente com a ideação suicida quando a variável depressão é controlada (Steer et al., 1993).

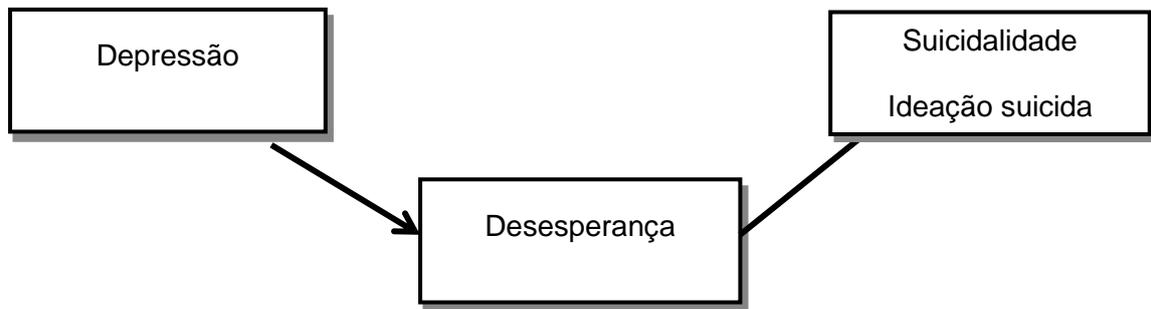
Diversas investigações têm revelado que a desesperança se associa positivamente com a ideação suicida em estudantes universitários (Gibb, Andover, & Beach, 2006; Heisel, Flett, & Hewitt, 2003; Hirsch, Conner, & Duberstein, 2007; Lipschitz, 1995; Stephenson, Pena-Shaff, & Quirk, 2006; Weber et al., 1997), em jovens adultos (Dixon, Heppner, & Rudd, 1994; Weishaar & Beck, 1992) e em adolescentes (Khan, 2011). Níveis elevados de desesperança estão fortemente associados com a gravidade da ideação suicida (Hirsch et al., 2007). De acordo com a literatura existente sobre a associação entre depressão e desesperança, um indivíduo que num determinado momento manifeste ambas as condições tem uma probabilidade muito elevada de ter ideias de suicídio graves, bem como de se suicidar, independentemente de a sintomatologia depressiva ser leve, moderada ou grave (Arria et al., 2009; Borges & Werlang, 2006). Na verdade, quer a depressão, quer a desesperança podem ser consideradas como sendo preditores relevantes da ideação suicida (Troister & Holden, 2012).

Em alguns trabalhos, na população adulta a desesperança correlaciona-se positivamente com o suicídio, mais do que a depressão (Rotheram-Borus & Trautman, 1988). Por exemplo, num estudo longitudinal realizado por Wetzel (1976) verificou-se que a desesperança estava mais relacionada com a ideação suicida do que a depressão na população adulta, ao contrário do que se verificou nos estudos de Reifman e Windle (1995) e de Uncapher, Gallagher-Thompson, Osgood e Bongar (1998), onde a desesperança não se revelava um preditor tão importante do comportamento suicida como a depressão nas populações mais jovens. No estudo de Kuo, Gallo e Eaton (2004), a desesperança foi a variável preditiva mais consistente do comportamento suicida, quando comparada com a presença de um diagnóstico de perturbação depressiva ou de abuso de substâncias. Rudd (1990) refere que a desesperança poderá ser um preditor forte de suicídio em amostras clínicas, enquanto a depressão um preditor mais importante em amostras não clínicas.

Várias investigações demonstram que a desesperança medeia a associação entre depressão e suicidalidade (Abramson, Alloy, Hogan, Whitehouse, Cornette, Akhavan, & Chiara, 1998; Baumeister, 1990; Beck, Brown, & Steer, 1989; Dieserud, Roysamb, Ekeberg, & Kraft, 2001; Dyer & Kreitman, 1984; Rotheram-Borus & Trautman, 1988; Salter & Platt, 1990) e mais especificamente, entre depressão e ideação suicida (Smith, Alloy, & Abramson, 2006; Weishaar & Beck, 1992). Este efeito de mediação é ilustrado na figura 2. No entanto, Patterson (2010), por exemplo, verificou que a relação entre a desesperança e ideação suicida não era mediada pela depressão. Quando a desesperança foi controlada estatisticamente, a depressão não

é um preditor significativo de suicídio consumado (Beck et al., 1985; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Dieserud et al., 2001).

Figura 2. O papel mediador da desesperança na relação entre a depressão e suicidalidade /ideação suicida.



Capítulo 3 - Dor mental e ideação suicida

A dor mental é um sentimento pouco claro e um estado emocional complexo e introspetivo (Shneidman, 2005); pode representar um constructo multidimensional (Huanhuan, Weizhen, Xinnwei, Rong, Chuan, Xiangyu, Ning, Qifeng, & Xiang, 2014). A dor mental caracteriza-se por uma emoção negativa que expressa sofrimento e mal-estar (Werlang & Oliveira, 2006). Este estado pode ser caracterizado como correspondendo a uma dor aguda intensa, associada sempre a um sentimento de vergonha, humilhação, angústia, desespero, solidão e medo, ou seja, é uma experiência afetiva que não se baseia em cognições e que implica uma percepção negativa do *self* (Flamenbaum, 2009; Orbach, Mikulincer, Sirota, & Gilboa-Schechtman, 2003; Shneidman, 2005; Troister & Holden, 2012).

Para Jobes (2000) a dor mental é um elemento fundamental na estruturação e expressão de toda a psicopatologia. Inerente a todas as concepções elaboradas no sentido de compreender a importância deste conceito está uma experiência de perda, real ou fantasiada, que conduz a um estado de tonalidade dolorosa com repercussões ao nível do sentimento de identidade e integridade.

Baumeister (1990) refere a dor mental como uma forma extrema de decepção sobre si mesmo, causada por uma discrepância entre os pontos de vista real e ideal que a pessoa tem sobre si própria. Baumeister (1990) refere-se ao suicídio como uma fuga do *self* motivado pela necessidade de escapar à dor mental insuportável. A corrente causal inicia-se com a ocorrência de acontecimentos que colocam em causa os objetivos e expectativas do indivíduo. Quando as falhas são atribuídas internamente e há uma tendência excessiva e inadequada para efetuar atribuições negativas às suas próprias falhas, este o indivíduo poderá experienciar dor mental. Esta consciência de inadequação do *self* gera um afeto negativo e leva o indivíduo a tentar libertar-se dessa consciência e do estado afetivo associado. A tentativa de resolução pode passar pela procura de uma nova organização de funcionamento que se designa de *estado de desconstrução cognitiva*. Esta impede a tomada de consciência e o contacto com os afetos. Este estado de desconstrução traz consigo irracionalidade e desinibição, fazendo com que medidas "drásticas" possam ser aceites pelo indivíduo.

Bolger (1999) refere que a dor mental se associa à fragmentação do *self*. Este sentimento de fratura engloba sensação de vazio, distanciamento (de algo amado), despersonalização, perda de controlo e existência de um sentimento de alarme.

Na perspetiva psicanalítica de Freud (1926) citado por Fleming (2006), a dor mental corresponde como que a um sentimento de luto e de saudade de um ser

amado que ocorre após uma perda traumática. Para Bion (1962, 1963) citado por Fleming (2008), a dor mental é essencial ao funcionamento da personalidade e é o que se instala quando o indivíduo não tem a capacidade de sofrer. O sofrimento surge, portanto, associado a um nível de maior capacidade de contenção e elaboração mental. Bion (1962, 1963) citado por Fleming (2008) relaciona a maior ou menor capacidade de uma pessoa tolerar a dor com uma disposição inata, com a adequabilidade da função continente (capacidade de conter no espaço mental as emoções dolorosas), com a adequabilidade da função alfa (transformadora) e com a qualidade do vínculo existente entre indivíduo e objeto.

Fleming (2003) clarifica a diferença entre sofrimento psíquico e dor mental. Relativamente ao primeiro, há a possibilidade de encontrar palavras que lhe dão sentido, podendo o sofrimento ser elaborado e ocorrer um processo de luto. A dor mental, pelo contrário, é des-subjetiva, não é comunicável e não permite o trabalho de luto. Fleming (2003) refere-se à dor mental como uma constelação de sensações indefinidas de anseio, desamparo e aflição, para as quais o indivíduo não encontra palavras; remete para “uma experiência dolorosa que precisa de ser contida, mas que ultrapassando o limiar da tolerabilidade, implicando uma perturbação tópica, um esbater de fronteiras entre o Eu-psíquico e o Eu-Corporal” (Fleming, 2003, p. 5). Fleming (2003) descreve a dor mental como um fenómeno de fronteira entre o psíquico e o somático que denuncia a presença de uma experiência que não pode ser representada mentalmente, que não acedeu ao processo de simbolização.

Vejamos agora um pouco mais detalhadamente as ideias de Shneidman (2005), que distinguiu dois tipos de necessidades:

1) Necessidades modais: são aquelas que definem a personalidade de uma pessoa no seu funcionamento quotidiano;

2) Necessidades vitais: são aquelas pelas quais um indivíduo morreria porque a frustração não pode ser tolerada.

Cada indivíduo tem combinações idiossincráticas destes dois tipos de necessidades, refletindo a sua personalidade, bem como a sua vulnerabilidade específicas ao suicídio (Shneidman, 2005).

Shneidman (1993, 2005) referiu a importância de identificar e abordar as necessidades não satisfeitas do indivíduo de modo a reduzir o nível de dor mental e prevenir o suicídio. As necessidades que podem ter a ver com o risco de suicídio são (a) realização – necessidade de experimentar desafios; (b) filiação – necessidade de contar com os amigos para apoio; (c) autonomia – necessidade de independência e de liberdade; (d) neutralização – necessidade de compensar a perda; (e) socialização –

necessidade de evitar a vergonha ou embaraço; (f) ordem – necessidade de organização das coisas e ideias; (g) apoio social / carinho – necessidade de ser amado.

A dor mental é causada por necessidades psicológicas frustradas, existindo fatores que podem aumentá-la e conseqüentemente aumentar o risco de suicídio, entre os quais: a ocorrência de várias situações de *stress* ao longo da vida e falhas pessoais, a influência de outras vulnerabilidades como fatores genéticos e sociais; a perpeção da vida como sendo dolorosa e negativa; a percepção da dor como sendo algo insuportável e inaceitável (Flamenbaum, 2009). Assim, o suicídio pode ser visto como um comportamento que visa a resolução de problemas, apesar de não ser nunca encarado como uma decisão fácil de tomar, uma vez que o indivíduo se encontra na maior parte das vezes num estado de ambivalência no que diz respeito à sobrevivência e à insuportabilidade da dor (Teixeira, 2010). Existem pessoas que, apesar de experimentarem uma forte dor mental, têm controlo de si mesmas e, outras, que não tendo essa capacidade de autocontrolo, encontram ainda assim, outros métodos adaptativos para lidar / acabar com a dor, não tentando o suicídio (Shneidman, 2005).

Recentemente, tem-se verificado um interesse crescente por parte dos investigadores sobre o impacto da dor mental no risco de suicídio em populações psiquiátricas de alto risco (Holden & Kroner, 2003; Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi, 2008) e em amostras de estudantes universitários de baixo risco (Delisle & Holden, 2009; Flamenbaum & Holden, 2007), dando a literatura importância à dor mental na previsão do suicídio (Delisle & Holden, 2009; Flamenbaum, 2009; Holden, Kerr, Mendonca, & Velamoor, 1998; Holden & Kroner, 2003). Diversos trabalhos empíricos têm dado um apoio à ideia de que o principal fator de risco para o suicídio seria a dor mental (Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2012). A dor mental seria, em última instância, a única e derradeira razão responsável pelo suicídio, isto é, a dor mental seria um requisito necessário para o suicídio (Shneidman, 1993; Patterson & Holden, 2012). Não obstante, é essencial reconhecer que a grande maioria dos indivíduos com dor mental não se tenta suicidar (Shneidman, 2005).

Mills, Green e Reddon (2005) verificaram no seu estudo com uma amostra de delinquentes que a dor mental se relacionava com a presença de tentativa de suicídio anterior. No trabalho de Pompili et al. (2008) verifica-se uma relação significativa entre dor mental e risco de suicídio em doentes psiquiátricos internados. Noutro estudo, de Flamenbaum e Holden (2007), demonstrou-se que a dor mental se associava

positivamente com o número de tentativas de suicídio bem como com o nível de intenção, em estudantes universitários.

Estudos recentes com uma amostra de estudantes universitários (Flamenbaum & Holden, 2007; Holden, Mehta, Cunningham, & Mcleod, 2001; Lester, 2000; Troister, Davis, Lowndes, & Holden, 2013; Troister & Holden, 2010; Troister & Holden, 2013) e com uma amostra de doentes psiquiátricos internados (Olié, Guillaune, Jausent, Courtet, & Jollant, 2010) mostraram que a dor mental se associava significativamente com a ideação suicida. Diversos estudos (Delisle, 2007; Patterson & Holden, 2012; Pereira, Kroner, Holden, & Flamenbaum, 2010), mostram que a dor mental é um forte preditor da ideação suicida, sendo melhor preditor do que a depressão e a desesperança. Flamenbaum e Holden (2007) verificaram que a dor mental mediava a relação entre perfeccionismo e a suicidalidade. Já Flamenbaum (2009) demonstrou que a dor mental mediava a relação entre desesperança e ideação suicida.

Capítulo 4 - Depressão e ideação suicida: O efeito mediador da desesperança e da dor mental

Pode considerar-se que existem três preditores importantes do risco de suicídio: um afetivo (dor mental) e dois cognitivos (depressão e desesperança) (Holden et al., 2001; Troister & Holden, 2012). Como foi discutido anteriormente, a depressão, a desesperança e a dor mental, apesar de se correlacionarem, são construtos distintos (DeLisle & Holden, 2009).

A depressão associa-se positivamente com o suicídio, mas não é uma causa direta do suicídio. Como Shneidman (1993) afirma "o suicídio é causado pela dor mental" (p. 145) e a depressão, por si só, "nunca é causa de suicídio" (p. 146).

A desesperança pode ser um preditor relevante da motivação para suicídio, ao passo que a dor mental pode ser considerada como um preditor importante da preparação para o suicídio (Troister, 2014), contribuindo estes dois preditores, genericamente, para o risco de suicídio (Delisle & Holden, 2009). Shneidman (2005) refere que a desesperança é, por sua vez, uma potenciadora de dor mental.

Por outro lado, a literatura mostra que a dor mental é um fator muito importante para a ideação suicida (Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2010). A depressão e a desesperança são consideradas preditores secundários, contribuindo para a ideação suicida através do efeito de mediação da dor mental. Deste modo, a dor mental associa-se fortemente com o risco de suicídio "por conta própria", ao contrário da depressão e da desesperança que só são relevantes na medida em que se associam com a dor mental (Troister, 2014; Troister e Holden, 2012). Segundo Flamenbaum (2009), a dor mental é um preditor mais forte do risco de suicídio do que a desesperança, muito embora diversos estudos empíricos apontem também a desesperança como um preditor psicológico do risco de suicídio (Beck et al, 1990; Beck et al., 1985).

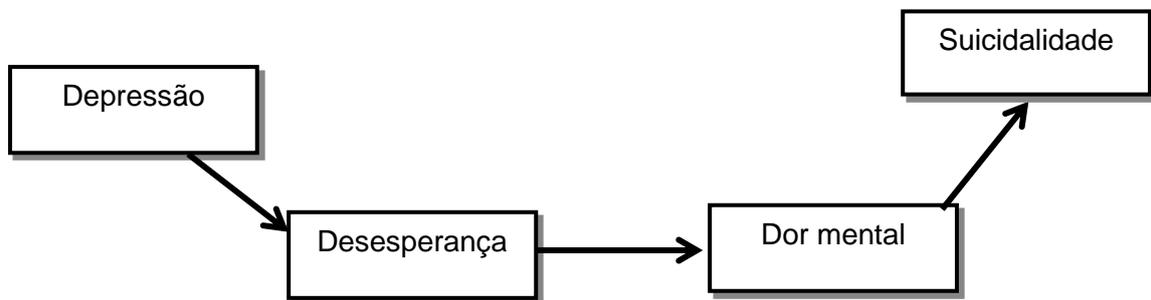
Diversos trabalhos têm mostrado que quer a dor mental, quer a desesperança contribuem para a previsão do risco de suicídio (Delisle & Holden, 2009; Holden et al., 2001). Por exemplo, no estudo longitudinal de Flamenbaum (2009) demonstrou-se que níveis elevados de dor mental, juntamente com níveis elevados de desesperança, contribuíram para o desenvolvimento de ideação suicida.

Tal como foi referido anteriormente, o modelo de Shneidman (1993) postula que a desesperança e a depressão só se associam significativamente com o suicídio através da dor mental. Não existe um efeito direto em termos estatísticos da

depressão com a ideação suicida. A depressão só se relaciona com a ideação suicida através do efeito da dor mental (Campos & Holden, no prelo; Holden et al., 2001) e da desesperança (Smith et al., 2006; Weishaar & Beck, 1992).

Holden et al. (2001) postulam uma sequência linear de causalidade (veja-se figura 3) na previsão da suicidalidade, em que a depressão leva à desesperança, que por sua vez conduz à dor mental que finalmente conduz ao risco suicidário. No entanto, a desesperança pode ela mesma, como discutimos antes, pode ter por si só um papel importante na previsão do risco.

Figura 3. Sequência linear de causalidade proposta por Holden et al. (2001)



Parte empírica

Capítulos 5- Objetivos do estudo

Na atualidade o suicídio é a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos (Rothes, 2006). Os pensamentos suicidas são considerados como sendo um importante fator de risco (Beautrais, 2000). Arria et al. (2009) alertam para o facto de a frequência de ideação suicida em estudantes universitários poder estar relacionada com mudanças desenvolvimentais que acontecem durante a formação universitária e no início da idade adulta, quando os jovens adultos enfrentam várias dificuldades acrescidas, novas responsabilidades e incertezas. A situação torna-se preocupante quando o jovem encara o suicídio como uma forma de acabar com as suas dificuldades (Gonçalves et al., 2011).

A depressão tem sistematicamente sido associada genericamente ao risco suicidário e à ideação suicida em particular (Azevedo & Matos, 2014; Cukrowicz, Schlegel, Smith, Jacobs, Orden, Paukent, Pettit, & Joiner, 2011), sendo vista como um precursor relevante da ideação suicida (Troister & Holden, 2012). Por exemplo, no estudo de Bagge, Lamis, Nadorff e Osman (2014) os sintomas depressivos e a desesperança associaram-se positivamente com pensamentos e comportamentos suicidas. Por outro lado, a dor mental é também um preditor significativo da ideação suicida em estudantes universitários (Troister & Holden, 2012). Na verdade, a dor mental poderá genericamente mediar os efeitos de outras variáveis psicológicas relevantes tais como a depressão e a desesperança, na sua relação com a suicidalidade (Delisle & Holden, 2009; Shneidman, 2005). Algumas evidências suportam a ideia de que a depressão se relaciona com a ideação suicida através do efeito da dor mental (Campos & Holden, no prelo; Holden et al., 2001) e da desesperança (Smith et al., 2006; Weishaar & Beck, 1992).

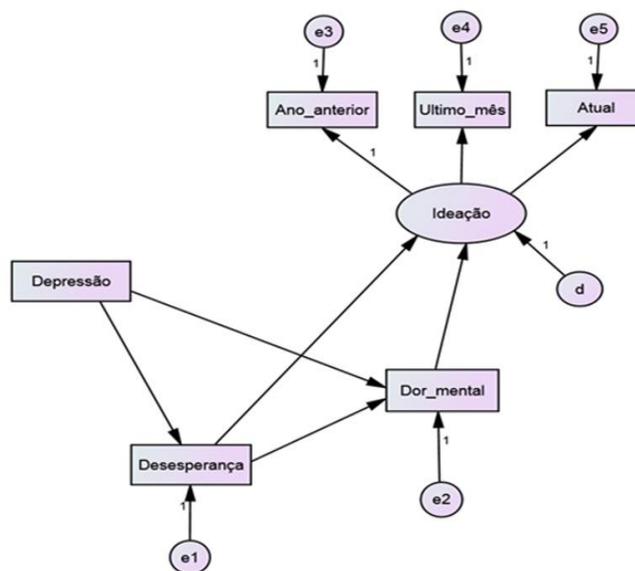
O principal objetivo do presente estudo é avaliar o efeito da depressão, da desesperança e da dor mental na ideação suicida (enquanto indicador de risco suicidário) em jovens adultos. Mais concretamente, tendo por base a literatura apresentada, o presente estudo pretende testar um modelo de previsão da ideação suicida (que se encontra representado na figura 4) através da Modelação de Equações Estruturais (SEM Hoyle & Smith, 1994), em que se postula que a dor mental e a desesperança desempenham um papel mediador na relação entre a depressão e a ideação suicida, que a dor mental medeia parcialmente a relação entre desesperança

e ideação suicida e que a desesperança medeia parcialmente a relação entre depressão e dor mental.

Este modelo testa igualmente cinco efeitos diretos (Depressão -> Desesperança; Depressão -> Dor mental; Desesperança -> Dor mental; Desesperança -> Ideação suicida; Dor mental -> Ideação suicida); testa ainda três efeitos indiretos (Depressão -> Dor mental, Depressão -> Ideação suicida; Desesperança -> Ideação suicida). Espera-se que o modelo proposto se ajuste aos dados de forma satisfatória.

Para evitar os problemas associados aos designs tipo *cross-sectional*, será utilizada uma metodologia com dois momentos de recolha de dados, com um intervalo de cerca de cinco meses. As variáveis predictoras depressão, desesperança e dor mental serão avaliadas no momento 1 e a variável dependente, a ideação suicida, será avaliada no momento 2, através de três indicadores: ideação no ano anterior, ideação no último mês e ideação atual.

Figura 4. Modelo de previsão da ideação suicida a testar



O estudo será realizado com jovens adultos, estudantes universitários, entre os 17 e os 30 anos, pertencentes a diferentes cursos de primeiro e segundo ciclo da Universidade de Évora.

Para avaliar as variáveis em estudo será utilizado um conjunto de instrumentos de medida: 1) a depressão será avaliada através da versão portuguesa (Gonçalves &

Fagulha, 2004) da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977); 2) a desesperança será avaliada através da versão portuguesa (Batista, 1994) da Escala de Desesperança de Beck (BHS; Beck Hopelessness Scale, Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974); 3) a avaliação da ideação suicida será realizada através da versão portuguesa (Ferreira & Castela, 1999) do Questionário de Ideação Suicida (SIQ; Suicidal Ideation Questionnaire, Reynolds, 1987) e através da versão portuguesa (Campos, Besser, & Blatt, 2013) do Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (SBQR; Suicide Behavior Questionnaire Revised, Osman et al., 2001); 4) a dor mental será avaliada através da versão portuguesa (Campos & Holden, no prelo) da Psychache Scale (Holden et al., 2001). Será ainda aplicado um Questionário Sociodemográfico com a finalidade de obter dados relativos a um conjunto de variáveis.

De acordo com o segundo objetivo do estudo pretende-se testar se um conjunto de 8 variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, género, ser trabalhador-estudante, ser portador de doença crónica, já ter ido ao psicólogo, ter doença psiquiátrica, ter saído de casa para frequentar a universidade, grau de satisfação com o curso) se relacionam com a ideação suicida.

Alguns autores (e.g., Ferreira & Castela, 1999; Groleger et al., 2003) referem que a ideação suicida é mais frequente em raparigas do que em rapazes. Também as doenças psiquiátricas e as doenças crónicas surgem associadas à ideação suicida (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996; OMS, 2002). Alguns estudos (e.g., Rudatsikira, Muula, Siziya, & Twa-Twa, 2007) demonstram que a probabilidade de os jovens experienciarem ideação suicida aumenta à medida que a idade avança. No entanto, outros estudos (e.g., Kirkcaldy et al., 2004; Lasgaard, Goossens, & Elklit, 2010; Tyssen et al., 2001) indicam que não existe relação entre a idade e a presença de ideação suicida. Por outro lado, a saída de casa para frequentar a universidade poderá contribuir para a ideação suicida, visto que o jovem sai do seu ambiente familiar e se pode confrontar com várias dificuldades acrescidas entre elas (a adaptação a um novo ambiente e a novas relações) (Figueiredo & Oliveira, 1995).

No que concerne à satisfação com o curso, de referir que no estudo de Bayram e Bilgel (2008) se verificou que os alunos insatisfeitos com o seu curso apresentavam maiores níveis de depressão, de ansiedade e de *stress* do que aqueles que se manifestavam satisfeitos com a mesma. A prevalência de depressão e de risco de suicídio entre os universitários pode dever-se, pelo menos em parte, à insatisfação dos alunos com a sua formação (Bayram & Bilgel, 2008). Já Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) referem que os alunos que não veem as suas expectativas em

relação à universidade correspondidas apresentam maiores níveis de sofrimento psicológico. Relativamente à variável já ter ido ao psicólogo, de referir que poderá ser que quem tenha um mal-estar intenso seja quem mais recorre ao psicólogo e por isso poderá estar em maior risco de cometer o suicídio. Mas por outro lado, pode ser precisamente quem vai ao psicólogo que poderá ficar mais protegido, uma vez que, se sentirá mais aliviado por falar abertamente sobre os sentimentos e pensamentos que estão relacionados com o suicídio (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010; Mello-Santos, Meleiro, & Sousa, 2009).

Capítulo 6 - Metodologia

6.1. Participantes

Participou no presente estudo uma amostra inicial de 440 estudantes pertencentes a diferentes cursos de primeiro e segundo ciclo da Universidade de Évora. Usou-se a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, sendo que foram selecionados os sujeitos mais acessíveis à investigadora.

Com o objetivo de evitar enviesamentos dos resultados, teve-se em conta a ocorrência de erros no preenchimento dos instrumentos o que levou à eliminação de alguns protocolos. Verificou-se ocorrência de estilos de resposta inadequados (por exemplo, responder a todos os itens com a mesma opção de resposta) e número excessivo de itens omissos em 19 protocolos. Em 24 protocolos faltou a identificação e ocorreu 1 desistência durante a aplicação no primeiro momento de recolha de dados. Desta forma, 44 protocolos foram eliminados, tendo a amostra final no primeiro momento de recolha ficado reduzida a 396 participantes. Dos 396 alunos, 134 pertenciam ao sexo masculino (32,0 %) e 262 ao sexo feminino (62,5 %), com uma média de idades de 19,85 anos (DP=2,25).

A recolha dos dados foi efetuada em dois momentos com cerca de cinco meses de intervalo ($M = 5,08$, $DP = 0,55$). Dos 396 participantes iniciais, 82 mostraram-se indisponíveis para participar no segundo momento. O emparelhamento dos protocolos recolhidos foi impossibilitado pela não correspondência da identificação dos indivíduos nos dois momentos em 33 protocolos. 2 protocolos foram ainda eliminados devido a estilos de resposta inadequados. Desta forma, a amostra final no segundo momento foi de 279 participantes, 84 do sexo masculino (30,1 %) e 195 do sexo feminino (69,9%). As idades variaram entre os 17 e os 30 anos ($M= 19.73$, $DP= 2.18$), com apenas 3,3 % dos participantes com idade superior a 25 anos (veja-se Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra final de 279 participantes

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>
Idade				19.73 (2.18)
Ano de frequência do curso	<i>1º ano</i>	146	52.3 %	
	<i>2º ano</i>	54	19.4 %	
	<i>3º ano</i>	58	20.8 %	
	<i>4º ano</i>	18	6.5%	
Curso	<i>Psicologia</i>	117	41.9%	
	<i>Engenharia Informática</i>	20	7.2%	
	<i>Reabilitação</i>	66	23.7%	
	<i>Psicomotora</i>			
	<i>Economia</i>	8	2.9%	
	<i>Gestão</i>	42	15.1%	
	<i>Ciência de Desporto</i>	26	9.3 %	
Género	<i>Homem</i>	84	30.1%	
	<i>Mulher</i>	195	69.9%	
Trabalhador - estudante	<i>Sim</i>	15	5.4%	
	<i>Não</i>	262	93.9%	
Ter uma doença crónica	<i>Sim</i>	30	10.8%	
	<i>Não</i>	247	88.5%	
Já ter ido ao psicólogo	<i>Sim</i>	112	40.1%	
	<i>Não</i>	166	59.5%	
Ter uma doença psiquiátrica	<i>Sim</i>	9	3.2%.	
	<i>Não</i>	269	96.4%	
Saiu de casa para estudar	<i>Sim</i>	203	72.8%	
	<i>Não</i>	75	26.9%	
Grau de satisfação com o curso				4,24 (0.66)

Nota: A variável o grau de satisfação com o curso foi avaliada através de escala tipo Likert de 5 pontos de 1 “nada satisfeito” até 5 “muito satisfeito”

6.2. Procedimento de recolha de dados

Na primeira etapa da recolha de dados foi feita a seleção das turmas às quais seria aplicado o protocolo de investigação composto pelos instrumentos que serão apresentados mais à frente. Os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula e em grupo, no final de aulas. Realizada esta seleção contactaram-se os docentes que lecionavam às turmas selecionadas, explicando-se o estudo que estava a ser desenvolvido e pedindo-se autorização e disponibilidade para facultarem tempo das suas aulas para a recolha de dados.

No primeiro momento de aplicação foi apresentada a investigação aos participantes e solicitado por escrito o seu consentimento informado. Foram ainda explicitados os cuidados deontológicos da investigação, nomeadamente no que diz respeito à confidencialidade. Do mesmo modo, foi explicado aos participantes a necessidade de identificação dos protocolos. De modo a manter a confidencialidade, a identificação foi feita pedindo-se as iniciais do nome completo. Foi explicado que era necessária a identificação para que num segundo momento fosse possível emparelhar os dois protocolos de cada participante, obtidos nos dois momentos. No segundo momento de recolha de dados foram contactados os docentes que estavam a lecionar aulas das turmas alvo da primeira aplicação e seguiram procedimentos idênticos aos da recolha dos dados no primeiro momento.

A participação no estudo foi voluntária e os sujeitos não foram recompensados pela participação. A recolha de dados respeitou todas as normas deontológicas da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

6.3. Instrumentos de medida

Questionário Sociodemográfico.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico que pretendia recolher informação relativamente às variáveis: idade, ano de frequência do curso, curso, género, ser ou não trabalhador-estudante, ser ou não portador de doença crónica, já ter ou não ido ao psicólogo, ter ou não uma doença psiquiátrica, ter ou não saído de casa dos pais para estudar na universidade e grau de satisfação com o curso (avaliado numa escala de 1 a 5).

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) - versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2004) (Veja-se anexo A).

A CES-D é um instrumento de autorrelato desenvolvido como o objetivo avaliar a frequência de ocorrência de sintomatologia depressiva na semana anterior à da avaliação. Difere de outras escalas de avaliação de sintomas depressivos na medida em que esta escala foi construída especificamente para avaliar indivíduos da comunidade. É constituída por 20 itens que avaliam os principais aspetos da sintomatologia depressiva. A escala de resposta é uma escala tipo Likert de quatro pontos (0) Nunca ou muito raramente - menos de 1 dia) - (1) Ocasionalmente (1 -2 dias), (2) Com alguma frequência (3-4 dias), (3) Com muita frequência ou sempre (5-7 dias). Dos 20 itens, existem 4 itens que deverão ser cotados de forma invertida e foram assim construídos de modo a reduzir o efeito de tendências de resposta e, simultaneamente, para avaliar os estados afetos positivos. A soma dos resultados pode variar entre 0 e 60. As pontuações mais elevadas indicam sintomas depressivos mais graves. A versão original da escala apresenta boas características psicométricas nomeadamente no que respeita à consistência interna. Obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0.85 numa amostra de comunidade de 3800 sujeitos e obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0.90 numa amostra de pacientes psiquiátricos (Radloff, 1977). No estudo original de Radloff (1977), foram identificados quatro fatores: humor depressivo (engloba itens como tristeza, medo e sentimentos de vazio); afetos positivos (como felicidade, sentir-se bem e esperança – itens que têm sua cotação invertida na contagem da pontuação total); sintomas somáticos (cansaço, esforço e dificuldade de concentração); problemas interpessoais (não se sentir amado, sentir que as pessoas não se mostram amistosas).

A adaptação portuguesa do CES-D foi realizada por Gonçalves e Fagulha (2004), através de 3 estudos. No primeiro estudo, participaram alunos universitários pertencentes ao 1º ano de Psicologia, os quais também responderam ao BDI (Beck Depression Inventory) (Vaz Serra & Abreu, 1973). No segundo estudo, participou uma amostra de pacientes de um centro de saúde com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos de idade, os quais que foram avaliados através de uma entrevista clínica estruturada. E por último no terceiro estudo, participou uma amostra da comunidade com sujeitos de idades compreendidas entre os 35 anos de idade e os 65 anos de idade, tal como no segundo estudo. Foi avaliada a consistência interna da versão portuguesa da escala, a estrutura fatorial da escala e a sua correlação com BDI e com a entrevista clínica. Foi também proposto um ponto corte. Relativamente à consistência interna, verificou-se que os alfas de *Cronbach* foram de 0.92 no primeiro estudo, 0.89 no segundo estudo e 0.85 no terceiro estudo. O ponto de corte da escala

dependerá dos objetivos da aplicação. Um ponto de corte desejável será de 25, embora nos casos em que o objetivo seja detetar casos de Perturbação Depressiva Major, o ponto de corte a ser considerado deva ser de 26. No que diz respeito à presente investigação, o valor da consistência interna obtido foi de 0.90.

Escala de Desesperança de Beck (BHS; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) – versão portuguesa de Batista (1994) (Veja-se anexo B).

A escala de desesperança de Beck é um instrumento de autorrelato constituído por 20 itens que permitem avaliar as atitudes negativas acerca do futuro, percecionadas por adolescentes e adultos. Os itens medem três aspetos relevantes da desesperança: sentimentos negativos sobre o futuro, perda de motivação e grau de pessimismo. A BHS oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos ou que tenham historial de tentativa de suicídio. A versão original deste instrumento foi aplicada a uma amostra de 294 pacientes hospitalizados que realizaram tentativas de suicídio recentes com o objetivo de determinar a sua consistência interna. Obteve-se um coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0.93, e as intercorrelações entre os itens da escala variam entre 0.39 e 0.76 (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975). A consistência interna da escala foi considerada como sendo boa, com valor de alfa de *Cronbach* de 0.86 numa amostra de doentes psiquiátricos (Durhan, 1982). A consistência interna em indivíduos com perturbações clínicas específicas foi de 0.92, 0.93, 0.91, 0.82, 0.92 e 0.92, respetivamente para indivíduos com ideação suicida, com tentativa de suicídio, alcoólicos, dependentes de heroína, com um único episódio de Depressão Major, com episódios recorrentes de Depressão Major e Perturbação Distímica. Muitos investigadores no panorama internacional têm utilizado a BHS com adolescentes a partir dos 13 anos de idade.

Esta escala foi traduzida para a população portuguesa (Batista, 1994). No estudo de Anjos (2010), a desesperança ($r=0,512$; $p \leq 0,01$) apresentou uma correlação altamente significativa com a dimensão de ansiedade/depressão do instrumento YSR numa amostra de 93 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade. A versão portuguesa da escala foi utilizada também no estudo de Costa (2012) em que o instrumento foi aplicado a uma amostra de 196 jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos de idade das duas escolas públicas da área de grande Lisboa. No que concerne à consistência interna, verificou-se que o alfa de *Cronbach* foi de 0.82., indicando uma boa fiabilidade. Na presente investigação obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0.82 .

Questionário de Ideação Suicida (QIS, Reynolds, 1988) - versão portuguesa de Ferreira e Castela (1999) (Veja-se anexo C).

O QIS é um instrumento de autorrelato que permite avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos durante o mês anterior à avaliação. O instrumento é constituído por 30 itens e tem sete alternativas de resposta, de 0 “o pensamento nunca ocorreu” até 6 “o pensamento ocorreu sempre”, podendo o resultado oscilar entre 0 e 180. Uma maior frequência de pensamentos suicidas corresponderá a uma pontuação mais elevada no questionário (Ferreira & Castela, 1999). O questionário foi concebido para que o conteúdo dos seus itens abrangesse um conjunto de pensamentos relativos ao suicídio de pouco a muito graves. Os itens foram construídos tendo por base entrevistas clínicas com adolescentes e adultos que apresentavam sintomas depressivos, alguns dos quais já tinham realizado tentativa de suicídio. A versão original do QIS surgiu em 1983, tendo posteriormente sido realizados inúmeros estudos que suportam a sua validade, nomeadamente através da análise da correlação com outras variáveis psicológicas, nomeadamente, autoestima, ansiedade e depressão.

A adaptação do QIS para a população portuguesa foi realizada por Ferreira e Castela (1999) através de 2 estudos para avaliar a consistência interna e para a avaliação da estabilidade temporal dos resultados (através do método do teste-reteste, com o intervalo de um mês entre as duas aplicações). No que respeita à consistência interna, verificou-se que o alfa de *Cronbach* foi de 0.96. O coeficiente de correlação entre as duas aplicações foi de 0.76. Os valores de correlação item-total variaram entre 0.21 e 0.86, no entanto, a maioria das correlações situou-se entre 0.70 e 0.80. Relativamente à validade convergente, o QIS apresentou uma correlação positiva e significativa com o Inventário de Depressão de Beck (0.59, $p < 0,001$) e uma correlação negativa e significativa com a Escala de Autoestima de Rosenberg (-0.45, $p < 0,001$). Relativamente à presente investigação, este questionário foi usado para avaliar a ideação recente (no último mês). A consistência interna da escala na presente investigação, medida através do coeficiente de alfa de *Cronbach*, foi de 0.97.

Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R; Osman, Bagge, Gutierrez, Konick, Kopper e Barrios, 2001) – versão portuguesa de Campos, Besser e Blatt (2013) (Veja-se anexo D).

O QCS-R é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar a frequência e severidade dos comportamentos suicidários e a história passada de tentativas e ideação suicida. É constituído por 4 itens que avaliam a ideação suicida e

tentativa de suicídio ao longo da vida (item 1 – “Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?”); a frequência da ideação suicida nos últimos 12 meses (item 2 – “Com que frequência pensou matar-se no último ano?”); comunicação de intenção suicida (item 3 – “Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se); e, por último, probabilidade futura de vir a cometer suicídio (item 4 – “Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?”). No presente estudo, para avaliar a ideação suicida, utilizámos os itens 2 e 4.

Ao longo dos anos, várias versões foram sendo construídas a partir da versão original de 34 itens (Linehan, 1981). Em 2001, Osman et al. validaram o presente instrumento com 4 itens, com a finalidade de utilizar a escala tanto em amostras clínicas como em amostras não clínicas. Para isso, recolheram dados com quatro amostras. A primeira amostra era constituída por adultos internados diagnosticados com perturbações psiquiátricas; a segunda era constituída por adolescentes internados com perturbações psiquiátricas; a terceira era composta por adolescentes, estudantes do ensino secundário e a última amostra era constituída por adultos licenciados da comunidade. Relativamente à consistência interna, verificou-se que na primeira amostra o alfa de *Cronbach* foi de 0.87, na segunda amostra foi de 0.88, na terceira amostra foi de 0.87 e na última amostra foi de 0.76. Quanto ao ponto de corte da escala, este difere, consoante se usem amostras clínicas ou amostras não clínicas. Nas primeiras, parece adequado um ponto de corte de 8 ou mais, enquanto nas segundas, um ponto de corte de 7 mostra-se adequado, de forma a maximizar a sensibilidade e especificidade da escala.

A versão portuguesa de Campos, Besser e Blatt (2013), foi utilizada neste estudo para avaliar a ideação no último ano e a ideação atual. Estes autores recorreram a uma amostra de conveniência de 200 adultos da comunidade. O valor alfa de *Cronbach* foi aceitável, de 0.62, tendo em consideração que a escala apresenta 4 itens. No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de 0.78.

Escala da dor mental (Psychache, Holden, et al., 2001) – versão portuguesa de Campos e Holden (no prelo) (Veja-se anexo E).

A escala de dor mental é um instrumento de autorrelato que permite avaliar o grau em que o indivíduo experiencia dor mental. Tem 13 itens, a serem respondidos numa escala de Likert de cinco pontos 1 “Nunca” até 5 “Sempre” e na segunda escala, são avaliados de 1 “Discordo fortemente” até 5 “Concordo fortemente”. Esta escala apresenta uma elevada consistência interna e validade em amostras de estudantes e amostras clínicas. No que toca à consistência interna, apresentou um valor acima de 0.90 numa amostra de estudantes universitários (Troister & Holden, 2010) e numa

amostra de delinquentes (Mills et al., 2005). Holden et al. (2001) realizaram um estudo com uma amostra de 294 estudantes universitários. No que diz respeito à consistência interna, obteve-se um valor de alfa de 0.92.

A versão portuguesa da escala (Campos & Holden, no prelo) demonstra propriedades psicométricas adequadas relativamente à consistência interna e à validade. Correlacionou-se significativamente com a Escala de Desesperança de Beck e com o Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto e o coeficiente alfa foi de 0.94. No presente estudo, o valor de alfa de *Cronbach* foi igualmente de 0.94.

6.4. Estratégia de análise de dados

Como análise preliminar correlacionaram-se as variáveis a incluir no modelo entre si (veja-se tabela 2). Correlacionaram-se também as variáveis demográficas com as variáveis relativas à ideação suicida. Em seguida, com o *software* AMOS 21 e através da Modelação de Equações Estruturais (SEM; Hoyle & Smith, 1994), com estimação pelo método da máxima verosimilhança, testou-se o modelo proposto (Figura 1). A Modelação de Equações Estruturais permite o cálculo simultâneo de diversas equações de regressão e a consideração de variáveis latentes. Também permite gerar índices de ajustamento para avaliar a adequação do modelo teórico proposto aos dados obtidos

A Modelação por Equações Estruturais permitirá, neste caso, estudar a influência da variável depressão na variável ideação suicida, através do efeito, da desesperança e da dor mental. Foi especificada uma variável latente, ideação suicida, com três indicadores – ideação no ano anterior ideação no último mês e ideação atual (respetivamente através do item 2 do QCS-R, do resultado no QIS e do item 4 do QCS-R) – sendo as restantes variáveis no modelo variáveis observadas. As variáveis predictoras foram avaliadas num momento 1 e a variável dependente, ideação suicida, foi avaliada num momento 2, em média, cinco meses depois, de modo a evitar os problemas dos designs de tipo *cross-sectional*. Testou-se se a desesperança e a dor mental medeiam a relação entre depressão e ideação suicida, bem como se a relação entre desesperança e ideação suicida é parcialmente mediada pela dor mental e se a relação entre a depressão e a dor mental é parcialmente mediada pela desesperança.

Foram considerados diversos índices para avaliar o grau de ajustamento do modelo proposto aos dados. Utilizou-se o χ^2 , o χ^2/df , o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), o *General Fit Index* e o *Comparative Fit Index* (CFI). Um modelo em que χ^2/df seja ≤ 3 , CFI, seja maior do que 0.90, o GFI maior que 0.95, o RMSEA se situe entre .00 e .08

e o SRMR entre .00 e .10 é considerado aceitável (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999; Maroco, 2004).

Examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index*, os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de tolerância indicaram a ausência de multicolinearidade. Também se examinou a normalidade das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov Z. Os resultados indicam que algumas das distribuições se afastam da normalidade. Consequentemente, o método *bootstrapping* (com 5.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) foi usado para testar os níveis de significância (e. g., Mooney & Duval, 1993; Yung & Bentler, 1996). O método de *bootstrapping* também testou a significância dos efeitos indiretos (e. g., MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets, 2002; Mallinckrodt, Abraham, Wei & Russell, 2006).

Capítulo 7 - Resultados

7.1. Análise preliminar

Calcularam-se as correlações entre as variáveis relativas à ideação suicida e as variáveis demográficas dos participantes. Verificou-se que a variável género se correlacionou significativamente com a variável ideação no último mês ($r = .14, p < .05$) e que a variável ter uma doença psiquiátrica se correlacionou significativamente com as variáveis *ideação no último mês* ($r = .19, p < .001$), *ideação atual* ($r = .22, p < .001$), e *ideação no último ano* ($r = .14, p < .05$). As correlações bivariadas entre as variáveis incluídas no modelo são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo

Variáveis	1	2	3	4	5	M (DP)
1- Depressão	_____					13.9 (9.05)
2- Desesperança	0.55	-----				37,50 (9.02)
3- Dor mental	0.66	0.50	-----			20.00 (8.27)
4- Ideação - ano anterior	0.29	0.26	0.34	-----		1,30 (0.77)
5- Ideação - último mês	0.29	0.31	0.41	0.78	-----	11.31 (20.33)
6- Ideação - Atual	0.35	0.31	0.26	0.62	0.60	0.75 (1.11)

Nota: Todos os valores são significativos para $p < .001$

7.2. Teste do modelo através de Modelação de Equações Estruturais

O modelo de equações estruturais (veja-se figura 5) ajusta-se aos dados de forma satisfatória ($\chi^2 [20] = 16.81, p > .01, \chi^2 / df = 2.41, CFI = .987, GFI = 0.981, SRMR = 0.038, RMSEA = 0.071$). O modelo explica 20% da variância da ideação suicida.

Na figura 5, as trajetórias (efeitos diretos) são todas significativas. Verifica-se que a depressão se relaciona de forma significativa com a desesperança e com a dor mental, que a desesperança se relaciona com a dor mental e com a ideação suicida e

que a dor mental se relaciona de forma significativa com a ideação suicida. (veja-se Tabela 3). Relativamente ao cálculo dos efeitos indiretos, a depressão relaciona-se com a ideação suicida e com a dor mental, e a desesperança relaciona-se com a ideação suicida (Veja-se Tabela 3).

Finalmente, importa notar que quando o modelo foi testado controlando a variância comum entre a variável ter uma doença psiquiátrica, e as variáveis independentes, bem como as associações entre estas variáveis e a ideação suicida, os resultados não se alteraram de forma significativa. Assim sendo, e por uma questão de simplificação na apresentação dos resultados, esta variável foi eliminada do modelo.

Figura 5. Modelo de previsão da ideação suicida testado

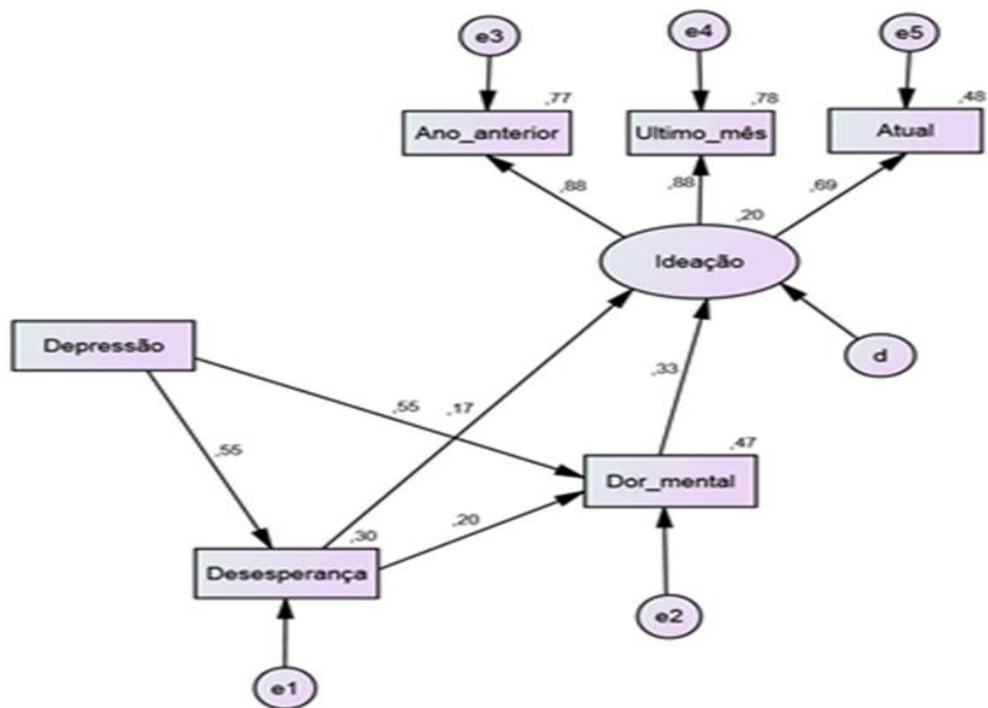


Tabela 3. Intervalos de confiança e nível de significância dos parâmetros estimados

Trajectoria	Limite inferior	Limite superior	Nível de significância
<i>Efeitos diretos</i>			
Depressão --> Desesperança	.437	.637	.000
Depressão --> Dor mental	.432	.670	.000
Desesperança --> Dor mental	.061	.336	.004
Desesperança --> Ideação suicida	.031	.305	.015
Dor mental --> Ideação suicida	.162	.487	.001
<i>Efeito indiretos</i>			
Depressão --> Ideação suicida	.173	.441	.001
Depressão --> Dor mental	.033	.193	.004
Desesperança --> Ideação suicida	.017	.138	.004

Nota. Foi utilizado o método de *Bootstrapping* com 5.000 amostras para estimação dos parâmetros.

Capítulo 8- Discussão

A presente investigação pretendeu avaliar, numa amostra de jovens adultos, estudantes universitários, com idades compreendidas entre 17 e os 30 anos, provenientes de diferentes cursos do primeiro e do segundo ciclo da Universidade de Évora, o efeito mediador da dor mental e da desesperança na relação entre depressão e ideação suicida. Secundariamente pretendeu também avaliar a relação entre um conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas e a ideação suicida

Neste trabalho, testou-se um modelo de previsão da ideação suicida que se postulou uma relação indireta entre a depressão e a ideação suicida através da desesperança e da dor mental. O modelo pressupunha ainda que a depressão se relacionava de forma direta e indireta com a dor mental através do efeito da desesperança e que a desesperança se relacionava com a ideação suicida diretamente e indiretamente através da dor mental. O modelo ajustou-se aos dados de forma muito satisfatória, explicando 20% da variância na ideação suicida.

A depressão é um importante fator de risco para a suicidalidade, globalmente, e para a ideação suicida, em particular. As pessoas com sintomatologia depressiva expressam frequentemente o desejo de morrer e de terminar com a sua vida como sendo algo inevitável para terminar com todo o seu sofrimento (Borges & Werlang, 2006). Os sintomas depressivos, como a falta de energia e humor depressivo associam-se consistentemente com a ideação suicida (Silva, Oliveira, Botega, Marín-Botega, Barros, & Dalgarrondo, 2006). A depressão é a perturbação mais associada à suicidalidade, estando presente em 2/3 dos casos de intenção ou tentativa de suicídio (Hawton, Casañas, Comabella, Haw, & Saunders, 2013). De facto, a existência de episódios depressivos pode estar associada a uma maior vulnerabilidade ao suicídio (Delisle, 2007). Na verdade, o comportamento suicida é frequentemente considerado como sendo, ele mesmo, um sintoma característico da depressão (Vieira & Coutinho, 2008). Os sintomas depressivos mais associados à suicidalidade são a baixa autoestima, os sentimentos de desesperança, e a incapacidade de resolver os problemas, que conduzem a sentimentos de inutilidade e desespero. O que se verifica é que a depressão conduz a uma inferior qualidade de vida, a uma menor produtividade e menores aptidões sociais do sujeito, aumentando os sentimentos de inutilidade (Ballone, 2003).

Segundo a perspetiva psicanalítica, existem diversos mecanismos específicos que se podem relacionar com as tendências suicidas e que resultam da fraqueza do

Eu e dos seus mecanismos defensivos, resultando na emergência de tendências pulsionais que foram recalçadas (Greenberg, 2000). Alguns fatores etiológicos poderão ser: perda do objeto amado, nomeadamente se for uma relação de tipo simbiótico, um dano nas defesas egóicas e nas suas funções integradoras; uma injúria narcísica do Eu originada por um sentimento de fracasso ou pela ação de substâncias tóxicas; sentimentos de culpa, de raiva, angústia ou a combinação de todos estes sentimentos e dissociação extrema do Eu (Greenberg, 2000). A vivência depressiva constitui-se como um fator motivacional para desejar a morte (Coimbra de Matos, 2001). Coimbra de Matos (2001) refere-se a vários fatores de tipo masoquista e de tipo narcísico que permitem ligar o funcionamento depressivo com a suicidalidade. O primeiro caracteriza-se pelo desejo de um amor total e permanente do objeto sem rejeição, recriminação e indiferença. A incapacidade de tolerar a dor da perda do abandono do objeto pode ser um fator desencadeante. Por outro lado, como motivo do desejo de morrer poderá estar a vulnerabilidade narcísica de alguns indivíduos que são muito sensíveis às críticas de outrem e ao fracasso. Acrescenta ainda a intolerância à dor da perda do abandono do objeto que é justificado através do aumento da resistência à dor e sofrimento e do tormento para obter amor e perdão. Por último, Coimbra de Matos (2001) ainda refere a impossibilidade de o indivíduo suportar o orgulho ferido e a derrocada da onipotência, sendo esta provavelmente a razão mais frequente nos adultos que estão na fase do ciclo vital que integra a “ crise de idade média”. É nesta fase que o indivíduo faz um balanço da sua vida, das suas conquistas e derrotas, podendo surgir, no caso de avaliação da sua vida ser francamente negativa, um desejo inconsciente de morrer.

Já, a teoria cognitiva de depressão de Beck prevê que a depressão seja o melhor preditor de suicídio, ou seja, existirá suicídio quando a pessoa tem cognições negativas em relação a si próprio, ao mundo, especialmente em relação ao futuro o que o leva o indivíduo a considerar o suicídio para escapar ao sofrimento depressivo (Rush & Beck, 1978).

No entanto, nem todas as pessoas deprimidas têm ideação e comportamentos suicidas, o que mostra que a depressão se relaciona com a ideação suicida de forma indireta (Campos & Holden, no prelo). No presente estudo, a depressão se relacionou de forma indireta com a ideação suicida através de efeito de mediador da dor mental e da desesperança.

A dor mental tem vindo a ganhar importância na investigação empírica sobre risco suicidiário. Tal como foi observado previamente noutros estudos (Delisle & Holden, 2009; Flamenbaum, 2009; Holden, Kerr, Mendonca, & Velamoor, 1998;

Holden & Kroner, 2003; Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2012), no presente estudo verificámos que a dor mental se encontrava positivamente associada com a ideação suicida. De facto, a dor mental é um fator muito relevante para a ideação suicida (Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2010). Flamenbaum e Holden (2007); Holden et al. (2001); Lester (2000); Troister et al. (2013); Troister e Holden (2010, 2013), verificaram nos seus estudos que a dor mental se associa significativamente com a ideação suicida em amostras de estudantes universitários.

De acordo com (Shneidman, 1993, 2005), o suicídio é causado pela dor mental insuportável, associada ao sentimento excessivo de culpa, vergonha, humilhação, solidão e medo. O mesmo autor afirma que é a dor mental quem dirige a pessoa para uma ação autodestrutiva. Shneidman (1993) escreve a dor mental como uma dor insuportável. A dor mental pode caracterizar pelo estado afetivo de angústia e desespero que difere cognitivamente da depressão e do sentimento de desesperança (Delisle & Holden, 2009; Troister & Holden, 2013). Não há suicídio sem presença de dor mental. Shneidman (1993, 2005) refere que todas as pessoas possuem necessidades psicológicas que têm que ser satisfeitas. Quando tal não se verifica, experiencia-se dor mental que conseqüentemente resultará em restrição cognitiva, ou seja, numa capacidade diminuída de resolução de problemas, percecionando o sujeito o suicídio como uma forma de aliviar esta dor (Rogers, Bromley, McNally, & Lester, 2007). Para Shneidman (1984) o que um indivíduo procura verdadeiramente não é a sua morte ou autodestruição, mas sim uma cessação completa da sua consciência dolorosa, ou seja, o suicídio será melhor compreendido como um movimento de fuga a um estado de sofrimento insuportável.

Para Shneidman (1993) seria, de facto, através da dor mental que todas as outras variáveis se relacionariam com a suicidalidade, como é o caso da depressão e da desesperança. Shneidman (1993) afirma que outros preditores de risco de suicídio são importantes na medida em que eles se relacionam com dor mental, que supostamente medeia a relação entre todas as outras variáveis e o suicídio. Esta variável medeia, por exemplo, a relação entre o perfeccionismo e suicidalidade (Flamenbaum & Holden, 2007). Todos os estados afetivos se relacionam com a dor mental, sendo que, por exemplo, a depressão se pode ligar ao suicídio pela dor que causa, mas não enquanto entidade psiquiátrica autónoma (Shneidman, 1993).

Os resultados da presente investigação dão apenas parcial confirmação à hipótese de Shneidman e estão apenas em parcial concordância com os resultados de Holden et al. (2001). De acordo com os resultados deste estudo, a depressão e a desesperança relacionaram-se com o risco de suicídio através do efeito mediador da dor mental. Já no estudo levado a cabo por Campos e Holden (no prelo) concluiu-se

que a depressão se relaciona com a suicidalidade através dos efeitos da dor mental, mas também da percepção de ser um fardo para os outros e do sentimento de não pertença.

De acordo com os nossos resultados verificou-se que a desesperança se relaciona com a depressão e com a ideação suicida. A desesperança é uma importante variável preditora do risco de suicídio comparativamente à depressão (Westefeld, Range, Rogers, Maples, Bromley, & Alcorn, 2000). A desesperança caracteriza-se por pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa perante o futuro (Beck, et al., 1997). Engloba não só um estado de desespero, mas também o pessimismo (Cruz, 2006). De acordo com Minkoff, Bergman, Beck e Beck (1973), a depressão só é importante para a intenção suicida se existir também a desesperança.

Nesta investigação verificou-se uma relação significativa entre a desesperança e ideação suicida. A pessoa que apresenta um nível elevado de desesperança tende a perceber-se como impotente; manifesta uma importante rigidez cognitiva, falta de otimismo e um estreitamento de opções que permitam solucionar os problemas, aumentando o risco de suicídio que surge como única saída para aliviar o sofrimento psicológico (Yufit, 1991). Existe uma inflexibilidade cognitiva que pode não permitir à pessoa colocar outras alternativas para além do suicídio (Maris, 2002).

Várias investigações demonstraram que pessoas com elevados níveis de desesperança apresentam uma probabilidade significativamente maior de cometerem suicídio (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990; Beck, Steer, & Newman, 1993). A desesperança está relacionada com a ideação suicida, constituindo-se como um indicador de intenção suicida mesmo quando o efeito da depressão é controlado (Beck et al., 1985). A desesperança torna as distorções cognitivas mais intensas; a morte pode ser vista como alívio para a dor e o sofrimento, ou ainda, como uma saída diante de uma situação insuportável (Quevedo & Silva, 2013). Beck et al.(1997) referem que os indivíduos com ideação suicida têm um défice cognitivo para a resolução de problemas interpessoais.

De acordo com os nossos resultados pode afirmar-se que a desesperança desempenha um efeito mediador na relação entre a depressão e a ideação suicida. Este efeito de mediação pode ser o resultado da acumulação de vivências pessoais negativas que, devido à sua natureza e frequência, provocam um estado psicológico atual dominado por desesperança, que funcionará "como um intermediário" entre a depressão e a ideação suicida (Beck et al., 1997; Smith et al., 2006; Weishaar & Beck, 1992). De acordo com os resultados do presente estudo, a desesperança apresentou

também um efeito mediador na relação entre depressão e dor mental. A depressão conduz à desesperança, que por sua vez conduz à dor mental.

De acordo com os nossos resultados verificou-se que a desesperança e a dor mental são variáveis psicológicas importantes para explicar a relação entre depressão e ideação suicida. De acordo com Shneidman (1996), a desesperança e o desamparo são as emoções mais comuns entre as pessoas com ideação suicida. Os indivíduos desesperados que experimentam dor mental como resultado da sua desesperança, são mais propensos a ter ideação suicida (Flamenbaum, 2009). A ideação suicida pode ser vista como um resultado da dor psicológica insuportável juntamente com sentimentos de falta de esperança relativamente ao futuro e à capacidade de lidar com o presente (Flamenbaum, 2009). Shneidman (2005) refere o desespero como uma fonte potencial de dor mental. A desesperança pode ser um fator importante de motivação para o suicídio, ao passo que a dor mental pode ser considerada como sendo um preditor relevante da preparação para o suicídio (Troister, 2014), sendo que estes dois preditores contribuem genericamente para o risco de suicídio (Delisle & Holden, 2009).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se que a variável género e ter doença psiquiátrica se relacionam com a ideação suicida. As raparigas são mais propensas a apresentar ideação suicida do que os rapazes (Ferreira & Castela, 1999; Groleger et al., 2003).

Por outro lado, o suicídio é geralmente visto como uma complicação das doenças psiquiátricas. Mais de 90% dos indivíduos que morreram por suicídio apresentam uma patologia psiquiátrica diagnosticável, assim como a maioria das pessoas que tentam suicídio (Arató, Demeter, Rihmer, & Somogyi, 1988; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Nery-Fernandes & Miranda-Scippa, 2013). A gravidade da ideação suicida como indicador de doença psiquiátrica e marcador de sofrimento psicológico tem sido confirmada por vários estudos, que têm demonstrado que a ideação suicida não só surge associada a morbilidade psiquiátrica como também pode ser um fator preditivo de psicopatologia futura, no que diz respeito a perturbações de ansiedade, de humor e abuso de substâncias, tanto em adolescentes como em jovens adultos (Reinherz et al., 2006).

As perturbações de humor são as que mais contribuem para o suicídio ou tentativa de suicídio entre os jovens, seguidas pelo abuso de substâncias e pelos problemas de comportamento (Gould, King, Greenwald, Fisher, Schwab-Stone, Kranner, Flisher, Goodman, Canino, & Shaffer, 1998; Shaffer, Gould, Fisher, Trautman, Morean, Kleinman, & Flory, 1996). Um estudo longitudinal ao longo de 10

anos revelou que a doença mental prevê futuros comportamentos suicidas, incluindo ideação, planos e gestos suicidas (Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2008). Existem muitos estudos que têm encontrado uma relação significativa entre comportamento suicida e ideação suicida nos pacientes com perturbações depressivas (Chen, Chan, Wong, Chan, Chan, Law, Beh, Chan, Chen, Liu, & Yip, 2006; Khan, Mahmud, Karim, Zaman, & Prince, 2008).

No entanto, a perturbação psiquiátrica por si só não é suficiente para levar ao suicídio (Overholser, Braden, & Dieter, 2012). As perturbações psiquiátricas provocam dor mental nos indivíduos com ideação suicida (Overholser et al., 2012); a doença psiquiátrica contribui para o surgimento da dor mental, que por sua vez pode levar ao suicídio.

8.1- Limitações e estudos futuros

Como qualquer outro trabalho, também a presente investigação apresenta algumas limitações, que referimos de seguida. A primeira prende-se com o facto de a amostra recolhida ser de conveniência e ser de natureza não clínica. No que diz respeito aos aspetos metodológicos, pode apresentar-se como limitação o facto do intervalo de tempo entre os dois momentos de recolha de dados ser relativamente curto (5 meses). Além de mais, apesar da recolha de dados ter decorrido em dois momentos, não se trata de um estudo longitudinal, dado que, os indicadores de suicidalidade não foram avaliados no momento 1. De qualquer forma, a avaliação não faria sentido, dado que, um dos indicadores se refere ao ano transato e o intervalo de tempo entre avaliação é de apenas 5 meses. A utilização exclusiva de medidas de autorrelato pode ser considerada também como uma limitação. Por outro lado, registre-se ainda o facto de o número de participantes do sexo feminino e do sexo masculino ser um pouco desequilibrado. Por último, outra limitação prende-se como facto de a mortalidade experimental entre os dois momentos ter sido relativamente elevada.

Podem apresentar-se algumas sugestões para estudos futuros, nomeadamente: a necessidade de utilizar diversos métodos de recolha de dados, como por exemplo, as entrevistas, ao invés da utilização exclusiva de medidas de autorrelato. Por outro lado, importa ainda referir a necessidade de espaçar mais, em termos temporais, os dois momentos de recolha de dados, por exemplo, intervalo de tempo de pelo menos 12 meses. É importante mencionar ainda a necessidade de utilizar amostras clínicas. Por último, podem incluir-se variáveis que não foram estudadas nesta investigação, por exemplo, acontecimentos de vida negativos, estilos

de personalidade e problemas familiares, para que se obtenha uma compreensão mais aprofundada da ideação suicida em jovens adultos.

Conclusões

A presente investigação teve como principal objetivo testar o efeito mediador da dor mental e da desesperança na relação entre a depressão e a ideação suicida, testando um modelo através da modelação de Equações Estruturais.

Como foi discutido neste trabalho, a ideação suicida depende de diversas variáveis, nomeadamente, variáveis psicológicas como a depressão, a desesperança e a dor mental, e é uma variável muito importante a considerar na avaliação do risco de suicídio. Os clínicos devem estar atentos à presença de ideação suicida, mesmo em indivíduos que nunca tentaram o suicídio. Foi também discutido que a dor mental e a desesperança são variáveis psicológicas importantes na suicidalidade, e que a dor mental pode ser o resultado da falta de esperança e da depressão. As pessoas que experimentam esta dor mental são mais propensas ao suicídio.

De acordo com os resultados deste estudo, verificou-se que a depressão se relacionou com a ideação suicida através da desesperança e da dor mental. a depressão relacionou-se com a dor mental diretamente e indiretamente através da desesperança e esta última relacionou-se com a ideação suicida diretamente e indiretamente através da dor mental.

Quanto às implicações clínicas, os resultados desta investigação sugerem que é importante avaliar a dor mental, ao invés de ter apenas em conta a sintomatologia depressiva que os jovens adultos possam apresentar. Na prática clínica será fundamental tentar abordar os fatores que possam ser responsáveis pela vivência de desesperança e dor mental no sentido da promoção do bem-estar psicológico e desenvolvimento de risco.

Por outro lado, é também essencial dar uma especial atenção aos jovens adultos com doenças psiquiátricas. De acordo com os resultados do presente estudo, ter uma doença psiquiátrica mostrou-se um fator preditor da ideação suicida.

Uma melhor compreensão dos motivos que levam os jovens adultos a ter pensamentos suicidas pode ajudar os profissionais a manejar melhor a ideação suicida dos clientes e a tentar encontrar formas de intervir nesses pensamentos. Fará eventualmente sentido realizar campanhas de sensibilização e ações informativas junto dos jovens adultos, consciencializando-os em relação às problemáticas frequentemente vivenciadas pelos mesmos e incentivando-os a promover a integração dos colegas, faz também sentido ensiná-los a identificar aqueles que parecem ter

dificuldades de adaptação e sofrimento psicológico significativo e a sugerir a esses mesmos colegas que procurem os recursos disponíveis e adequados para lidar com tais circunstâncias.

Referências Bibliográficas

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Cornette, M., Akhavan, S., & Chiara, A. (1998). Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study. *Journal of Adolescence*, *21*, 473-487.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 49-74.
- Alencastro, L. S. (2013). *Relações entre narrativa, prosódia e movimento na depressão e seus subtipos melancólica e não melancólica*. Tese de Doutorado em Psicologia. Porto Alegre.
- Allison, S., Roeger, L., Martin, G., & Keeves, J. (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*, 498-503.
- Almeida, S. A., Guedes, P. M. M., Nogueira, J. A., França, U. M., & Silva, A. C. O. (2009). Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *11*, 383-389.
- Anjos, S. C. D. G. (2010). *Desesperança e agressividade na adolescência e qualidade de vida aos pais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Lisboa.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2000).
- Arató, M., Demeter, E., Rihmer, Z., & Somogyi, E. (1988) Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *77*, 454-456.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. W. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, *13*, 230-246.
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*, 180-191.

- Bagge, C. L., Lamis, D. A., Nadorff, M., & Osman, A. (2014). Relation between hopelessness, depressive symptoms and suicidality: Mediation by reasons for living. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 18-31.
- Ballone, G. J. (2003). Suicídio na adolescência. *PsiquWeb*. Acedido em 4 de Junho de 2015. Disponível em <http://www.virtualpsy.org/infantil/suicidio.html>.
- Ballone, G. J. (2007). Sintomas da depressão. *PsiquWeb*. Acedido em 10 de Janeiro de 2015. Disponível em www.psiqweb.med.br.
- Barrero, S. A. P. (2006). Cómo evitar el suicidio en adolescentes? *Revista Futuros, 14*, 1-58.
- Batista, A. (1994). *Validação para a população portuguesa da Escala de Desesperança de Beck*. Trabalho não publicado.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*, 90-113.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and sociodemographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 667-672.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 420-436.
- Beautrais, A. L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist, 46*, 1137-1156.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Bebbington, P. E., Minot, S., Cooper, C., Dennis, M., Meltzer, H., Jenkins, R., & Brugha, T. (2010). Suicidal ideation, self harm and attempted suicide. *European Psychiatry, 25*, 427-431.
- 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: A replication with psychiatric outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 309-310.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. An Overview. *The Journal of the American Medical Association, 234*, 1146-1149.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva de depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*, 139-145.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 559-563.
- 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.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco nos serviços de emergência Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*, 87-95.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *29*, 107-157.
- Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal of Psychoanalysis*, *77*, 935-961.
- Boeninger, D. K., Masyn, K. E., Feldman, B. J., & Conger, R. D. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*, 451-464.
- Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, *9*, 342-362.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R.C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders*, *105*, 25-33.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, *32*, 413-425.
- Borges, V. R., & Werlang B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, *11*, 345-351.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *The American Journal of Psychiatry*, *157*, 1925-1932.

- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgarrondo, P., & Marín-Léon, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 45-53.
- Brown, G. K., Beck, A.T., Steer, R. A., & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Brown, K. (2011). *Predictors of suicide ideation and the moderating effects of suicide attitudes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Toledo.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós – Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Campos, R.C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, selfcriticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 58-74.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (no prelo). Testing a theory based model of suicidality in a Portuguese non-clinical sample of adult. *Omega: Journal of Death and Dying*.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10, 413-420.
- Chen, E. Y., Chan, W. S., Wong, P. W., Chan, S. S., Chan, C. L., Law, Y. W., Beh, P. S., Chan, K. K., Chen, J. W. Y., Liu, K. Y., & Yip, P. S. F. (2006). Suicide in Hong Kong: A case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 36, 815-825.
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: Um estudo realizado junto de adolescentes pré universitários. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 185-195.
- Coelho, R. (2004). *Depressão: Perspetiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.

- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Cole, D. E., Protinsky, H. O., & Cross, L. H. (1992). An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 27, 813-818.
- Costa, I. A. N. C. (2012). *Adolescência: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas*. Dissertação em Psicologia Clínica. ISPA: Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio - revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 209-219.
- Cukrowicz, K. C., Schlegel, E. F., Smith, P. N., Jacobs, M. P., Orden, K. A. V., Paukert, A. L., Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2011). Suicide ideation among college students evidencing subclinical depression. *Journal of American College Health*, 59, 575-581.
- Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In Costa, P. J. (Eds.) *Stresse Pós-traumático: modelos, abordagens e práticas* (pp.50 -80). Leiria: Editorial Diferença.
- Daolio, E. R., & Silva, J. V. (2009). Os significados e os motivos do suicídio: Representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista. *Centro Universitário São Camilo*, 3, 68-79.
- Delisle, M. M. (2007) *Understanding the relationship between depression, hopelessness, psychache and suicide risk*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Kingston, Ontario, Canadá.
- Delisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42, 46-63.
- Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 153-168.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Rudd, M. D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 91-98.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by

- adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 99-111.
- Durham, T. W. (1982). Norms, reliability and item analysis of the hopelessness scale in general, psychiatric, forensic psychiatric, and college populations. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 597-600.
- Dyer, J. A., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression, and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542.
- Fairweather-Schmidt, A. K., Anstey, K. J., Salim, A., & Rodgers, B. (2010). Baseline actors predictive of serious suicidality at follow-up: Findings focusing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry*, 10, 1-10.
- Ferreira, J. A., & Castela, M.C. (1999). Questionário da Ideação Suicida (Q.I.S.). In L. Simões, M. Gonçalves, & Almeida, L. (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Figueiredo, R. M., & Oliveira, M. A. P. (1995). Necessidades de estudantes universitários para a implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 3, 5-18.
- Flamenbaum, R. (2009). *Testing Shneidman's theory of suicide: Psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Kingston, Ontario, Canadá.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 51- 61.
- Fleming, M. (2003). Dor sem nome. Pensar o sofrimento. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42, 173-177.
- Fleming, M. (2006). Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience. *International Forum of Psychoanalysis*. 15, 195-200.
- Fleming, M. (2008). On mental pain: From Freud to Bion, *International Forum of Psychoanalysis*, 17, 27-36.
- Ganz, D., Braquehais, M. D., & Sher, L. (2010). Secondary prevention of suicide. *PlosMedicine*, 7, 1-4.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention

- College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., Dubrava, S., Suryawanshi, S., Webb, D. M., & Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90, 554-560.
- Gibb, B. E., Andover, M. S., & Beach, S. R. H. (2006). Suicidal ideation and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 12-18.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 339-348.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kranner, R., Flisher, A. J., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with ideation suicidal and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 915-923.
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., & Lash, T. L. (2010). The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology*, 2, 23-28.
- Greenberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Groleger, U., Tomori, M., & Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence: An indicator of atual risk? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40, 202-208.
- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147, 17-28.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 127-135.
- Heisel, M. J., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2003). Social hopelessness and college student suicide ideation. *Archives of Suicide Research*, 7, 221-235.
- Hesketh, J. L., & Castro, A. G. (1978). Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. *Revista de Saúde Pública*, 12, 138-146.

- Hirsch, J. K., Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2007). Optimism and suicide ideation among young adult college students. *Archives of Suicide Research, 11*, 177-185.
- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D., & Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology, 54*, 569-576.
- Holden, R. R., & Kroner, D. G. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 35-44.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & Mcleod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 224-232.
- Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: a conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 429-440.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*, 1-55.
- Huanhuan, L., Weizhen, X., Xinwei, L., Rong, F., Chuan, S., Xiangyu, Y., Ning, W., Qifeng, Y., & Xiang, W. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*, 78-88.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABC's of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender differences in depression. *Psychological Review, 115*, 291-313.
- Jobes, D. A. (2000). "Collaborating to prevent suicide. A clinical research approach". *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*, 8-17.
- Johns, D., & Holden, R. R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science, 29*, 266-274.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*, 617-626.
- Khan, I. (2011). Relationship of suicide ideation with depression and hopelessness. *Indian Journal of Psychological Science, 2*, 126-133.

- Khan, M. M., Mahmud, S., Karim, M. S., Zaman, M., & Prince, M. (2008). Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, *193*, 402–405.
- Kirkcaldy, B. D., Eysenck, M. W., & Siefen, G. R. (2004). Psychological and social predictors of suicidal ideation among young adolescents. *School Psychology International*, *25*, 301-316.
- Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression and treatment in college students: Results from the spring 2000 national college health assessment survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*, 3-13.
- Konick, L. C., & Gutierrez, P. M. (2005) Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*, 181-192.
- 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.
- Lasgaard, M., Goossens, L., & Elklit, A. (2010). Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*, 137-150.
- Lee, Y., & Oh, K. J. (2012). Validation of reasons for living and their relationship with suicidal ideation in Korean college students. *Death Studies*, *36*, 712-722.
- Lester, D. (2000). Psychache, depression, and personality. *Psychological Reports*, *87*, 940.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, *3*, 25- 36.
- Linehan, M. M. (1981). *The Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished instrument, University of Washington, Seattle.
- Lipschitz, A. (1995). Suicide prevention in young adults (age18-30). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *25*, 155-170.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, *7*, 83-104.
- Macleod, A. K., Tata, P., Evans, K., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., Thornton, S., & Catalan, J. (1998). Recovery of future thinking within a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*, 371-379.

- Mallinckrodt, B., Abraham, T. W., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advance in testing statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 372-378.
- Maris, R. W. (2002). Seminar: Suicide. *The Lancet*, 360, 319-326.
- Marks, P. A., & Haller, D. L. (1977). Now I lay me down for keeps: A study of adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 390-400.
- Maroco, J. P. (2004). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Marusic, A., & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of variation in European suicide rates. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 194-196.
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 09-14.
- McGirr, A., Renaud J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. (2007). An examination of DSM - IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 203-209.
- Mello-Santos, C., Meleiro, A., & Sousa, K.A. (2009). Como prevenir o risco e a tentativa de suicídio [em linha]. *MedicinaNet*. Acedido em 7 de Março de 2015 em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2398/como_prevenir_risco_e_a_tentativa_de_suicidio.htm.
- Mills, J. F., Green, K., & Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 570-580.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Mooney, C. Z., & Duval, R. D. (1993). *Bootsrapping: A nonparametric approach to statistical inference*. Newbury, CA: Sage.
- Moreira, N. C. (2009). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Nery-Fernandes, F., & Miranda-Scippa, A. (2013). Suicidal behavior in bipolar affective disorder and sociodemographic, clinical and neuroanatomical characteristics associated. *Revista Psiquiatria Clínica*, 40, 220-224.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*, 30, 133-154.

- Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Association for Psychological Science, 21*, 511-517.
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders, 120*, 226-230.
- Oliveira, A. (2006). Desafiar a própria morte para sentir a vida. O contexto (psico)social do suicídio adolescente. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 219-230.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para os profissionais da saúde em atenção primária*. Departamento de Saúde Mental. Genebra. Acedido em 1 de Abril de 2015. Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2002), Relatório Mundial de Saúde. *Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*, Lisboa. Acedido em 1 de Abril de 2015. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Suicide statistics*. Acedido em 5 de Junho de 2015. Disponível em: <http://www.befrienders.org/suicide-statistics>.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios F. X.. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*, 443-454.
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 334-348.
- Patterson, A. (2010). *Psychache and self-harming behavior among men who are homeless: A test of Shneidman's Model*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade de Kingston, Ontario, Canadá.
- Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*, 147-156.
- Pereira, A. A. G. (2011). *Ideação suicida e fatores associados: estudo realizado numa amostra da população universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto*

- Douro. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Pereira, E. J., Kroner, D. G., Holden, R. R., & Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences, 49*, 912-917.
- Poch, F. V., Villar, E., Caparros, B., Juan, J., Cornella, M., & Perez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population: Descriptive analysis and its relationship to adapting to university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 326-334.
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: a preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 116-121.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*, 146-154.
- Quevedo, J., & Silva, A. G. (2013) *Depressão: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (2005). Severe suicide attempts in young adult: Suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal, 123*, 43-46.
- Reifman, A., & Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: a longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology, 23*, 329-354.
- 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. *The American Journal of Psychiatry, 163*, 1226-1232.
- Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*, 445-479.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the adult suicidal ideation questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment, 56*, 289-307.
- Rodrigues, J. C. (2009). *A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Brasília.

- Rogers, J. R., Bromley, J. L., McNally, C. J., & Lester, D. (2007). A content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *Journal of Counseling and Development, 85*, 182-188.
- Rotheram-Borus, M. J., & Trautman, P. D. (1988). Hopelessness, depression, and suicidal intent among suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 700-704.
- Rothes, I. M. S. A. (2006). *Suicídio juvenil: representações sociais dos médicos e dos psicólogos*. Dissertação de Mestrado de Psicologia (Intervenção Psicológica com crianças e adolescentes). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Rudatsikira, E., Muula, A. S., Siziya, S., & Twa-Twa, J. (2007). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry, 7*, 1-6.
- Rudd, M. D. (1990). An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 16-30.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy, 32*, 201-219.
- Salter, D. M., & Platt, S. (1990). Suicidal intent, hopelessness, and depression in a parasuicide population: the influence of social desirability and elapsed time. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 361-371.
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García & A Medina (Eds.). *Perspetivas en Psicología Aplicada* (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
- Santos, J. C. P., Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q.A., Cordeiro, R. A. C., & Façanha, R. M. P. S. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 49-54.
- Schwartz, A. J. (2006). College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. *Journal of the American College Health, 54*, 341-352.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 242-247.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 15*, 275-291.

- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319-328.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 7-12.
- Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. A., & Dalgalarondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: Um estudo de caso-controle. *Caderno Saúde Pública*, 22, 1835-1843.
- Sing, R., & Joshi, H. L. (2008). Suicidal ideation in relation to depression, life stress and personality among college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 259-265.
- Smith, J. M., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 443-454.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2011). *Os comportamentos suicidários em Portugal e no mundo*. Acedido em 1 de Abril de 2015. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt/sobreossuicidio/estatistica>.
- Steer, R. A., Kumar, G., & Beck, A. T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1096-1099.
- Stephenson, H., Pena-Shaff, J., & Quirk, P. (2006). Predictors of college student suicidal ideation: Gender differences. *College Student Journal*, 40, 109-117.
- Stone, L. B., Gibb, B. E., & Coles, M. E. (2010). Does the hopelessness theory account for sex differences in depressive symptoms among young adults? *Cognitive Therapy and Research*, 34, 177-187.
- Teixeira, J. M. (2010). Uma abordagem fenomenológica do suicídio. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, 5, 16-24.
- Troister, T. (2014). *A prospective study of psychache and its relationship to suicidality*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de Kingston, Ontario, Canadá.

- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study psychache and suicide ideation: Replication in general and high – risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 611-620.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49, 689-693.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 1019-1027.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46, 50-63.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N.T., & Ekeberg, Ø. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64, 69-79.
- Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., Osgood, N. J., & Bongar, B. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adult. *The Gerontologist*, 38, 62-70.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2006). Symptoms of depression and related factors among Spanish university students. *Psychological Reports*, 99, 583-590.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: Atores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 175-187.
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28, 714-727.
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 97-103.
- Weber, B., Metha, A., & Nelsen, E. (1997). Relationships among multiple suicide ideation risk factors in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 11, 49-64.
- Weishaar, M. E., & Beck, A. T. (1992). Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 4, 177-184.

- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia, 39*, 259-266.
- Werlang, B. S. G., & Oliveira, M. S. (2006). Temas em Psicologia Clínica. In Werlang, B. S. G., Fensterseifer, L., & Borges, V. R. (Eds.) *Dor psicológica e suicídio: Aproximações teóricas* (pp.67-74). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L., & Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The counselling Psychologist, 28*, 445-510.
- Wetzel, R. D. (1976). Hopelessness, depression and suicide intent. *Archives of General Psychiatry, 33*, 1069-1073.
- Yiğiter, K., Pehlivan, M., & Tiryaki, K.(2013). The investigation of hopelessness and self-esteem on students doing recreational sports and not doing recreational sports in profession high school in Turkey. *International Journal of Educational Research, 1*, 2306-7063.
- Yufit, R. (1991). Avaliação do risco de suicídio. In: J. Craig (Ed), *Entrevista Clínica e Diagnóstica* (367-382), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In G. A., Marcoulides, & R. E., Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling. Issues and techniques* (pp. 125-157). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Anexos

Anexo A– Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D)

Nº.....

CES-D

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

- Use a seguinte chave:
- Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)
 - Ocasionalmente (1 ou 2 dias)
 - Com alguma frequência (3 ou 4 dias)
 - Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasional-mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos do que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo B- Escala de Desesperança de Beck (BHS)

BHS – Beck Hopelessness Scale

Beck et al. (1974); Beck & Steer (1993). Versão Portuguesa: Baptista (1994).

Este questionário consiste numa lista de vinte frases. Por favor leia cada uma delas cuidadosamente. Assinale o seu grau de concordância com cada frase de modo a reflectir os seus pensamentos ou atitudes durante a última semana, incluindo hoje. Para responder faça uma cruz (X) num dos números em frente a cada uma das frases.

Utilize a seguinte escala: **1 – Não concordo** **2 – Concordo um pouco** **3 – Concordo moderadamente** **4 – Concordo bastante** **5 – Concordo extremamente**

		1	2	3	4	5
1	Encaro o meu futuro com esperança e entusiasmo.					
2	O melhor é desistir porque não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas melhor para mim.					
3	Quando as coisas me correm mal, penso que não vão ficar mal para sempre.					
4	Não consigo imaginar como é que vai ser a minha vida daqui a 10 anos.					
5	Penso que tenho tempo suficiente para conseguir fazer coisas que eu mais desejo fazer.					
6	No futuro, espero ter sucesso nas coisas que mais me dizem respeito.					
7	Vejo negro o meu futuro.					
8	Costumo ser uma pessoa com muita sorte e espero que as coisas me continuem a correr melhor do que à maioria das outras pessoas.					
9	Se até agora não tive sorte, não acredito que a venha a ter no futuro.					
10	As minhas experiências passadas prepararam-me bem para o futuro.					
11	As únicas coisas que consigo ver à minha frente são as desagradáveis em vez das agradáveis.					
12	Não espero conseguir aquilo que na realidade desejo.					
13	Quando penso no meu futuro espero vir a ser mais feliz do que aquilo que sou agora.					
14	As coisas não me correm do modo que eu desejo.					
15	Tenho grande esperança no futuro.					
16	Como nunca consigo aquilo que desejo, o melhor é não desejar nada.					
17	É pouco provável que eu venha a ter qualquer verdadeira satisfação no futuro.					
18	O meu futuro parece-me vago e incerto.					
19	Esperar que me sucedam mais coisas boas do que coisas más.					
20	Não vale a pena tentar conseguir aquilo que quero porque provavelmente não o vou conseguir.					

Anexo C- Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QIS

(SIQ; W. M. Reynolds, 1987)

Versão portuguesa de Maria C. Castela e Joaquim A. Ferreira (1999)

Na lista, em baixo, há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. **Por favor indique quais destes pensamentos teve no mês passado.** Preencha o círculo que estiver por baixo da resposta que melhor descreve os seus pensamentos. Certifique-se que preenche um círculo para cada frase. Lembre-se que **não há respostas certas ou erradas.**

PENSEI NISTO	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei Nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
1. Pensei que seria melhor não estar vivo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pensei suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pensei na maneira como me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pensei quando me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pensei em pessoas a morrerem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pensei na morte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pensei no que escrever num bilhete de o suicídio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pensei em escrever um testamento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensei em dizer a pessoas que planeava suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Desejei estar morto(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Interditada a reprodução

Anexo D- Questionário de Comportamentos Suicídários – Revisto (QCS-R)

QCS-R

(SBQ-R; Osman *et al.*, 2001)

Versão portuguesa de Rui C. Campos, Sofia Rebelo e Helena Abreu (2011)

INSTRUÇÕES: Para cada uma das 4 perguntas, assinale com uma cruz a resposta que melhor se aplica a si. Para cada uma das 4 perguntas escolha apenas uma das respostas.

1- Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?

- 1 - Nunca
- 2 - Tive apenas um breve pensamento passageiro
- 3a - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, mas não o tentei fazer
- 3b - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, e queria realmente morrer
- 4a - Tentei matar-me, mas não queria morrer
- 4b - Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer

2- Com que frequência pensou matar-se no último ano?

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente (1 vez)
- 3 - Algumas vezes (2 vezes)
- 4 - Frequentemente (3 ou 4 vezes)
- 5 - Muito frequentemente (5 ou mais vezes)

3- Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?

- 1 - Não
- 2a - Sim, uma vez, mas não queria realmente morrer
- 2b - Sim, uma vez, e queria realmente morrer
- 3a - Sim, mais de uma vez, mas não queria fazê-lo
- 3b - Sim, mais de uma vez, e queria realmente fazê-lo

4- Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?

- 0 - Nunca
- 1 - Nenhuma possibilidade
- 2 - Bastante improvável
- 3 - Improvável
- 4 - Provável
- 5 - Bastante provável
- 6 - Muito provável

Anexo E- Escala da dor mental (Psychache)

Psychache Scale

(Holden e colaboradores, 2000)
(versão portuguesa, Campos, 2013)

INSTRUÇÕES: As frases seguintes referem-se à sua dor psicológica NÃO à sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências

1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = sempre

1. Sinto dor psicológica	1	2	3	4	5
2. Parece-me que dói por dentro	1	2	3	4	5
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	1	2	3	4	5
4. A minha dor faz-me ter vontade de gritar	1	2	3	4	5
5. A minha dor faz a minha vida parecer sombria	1	2	3	4	5
6. Não consigo compreender porque soffro	1	2	3	4	5
7. Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	1	2	3	4	5
8. Dói-me, porque me sinto vazio	1	2	3	4	5
9. A minha alma dói	1	2	3	4	5

Por favor continue, usando a escala seguinte

1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = Indeciso(a); 4 = concordo; 5 = concordo fortemente

10. Não consigo aguentar mais a minha dor.	1	2	3	4	5
11. Por causa da minha dor, a minha situação é impossível.	1	2	3	4	5
12. A minha dor está a desfazer-me	1	2	3	4	5
13. A minha dor psicológica afecta tudo o que faço	1	2	3	4	5