



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Risco de suicídio, saúde e estilos de vida Estudo com estudantes universitários**

**Milene Nazaré Félix Medeiros**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Luís Maia

Covilhã, Outubro de 2012



Dissertação de Mestrado realizada sob  
orientação do Prof. Doutor Luís Maia  
apresentada à Universidade da Beira Interior  
para a obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia, registada na DGES sob o 9463.



## Dedicatória

A todos aqueles que me ajudaram a caminhar,  
sem me dizerem qual o caminho certo!

A todos aqueles que sempre acreditaram em mim.

A todos aqueles que me mostraram que desistir  
não é solução e que as quedas fazem parte.

A todos aqueles que, mesmo que indirectamente,  
foram essenciais para o meu crescimento como pessoa!

E principalmente àqueles que me ajudaram  
a acreditar mais em mim!



## Resumo

O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte ao nível mundial, englobando todas as faixas etárias. Este é um fenómeno com causas multivariadas, sendo acelerado pela existência de determinados factores de risco e, por outro lado, atenuado por diversos factores protectores. Um marco importante e talvez o que acarreta maiores mudanças na vida do ser humano é o ingresso do jovem adulto à Universidade. Este é um acontecimento que engloba novas vivências, daí novas adaptações por parte do estudante. Nesta perspectiva, a presente investigação possui como objectivo primordial a análise da prevalência do risco de suicídio neste tipo de população, tendo em consideração determinados estilos de vida presentes nos jovens universitários, saúde física e mental, bem como alguns factores sociodemográficos. Para o efeito, foi utilizado um questionário de autorresposta, constituído por uma parte com dados sociodemográficos, o Questionário de 90 sintomas (SCL-90-R), o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) e uma versão adaptada semanticamente para a língua portuguesa da versão Brasileira 5.0.0. do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.). Assim, contou-se com uma amostra de 167 estudantes (79 alunos do sexo masculino e 88 alunos do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos.

Os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas em algumas das variáveis estudadas. Neste sentido, verifica-se que os níveis mais elevados de risco de suicídio encontram-se nos alunos do sexo feminino; em alunos deslocados do seu meio de residência habitual; em alunos que não praticam qualquer tipo de actividade física; alunos que tenham alguma doença em algum membro do seu agregado familiar; alunos que revelam sintomas psicopatológicos; e em alunos que apresentam depressão. Foi igualmente possível observar que nem todos os alunos que apresentam depressão revelam presença de risco de suicídio.

Concluiu-se, desta forma, que o risco de suicídio está cada vez mais presente neste tipo de população, sendo necessário a realização de mais estudos que incidam sobre esta temática em estudantes universitários. De salientar a necessidade da criação de programas de promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários, através do controle dos factores de risco associados a este fenómeno e, por outro lado, do reforço dos factores de protecção.

**Palavras-chave:** comportamentos suicidários, saúde mental, estudantes universitários.



## Abstract

The suicide is among the ten principal causes of death worldwide, covering all ages. This is a phenomenon with multiple causes, accelerated by the existence of certain risk factors and, by other hand, attenuated by various protective factors. An important fact and perhaps which implies biggest changes at human being life, is the young adult ingress at University. This event involves new experiences and therefore new adaptations by the students. At this perspective, the present investigation has as primordial aim a prevalence analysis of the suicide risk between this population kind, having in consideration several life styles among university students, physical and mental health, as well as some sociodemographic factors. For this purpose, it was performed a self questionnaire response, composed by a section with sociodemographic data, the questionnaire of 90 symptoms (SCL-90-R), the Inventory Clinical Assessment of Depression (IACLIDE) and a version adapted semantically to portuguese from the brazilian version 5.0.0. of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Therefore, it was reported a sample with 167 students (79 from male genre and 88 from female genre) between 18 and 30 years old.

The results obtained are statistically significant in some of the variables studied. So, it was verified that the higher levels of suicide risk are among female students; students displaced from their habitual residence; students without any exercise practice; students with some disease among their household; students that reveal psychopathologic symptoms; and students presenting depression. It was also possible observe that not all of the students with depression revealed the presence of suicide risk.

In conclusion, the suicide risk present in this population kind is growing, and more studies in this area among university students are imperative. It is needed emphasize the implementation of mental health promotion programs and the prevention of suicide behaviors, through a control of the risk factors associated at this phenomenon and, by other hand, the reinforce of protective factors.

**Key-words:** suicidal behavior, mental health, university students.



## Agradecimentos

*“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante”  
(Paulo Coelho).*

Chega o momento em que tenho que pensar em tudo e em todos os que caminharam comigo, neste longo percurso académico. Tarefa difícil é certo, mas também empolgante, porque sinto-me como que a viajar dentro de mim própria até onde tudo começou.

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus que sempre me acompanhou e, quando mais precisei, me pegou ao colo. Também aqui queria agradecer à minha avó que, apesar de já não a sentir fisicamente, sinto-a, de uma forma muito intensa no meu coração. A ela agradeço por tudo o que me ensinou enquanto viva e tudo o que me continua a ensinar mesmo que distante.

Não consigo continuar sem que faça uma viagem até ao ponto em que o “bixinho” da psicologia começou a entoar na minha cabeça. Aqui, e como não podia deixar de ser, agradeço aos meus pais que sempre me apoiaram nas minhas decisões e me deram tudo o que podiam e não podiam para que eu caminhasse sempre em frente. À minha madrinha agradeço-lhe todo o carinho, amor, dedicação, paciência e ouvido sempre atento. Se hoje estou sentada na minha secretária a escrever os agradecimentos para a minha dissertação de final de curso, muito o devo a ela. À minha irmã agradeço toda a ajuda que sempre manifestou. Ao meu tio Bráulio que ainda não consegui encontrar um adjectivo que o caracterize, é um ser humano fantástico que consegue tocar no meu coração de uma forma tão pura, mas tão intensa que é impossível de se apagar, o meu sincero obrigado por tudo.

Continuando esta viagem pelo meu passado académico, relembro os anos da minha licenciatura e as pessoas que não podem passar em falso, até porque todas elas escreveram no meu coração, cada uma de uma forma muito particular. É aqui que quero deixar o meu muito obrigada à Inga e à Tânia que foram as pessoas que me acompanharam, de uma forma mais profunda nestes três anos. À Tânia agradeço toda a amizade e o seu coração sempre disponível a dar. À Inga agradeço-lhe por ter caminhado sempre comigo e na mesma direcção e por ter passado a fazer parte da minha vida. Com ela aprendi como se aproveita uma verdadeira vida académica, atingindo, contudo, todos os objectivos pretendidos. Não posso também deixar de agradecer à Mariana que, para além de companheira de casa, foi, sem dúvida um pilar em muitos momentos menos bons, a amizade e o carinho que nos une é imenso. Ao Rui agradeço todos os momentos, conversas, lágrimas e gargalhadas. Obrigada por seres tão especial para mim.

No final da licenciatura, rumei a uma outra universidade juntamente com a Tânia e mais duas colegas de turma, Fábria e Catarina. Foi uma etapa de muito crescimento, não só profissional, como também pessoal, sendo que muito se deve a elas. Agradeço à Tânia por

continuar a ser aquela Amiga sempre pronta a ajudar. À Fábria por me mostrar que uma amizade pode surgir das mais variadas conversas e por ser sempre aquela amiga pronta, disponível, bem-disposta que me consegue alegrar através de uma simples palavra. À Catarina agradeço por todo o companheirismo, dedicação, partilha, confiança e tantas outras características que a definem como Amiga e Irmã! Um agradecimento muito especial vai também para a Letícia que, apesar do pouco tempo de convívio, se tornou uma pessoa especial e que, também ela marcou o meu coração com a sua fantástica presença. Queria igualmente agradecer a todas as minhas outras colegas que me acompanharam no meu percurso académico, bem como a todos os professores com quem tive o privilégio de aprender.

Não poderia deixar de agradecer às pessoas maravilhosas com as quais tive o privilégio de trabalhar no meu ano de estágio curricular. Assim, agradeço à Rita por termos crescido juntas enquanto estagiárias; à Dra. Alzira, Dra. Carolina, Dra. Palmira, Dra. Cátia e Dra. Susana, agradeço-lhes por tudo o que aprendi ao longo deste ano e por tudo o que representaram e representam para mim.

Chegado este momento, o da realização da dissertação como requisito de finalização do curso, chega a hora de agradecer ao meu orientador Professor Doutor Luís Maia, por toda a ajuda, partilha de conhecimento e paciência que sempre demonstrou, apesar da sua vida agitada em prol dos outros.

Paralelamente a todos estes acontecimentos esteve sempre presente uma pessoa que foi o meu porto de abrigo quando tudo parecia desabar, o meu aconchego nos dias menos bons, o meu amparo nos tropeços. Por outro lado, acompanhou-me em todas as minhas alegrias, devaneios e “maluqueiras”. A ele agradeço a sua maneira fantástica e positiva com que olha a vida. Obrigada João por todo o amor e carinho que tens dentro de ti e que consegues sempre passar para mim!

E a todos aqueles que não referi o nome, mas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional e enquanto ser humano, um muito obrigada!

Agora sim, cheguei ao fim de uma longa viagem de preparação, com a certeza que este é apenas o começo para um novo caminho e este sim, levará uma vida inteira a ser percorrido.

## Índice

Dedicatória.....	V
Resumo .....	vii
Abstract.....	ix
Agradecimentos .....	xi
Lista de figuras .....	xv
Lista de tabelas.....	xvii
Lista de acrónimos .....	xix
Introdução .....	1
Parte I - Corpo teórico .....	3
Capítulo 1- Comportamentos suicidários.....	5
Introdução.....	5
1.1. Distinguindo conceitos.....	5
1.2. Factores de risco e de protecção .....	8
1.3. Avaliação e Intervenção em Crise .....	11
Capítulo 2 - Saúde Mental .....	15
Introdução.....	15
2.1. Mas afinal o que é a saúde mental? .....	15
2.2. Ingresso do jovem adulto ao ensino superior.....	17
2.3. Saúde mental no jovem universitário .....	19
Capítulo 3 - Comportamentos suicidários, saúde e estilos de vida.....	23
Introdução.....	23
3.1. Comportamentos suicidários e saúde mental .....	23
3.2. Comportamentos suicidários e saúde física.....	27
3.3. Comportamentos suicidários e estilos de vida .....	28
3.3.1. Hábitos tabágicos.....	28
3.3.2. Consumo de álcool.....	29
3.3.3. Prática de actividade física.....	30
3.4. Comportamentos suicidários e factores sociodemográficos.....	31
Parte II - Corpo empírico .....	35
Capítulo 4 - Metodologia.....	37
Introdução.....	37
4.1 – Pertinência do estudo .....	37
4.2 – Método.....	38
4.2.1 – Objectivos.....	38
4.2.2 – Variáveis .....	39

4.2.3 – Tipo de estudo .....	39
4.2.4 – Instrumentos .....	40
4.2.4.1 - Questionário sociodemográfico .....	40
4.2.4.2 – Avaliação do Risco de Suicídio.....	41
4.2.4.3 – SCL-90-R: Questionário de 90 sintomas .....	41
4.2.4.4 – IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão .....	43
4.3 – Análise descritiva da amostra.....	44
4.4 – Procedimentos.....	46
<b>Capítulo 5 - Resultados.....</b>	<b>49</b>
Introdução .....	49
5.1 – Fiabilidade dos instrumentos .....	49
5.2 – Análises estatísticas.....	50
<b>Capítulo 6 - Discussão .....</b>	<b>59</b>
Introdução .....	59
6.1 – Análise e discussão dos resultados.....	59
6.2 – Limitações e propostas futuras .....	72
<b>Capítulo 7 - Conclusão .....</b>	<b>75</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>1</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>3</b>

## Lista de figuras

<b>Figura 1 - Dimensões do comportamento suicidário .....</b>	<b>7</b>
---	----------



## Lista de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização da amostra em função da faixa etária	45
<b>Tabela 2.</b> Caracterização da amostra em função do estado civil	45
<b>Tabela 3.</b> Caracterização da amostra em função do ciclo e ano de estudos	46
<b>Tabela 4.</b> Fiabilidade das dimensões do SCL-90-R	50
<b>Tabela 5.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do género	51
<b>Tabela 6.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da faixa etária	51
<b>Tabela 7.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) do risco de suicídio em função do estado civil	51
<b>Tabela 8.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) do risco de suicídio em função do ciclo e ano de estudos	52
<b>Tabela 9.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do local de residência	52
<b>Tabela 10.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do alno ser deslocado ou não deslocado do seu local de residência habitual	53
<b>Tabela 11.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) do risco de suicídio em função dos hábitos tabágicos	53
<b>Tabela 12.</b> Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) do risco de suicídio em função do consumo de álcool	53
<b>Tabela 13.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da prática de actividade física	54
<b>Tabela 14.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da presença ou ausência de doenças	54
<b>Tabela 15.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da presença ou ausência de doenças no agregado familiar	55
<b>Tabela 16.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do GSI	55
<b>Tabela 17.</b> Análise da distribuição pelas categorias risco de suicídio e GSI	56

<b>Tabela 18.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função das dimensões do SCL-90-R	57
<b>Tabela 19.</b> Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da presença ou ausência de depressão	58
<b>Tabela 20.</b> Análise da distribuição pelas categorias risco de suicídio e IACLIDE	58

## Lista de acrónimos

<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>DSM-IV</b>	Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>GSI</b>	Índice Global de Severidade
<b>IACLIDE</b>	Inventário de Avaliação Clínica da Depressão
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>MAOs</b>	Oxidases de Monoamina
<b>MINI</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SCL-90-R</b>	Questionário de 90 Sintomas Revisto
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UBI</b>	Universidade da Beira Interior
<b>VHI</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>WHO</b>	World Health Organization



# Introdução

Ao longo dos anos tem-se vindo a assistir a um aumento exponencial do suicídio. Estima-se que um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio no ano de 2000. Segundo dados mais detalhados, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo, sendo que a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a sua vida. Neste sentido, e seguindo a linha de pensamento, cada suicídio tem um relevante impacto em pelo menos seis pessoas, sendo que o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio não só na família, mas também na comunidade, é imensurável OMS (2002).

Nos últimos 45 anos, os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo, sendo que nos jovens, estes índices têm aumentado de uma forma significativa, representando assim, um grupo de elevada vulnerabilidade. No ano de 2000, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. (OMS, 2002). Este número representa quase 50% do total de mortes violentas. Em 2000 ocorreram cerca de 14,5 mortes por 100 mil habitantes em todo o mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos (Souza, 2010).

Um dos factores de risco para os comportamentos suicidários mais relatados na literatura é a presença de alguma perturbação mental (Gonçalves Freitas & Sequeira, 2011). Neste sentido, sabe-se que os problemas de saúde mental reflectem a principal causa de incapacitação e uma das mais importantes causas de morbilidade na nossa sociedade, sendo a depressão a doença mental mais frequente (Queiróz, Extremera, Fernández-Berrocal & Queiróz, 2010). Esta é considerada a doença mental da nossa época (Furegato, Silva, Campos & Cassiano, 2006).

Um dos períodos considerados como ameaçadores no ciclo de vida de um sujeito é a transição e adaptação ao meio universitário. Isto porque a mudança, quando associada a experiências perturbadoras, pode resultar em efeitos adversos não só para a saúde física, como também para a saúde mental (Costa & Leal, 2008). Esta é uma fase repleta de desafios e incertezas que podem estar na origem de desequilíbrios emocionais no aluno universitário (Costa, Lopes, Neves & Pereira, 2007-2008). Assim, tem-se assistido a uma crescente preocupação da saúde mental dos estudantes universitários (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010), uma vez que existe um aumento das perturbações mentais nesta população (Silveira, Norton, Brandão & Roma-Torres, 2011).

Deste modo, os níveis mais elevados de risco de suicídio são normalmente encontrados em sujeitos que apresentem alguma perturbação mental (Fonseca, Abelha, Lovisi & Legay, 2010), principalmente depressão (Vieira, 2008). Determinados estilos de vida levam, igualmente, a um aumento de comportamentos suicidários tais como os hábitos tabágicos (Hemmingsson & Kriebel, 2003), consumo de álcool (Brady, 2006), sendo considerado um factor protector a prática de actividade física (Brown & Blanton, 2002). Além disso, os níveis de risco de suicídio variam conforme determinados aspectos siciodemográficos. Estes são mais elevados no sexo feminino (Abrantes-Gonçalves & Coelho, 2008), em sujeitos solteiros

(Fonseca et al., 2010) e mais velhos (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003), apesar de se estar a assistir a um aumento destes comportamentos em sujeitos mais novos (Meneghel, Victora, Faria, Carvalho & Falk, 2004).

Após a realização da pesquisa inicial em busca de literatura científica, foram poucos os estudos encontrados realizados em Portugal, que estudassem o risco de suicídio na população universitária, facto que evidencia a necessidade e a pertinência da realização do presente estudo. É neste sentido que surge a presente investigação, tendo como principal objectivo verificar se a saúde física e mental, bem como determinados estilos de vida e factores sociodemográficos levam a um aumento ou diminuição do risco de suicídio neste tipo de população.

Assim, a sequência estrutural da presente dissertação apresenta, numa primeira parte o corpo teórico, no qual se insere a revisão bibliográfica efectuada. Esta parte é constituída por três capítulos, nomeadamente o capítulo referente aos comportamentos suicidários onde se tenta fazer uma distinção dos diversos conceitos associados a esta temática, bem como quais os factores de risco e de protecção e uma secção acerca da avaliação e intervenção em crise. O segundo capítulo aborda a questão da saúde mental, nomeadamente a sua definição, o ingresso do jovem adulto no meio universitário como factor de adaptação e desafio e termina com a questão da saúde mental no jovem universitário. Por fim, o último capítulo desta primeira parte relaciona-se com estudos que associam o risco de suicídio com a saúde mental, saúde física, estilos de vida e determinados factores sociodemográficos. Na segunda parte, que agrega o estudo empírico desenvolvido, concentram-se os restantes quatro capítulos. O quarto capítulo é referente à metodologia. Neste é apresentada a pertinência do estudo, objectivos gerais e específicos, variáveis, tipo de estudo, instrumentos utilizados, análises descritivas da amostra, bem como os procedimentos adoptados para a concretização do estudo. No quinto capítulo são apresentados os resultados que incluem a fiabilidade dos instrumentos, assim como as análises estatísticas propriamente ditas. A discussão e as limitações e propostas futuras fazem parte do sexto capítulo desta segunda parte. Por fim, é apresentada uma breve conclusão. De salientar que no início de cada capítulo foi inserida uma nota introdutória que serve para contextualizar o leitor acerca do que será tratado no seguinte capítulo.

# Parte I - Corpo teórico

---



# Capítulo 1- Comportamentos suicidários

## Introdução

O suicídio constitui um grande problema de saúde pública, estando entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias. Além disso, este acto, representa a terceira causa de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos (Gonçalves Freitas & Sequeira, 2011; OMS, 2002; O.Silva & Costa, 2010; Souza, 2010).

Nos últimos 45 anos, os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo, sendo que nos jovens, estes índices têm aumentado de uma forma significativa, representando assim, um grupo de elevada vulnerabilidade. No ano de 2000, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. (OMS, 2002). Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Portugal passou de cerca de 500 suicídios por ano no final da década de 90, para cerca de 1000 (Costa, 2010). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2008 registaram-se 1035 suicídios em Portugal. No mesmo ano, o Ministério da Administração Interna, referiu que terão ocorrido 776 mortes na estrada, na sequência de acidentes de viação. Desta forma, o suicídio constitui-se como a principal causa de morte não-natural.

O suicídio e as tentativas de suicídio não devem ser considerados uma doença. São tipos de comportamentos escolhidos por opção quando uma pessoa com determinadas características da maneira de ser, por vezes acompanhadas por um quadro clínico psiquiátrico, vive acontecimentos que são, para si, muito dolorosos e que supõe não ter capacidades de modificar (Serra & Pocinho, 2001).

É extremamente importante a distinção entre conceitos dentro desta área do suicídio, uma vez que são vários os termos que se utilizam aquando do aprofundamento bibliográfico desta temática. Desta forma, segue-se um subponto específico para essa mesma distinção. De seguida, e porque são pontos que nos ajudam a perceber o que leva ou não a tais comportamentos, apresentar-se-á um subponto acerca dos factores de risco e de protecção de comportamentos suicidários que agravam ou diminuem o risco de suicídio. Por último, será feita uma breve abordagem sobre a avaliação e intervenção em crise, uma vez que, para se poder actuar neste tipo de comportamentos, ou na sua prevenção, é necessário uma avaliação específica de qual o risco de suicídio.

### 1.1. Distinguindo conceitos

Termos como tentativa de suicídio, suicídio, ideação suicidária, intencionalidade suicida, para-suicídio, comportamentos auto-destrutivos, entre outros, são por vezes confundidos e empregues na conceptualização de dimensões suicidárias idênticas, contudo,

por vezes, constituem diferentes fenómenos suicidários (Hayes, 1995). Neste sentido, é extremamente pertinente a sua distinção, sendo que todos estes conceitos fazem parte do vasto campo da suicidologia.

O conceito “tentativa de suicídio” é uma expressão clínica frequentemente utilizada, contudo esta não representa o seu verdadeiro significado, na medida em que engloba tanto as situações em que existe um desejo de morte expresso através de determinado acto, bem como em situações em que a morte não é o objectivo final do acto praticado (Peixoto & Azenha, 2006). Neste sentido, Durkheim (1996) define “tentativa de suicídio” como todo o caso de morte resultante directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, que é praticado pela própria vítima, acto esse que a própria vítima sabia dever produzir esse resultado, contudo interrompido antes que o resultado desse acto tenha sido a morte.

Existem várias definições de suicídio com perspectivas teóricas e conceptuais que reflectem determinados domínios tais como o sociológico, filosófico, psicológico, psiquiátrico e legal, sendo que, no essencial, todos eles se completam. A palavra suicídio tem a sua origem no latim e deriva da junção de dois termos: *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja, significa matar-se a si (Peixoto & Azenha, 2006). Segundo Vieira (2008), este termo pode ser conceptualizado como um acto voluntário, através do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte. Para Durkheim (1996), o significado de suicídio, assenta numa matriz fundamentalmente social, definindo-o como sendo todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto que pode ser positivo ou negativo e que é praticado pela própria vítima, acto que esta sabia dever produzir esse resultado. Deste modo, o que distingue este conceito do conceito “tentativa de suicídio”, no ponto de vista deste autor é o facto de, no caso do suicídio, o resultado ser mesmo a morte. Assim, apesar de não existir uma única definição aceitável, sabe-se, segundo Araújo, Vieira e Coutinho (2010) que este implica necessariamente um desejo consciente de morrer e a clara noção do que esse acto pode vir a resultar. Um dos factos que pode levar ao suicídio é a chamada ideação suicidária que se refere, segundo Borges e Werlang (2006) e Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) aos pensamentos de autodestruição ou ideias suicidárias. Neste estão presentes os desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tem para colocar fim à sua própria vida. Moreira (2009) salienta que a ideação suicidária pode ser considerada o primeiro indicador de risco de suicídio que, quando persistente, evolui frequentemente para comportamentos suicidários com final fatal.

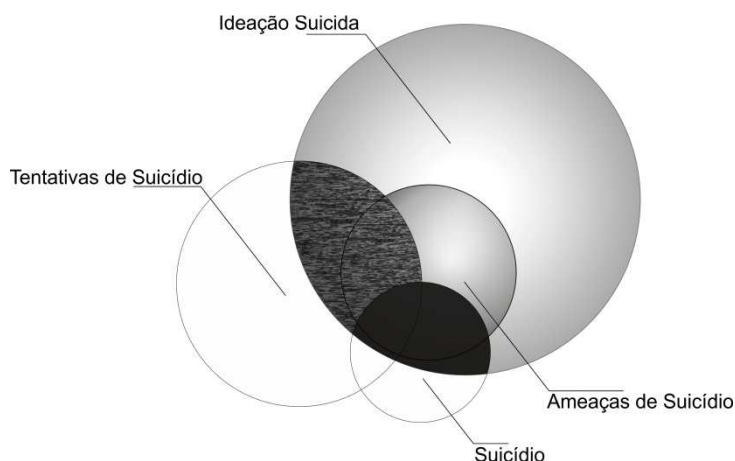
Surge igualmente o termo intencionalidade que, segundo Ladame, Ottino e Pawlac (1995), se refere a uma característica voluntária, consciente, deliberada e premeditada de um acto que presume uma escolha livre e possível. A avaliação da intenção de morrer é, segundo Peixoto e Azenha (2006) extremamente fundamental no campo da suicidologia, isto porque, para além de permitir diferenciar o suicídio de outras causas de morte, é igualmente fundamental na distinção entre tentativas de suicídio e para-suicídios, sendo que o grau de intencionalidade é, segundo Gonçalves e colaboradores (2011), superior na tentativa de suicídio. Deste modo, o termo para-suicídio é utilizado por Diekstra (1993) para definir um

acto não fatal segundo o qual o indivíduo empreende deliberadamente um comportamento não habitual que, sem interferência de outro, causará lesões auto-infligidas. Como é o caso de ingerir deliberadamente uma substância em quantidade superior à prescrita ou à dosagem normalmente admitida, com a finalidade de conseguir, através das consequências físicas reais ou supostas, as mudanças que o sujeito deseja. Para Moreira (2009), este termo significa um comportamento auto-lesivo, para o qual existe evidência implícita ou explícita que a pessoa não tinha intenção de se matar, nem pretende utilizar a auto lesão como uma aparente tentativa de cometer tal acto. Peixoto e Azenha (2006) acrescentam ainda que a definição deste termo é importante para distinguir, pelo menos num plano teórico, o suicídio frustrado dos comportamentos “suicidários” cujo objectivo final não seja a morte.

Existem ainda outros comportamentos de risco, aos quais Farberow chama de comportamentos auto-destrutivos indirectos, sendo que o indivíduo, nestes casos, não tem consciência plena da sua intenção suicida. Deste modo, este autor considera que fazem parte destes comportamentos, formas de condução perigosa, comportamentos sexuais de risco, consumo excessivo de tabaco e drogas ilícitas (Peixoto & Azenha, 2006).

Em suma, Araújo e colaboradores (2010) salientam que o comportamento suicidário pode ser classificado em três categorias: ideação suicidária, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Deste modo, Werlang e colaboradores (2005) consideram que, apesar de existirem poucos dados, alguns estudos clínicos e epidemiológicos, sugerem a presença de uma possível severidade e heterogeneidade entre essas diferentes categorias. Assim, num dos extremos encontra-se a ideação suicidária e, no outro extremo, o suicídio consumado, sendo que entre eles, se encontram as tentativas de suicídio. Para uma melhor compreensão, Werlang e Botega (2004), definem o comportamento suicidário como todo o acto segundo o qual um indivíduo causa dano a si próprio, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse acto. Neste sentido, estes autores concebem o comportamento suicidário ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, por último, suicídio (ver Figura 1).

Figura 1. Dimensões do comportamento suicidário. Fonte (Werlang & Botega, 2004).



## 1.2. Factores de risco e de protecção

Para se poder estimar o risco de suicídio e se poder actuar de uma forma preventiva, é necessário fazer-se uma avaliação tanto de indicadores de protecção como de risco para os comportamentos suicidários (Gonçalves et al., 2011; Werlang et al., 2005). A prevenção do suicídio consiste essencialmente no reforço dos factores de protecção e na redução dos factores de risco (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006; Gonçalves et al., 2011; Vieira, 2008).

O conceito de risco refere-se à probabilidade de poder vir a ocorrer algum evento indesejável. Os factores de risco constituem-se como elementos com uma grande probabilidade de desencadear ou associarem-se ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado (Benincasa & Rezende, 2006). Estes podem ser proximais ou distais, sendo que os proximais se ligam ao acto suicida e servem como desencadeadores, contudo estes não são necessários nem suficientes para o suicídio. Os factores distais constituem-se como a base sobre a qual se estrutura o comportamento suicidário e vão, por sua vez, aumentar a vulnerabilidade dos factores de risco proximais (Meleiro, 2010). Por outro lado, os factores de protecção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou extinguem o impacto do risco (Benincasa & Rezende, 2006).

O comportamento suicidário contém diversas causas subjacentes que sendo complexas, interagem entre si (Werlang & Botega, 2004). Estes comportamentos surgem quando uma pessoa é confrontada com situações geradoras de grande *stress* e ansiedade e não se sente capaz de lidar com elas, procedendo à sua resolução. Estes sentimentos podem se intensificar de tal forma que passam a caracterizar a ideação suicidária. Contudo, o risco de suicídio pode diminuir ou até mesmo desaparecer progressivamente, em função das estratégias que a pessoa utilize para enfrentar os problemas que a fazem sofrer e/ou através da ajuda psicológica ou tratamento psiquiátrico (Wasserman, 2001). Desta forma, a identificação e a compreensão do papel desses factores é essencial para a prevenção do suicídio (Werlang & Botega, 2004).

Wasserman (2001) salienta que a pessoa pode ter uma tendência constitucional para apresentar comportamento suicidário e/ou pode adquirir essa tendência em função de situações ansiógenas e stressantes a que a pessoa possa estar sujeita. Relativamente ao *stress*, este pode surgir através de situações que envolvam: problemas relacionais; violência e trauma psíquico; pobreza; doença física e/ou mental; *stress* social; abuso de álcool e substâncias ilícitas; separação e; perdas. Neste sentido, esta autora aponta como factores precipitantes, a exacerbação de quadros psicopatológicos; assédio; acontecimentos de vida hostis; intimidação; entre outros.

Não são conhecidos, com toda a certeza, quais os factores ou circunstâncias que podem levar a que um jovem cometa o suicídio (Gonçalves et al., 2011; Werlang et al., 2005). Todavia, são vários os factores referidos na literatura que têm uma associação positiva em relação a este tipo de comportamentos. Entre os mais referenciados na literatura, de

salientar a presença de psicopatologia; ideação suicidária; história de tentativas de suicídio; desesperança e falta de projectos de vida; presença de quadros ansiosos; acontecimentos de vida negativos; *stress* e; disponibilidade do método suicida. De seguida, serão expostos, de uma forma breve, cada um destes factores (Gonçalves et al., 2011).

Segundo dados da OMS (2002) as doenças mentais estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando quadros depressivos; perturbações psicóticas; crises de pânico; perturbações do comportamento alimentar; perturbações de personalidade como humor instável, comportamento anti-social, impulsividade, irritabilidade, fraca tolerância à frustração, dificuldades na resolução de problemas, ansiedade extrema, desesperança, isolamento, ambivalência e, sentimentos de inferioridade. Além da existência de psicopatologia, são considerados ainda como factores de risco os comportamentos aditivos e história de comportamentos suicidários.

No que se refere à ideação suicidária, esta é considerada, segundo Prieto e Tavares (2005) um dos principais preditores de risco de suicídio, sendo utilizada em várias pesquisas para estimar a presença de um processo suicida. Na APA (2004) está presente que a pessoa pode ocultar os pensamentos suicidários por diversas razões como as motivações religiosas, culturais, entre outras.

Em relação à história de tentativas de suicídio, estas também fazem aumentar o risco, sendo que este será mais elevado quanto mais séria e recente for a tentativa. É no primeiro ano após a tentativa que é mais intenso a vontade de consumir o suicídio, principalmente nos três primeiros meses (APA, 2004).

No que concerne à desesperança e falta de projectos de vida, segunda a APA (2004), estes constituem-se como sendo indicadores de risco e demonstram uma elevada associação com comportamentos suicidários. Heisel e Flett (2004) referem que a desesperança se traduz por uma distorção cognitiva que é caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal acerca de acontecimentos futuros. Além disso, refere-se, igualmente ao sofrimento da pessoa, ao sentir que vai falhar ou à ideia de que futuramente só irá encontrar consequências negativas demonstrando assim, uma percepção de si mesma de fracasso e incapacidade na resolução de problemas.

Bertolote, Fleischmann, De Leo e Wasserman (2004) demonstram, através de estudos, que a severidade de sintomas ansiosos como sentimentos de medo, preocupações excessivas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração, fazem aumentar o risco de suicídio.

A vivência de acontecimentos de vida negativos na infância é, igualmente, um factor de risco, sendo esta associada a diversos problemas psicológicos na idade adulta tais como a ideação e conduta suicidária (Dieserud, Forsen, Braverman & Roysamb, 2002). Os acontecimentos de vida negativos podem, segundo Wasserman (2001) impedir a satisfação de necessidades emocionais fundamentais e levar ao suicídio. O mais importante não é apenas a ocorrência desses sintomas, mas também como a pessoa percebe a intensidade do seu impacto. Quando estes acontecimentos de vida ocorrem frequentemente e o seu impacto é

muito negativo, as cognições tendem a deteriorar-se e a pessoa reage com ansiedade, rigidez e pânico, em vez de encontrar estratégias de *coping* eficazes.

Relativamente à ausência de suporte familiar e social, estudos demonstram que pessoas que vivem com um companheiro e possuem uma rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, revelam menor probabilidade de apresentar comportamento suicidário, contrariamente às que não possuem esses vínculos. Além disso, há indícios de que o isolamento social, físico e psicológico, constitui-se como indicador de risco, independentemente de outras circunstâncias (Wasserman, 2001).

Quanto aos padrões de vinculação inseguros estes surgem, normalmente, aquando de infâncias marcadas por cuidados parentais deficitários, necessidades mais profundas de carinho, amor, proximidade e compreensão foram negligenciados. Fazem igualmente parte, traumas precoces vividos neste período de vida, que podem alterar o funcionamento do sistema nervoso central e, por sua vez, contribuir para o comportamento suicidário (Wasserman, 2001).

Quanto ao *stress*, Wasserman (2001) refere que pessoas que experienciem altos níveis de *stress*, são sobrecarregadas por ansiedade, raiva, desesperança, associados a reacções psíquicas intensas. Quantas mais situações de *stress* ocorrerem e quanto maior for a sua intensidade, mais susceptível vai ficar a pessoa, prejudicando, por sua vez, a capacidade da mesma em lidar com situações adversas da vida. Desta forma, a pressão que ocorre deste tipo de situações é tão forte que pode levar à ideação suicidária severa e culminar no suicídio.

Por último, a disponibilidade do método suicida é um factor que pode levar ao suicídio. Este facto é explicado devido a existirem evidências que a decisão de cometer tal acto é, em muitos casos, tomada pouco tempo antes de o acto em si, particularmente em jovens, denotando, desta forma, uma elevada impulsividade. Neste sentido, a restrição do acesso a métodos letais entre esta população, surge como um efeito protector (Prieto & Tavares, 2005).

Para além destes factores, outros são mencionados pela OMS (2002) nomeadamente a existência de história de suicídio na família; negligência e maus tratos na infância; expectativas demasiado elevadas ou, por outro lado, demasiado baixas dos pais relativamente aos filhos; excesso de autoridade; rigidez familiar; divórcio ou separação; dificuldades escolares; conflitos interpessoais e problemas relacionais; separação de amigos/colegas/companheiro; falecimento de pessoas significativas, sendo estes factores de risco apoiados por Werlang e colaboradores (2005).

Existem factores de risco que não podem ser mudados, como é o exemplo de uma tentativa de suicídio prévia contudo, podem alertar quando sucedem períodos de recorrência de uma perturbação mental, de abuso de substâncias psicoactivas ou após um acontecimento gerador de grande *stress* (Meleiro, 2010). Além destes, também outros factores não podem ser alterados como é o caso de pertencer ao sexo masculino, encontrar-se na faixa etária entre os 15 e os 35 anos ou acima de 75, possuir bens económicos extremos (ou muito ricos ou muito pobres), residir em meio urbano, ser desempregado, aposentado, ser ateu, encontrar-

se solteiro ou separado e ser migrante. Também estes factores são considerados de risco para comportamentos suicidários (WHO, 2003).

Assim como os factores de risco podem levar ao suicídio, existem os factores de protecção que funcionam como elementos que, de certa forma, impedem o jovem de considerar como única alternativa, o comportamento suicidário (Werlang et al., 2005), estando estes presentes tanto na mente do sujeito, como no seu ambiente circundante (Prieto, 2007). De salientar as boas relações familiares, destacando o apoio e a confiança em alguém; suporte social que inclui competências sociais, senso de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens; valores culturais; estilos de vida saudáveis, nomeadamente tendo uma dieta saudável, boa qualidade de sono e prática de actividade física; religião e; boas relações interpessoais e grupais no que toca à existência de amigos e colegas, tendo, por parte destes, apoio (Gonçalves et al., 2011; OMS, 2002; Toolkit, 2001). Estes factores diminuem o risco suicida servindo como uma espécie de “escudo” contra os impulsos suicidários (Sánchez, 2001). Também uma percepção mais optimista da vida, contribui, de forma positiva, para o desejo de se continuar a viver o que, por sua vez, faz com que a pessoa se oponha a sentimentos como a desesperança, protegendo-a assim do suicídio (Botega et al., 2006).

Wasserman (2001) propõe a existência de quatro esferas de indicadores de protecção, sendo eles os estilos cognitivos e características de personalidade; modelo familiar; factores culturais e sociais e; factores ambientais. Relativamente aos estilos cognitivos e características de personalidade, estes incluem a autoconfiança, a capacidade para o indivíduo procurar ajuda quando confrontado com dificuldades, abertura para experiências e soluções de outras pessoas, abertura para aprender e capacidade de comunicação. Quanto ao modelo familiar, este envolve a existência de um bom suporte familiar e padrões de vinculação seguros. No que concerne aos factores culturais e sociais, estes implicam a adopção de valores e tradições culturais específicos, bom relacionamento entre amigos, colegas e vizinhos, interacção social. Por último, os factores ambientais estão relacionados com a adopção de uma alimentação equilibrada, bons padrões de sono, luz solar e ambiente sem drogas, bem como o uso construtivo do tempo de lazer.

A presença de estratégias de *coping* eficazes para a gestão de situações de *stress*; flexibilidade cognitiva; capacidade de encontrar soluções adequadas e alternativas, habilidade para lidar com os problemas, existência de um projecto de vida com objectivos realistas, são factores que também apresentam uma correlação negativa com o risco do suicídio (Heisel & Flett, 2004).

### 1.3. Avaliação e Intervenção em Crise

Os comportamentos suicidários envolvem variáveis biológicas, psicológicas e sociais e são diversas as suas intenções e significados, constituindo-se assim como comportamentos

multideterminados e pluridimensionais. Desta forma, necessitam do conhecimento de outras disciplinas científicas para uma compreensão mais completa (Santos & Neves, 2006). Assim sendo, a avaliação exige um conjunto de informações que, juntamente com a intuição profissional, permitem ao terapeuta tomar algumas decisões (Botega & Werlang, 2004).

O estigma e preconceito ligados ao tema suicídio, são ainda muito grandes. Existe muita dificuldade em se questionar os pacientes relativamente à ideação suicidária (Meleiro, 2010), nomeadamente o preconceito de que abordar questões acerca de ideias de suicídio, vai induzir o paciente a cometê-lo (Botega & Werlang, 2004) o que, posteriormente, dificulta a avaliação adequada (Meleiro, 2010). No entanto, este preconceito não faz qualquer sentido, uma vez que, o terapeuta ao abordar estas questões, está a demonstrar a sua preocupação e desejo de o ajudar (Botega & Werlang, 2004). Essa postura é essencial visto que, muitas vezes, a desesperança é um problema central das pessoas que têm pensamentos suicidários (Botega & Werlang, 2004; Botega et al., 2006). Além disso, se essa abordagem for feita com respeito e cuidado perante os sentimentos do paciente, constitui-se, por si só, como um efeito terapêutico (Botega & Werlang, 2004).

Sabemos que não existem testes preditores ou critérios clínicos que revelem que uma pessoa irá ou não cometer um acto suicida (Meleiro, Teng & Wang, 2004). Contudo, Sims (2001; cit. por Meleiro et al., 2004) identifica quatro fases relativas à vontade de cometer um acto suicida. Primeiro é a fase da intenção em que o paciente demonstra interesse em alguns pensamentos suicidários, sendo que há uma influência decisiva dos impulsos, desejos e factores inconscientes, contudo nem sempre é perceptível para a própria pessoa. De seguida, vem a fase de deliberação em que há uma ponderação consciente baseada em razões intelectuais e influências afectivas. Nesta fase a pessoa procede a uma apreciação dos pontos positivos e negativos, tendo em conta os vários aspectos. Posteriormente vem a fase de decisão em que a pessoa determina o começo da acção. Por último é a fase de execução, fase em que o conjunto de actos psicomotores simples e complexos são postos em acção.

Em algumas circunstâncias, a intencionalidade suicida é mais evidente, nomeadamente quando a pessoa comunica a outrem que se vai matar ou que o quer fazer; quando transmite uma mensagem ou uma carta de adeus; quando existe um planeamento detalhado e vontade de que nada seja descoberto; ausência de pessoas que possam auxiliar; a não procura de ajuda após uma tentativa de suicídio; o uso de métodos violentos ou drogas perigosas; crenças de que o acto será fatal; providencias finais antes do acto e; a pessoa, depois do acto, afirmar que queria realmente morrer e demonstrar o arrependimento de ter sobrevivido (Kutcher & Chehil, 2007; cit. por Meleiro, 2010). Por outro lado, existem determinados factores que são indicativos da possibilidade de se repetir uma tentativa de suicídio como é o caso de haver história prévia de hospitalização por auto-agressão, tratamento e/ou internamento psiquiátrico anterior, existência de perturbação de personalidade, consumo de álcool ou outras drogas, viver sozinho (Osváth, Keleman, Erdos, Voros & Fekete, 2003).

Para se avaliar o risco iminente de suicídio não existe um modelo que possa ser satisfatoriamente abrangente. Deste modo, o melhor é a descrição subjectiva do paciente e a observação que se possa fazer dele (Meleiro, 2010). Segundo a OMS (2000), a avaliação do risco iminente de suicídio deve ter em consideração determinadas perguntas sobre a sua presença tais como se tem obtido prazer nas coisas que tem realizado; se a pessoa se sente útil na sua vida ou se sente que esta perdeu sentido; se tem esperança que as coisas possam melhorar; se já pensou que seria melhor morrer; se esses pensamentos são passageiros ou persistentes; se já pensou na forma como poderia colocar termo à vida e se já tentou; se tem resistido a esses pensamentos e se tem esperança em ser ajudado. Com a ajuda destas perguntas, é possível avaliar em primeiro lugar se a pessoa apresenta um plano definido para cometer o acto suicida, em segundo lugar, averiguar se possui os meios para tal e em terceiro lugar, descobrir se a pessoa já tem em mente alguma data para cometer o suicídio.

O comportamento suicidário corresponde a uma crise accidental, sendo esta imprevisível e dolorosa o que por sua vez, perturba o equilíbrio familiar e leva à modificação de relações. A resposta familiar será um importante factor de manutenção, quer no seu agravamento ou na sua resolução. O que leva a que surjam estas crises, é o facto dos mecanismos de *coping* do indivíduo falharem, mantendo assim o problema (Santos & Neves, 2006). Qualquer que seja o problema, os sentimentos de uma pessoa suicida são, normalmente, a tríade de desesperança, desamparo e desespero, sendo que os três estados mais comuns são a ambivalência (existe uma batalha interior entre o desejo de viver e o desejo de morrer); a impulsividade (o suicídio é um acto impulsivo e o impulso é por sua natureza muito transitório) e; a rigidez (as pessoas com tendências suicidárias têm um pensamento, afecto e acções restritas) (OMS, 2000; Valladolid, 2011).

A intervenção em crise deve ser constituída por acções num momento imediato podendo, desta forma, dar contenção aos vários aspectos de auto-extermínio tais como intervenções médicas, psicológicas e sociais (O.Silva & Costa, 2010). Numa situação de risco de suicídio, a intervenção terapêutica é desenvolvida, muitas vezes, sob grande pressão temporal (Santos & Neves, 2006). Contudo, o risco associa-se à oportunidade, uma vez que se refere por um lado, ao perigo e por outro, ao “momento decisivo”, levando a que o tempo e o processo sejam a base de uma intervenção em crise (Tschacher & Jacobshagen, 2002). Neste sentido, a OMS (2000) salienta que o problema não reside em reconhecer um jovem em sofrimento a precisar de ajuda, mas sim a forma como se deve reagir perante esta situação.

Andreoli (1986) definiu a intervenção em crise em duas etapas, uma interacção inicial e a intervenção na crise propriamente dita. A interacção inicial consiste numa resposta inicial à urgência requerida, sendo que é neste momento em que se recolhe toda a informação necessária e possível não só com o paciente, mas também com os familiares e amigos. Além disso, é, igualmente, nesta fase que se procede ao tratamento psicofarmacológico, com vista à redução dos níveis de ansiedade, insónia ou problemas comportamentais graves. A segunda fase é a intervenção na crise que implica uma intervenção intensa com a pessoa em questão, sendo que esta inclui a intervenção terapêutica e psicofarmacológica, caso necessário. Desta

forma, Santos e Neves (2006) consideram que, devido à crise suicidária ser uma crise transitória, ambivalente e relacional, este tipo de intervenção consiste em transformar uma situação de urgência suicida em sobrevivência, tornando-a uma situação manejável, que pode ou não necessitar de uma intervenção posterior a longo prazo.

Focando-nos agora no papel do profissional, que faz parte da equipa de saúde mental, na ajuda ao indivíduo sob o risco de suicídio, este deve demonstrar interesse perante a pessoa que está perturbada emocionalmente com pensamentos suicidários (Valladolid, 2011). Considera-se extremamente importante o contacto inicial, sendo que este ocorre frequentemente numa clínica, casa ou espaço público em que se torna difícil ter uma conversa particular. Em primeiro lugar é então necessário, encontrar um lugar adequado, onde seja possível se conversar de uma forma tranquila e onde se possa respeitar a privacidade razoável. De seguida é importante reservar tempo necessário, mostrando-se disponível também ao nível emocional. Por fim, a tarefa considerada mais importante é a capacidade da escuta activa, ouvir efectivamente a pessoa, sendo este o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida. Neste sentido, o grande objectivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança de que as coisas possam melhorar, prevenindo assim um acto suicida. Para isso, a abordagem que mais facilita a comunicação, é a calma, aberta, de aceitação e de não julgamento (OMS, 2006). Além destas indicações, de salientar a grande importância do estabelecimento de um “contrato de não-suicídio”, sendo que este pode ser verbal ou por escrito. Nesta espécie de contrato, a pessoa compromete-se a não cometer nenhum acto suicida e a comunicar ao terapeuta em caso de ideação suicidária. É, igualmente, fundamental, envolver a família na informação e no tratamento (OMS, 2000; Santos & Neves, 2006; Valladolid, 2011). A avaliação do risco de uma nova tentativa de suicídio é fundamental. Esta deve ser feita, tendo em conta os itens discutidos relacionados com os factores de risco. Contudo, esta tarefa torna-se difícil por diversos factores, tais como a severidade do que está em questão que é a vida ou a morte de uma pessoa (Costa, 2010).

Neste sentido, e como já referido anteriormente, para uma avaliação correcta e possível intervenção, é necessário conhecermos quais os factores de risco e de protecção presentes em cada sujeito. Deste modo, um dos principais factores de risco conhecidos e muito relatados na literatura é a presença de alguma perturbação mental. Assim, é de extrema importância ser dedicado um capítulo à saúde mental, já que são problemas que afectam toda a sociedade.

# Capítulo 2 - Saúde Mental

## Introdução

Durante muito tempo, a saúde mental constituiu um campo de exclusão (Amarante, 2007; OMS, 2004). Deste modo, a OMS (Organização Mundial de Saúde) salientou que a saúde mental é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, devendo ser universalmente encarada sob uma nova luz (OMS, 2001). Estes problemas afectam a sociedade na sua totalidade, sendo considerados um desafio importante para o desenvolvimento geral (OMS, 2004). Além disso, a saúde mental é um direito humano. Esta permite que os seres humanos usufruam de bem-estar, qualidade de vida e saúde, promovendo ainda a formação, o trabalho e a participação na sociedade (WHO, 2008).

Actualmente os problemas de saúde mental reflectem a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades. A depressão é a doença mental mais frequente, constituindo-se como uma importante causa de incapacidade (Ministério da Saúde, 2008; Queiróz, Extremera, Fernández-Berrocal & Queiróz, 2010).

A saúde mental refere-se à possibilidade de os indivíduos se tornarem mais completos, permitindo-lhes alcançar os seus próprios objectivos. Deste modo, este tema interessa a todos, mesmo àqueles que não têm qualquer perturbação mental (OMS, 2004).

Assim, neste segundo capítulo, será explicado, de uma forma mais aprofundada, o conceito de saúde mental. De seguida, e uma vez que os jovens universitários se constituem como uma variável agregadora da população em estudo, será dedicado um subponto a este tema específico que é o ingresso do jovem adulto ao ensino superior. Isto porque este ingresso acarreta uma série de mudanças, constituindo-se como uma fase fulcral do ciclo de vida do jovem. Por conseguinte, esta mudança e nova adaptação podem levar o jovem a experienciar altos níveis de sofrimento psíquico o que, por sua vez, o possam conduzir, entre muitos outros riscos, ao risco de suicídio. Desta forma, o presente capítulo terminará com uma apresentação do que é encontrado na literatura acerca da saúde mental no jovem universitário.

### 2.1. Mas afinal o que é a saúde mental?

Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que possibilita a realização intelectual e emocional dos indivíduos, bem como a possibilidade da integração na escola, no trabalho e na própria sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades. A condição mental de cada um, é determinada por uma multiplicidade de factores, nomeadamente biológicos, individuais, familiares, sociais, económicos e ambientais (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A OMS (2001) afirma que não existe uma definição completa e oficial de saúde mental, isto porque há diversos factores que afectam a forma como esta é vista, tais como diferenças culturais, julgamentos subjectivos e visões provenientes de teorias concorrentes.

Sá (2010) considera que o termo saúde mental serve para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou ausência de doença mental. Visto por uma perspectiva holística, a saúde mental inclui a capacidade do indivíduo para apreciar a vida e, paralelamente a isso, procurar um equilíbrio entre as actividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.

A saúde mental não é algo estático e definitivo mas sim um estado dinâmico e de mudança. Esta não é permanente devendo ser actualizada continuamente, cada vez que as circunstâncias internas e/ou externas das pessoas mudam. É um processo constante de adaptação e equilíbrio que cria um movimento progressivo de crescimento pessoal (Ugalde & Llach, 1991). Segundo Keyes (2005), a saúde mental é concebida como um estado completo no qual os indivíduos não têm psicopatologia e têm altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social. A saúde foi alegada para ser um estado completo, composto não simplesmente pela ausência de doença mas pela presença de algo positivo.

O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo como um ser biopsicossocial, o contexto social em que se insere, bem como a fase de desenvolvimento na qual se encontra. Deste modo, considera-se que a saúde mental se define como um equilíbrio dinâmico resultante da interacção do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (Fonseca, 1985). Deste modo, a saúde mental não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, tal como referido acima, é também um estado de completo bem-estar físico, mental e social, englobando o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, a dependência intergeracional. Neste sentido, e seguindo uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. Contudo, de um modo geral, concorda-se que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais (OMS, 2001).

Segundo a OMS (2002), a saúde mental é o estado que permite ao indivíduo o aproveitamento total das suas capacidades cognitivas, afectivas e relacionais; o enfrentamento de dificuldades de vida; a contribuição para acções em sociedade; bem como a produção no trabalho. Seguindo esta definição, torna-se explícito, segundo Souza e Baptista (2008) o seu carácter transdisciplinar, uma vez que esta é influenciada por várias dimensões, inclusive a dimensão social.

Em suma, a saúde mental resulta de um bom funcionamento psíquico interno do indivíduo, assim como da sua capacidade de estabelecer relações adequadas com as pessoas, ou seja, com a sociedade e própria família (Ackerman, 1986; Ramos, 2002).

## 2.2. Ingresso do jovem adulto ao ensino superior

Em qualquer fase do ciclo de vida do indivíduo, a sua adaptação e o seu desenvolvimento concretizam-se através um processo de interpretação e construção pessoal dependente da acção recíproca entre indivíduo e meio (Silva, 2003).

Neste sentido, é durante o período de desenvolvimento no final da adolescência e início da idade adulta que têm lugar as tarefas psicológicas normativas desenvolvimentais da juventude. Como é sabido, a adolescência inicia-se com todas as transformações fisiológicas da puberdade, contudo, o seu final não tem limites estabelecidos, sendo estes determinados por factores de ordem cultural e social que se encontram na base da integração do jovem no mundo do adulto. Aquando da chegada à idade adulta, é necessário que as tarefas psicossociais da adolescência e da juventude estejam resolvidas (Braconnier & Marcelli, 2000; Sampaio, 1991). Deste modo, factores como a independência económica, ocupação profissional, bem como a constituição da própria família, são factores que condicionam o acesso à idade adulta. Nesta fase de transição da adolescência para a idade adulta, Erickson (1968) considera que este é um período de reorganização psíquica que poderá reactivar vulnerabilidades psicológicas. Por sua vez, a entrada na universidade, segundo Dias e Fontaine (2001), permite diversas oportunidades de experimentação a nível interpessoal, social e intelectual, facilitando, por sua vez, estes processos. Gonçalves e colaboradores (2011) e Blanco, Okudam, Wright e Hasin (2008) referem que este período é marcado por um processo de autonomia do jovem adulto. Isto porque a passagem do ensino secundário para o ensino superior exige, segundo Pinheiro e Ferreira (2002) e Salgueira e Almeida (2002), capacidades de adaptação específicas relativamente ao novo contexto académico.

A mudança é um factor recorrente na vida do ser humano, contudo se esta se associa com experiências perturbadoras, resulta em efeito adversos sobre a saúde física e psicológica. Um evento que pode ser avaliado como ameaçador é a transição e adaptação à universidade (Costa & Leal, 2008). Além disso, da entrada para o Ensino Superior até à sua conclusão, ocorrem diversas mudanças na vida dos jovens. Esta é uma fase repleta de novos desafios e incertezas, que podem estar na origem de desequilíbrios emocionais e no esgotamento dos estudantes (Costa, Lopes, Neves & Pereira, 2007-2008).

Aquando do ingresso ao ensino superior, o estudante depara-se com uma realidade completamente diferente da que estava habituado ao longo de toda a sua vida académica, no que se refere, por exemplo à relação pedagógica que é estabelecida entre professores e alunos, bem como à forma de avaliação (Pinheiro & Ferreira, 2002; Salgueira & Almeida, 2002). Além disso, este ingresso representa para vários alunos, a primeira saída de casa, o afastamento dos pais, familiares e amigos, confrontando-se com uma variedade de vivências completamente diferentes, como é o exemplo das praxes, algumas das quais violentas e pouco promotoras de integração. O jovem depara-se, igualmente, com o peso da responsabilidade ao ter que gerir, de forma autónoma, recursos económicos, o frequentar as aulas, controlar o tempo de estudo, bem como o tempo passado com os amigos (Almeida,

2006; Ferraz & Pereira, 2002; Gonçalves et al., 2011; Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2007). Esta mudança é vista, actualmente, como sendo a mais importante de todo o ciclo de vivências académicas, não só para o estudante, como também para as pessoas que fazem parte do seu universo relacional (Batista & Almeida, 2002; Nico, 1996; Santo, 1996).

Segundo Vaz Serra (1990; cit. por Azevedo & Faria, 2006), a transição escolar pode ser avaliada, por alguns sujeitos, como indutora de *stress*, porque é vista como ameaçadora, ou seja, é antecipada pelo jovem como desagradável, podendo ainda ser descrita como desafiante, uma vez que exige, por parte dos estudantes, a adopção de estratégias de trabalho e organização pessoal diferentes daquelas que os jovens do secundário exercitam no seu dia-a-dia de estudante. Ferraz e Pereira (2002) acrescentam ainda que a transição para o ensino superior coloca em destaque os problemas dos alunos, contribuindo para o desenvolvimento de níveis mais elevados de ansiedade e *stress*.

Silveira, Norton, Brandão & Roma-Torres (2011) salientam diversos factores de *stress* com os quais se depara o jovem universitário tais como: deixar a casa dos pais e viver num ambiente novo; partilhar casa com novas pessoas; dar resposta às próprias expectativas e às dos pais; manter relacionamentos à distância com pessoas significativas; problemas financeiros; competição entre pares; problemas relacionais e necessidades de integração no grupo de pares; dificuldades na gestão do tempo; preconceito étnico ou sub-cultural; maior consciencialização da própria identidade e orientação sexual; privação do sono; gerir trabalho/estudo/responsabilidades domésticas e familiares; preocupação em terminar o curso e arranjar emprego. Segundo Almeida (2006), quando estes jovens esgotam os seus recursos pessoais, procuram, frequentemente, ajuda exterior, recorrendo aos colegas, docentes, pais, tutores, mentores ou ainda a técnicos especializados. Contudo, o silêncio sobre as dificuldades, a vergonha e o medo que lhe estão muitas vezes subjacentes, são ultrapassados quando o sofrimento já é intolerável.

É certo que só se pode compreender a forma como a experiência do Ensino Superior é vivida e o impacto que tem, se tivermos em conta as características da instituição e da cultura que a caracteriza. E se não se pode compreender os percursos realizados sem ter em conta os contextos em que ocorrem, não nos podemos esquecer que a influência destes parece ser sempre mediatizada pelo envolvimento do aluno no espaço do ensino superior e, ainda, pela rede de apoios afectivos que o jovem possui, no qual os colegas, mas também os pais assumem uma importância fundamental. Por outro lado, também não se pode esquecer a individualidade de cada sujeito e do seu percurso de vida, que tornam única a forma como cada um vive a experiência do ensino superior e as repercussões que esta tem no seu desenvolvimento. E quando nos questionamos sobre a forma única como cada sujeito vive o seu percurso de desenvolvimento, não podemos deixar de nos interrogar sobre os recursos que tem e que lhe permitem ou não enfrentar os desafios que a experiência universitária coloca (Ferreira, Machado, Chaleta, Grácio & Correia, 2009).

Desta forma, a experiência do Ensino Superior torna-se um espaço fundamental de transição entre a família e o poder ficar só, entre a adolescência e o tornar-se adulto,

reacendendo anteriores conflitos e vulnerabilidades, mas abrindo, também, a possibilidade da sua transformação. Daí que possa ser olhada como um espaço de transição desenvolvimento, na medida em que exige mudanças na percepção de si e do mundo, nas relações interpessoais, mas também, na construção de um estilo de vida e no desenvolvimento de uma identidade vocacional e profissional, exigindo processos de exploração e tomadas de decisão, que permitam o investimento no curso e preparem a transição para o mundo do trabalho (Machado & Carreiro, 2000; cit. por Ferreira et al., 2009).

### 2.3. Saúde mental no jovem universitário

A saúde mental dos estudantes universitários tem sido alvo de preocupação crescente nos últimos anos (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010), já que existe um aumento da prevalência e gravidade das perturbações mentais nesta população (Eisenberg, Gollust, Golberstein & Hefner, 2007; Neves & Dalgalarondo, 2007; Silveira et al., 2011), sendo esta superior, comparativamente com a população jovem que já se encontra a trabalhar (Zivin, Eisenberg, Gollust & Golberstein, 2009). É neste período que os estudantes se encontram mais vulneráveis, uma vez que estão expostos a diversos factores de *stress* e encontram-se na faixa etária em que surgem, pela primeira vez, muitas das perturbações mentais mais graves (Kessler et al., 2005; Mikolajczyk et al., 2008; Mowbrady et al., 2006; Silveira et al., 2011; Zivin et al., 2009).

Como os estudantes universitários pertencem a uma faixa etária vulnerável, estes aquando do ingresso ao ensino superior, podem já ter um problema de saúde mental (Kitzrow, 2003). Estes problemas podem tornar-se evidentes em várias etapas como a transição da graduação para a pós-graduação ou ao longo do curso (Marshall, Allison, Kykamp & Lanke, 2008).

Ao ingressar na universidade, o estudante passa por uma série de problemas acidentais, uma vez que sai do seu ambiente familiar habitual e depara-se com um mundo desconhecido o que o pode levar a viver vários conflitos. Por sua vez, esta mudança vai gerar um desequilíbrio emocional proveniente da não adaptação às novas vivências ou ao novo ambiente o que, por sua vez, provoca no estudante *stress*, problemas orgânicos, dificuldades de relacionamentos, baixa produtividade académica, angústias, estados de depressão, ou seja, pode desencadear situações de crise e, em último caso, levar mesmo o suicídio (Cerchiari, 2004; Figueiredo & Oliveira, 1995; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Silveira et al., 2011; Werlang et al., 2005). Blanco e colaboradores (2008) consideram como problemas mais significativos, os relacionados com a ansiedade, depressão, dependência de substâncias e perturbações da personalidade, sendo estas perturbações mais frequentes nos estudantes.

Para além dos próprios desafios da instituição de ensino (Tosevski et al., 2010), os jovens enfrentam outras questões desenvolvimentais, como a criação da própria autonomia, a separação da família de origem, o desenvolvimento de relacionamentos pessoais mais íntimos, bem como a criação de novas famílias (Mowbray et al., 2006). Estas situações novas

podem precipitar o início ou a recorrência da patologia mental pré-existente (Blanco et al., 2008).

No contexto universitário, os estudos apontam como *stressores* mais frequentes aqueles que revelam discrepâncias entre as expectativas que o aluno tem e a realidade da própria universidade (Almeida et al., 2003; Bardagi, 2007). São exemplos disso a decepção com certos conteúdos de determinadas disciplinas, desilusão com professores e falta de motivação em relacionar conteúdos com a prática profissional (Bardagi, 2007).

Vários estudos têm demonstrado que as perturbações mentais surgem, pela primeira vez, no início da idade adulta, principalmente no período universitário (Cerchiari, 2004; Mowbray et al., 2006). É neste período, o da juventude, que se estruturam a identidade e a coerência de comportamentos constituindo-se, assim, como uma etapa de desenvolvimento que exige mudanças nos níveis sociais, familiares, físicos e afectivos. Embora normais, essas mudanças fazem com que o jovem experimente níveis crescentes de ansiedade e angústia, o que leva a um aumento do risco de problemas emocionais, entre os quais sintomas depressivos e ideação suicidária, sendo estes os mais preocupantes (Kaplan et al., 1997). Este período de desenvolvimento, envolve uma maior susceptibilidade para a ocorrência de comportamentos suicidários (Pereira, 2011).

A depressão pode ser considerada, segundo Furegato, Silva, Campos e Cassiano (2006), uma das principais perturbações mentais da nossa época. Nos últimos 30 anos, os estudos localizados e transculturais, têm evidenciado um aumento de casos de depressão na população em geral, bem como os seus efeitos nefastos na vida das pessoas afectadas, assim como a existência de comorbilidade com doenças crónicas e situações stressantes. Jacobi e colaboradores (2004) consideram, igualmente, as perturbações mentais relacionadas com a depressão, as mais comuns, afectando entre 17 a 24% da população geral. Sabe-se, contudo, que não existe uma causa específica. Deste modo, para Baptista, Baptista e Dias (2001), será mais indicado falar-se em múltiplos factores que se interrelacionam, gerando como respostas alguns comportamentos que o indivíduo apresenta no seu meio. A depressão pode ser influenciada, na sua etiologia e manutenção, por factores biológicos/genéticos, psicológicos e sociais.

Para além da depressão, ser uma das principais perturbações mentais presentes na população em geral é, segundo Dias e Fontaine (2001), muito frequente na população universitária, associando-se, muitas vezes, a questões desenvolvimentais do início da idade adulta e a um baixo rendimento académico. Isto porque existe, segundo este autor, uma estreita relação entre tarefas desenvolvimentais e o bem-estar psicológico do estudante do ensino superior. Giglio (1976) refere que cerca de 15 a 25% dos estudantes universitários apresenta algum tipo de perturbação mental ao longo do seu percurso académico principalmente depressão. Por sua vez, Cerchiari (2004) realizou um outro estudo com 558 estudantes de Mato Grosso, com o objectivo de verificar a existência de perturbações mentais nesse tipo de população. Os resultados do estudo revelaram a prevalência de 25% de

perturbações mentais menores. Os dados sugeriram que morar com os pais em tempo de aulas, favorece a saúde mental do estudante.

Numa investigação realizada pela Andifes (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior) revelou que 39% dos estudantes das instituições federais do ensino superior, passam por alguma dificuldade emocional. Desses 39% de alunos com crises psicológicas, pelo menos 5,5% consomem medicação psiquiátrica e 24% já procuraram ajuda psicológica. Além disso, de salientar que entre 10 a 20% dos estudantes das universidades federais, encontram-se, actualmente, em processo agudo de crise, requerendo apoio psicológico imediato (Vieira, 2008).

Dentro do espectro de intervenção na saúde mental, a promoção e a prevenção são possíveis e ambas constam como bases científicas (OMS, 2004).

Um dos objectivos mais recentes da saúde mental não se cinge apenas à cura das doenças ou à sua prevenção, pretende também movimentar esforços para a implementação de recursos que tenham como resultado melhores condições de saúde para a população (Heloani & Capitão, 2003).

Em suma, a distinção entre a promoção e prevenção da saúde mental reside nos seus resultados. A promoção da saúde mental visa promover a saúde mental positiva, aumentando o bem-estar psicológico, competência e capacidade de resistência, e pela criação de melhores condições de vida e ambientes de apoio. A prevenção da doença mental tem como meta a redução dos sintomas e das perturbações mentais (OMS, 2004).

Para uma melhor compreensão sobre a forma como determinadas variáveis afectam os comportamentos suicidários, nomeadamente aumentando ou não o risco de suicídio, o seguinte capítulo pretende apresentar a possível relação existente entre os comportamentos suicidários, saúde física e mental, estilos de vida presentes no jovem universitário, bem como alguns factores sociodemográficos.



# Capítulo 3 - Comportamentos suicidários, saúde e estilos de vida

## Introdução

A saúde física e mental, bem como certos estilos de vida que estão presentes na nossa sociedade, têm um impacto ao nível dos comportamentos suicidários. Apesar de nenhuma patologia ou acontecimento seja capaz de prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer esse acto do que outros (Vieira, Saraiva & Coutinho, 2007). Tanto a saúde mental como a saúde física são importantes para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento, já mostraram que, tal como muitas das doenças físicas, também as perturbações mentais e de comportamento resultam de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Como se sabe, saúde inclui o funcionamento mental, físico e social, sendo que estes estão intimamente associados e interdependentes. Há evidências de que doenças mentais e físicas podem ocorrer simultaneamente ou preceder uma à outra. (OMS, 2004).

O suicídio envolve questões socioculturais, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, contudo, em praticamente todos os casos, está presente uma perturbação mental (Botega, 2007). Assim, perturbações mentais como a depressão, a ansiedade e perturbações por uso de substâncias, podem complicar a existência de distúrbios físicos. Além disso, indivíduos com estas perturbações mentais, encontram-se em maior risco de condições psicossomáticas. Existem ainda um certo número de comportamentos como fumar, beber em excesso e algumas actividades sexuais, que podem estar ligados ao desenvolvimento de distúrbios físicos, conduzindo a problemas de saúde mental (WHO, 2002) e, por sua vez, a certos comportamentos suicidários.

Além de todos estes factores, existem ainda outros que podem levar a um aumento do risco de suicídio, conduzindo, por sua vez, a comportamentos suicidários no jovem universitário. Desta forma, este capítulo será dedicado à possível relação existente entre comportamentos suicidários e saúde mental, saúde física, alguns estilos de vida e determinados factores sociodemográficos.

### 3.1. Comportamentos suicidários e saúde mental

Não se pode deixar de valorizar a associação: perturbações mentais (entre eles, a depressão) e o suicídio uma vez que pesquisas afirmam que 90% dos casos do suicídio estão relacionados com perturbações mentais (Prieto, 2007).

Gonçalves e colaboradores (2011) referem que, ao longo do serviço docente, os professores são algumas vezes confrontados com um número preocupante de estudantes que durante o percurso académico, evidenciam situações de grande *stress*, sintomatologia ansiosa, quadros depressivos com marcada ideação suicidária. Da entrada no ensino superior até à conclusão do curso, ocorrem diversas mudanças na vida dos jovens, sendo este um período conturbado, marcado por desafios e incertezas que podem estar na origem de vários problemas de saúde mental, entre os quais os comportamentos suicidários.

A presença de uma perturbação mental é um dos mais importantes factores de risco para o suicídio. Considera-se que mais de 90% das pessoas que se suicidam têm uma perturbação mental que propicia o mesmo (Botega et al., 2009; Baxter & Appleby, 1999; Bertolote & Fleischmann, 2004; Fonseca, Abelha, Lovisi & Legay, 2010; Lawrance, Holmes, Jablensky & Fulter, 1999; Qin, Agerbo & Mortensen, 2003; Vieira & Coutinho, s.d).

Um estudo de meta-análise, realizado por Bertolote e colaboradores (2004), revelou que mais de 90% das pessoas com comportamentos suicidários apresentam perturbações de humor (30,2%), perturbações relacionadas com consumo de substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e perturbações da personalidade (13%). Para Isometsä e colaboradores (1996), os jovens que cometem o suicídio, têm demonstrado uma alta prevalência de perturbações de personalidade (20-50%). Ores (2008), considera que ideação, gestos e tentativas de suicídio, estão frequentemente associados com perturbações de humor, nomeadamente com a depressão, sendo estes fenómenos mais frequentes na população jovem.

Segundo a APA (2003), jovens com perturbações de humor que tentam o suicídio, apresentam frequentemente ataques de pânico, elevados níveis de ansiedade, concentração diminuída, insónia quase total, acentuada perda de prazer e interesse pela maioria das actividades e marcada desesperança. Existe um maior risco de suicídio nas perturbações de ansiedade (Lepine, 2002; Pelissolo et al., 2002). Entre estas perturbações, é a perturbação de pânico que mais se associa ao suicídio (OMS, 2006; Weissman, Klerman, Markowitz & Ouellette, 1989), seguindo-se a Perturbação obsessivo-compulsiva (OMS, 2006).

Quanto aos estudos realizados que associam as perturbações de humor com os comportamentos suicidários, podem ser destacados os que associam este último com perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, fobia social, perturbação pós stress traumático e perturbação de pânico.

Relativamente à ansiedade generalizada, Strauss e colaboradores (2000) verificaram, na sua investigação com uma amostra de 1979 jovens, que o diagnóstico de ansiedade generalizada era mais prevalente no grupo de jovens que tentaram o suicídio do que entre o grupo que não tinha estes comportamentos.

No que se refere à perturbação obsessivo-compulsiva, alguns autores descrevem uma associação entre esta perturbação e comportamentos impulsivos, os quais incluem comportamentos suicidários, contudo não há estudos que revelem um maior risco de comportamentos suicidários nestes pacientes (Hantouche, Bouhassira, Lancrenon, Ravily & Bourgeois, 1995; Hollander et al., 1996).

Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz e Weissman (1992) referem que nos pacientes com fobia social, o risco de suicídio aumenta quando existe comorbilidade com outras perturbações de ansiedade e depressão major.

Outro estudo realizado com 3021 jovens (14-24 anos) obteve como resultados que 92% dos que cometiam comportamentos suicidários tinham, pelo menos, um diagnóstico psiquiátrico e que o maior risco de suicídio surgia entre os indivíduos com Perturbação Pós Stress Traumático (Wunderlich, Bronisch & Wittchen, 1998).

No que concerne às perturbações de pânico, os estudos que analisaram a sua relação com os comportamentos suicidários, mostraram-se controversos (Tur, 2006). Weissman et al. (1989) revelaram a existência de uma forte relação entre a Perturbação de Pânico e os comportamentos suicidários, não estando associada à comorbilidade com outras patologias, como a depressão ou abuso/dependência de substâncias. Por outro lado, Horning e McNally (1995), com os mesmos dados do estudo anterior, contudo maior rigor estatístico, concluíram que a perturbação de pânico não estava associada a um maior risco de comportamentos suicidários, embora referindo que o risco aumentava intensamente em situações de comorbilidade com outras perturbações.

Além das perturbações de humor, também as perturbações somatoformes e as perturbações de comportamento alimentar como a anorexia e a bulimia, se associam a comportamentos suicidários (OMS, 2006). Heisel e Flett (2004), para além de destacarem os quadros psicopatológicos relacionados com os comportamentos suicidários nos jovens, apontam também os indicadores próprios desses quadros como o desespero, pensamentos negativos, baixa auto-estima, insónia, concentração diminuída, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimentos de culpa, perfeccionismo, poucas razões para viver. Estes são frequentemente encontrados na população jovem com comportamentos suicidários.

Como já referido anteriormente, o suicídio aparece, geralmente, associado a doenças mentais, sendo a mais comum a depressão que é responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com perturbações de humor, principalmente depressão, é de 6 a 15% e com esquizofrenia de 4 a 10% (OMS, 2006). Como factores predisponentes, são igualmente citados, o alcoolismo (18%), a esquizofrenia (14%) e perturbações de personalidade anti-social (13%) (OMS, 2000; Mello, 2000). De salientar que o risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo, sendo ainda maior em pessoas com comorbilidade com outras perturbações mentais ou doenças clínicas (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006).

A depressão tem sido frequentemente considerada um factor de risco para o suicídio (Agerbo, Nordentoft & Mortensen, 2002; Garlow, 2002; Gollust, Eisenberg & Golberstein, 2008; Eisenberg et al., 2007; Kisch, Leino & Silverman, 2005), juntamente com o abuso de substâncias, os acontecimentos adversos de vida, história familiar, história de abuso sexual, relacionamentos conturbados e dificuldades com a identidade sexual (Agerbo et al., 2002; Garlow, 2002).

Segundo a APA (2002), a associação entre depressão e ideação suicidária é tão comum que um dos critérios para o diagnóstico de depressão é a presença de pensamentos suicidários. Deste modo, Werth (2004) considera que não é surpreendente que muitas vezes haja o pressuposto de que o suicídio seja o resultado de depressão ou outra doença mental.

No estudo de MacKenzie e colaboradores (2011) verificou-se que a frequência de depressão foi semelhante para os alunos do sexo masculino (25%) e alunos do sexo feminino (26%). Relativamente aos pensamentos suicidários, foi superior nos rapazes (13%) do que nas raparigas (10%).

Relativamente ao risco de suicídio, segundo Vieira, Saraiva e Coutinho (2010), este é mais elevado durante o episódio depressivo, encontra-se no início, em que a intensidade dos sintomas é ainda considerada fraca, ou durante o período de tratamento, quando o paciente já se sente melhor. Isto porque muitos pacientes, severamente deprimidos, não dispõem de energia para cometer tal acto.

Os fenómenos de depressão e de suicídio encontram-se, actualmente, cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, afectando os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, classe socioeconómica, raça, cultura ou espaço geográfico (Vieira, 2008). A relação entre suicídio e depressão é estreita, ao ponto de o primeiro ser, ainda hoje, ser considerado por muitos, um sintoma ou uma consequência exclusiva do segundo (WHO, 2003).

No estudo de Vieira e Coutinho (s.d), pode verificar-se que, do total de estudantes que apresentou pensamentos suicidários, a maioria (84,61%) apresentava, igualmente, sintomatologia depressiva leve, moderada ou severa, o que reflecte a grande influência da depressão sobre o acto suicida. No entanto, a presença de ideação suicidária foi também registada em alunos que não apresentavam este tipo de sintomas, facto esse que traduz o suicídio como um fenómeno complexo, com causas multivariadas, não podendo, desta forma, ser resumido à existência de depressão.

Mello (2000) salienta que podemos compreender o acto suicida como uma representação ou aplicação de uma ideia patológica ou ainda a escolha deliberada de uma pessoa sem qualquer tipo de patologia mental. Este autor salienta ainda que nem sempre as tentativas ou o próprio suicídio podem ser associados a doença mental subjacente. Factores individuais, sociais e culturais exercem papel decisivo.

Deste modo, salienta-se que nem todos os casos de suicídio se encontram relacionados com uma doença mental, nem que todas as pessoas que têm uma doença mental se vão suicidar, contudo, não se pode fugir da constatação de que uma doença mental é um importante factor de risco para o suicídio (Botega et al., 2009). Assim, o suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas sim de perturbações mentais que constituem um importante factor associado ao suicídio (APA, 2003; Freitas & Botega, 2002; Saraiva, 2006a, 2006b).

### 3.2. Comportamentos suicidários e saúde física

Os estudos referem que, relativamente ao risco de suicídio associado a doenças físicas, este aumenta à medida que a idade avança. As doenças físicas representam até 75% de todas as vítimas de suicídio. Estima-se que as doenças físicas representam cerca de 51% dos suicídios consumados (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006; Saraiva, 2006b). O risco de suicídio aumenta nas condições físicas crónicas (Saraiva, 2006b), sendo que Ores (2008), para além de corroborar esta afirmação, acrescenta que existe uma maior probabilidade de comportamentos suicidários também na presença de doença física grave. Num estudo de Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) verificou-se que grande parte dos jovens que apresentavam ideação suicidária, sofriam de algum tipo de doença física. Também Stenager, Madsen, Stenager e Boldsen (1998) verificaram que a presença de alguma doença física, seja ela qual for, leva a um aumento do risco de suicídio.

Verifica-se um aumento das taxas de suicídio associado a doenças mentais, em especial na depressão, em pessoas com doenças físicas. Um mau prognóstico pode ser condicionado por doenças crónicas e limitações físicas o que, por sua vez, pode levar a um aumento do risco do suicídio (Freitas & Botega, 2002; Minayo & Deslandes, 2002; OMS, 2006; Saraiva, 2006b).

No que concerne a doenças terminais, o risco de suicídio é mais elevado no momento do diagnóstico e nos primeiros dois anos da doença terminal. Contudo, este risco aumenta no caso de tumores malignos progressivos, isto porque a dor contribui significativamente para o suicídio (Freitas & Botega, 2002; OMS, 2006).

A presença de alguma doença física, principalmente se esta for incapacitante para o jovem, tal como a asma e a epilepsia, pode gerar um sentimento de desesperança que é um importante factor de risco e preditor de comportamentos autodestrutivos (De Leo, Bertolote & Lester, 2003). Também Goldstein e Brent (2010) acrescentam que condições médicas específicas, incluindo diabetes e epilepsia, foram associadas a um maior risco de suicídio. A epilepsia associa-se a um maior risco de suicídio, devido à elevada impulsividade, agressividade e limitações crónicas associadas a esta doença. Além disso, lesões medulares e cerebrais também aumentam o risco de suicídio. Certos estudos demonstram que após um AVC (acidente vascular cerebral), 19% dos pacientes são depressivos e apresentam tendências suicidárias (OMS, 2006).

Nos indivíduos jovens, a infecção pelo VIH (vírus da imunodeficiência humana) e SIDA, representa um risco maior para o suicídio, com altas taxas deste. Indivíduos que utilizem drogas endovenosas encontram-se em maior risco (OMS, 2006).

A presença de outras doenças crónicas, como doença renal crónica, hepatopatia, doenças cardiovasculares e gastrointestinais têm, igualmente, uma forte relação com o suicídio (OMS, 2006).

### 3.3. Comportamentos suicidários e estilos de vida

Existem determinados estilos de vida que têm uma influência positiva nos comportamentos suicidários tais como o consumo do tabaco, de álcool em excesso, bem como a prática regular de actividade física.

#### 3.3.1. Hábitos tabágicos

O uso excessivo de tabaco atingiu níveis preocupantes no âmbito da saúde pública, devido aos efeitos nefastos que produz na saúde de quem o consome e ao nível do comportamento aditivo em si (Nunes & Jólluskin, 2010).

Os estudantes do sexo masculino demonstram, em alguns estudos, a adopção de condutas menos saudáveis, como por exemplo o tabagismo (Takeda et al., 2006; Vakefliu, Argjiri, Peposhi, Agron & Melani, 2002). Também Lemos et al. (2007) observaram que os estudantes do sexo masculino apresentam um maior consumo de bebidas alcoólicas, sendo que, segundo Takeda et al. (2006) é também o tabagismo mais prevalente entre estes.

Estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado associações positivas entre suicídio e tabagismo (Hemmingsson & Kriebel, 2003; Leistikow, Martin & Samuels, 2000; Miller, Hemenway, Bell, Yore & Amoroso, 2000; Miller, Hemenway & Rimm, 2000), isto porque muitos factores de risco para o suicídio são igualmente factores de risco para se obterem hábitos tabágicos (Hemmingsson & Kriebel, 2003). Além disso, os estudos têm revelado associações positivas entre ideias suicidárias (Fergusson, Wodward & Horwood, 2000; King et al., 2001; McGee, Williams & Nada-Raja, 2005) no sexo feminino e tabagismo (Breslau, Schultz, Johnson, Peterson & Davis, 2005; Garrison, McKeown, Valois & Vincent, 1993; Hintikka et al., 2001; Zhang, McKeown, Hussey, Thompson & Woods, 2004). Num outro estudo de Juan, Xiao-Juan, Jia-Ji, Xin-Wang e Liang (2010), verificou-se que hábitos tabágicos actuais estão associados com ideação suicidária, contudo estes não se associam com tentativas de suicídio para o sexo feminino.

Alguns estudos têm demonstrado uma associação entre o consumo actual de tabaco e risco da ocorrência de pensamentos ou comportamentos suicidários. O tabagismo pode estar associado com o suicídio devido a “factores de terceiros” ou “variáveis de confusão”, tais como a depressão (Hemmingsson & Kriebel, 2003; Kessler et al., 2007). O estudo de Bronisch, Hofler e Lieb (2008) veio corroborar estes resultados, pois este estudo demonstrou uma forte associação entre tabagismo e ideação e tentativas de suicídio. O estudo de Breslau e colaboradores (2005) salienta que, pessoas que actualmente fumam, mesmo que não tenham tido este hábito no passado, constitui-se como um factor preditor da ocorrência de pensamentos ou tentativas de suicídio.

São várias as explicações encontradas que tentam explicar esta relação, nomeadamente os efeitos prejudiciais da nicotina no organismo do jovem que fuma tais como: o facto de a nicotina piorar o humor, a impulsividade e a agressividade (Parrot, 2003);

de esta reduzir os níveis de serotonina (Benwell, Balfour & Anderson, 1990), o que por sua vez leva a um aumento da hostilidade, agressão e aumenta, igualmente, o risco de suicídio; funcionar como um antidepressivo levando, de igual forma, a um aumento do risco de suicídio (McClernon, Hiott, Westman, Rose & Levin, 2006; Licinio & Wong, 2005; Reith & Edmondson, 2007). Ainda outra explicação é dada por Fowler, Logan, Wang e Volkow (2003), referindo os baixos níveis de oxidases de monoamina (MAOs) A e B normalmente presentes em sujeitos que possuem hábitos tabágicos.

O tabagismo e o consumo de álcool encontram-se muito associados na literatura. São vários os autores que referem que o abuso de álcool e a dependência de nicotina estão envolvidos no desenvolvimento do comportamento suicidário (Breslau, Peterson, Schultz, Chilcoat & Andreski, 1998; Hemmingsson & Kriebel, 2003; Wu & Anthony, 1999; Wu et al., 2004).

Franca e Colares (2008) revelaram que tanto o consumo de tabaco como o de álcool, apresenta percentagens elevadas entre os estudantes universitários, em especial naqueles que estão a terminar o curso. Um outro estudo de Vieira, Aerts, Freddo, Bittencourt e Monteiro (2008) revelou que os jovens que referiram ideação suicidária no último ano, foram aqueles que consumiram bebidas alcoólicas em demasia, bem como excesso de tabaco, comparativamente aos que não apresentaram este tipo de pensamentos.

### 3.3.2. Consumo de álcool

De uma forma geral, considera-se que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um importante factor de risco para o suicídio. Portugal tem ocupado os lugares cimeiros, tanto ao nível europeu como mundial, no que concerne ao consumo de álcool *per capita*, com os consequentes problemas associados às bebidas alcoólicas (Barrias, 2006). Grácio (2009) considera que o álcool está ligado às principais causas de morte, entre elas o suicídio. No intervalo de anos desde 1931 a 1989, estudou-se a relação entre alcoolismo e suicídio e verificou-se que 20% dos suicídios masculinos em Portugal podem ser atribuídos ao uso de álcool (Mello, Barrias & Breda, 2001). Para Barrias (2006), o “percurso alcoólico” é considerado, devido à sua feição autodestrutiva e vivenciando a desesperança, uma conduta suicidária em que sucessivamente a vida se apaga.

No estudo de Colares, Franca e Gonzalez (2009), que tinha como objectivo averiguar as consultas de saúde entre os estudantes universitários, tendo em conta as diferenças de género, verificaram que o álcool e o tabaco são consumidos pela maior parte dos estudantes, sendo os percentuais significativamente mais elevados entre os estudantes do sexo masculino.

O papel do consumo agudo de álcool no comportamento suicidário pode fazer realçar a importância deste na promoção da depressão e desesperança o que, por sua vez, facilita o comportamento agressivo (Cherpitel, Borges & Wilcox, 2004). Corroborando esta afirmação, Anderson e Bamberg (2006) referem a existência de evidências suficientes que associam a ocorrência de consumo de substâncias e doença mental.

A associação entre o consumo de álcool e comportamentos suicidários pode ser explicada de duas formas. Em primeiro lugar, o consumo de álcool em excesso pode ser visto como um precursor de predisposição actuando como um factor mediador ou moderador no comportamento suicidário. Em segundo lugar, o abuso de álcool pode ser visto como um factor precipitante do comportamento suicidário, devido à sua comorbilidade com outros factores da saúde como a depressão (Brady, 2006). Neste sentido, Swahn e Donovan (2004), referem que a depressão é um factor importante para o envolvimento de jovens, que consomem bebidas alcoólicas em excesso, em comportamentos violentos. Tanto o abuso de álcool como a dependência deste, é frequentemente encontrado em indivíduos que cometeram o suicídio, particularmente na população jovem (OMS, 2006).

O uso nocivo e a dependência do álcool têm afectado populações cada vez mais jovens. Este uso excessivo aumenta a impulsividade e, por sua vez, o risco de suicídio (Borges, Walters & Kessler, 2000; OMS, 2006). Norström (1995) realizou um estudo acerca da associação entre álcool e suicídio. Os resultados demonstraram que as taxas de suicídio estão inversamente relacionadas com o grau de integração social e que o uso excessivo de álcool produz desaprovação social e gradativa deterioração dos laços sociais. Por outro lado, este autor verificou uma relação directa entre consumo excessivo de álcool e diminuição do autocontrolo que actuaria como gatilho accionando uma inclinação prévia para o comportamento autodestrutivo.

Em suma, alguns estudos demonstraram que a ingestão de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, está associada à ideação suicidária (Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang & Kessler, 2010; Muula, Kazembe, Rudatsikira & Siziya, 2007), sendo que o uso precoce de álcool está, igualmente, associado com ideação suicidária e tentativas de suicídio (Borowsky, Ireland & Resnick, 2001; Cho, Hallfors & Iritani, 2007; Swahn & Bossarte, 2007), bem como o consumo exagerado deste por parte dos alunos que bebem, comparativamente aos que não bebem (Swahn, Bossarte & Sullivent, 2008).

### 3.3.3. Prática de actividade física

Os estudantes universitários apresentam uma série de comportamentos de risco para a saúde (Colares et al., 2009) nomeadamente baixos níveis de actividade física (Franca & Colares, 2008). Neste tipo de população, a actividade física pode ser considerada um factor de protecção contra a depressão e comportamentos suicidários (Taliaferro, Rienzo, Pig, Miller & Dodd, 2009), bem como para uma série de doenças crónicas transmissíveis (Bauman, 2004).

As investigações indicam que a actividade física proporciona diversos benefícios psicológicos tanto para adolescentes como para adultos. A actividade física promove níveis elevados de bem-estar emocional, incluindo melhorias no humor deprimido (Dishman et al., 2006; Salmon, 2001), na ansiedade e no *stress* (Salmon, 2001), bem como na auto-estima (Dishman et al., 2006). Deste modo, Sabo, Miller, Melnick, Farrell e Barnes (2005) salientam

que, através do seu efeito sobre o bem-estar psicológico, a actividade física pode proteger contra os comportamentos suicidários.

Num estudo que relacionava o sedentarismo dos adolescentes jovens com a ideação suicidária, pode verificar-se que existe uma correlação significativa, na medida em que, jovens mais sedentários têm um maior risco de ideação suicidária (Souza et al., 2010). Assim, Taliaferro, Rienzo, Miller, Pig e Dodd (2008), verificaram que a participação dos jovens em actividades desportivas constitui-se como um factor importante contra a depressão e a ideação suicidária.

Ainda Brosnahan, Steffen, Lytle, Patterson e Boastrom (2004) encontraram que os jovens que praticam actividade física estão menos envolvidos no planeamento de algum acto suicida. No entanto, estes autores não encontraram uma associação significativa entre a participação de jovens em certos desportos e o comportamento suicidário. Um outro estudo de Brown e Blanton (2002) demonstrou que os estudantes universitários que estão envolvidos em algum tipo de actividade física, mesmo que sendo algo ligeiro, revelam uma redução do risco de comportamento suicidário.

No estudo de Taliaferro e colaboradores (2008) foi demonstrado que os jovens que praticavam actividade física seis a sete vezes por semana, apresentavam um risco reduzido de planeamento de suicídio e tentativa de suicídio, comparativamente aos que não praticavam qualquer dia. Por outro lado, as jovens que apenas praticavam uma a duas vezes por semana algum tipo de actividade física, mostraram-se mais propensas a se sentirem desesperadas, em comparação com as jovens consideradas inactivas. Deste modo, estes autores referem que a actividade física revela ser um factor de protecção para os comportamentos suicidários.

### **3.4. Comportamentos suicidários e factores sociodemográficos**

Segundo a OMS (2006), o suicídio é um acto individual, contudo ele ocorre no contexto de uma determinada sociedade. Desta forma, existem certos factores sociodemográficos que estão associados.

Relativamente ao género, na maior parte dos países, é o sexo masculino que mais comete o suicídio, contudo, este acto varia de país para país (Costa, 2010; OMS, 2002; OMS, 2006). O único país em que os suicídios do sexo feminino ultrapassam os do sexo masculino é na China (OMS, 2006).

O para-suicídio é mais comum entre o sexo feminino. Contudo, nos últimos anos, nomeadamente a partir da década de 80, o sexo masculino, principalmente em idade adolescente e jovem adulto, tem vindo a aumentar (Henriques, 2006). Quanto ao suicídio, este tem uma maior incidência em indivíduos do sexo masculino (Henriques, 2006; Campos & Leite, s.d; Lawrance, Holman, Joblensky & Fuller, 1999).

As mulheres tentam suicidar-se quatro vezes mais em relação aos homens. Uma possível explicação para esta afirmação, é o facto de os homens utilizarem métodos mais

agressivos e potencialmente letais nas tentativas em relação às mulheres (Abrantes-Gonçalves & Coelho, 2008; Saraiva, 2006a, 2006b). Além disso, esta afirmação parece estar associada com a maior frequência de factores de risco associados, nomeadamente abuso de substâncias (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003).

Araújo, Coutinho e Saraiva (s.d) realizaram um estudo onde se pode verificar que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de ideação suicidária, comparativamente ao sexo masculino. Contudo, a diferença encontrada foi pouco significativa. Por outro lado, no estudo de Borges e Werlang (2006), verificou-se uma maior discrepância entre esses grupos, contudo, neste último estudo, a amostra foi superior. Outros autores obtiveram os mesmos resultados, focando as jovens estudantes (Calvo, Sánchez & Tejada, 2003; Gould et al., 2003; Mackenzie et al., 2011; Werlang et al., 2005). Segundo Werlang e colaboradores (2005), as mulheres tentam mais o suicídio que os homens, contudo, estes são os que mais o consomem.

A idade é um factor determinante no perfil de ocorrência de comportamentos suicidários. Através das taxas de incidência, pode verificar-se que existe maior risco em determinadas faixas etárias, tanto para o suicídio como para o para-suicídio, sendo que estas faixas não são coincidentes em relação a um e a outro. Assim, existe uma maior incidência nas faixas ulteriores, dado que se vai extinguindo o número de potenciais sujeitos com ideação suicidária. Uma possível explicação, é o facto de este tipo de população se encontrar em idade activa, estando, desta forma, sujeita a uma maior competição (Henriques, 2006).

Os grupos de maior risco para o suicídio, são os mais idosos (mais de 65 anos) e os mais novos (15-30 anos). Os dados mais recentes referem que o risco de suicídio aumentou em homens de meia-idade (OMS, 2006). As taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade (Campos & Leite, s.d; Gould et al., 2003), apresentando uma maior incidência na fase final da adolescência e jovem adulto (Gould et al., 2003). Campos e Leite (s.d) salientam ainda que o risco de suicídio tem aumentado em idades mais baixas, ao longo do período escolar, contudo esta diferença manifesta-se de formas distintas perante o sexo masculino e feminino. No sexo masculino o risco de suicídio é mais elevado entre os 25 e os 49 anos, enquanto no sexo feminino, é no período entre os 50 e os 64 anos que essa taxa se encontra aumentada.

Meneghel, Victora, Faria, Carvalho e Falk (2004) realizaram um estudo no Rio Grande do Sul com o objectivo de descrever as características epidemiológicas de mortalidade por suicídio numa série histórica de 10 anos. Neste estudo pode verificar-se que os grupos de adultos jovens apresentam um aumento nas taxas de suicídio durante os últimos anos.

Quanto ao estado civil, os casados possuem taxas mais baixas de comportamentos suicidários que os solteiros e divorciados, sendo este último, o grupo com taxas mais elevadas, seguindo-se logo as mulheres jovens viúvas que, em alguns casos, ultrapassam as taxas de divorciados (Baptista, 2005; Botega, Barros, Oliveira, Dalgarrondo & Marín-León, 2005; Fonseca et al., 2010; Henriques, 2006; OMS, 2006; Saraiva, 2006a, 2006b). O casamento parece funcionar como um factor protector para o sexo feminino (Baptista, 2005; Botega et al., 2005; OMS, 2006; Saraiva, 2006a, 2006b), conferindo um suporte emocional, social e funcional. Este pode facilitar a integração com a comunidade, evitando o isolamento social

(Baptista, 2005; Botega et al., 2005; Saraiva, 2006a, 2006b). O que também aumenta o risco de suicídio é a separação e morar sozinho (Baptista, 2005; Botega et al., 2005; OMS, 2006; Saraiva, 2006a, 2006b). Também no estudo de MacKenzie e colaboradores (2011), pode verificar-se que pessoas solteiras e em união de facto apresentam maior risco para comportamentos suicidários. Segundo Freitas e Botega (2002), nos solteiros as taxas de suicídio são duas vezes mais elevadas em relação aos casados. As mulheres divorciadas apresentam um maior risco de suicídio em relação aos viúvos.

No entanto, estes resultados não são unânimes na medida em que, outros autores consideram que uma maior proporção de suicídios ocorre entre pessoas casadas. Pessoas separadas e solteiras apresentam menores coeficientes (Meneghel et al., 2004).

A associação entre o local de residência habitual e os comportamentos suicidários é pouco referida na literatura. Uma possível explicação é o facto de, em alguns países, o risco de suicídio ser mais elevado em áreas urbanas enquanto em outros, essas taxas serem superiores em meios rurais (OMS, 2006). Contudo, pode verificar-se em alguns estudos (Mackenzie et al., 2011; Qin et al., 2003), que o facto de se viver numa área urbana, está associado a um maior risco de suicídio em jovens do sexo feminino e um menor risco em jovens do sexo masculino.

Por último, o facto de o aluno ser deslocado ou não do seu local habitual de residência é também um factor que interessa ser referido. Werlang e colaboradores (2005) observaram no seu estudo, que o facto do estudante, em tempo de aulas, residir com familiares, podendo contar com eles, torna-se útil e produtivo, ou seja, funciona como um factor protector contra a autodestruição e, por sua vez, minimiza o risco para comportamentos suicidários. Por sua vez, Guerra, Lencastre, Lemos e Pereira (2002) num estudo com estudantes da Universidade do Porto, verificaram que os alunos deslocados apresentavam mais problemas de isolamento/solidão e de adaptação à universidade, comparativamente aos não deslocados. Este estudo vai de encontro a um outro de Batista e Almeida (2002) em que se pode verificar que os alunos não deslocados apresentam níveis superiores de bem-estar físico e psicológico, melhor equilíbrio emocional e maior estabilidade afectiva, mais optimismo, confiança e melhores competências na tomada de decisão. Num outro estudo de Costa e Leal (2008) foi possível verificar que os alunos deslocados revelaram mais ansiedade e menor *distress* psicológico do que os alunos não deslocados.

Por outro lado, Rebelo e Lopes (2001) verificaram, no seu estudo, que alunos deslocados apresentam níveis estatisticamente mais satisfatórios no relacionamento familiar comparativamente a alunos não deslocados. Estes autores salientam que a saída de casa do jovem, aquando o ingresso ao ensino superior, favorece o estreitamento de laços entre pais e filhos, constituindo-se, assim, como um factor protector contra comportamentos de risco. Eisenberg et al. (2007) acrescentam que, estudantes que vivem com os pais em tempo de aulas relatam mais pensamentos suicidários.



## Parte II - Corpo empírico

---



# Capítulo 4 - Metodologia

## Introdução

Neste capítulo pretende-se apresentar a metodologia utilizada na presente investigação. No entanto, antes dessa explanação, será explicada a pertinência do estudo. De seguida, serão definidos os objectivos de estudo, bem como as variáveis estabelecidas. Posteriormente será apresentado o tipo de estudo, a descrição dos instrumentos utilizados e a análise descritiva da amostra. Por fim, haverá uma descrição acerca dos procedimentos utilizados.

### 4.1 - Pertinência do estudo

O comportamento suicidário constitui desde sempre uma importante causa de morte em todo o mundo, nomeadamente entre os jovens. Mediante isto, deparamo-nos com o aumento do interesse em se estudar o comportamento humano associado ao risco de suicídio, principalmente neste tipo de população - jovens universitários. Desta forma, é evidente a sua natureza complexa e convergente de factores sociais, psicológicos, biológicos e demográficos.

Como se sabe, o suicídio entre os jovens adultos tem vindo a aumentar (Saraiva, 1999), sendo a ideação suicidária mais frequente nesta população, constituindo assim a segunda causa de morte entre os jovens adultos e os estudantes universitários, sendo que a primeira são os acidentes de viação (Barrios, Everett, Simon & Brener, 2000). Associado a este problema público, surgem as perturbações mentais, sendo que, os estudos epidemiológicos mais recentes demonstraram que estas, bem como os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações mentais (Ministério da Saúde, 2008).

O risco de suicídio e os factores protectores assim como as suas intenções constituem a base empírica para a prevenção do suicídio (Santos, Freitas & Saraiva, 2006). Desta forma, a prevenção do suicídio, deve ser orientada no conhecimento dos factores de risco (Meleiro, Fensterseifer & Werlang, 2004), que se associam a um maior potencial para o suicídio e comportamento suicidário, enquanto os factores protectores estão associados à redução desse potencial (Santos et al., 2006).

Assim, aquando da pesquisa bibliográfica acerca do tema, foram poucos os estudos encontrados realizados em Portugal, que estudassem o risco de suicídio na população universitária, facto que evidencia a necessidade e a pertinência da realização do presente estudo.

A Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego foi o alvo escolhido, visto que é um local de ensino pouco valorizado no que toca a investigações no âmbito universitário. Isto

pode dever-se ao facto de ser um pólo anexo ao Instituto Politécnico de Viseu e não um pólo principal e situado na cidade de Viseu, mas sim na cidade de Lamego. Deste modo, pretendeu-se analisar qual a realidade presente nos estudantes universitários deste estabelecimento de ensino, sendo esta uma área em que a taxa de suicídio tem vindo a aumentar exponencialmente desde os dois últimos anos e em que os alunos são maioritariamente residentes na zona ou em aldeias próximas desta.

## **4.2 - Método**

### **4.2.1 - Objectivos**

Tendo em conta a revisão bibliográfica realizada, identificou-se como principal objectivo deste estudo, a relação entre risco de suicídio, saúde e estilos de vida nos estudantes universitários. Assim, pretendeu-se verificar se a saúde física e mental, bem como determinados estilos de vida e factores sociodemográficos levam a um aumento ou diminuição do risco de suicídio neste tipo de população.

Deste modo, delinearam-se os seguintes objectivos específicos:

1. Avaliar a prevalência do risco de suicídio nos estudantes universitários;
2. Identificar diferenças de género no que concerne ao risco de suicídio;
3. Identificar diferenças em função da idade, estado civil, local de residência, deslocação do local de residência em tempo de aulas e ciclo e ano de estudos;
4. Avaliar o risco de suicídio tendo em conta o consumo tabágico e de álcool;
5. Analisar o risco de suicídio em função da prática de actividade física;
6. Avaliar o risco de suicídio em função da presença/ausência de doenças, quer no próprio quer na família;
7. Avaliar a prevalência da depressão nos estudantes universitários;
8. Avaliar a prevalência de sintomas psicopatológicos nos estudantes universitários;
9. Avaliar o risco de suicídio em função da presença/ausência de perturbações mentais;
10. Identificar qual a prevalência da depressão em estudantes universitários com presença de risco de suicídio.

Uma vez que estamos perante um estudo de carácter exploratório, optou-se pela não elaboração de hipóteses, visto que estas limitariam os resultados, não permitindo assim, uma exploração aberta e descomprometida dos mesmos.

## 4.2.2 - Variáveis

Para a concretização do estudo é necessário a definição de variáveis. Deste modo, definiram-se como variáveis independentes:

1. Género;
2. Idade;
3. Estado civil;
4. Ciclo e ano de estudos;
5. Local de residência;
6. Deslocação do local de residência em tempo de aulas;
7. Consumo tabágico;
8. Consumo de álcool;
9. Prática de actividade física;
10. Doença no próprio;
11. Doença na família;
12. IACLIDE (variável depressão);
13. SCL-90-R (variável Saúde Mental).

Por seu lado, definiu-se como variável dependente:

1. Risco de suicídio.

## 4.2.3 - Tipo de estudo

A determinação do método permite traçar um plano de investigação que servirá de linha orientadora para alcançar os objectivos propostos. Assim, o primeiro passo é o da formulação do objecto de estudo, seguindo-se da tomada de decisões acerca dos procedimentos a adoptar e, por último, quais os instrumentos a utilizar.

Desta forma, o presente estudo é de natureza transversal, uma vez que foi aplicado individualmente a cada participante da amostra, num único momento. Tem, de igual modo, um carácter quantitativo, visto enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e a mensuração dos vários aspectos do comportamento humano, sendo os dados de natureza numérica. É, igualmente, um estudo exploratório; descritivo, na medida em que se procede à recolha de dados que visam a descrição de uma amostra e; observacional, pois as variáveis são estudadas, mas não manipuladas. Tem, de igual forma, um carácter comparativo, pois procede-se à comparação entre diferentes grupos. Simultaneamente, este estudo apresenta-se como sendo inferencial, uma vez que, através da comparação de médias entre grupos, objectiva-se inferir as hipóteses formuladas. Além disso, este estudo suporta-se na

perspectiva ética e modelo nomotético de investigação, percebendo que a generalização e a compreensão de padrões gerais de comportamento é, normalmente, o pretendível. Contudo, deve-se ter em consideração o carácter idiossincrático de todos os resultados obtidos.

#### 4.2.4 - Instrumentos

A recolha dos dados foi operacionalizada através da utilização de um questionário sociodemográfico, onde se adicionaram questões relativas aos estilos de vida e doenças/estado físico. Juntamente a este questionário foi igualmente utilizada uma versão adaptada semanticamente para a língua portuguesa da versão Brasileira 5.0.0 do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*, onde são incluídas algumas questões que avaliam a ideação suicidária retiradas do DSM-IV e CID-10. Além disso, foram igualmente utilizados o Questionário de 90 sintomas - Revisto e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão.

De seguida, serão apresentados de uma forma mais detalhada, cada um dos instrumentos utilizados. Para isso, descrever-se-ão as suas principais características psicométricas.

##### 4.2.4.1 - Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico construído é subdividido em três partes distintas. A primeira parte é constituída por uma parte introdutória que tem como principal objectivo a caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo, que ajuda na recolha de informações essenciais para a realização do estudo, como o sexo, a idade, estado civil, ciclo e ano de estudos, local de residência e deslocação em tempo de aulas.

Quanto à segunda parte, esta é composta por questões relativas ao estilo de vida, ao incluir questões que dizem respeito ao padrão de consumo tabágico, de álcool e de hábitos regulares de prática de actividade física. Para estas questões, é pedido que se indique a frequência de consumo e actividade física ao longo de uma semana normal.

No que concerne à terceira parte, esta relaciona-se com a história médica individual e familiar, procurando averiguar-se a presença de problemas de saúde que obrigue a cuidados médicos regulares. Para a avaliação deste parâmetro, foram formuladas duas questões em que os alunos eram solicitados a responder acerca da presença ou ausência de algum tipo de doença física quer no próprio, quer em algum membro do agregado familiar.

#### 4.2.4.2 - Avaliação do Risco de Suicídio

Com o intuito de se avaliar o risco de suicídio presente nos alunos que constituem a amostra, procedeu-se a uma adaptação semântica para a língua portuguesa da versão Brasileira 5.0.0 do M.I.N.I.

A versão original foi desenvolvida por investigadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida. Esta é uma entrevista semi-estruturada breve e compatível com os critérios de diagnóstico do DSM-IV e do CID-10 de diferentes condições psicopatológicas. Além disso, é destinada para a utilização na prática clínica e de investigação (Sheehan et al., 1998).

Este instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes. Para este estudo, foi apenas adaptado o módulo diagnóstico referente à avaliação do risco de suicídio, que inclui tanto a ideação quanto a tentativa de suicídio. Assim, foram adaptadas seis questões relativas a este domínio, sendo que a resposta das mesmas é dicotómica (Sim/Não) (Sheehan et al., 1998).

No que concerne à cotação, a inexistência de respostas afirmativas equivale à ausência de risco de suicídio. Por outro lado, na presença de uma ou mais respostas afirmativas, corresponde à presença de risco de suicídio em diferentes graus: leve, moderado e elevado (Amorim, 2000). Contudo, para as análises deste estudo, será criada uma variável presença ou ausência de risco de suicídio, não sendo diferenciado o grau.

Quanto à validação deste questionário, esta foi realizada através da comparação entre o M.I.N.I. e outros testes, tais como o Best Estimate Diagnosis e o LEAD Standard. Desta forma, os resultados referentes à fidedignidade e validade deste questionário revelaram ser globalmente satisfatórios (Amorim, 2000).

#### 4.2.4.3 - SCL-90-R: Questionário de 90 sintomas

O Questionário de 90 sintomas Revisto (*Symptom Checklist-90-Revised - SCL-90-R*) surgiu no ano de 1977 por Derogatis depois de uma versão prototípica (SCL-90) ter sido modificada, validada e revista. Este questionário é composto por 90 itens e tem como principal objectivo avaliar condições psicológicas e sintomas psicopatológicos actuais, não se tratando, contudo, de uma medida de personalidade. Desta forma, este é um inventário multidimensional de auto-avaliação de sintomas. Para cada sintoma apresentado, deve ser indicada a intensidade de sofrimento causado, através de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, desde 0 (nada em absoluto) a 4 (extremamente) (Derogatis, 2002).

Quanto às dimensões avaliadas pelo SCL-90-R, este inventário é composto por 9 dimensões primárias de sintomas sendo elas a Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo. Para além destas 9 dimensões, é acrescida uma décima, denominada por Escala Adicional. O valor de cada dimensão obtém-se através da divisão da

soma de todos os valores obtidos de cada item pelo número total de itens que a compõem (Derogatis, 2002).

Relativamente à Somatização, esta é composta por 12 itens relacionados com vivências de percepção da disfunção corporal, incluindo sintomas relacionados com alterações neurovegetativas sobre alguns dos sintomas orgânicos: cardiovascular (e.g. “Dores no coração ou no peito”), respiratório (e.g. “Aflição ou dificuldades em respirar”), gastrointestinal (e.g. “Náuseas ou mal-estar no estômago”) e muscular (e.g. “Sentir-se débil relativamente a alguma parte do corpo”) (Derogatis, 2002).

No que concerne à Obsessão-compulsão, os 10 itens incluídos no SCL-90-R descrevem vivências e fenómenos cognitivos característicos da perturbação obsessivo-compulsiva tais como comportamentos, pensamentos, impulsos que os sujeitos consideram indesejados, mas que geram grande ansiedade e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar (e.g. “Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz”; “Impulsos que o levem a fazer as coisas de maneira repetitiva”) (Derogatis, 2002).

Quanto à dimensão Sensibilidade interpessoal, esta é composta por 9 itens, incluindo sentimentos de timidez (e.g. “Timidez ou incómodo perante o sexo oposto”), vergonha (e.g. “Sentir-se muito inibido ou envergonhado entre as outras pessoas”), tendência para se sentir inferior aos outros (e.g. “Sentir-se inferior em relação aos outros”), hipersensibilidade às opiniões e atitudes (e.g. “Ser demasiado sensível ou sentir-se ferido com facilidade”). Todos estes sentimentos podem causar inibição nos relacionamentos interpessoais do sujeito (Derogatis, 2002).

A dimensão Depressão é composta por 13 itens que reconhecem sinais e sintomas clínicos dos estados depressivos. Assim, incluem vivências disfóricas, de desânimo, anedonia, desesperança, impotência, falta de energia, ideias auto-destrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características das perturbações depressivas (e.g. “Chorar facilmente”; “Sentir-se triste”; “Não sentir interesse por nada”; “Sensação de ser inútil ou não valer nada”) (Derogatis, 2002).

No que diz respeito à Ansiedade, esta dimensão é constituída por 10 itens que incluem manifestações clínicas da ansiedade, tanto generalizada como aguda, tais como estados de “pânico” (e.g. “Ataques de terror ou pânico”), sinais gerais de tensão emocional (e.g. “Pensamentos ou imagens assustadoras que lhe provocam medo”) e manifestações psicossomáticas (e.g. “O seu coração palpita ou bate muito depressa”) (Derogatis, 2002).

Os seis itens que compõem a dimensão Hostilidade incluem pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de estados de agressividade, ira, irritabilidade, raiva e ressentimento (e.g. “Ataques de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar”; “Sentir o impulso para bater, golpear ou fazer mal a alguém”; “Gritar ou atirar coisas”) (Derogatis, 2002).

Em relação à dimensão Ansiedade fóbica, esta é constituída por 7 itens que permitem avaliar as diversas variantes da experiência fóbica, que se define como medo persistente, irracional e desproporcionado de um animal, pessoa, lugar, objecto ou situação,

acompanhado de comportamentos de evitamento ou fuga. Os sintomas mais representados nesta dimensão são os associados à agorafobia (e.g. “Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe provocam medo”) e fobia social (e.g. “Ter medo de desmaiar em público”) (Derogatis, 2002).

Quanto à dimensão Ideação paranóide, esta é composta por 6 itens que apontam diversos aspectos do comportamento paranóide, como suspeitas, centralismo auto-referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo em perder autonomia e necessidade de controlo (e.g. “A ideia de que não se pode confiar em ninguém”; Sensação que as outras pessoas estão a olhar para si ou falam de si”; “Ter ideias ou crenças que não são compartilhadas pelos outros”) (Derogatis, 2002).

A dimensão Psicoticismo é constituída por 10 itens de sintomas de espectro psicótico, esquizóide e esquizotípico. Contudo, esta dimensão encontra-se mais relacionada com sentimentos de alienação social do que com a psicose manifesta clinicamente (e.g. “Ter pensamentos que não são seus”; “Sentir-se sempre distante, tendo a sensação que não tem intimidade com ninguém”; “A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros”) (Derogatis, 2002).

Por último, a Escala adicional é constituída por 7 itens considerados adicionais ao seu devido ao seu peso factorial que não permite adicioná-los a nenhuma dimensão específica. No entanto, possuem alguma relevância clínica, pelo que, têm sido conservados apesar de não constituírem uma dimensão sintomática específica (e.g. “Comer demasiado”; “Dificuldade em conciliar o sono”; “Ideias sobre a morte ou o facto de morrer”) (Derogatis, 2002).

No que concerne aos dados psicométricos da escala, os valores de Alpha de Cronbach encontrados na amostra clínica psiquiátrica espanhola, variam entre 0,81 e 0,90. Desta forma, estes valores dos coeficientes de consistência interna, indicam a homogeneidade dos itens que compõem cada dimensão, revelando assim uma elevada consistência interna entre eles (Derogatis, 2002).

#### 4.2.4.4 - IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) foi criado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra e consiste numa escala de auto-avaliação do tipo *Likert* de cinco pontos, sendo que a pontuação varia entre 0 e 4 pontos. Este inventário tem como principal objectivo detectar a presença e a gravidade de quadros clínicos depressivos. Desta forma, as 23 questões que o constituem encontram-se estruturadas de forma gradual de intensidade dos sintomas, sendo que o primeiro item de cada grupo de sintomas indica sempre “ausência de sintoma” (cotando-se como 0) e o último indica sempre maior intensidade (cotando-se como 4). A pontuação total é calculada pela soma de todas as pontuações obtidas em cada grupo de sintomas, podendo esta variar do mínimo de 0 (ausência de sintomas) ao máximo de 92 (todos os sintomas com máxima intensidade). Neste sentido, quanto maior a pontuação total obtida, maior é o grau de depressão que o indivíduo apresenta. Relativamente ao ponto de corte

entre sujeitos normais e deprimidos, este corresponde à pontuação de 20 (pontuações totais inferiores a 20 indicam que o sujeito não apresenta depressão), sendo que para pontuações de 21 a 28 indicam Depressão leve; de 29 a 45 correspondem a Depressão moderada; e de 46 a 58 indicam presença de Depressão grave (Vaz Serra, 1995).

Além disso, o inventário permite a avaliação da perturbação em quatro tipos distintos: biológico (relação do sujeito com o organismo), cognitivo (relação do sujeito consigo próprio), interpessoal (relação do sujeito com os outros) e de desempenho da tarefa (relação com o trabalho) (Vaz Serra, 1995).

A análise factorial possibilita a distinção de cinco factores, sendo eles: o factor 1, correspondente à diferenciação das depressões endógenas e reactivas; no factor 2 encontra-se patente uma relação perturbada do sujeito consigo próprio, sendo que este corresponde a uma personalidade obsessiva subjacente, hesitante e pessimista; o factor 3, que conjuga os elementos da “constelação suicida”; o factor 4, que representa sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com marcada instabilidade emocional e dependência dos outros: e, por último, o factor 5, que corresponde a perturbações do sono, nomeadamente a insónia tardia e inicial (Vaz Serra, 1995).

No que concerne aos dados psicométricos da escala, O IACLIDE revelou uma correlação “Par/Ímpar” de 0,854 e Coeficiente de Spearman-Brown de 0,920, o que demonstra uma boa consistência interna. Relativamente à homogeneidade dos itens, com o Alpha de Cronbach, o valor obtido para todos os itens foi de 0,890, revelando assim que os diversos itens deste instrumento contribuem de forma satisfatória para a consistência interna da escala (Vaz Serra, 1995).

### **4.3 - Análise descritiva da amostra**

A amostra corresponde à percentagem de sujeitos que constituem uma dada população que se pretende investigar, sendo esta representativa da mesma. Deste modo, seleccionou-se para recolha da amostra e por conveniência, a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego que, de acordo com fontes da secretaria, é constituída por cerca de 800 alunos. Assim, a amostra recolhida corresponde a cerca de 20% da população que se pretende estudar. Desta forma, estamos perante uma amostra não probabilística, mais concretamente uma amostra por conveniência.

O presente estudo contou com uma amostra constituída por 167 sujeitos, 79 do sexo masculino (47,3%) e 88 do sexo feminino (52,7%), provenientes do estabelecimento de ensino anteriormente referido.

Relativamente às idades, verificou-se que a média é de 22,90 e o desvio padrão de 3,20. Por sua vez, a mediana registou o valor de 22 anos, sendo a moda de 20. Quanto aos valores mínimos e máximos, obteve-se como idade mínima 18 anos, tendo sido registada a idade máxima de 30 anos. Com vista a uma melhor descrição dos participantes e posterior análise de resultados, a amostra foi dividida em dois grupos etários, porque a variância da

amostra permite-nos essa divisão. No primeiro grupo foram incluídos os alunos com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos, visto que esta se constitui como a faixa etária que acompanha, na normalidade, a projecção académica de final de licenciatura. Por outro lado, incluiu-se no segundo grupo os alunos com idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos. Assim, a seguinte tabela refere-se à distribuição dos alunos pelos dois grupos etários estabelecidos (ver Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra em função da faixa etária

Faixas etárias	Frequências	Percentagem
Jovens (18-22 anos)	87	52,1
Jovens (23-30 anos)	80	47,9
Total	167	100

No que concerne ao estado civil, os alunos dividem-se maioritariamente pelo subgrupo “solteiro(a)” (ver Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra em função do estado civil

Estado civil	Frequências	Percentagem
Solteiro(a)	144	86,2
Casado(a)	15	9,0
Divorciado(a)	1	0,6
União de facto	7	4,2
Viúvo(a)	0	0
Total	167	100

Quanto ao ciclo e ano de estudos, os resultados variaram entre os diferentes anos do grau de licenciatura e pós-graduação, graus existentes neste estabelecimento de ensino (ver Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra em função do ciclo e ano de estudos

Ciclo e ano de estudos	Frequências	Percentagem	
Licenciatura	1º ano	39	23,4
	2º ano	48	28,7
	3º ano	53	31,7
Pós-Graduação		27	16,2
Total	167	100	

No que se refere ao local de residência, verificou-se que 70 alunos (41,9%) residem em meio rural fora do tempo de aulas e que 97 alunos (58,1%) residem em meio urbano.

Quanto à deslocação dos alunos do seu meio de residência aquando do ingresso ao ensino superior, observou-se que 58 são deslocados (34,7%) e 109 não deslocados (56,3%).

Relativamente aos hábitos tabágicos, foi possível verificar que 112 alunos não possuem esse hábito (67,1%) ao contrário dos restantes 55 (32,9%).

No que concerne ao consumo de álcool, pode verificar-se que 99 alunos consomem bebidas alcoólicas (59,3%), contrariamente a 68 alunos que não consomem (40,7%).

A prática regular de actividade física é exercida por 129 alunos (77,2%), o que corresponde à maioria. Por outro lado, 38 alunos (22,8%) não possuem qualquer prática actividade física.

Por fim, no que diz respeito à presença ou não de alguma doença física, verificou-se que 138 alunos não apresentam qualquer tipo de doença (82,6%) contrariamente a 29 deles que apresentam pelo menos uma doença física (17,4%). Tendo ainda em consideração a presença de doença física, contudo em familiares dos alunos estudados, pode verificar-se que 99 dos alunos não apresentam nenhum familiar com doença física (59,3%) e 68 referem que algum membro da família apresenta pelo menos uma doença física (40,7%).

#### 4.4 - Procedimentos

Após a definição da temática em estudo, através de uma pesquisa da literatura existente, seguiu-se a delimitação da amostra, definição dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a escolha dos instrumentos mais adequados para a temática em questão.

Uma vez que o grupo de investigação liderado pelo orientador Professor Doutor Luís Maia tenha há vários anos permissão para a utilização de dois dos testes utilizados, nomeadamente o IACLIDE e o SCL-90-R, assegurou-se a utilização dos mesmos para o presente estudo. Dada a impossibilidade de se poderem utilizar escalas validadas para a população portuguesa referentes ao risco de suicídio, foi elaborada uma adaptação semântica para a língua portuguesa da versão Brasileira 5.0.0 do M.I.N.I. No documento original consta que este pode ser utilizado por investigadores e clínicos que trabalham em instituições públicas,

nomeadamente em universidades, hospitais e organismos governamentais, podendo, desta forma, ser utilizado em contexto clínico e de investigação, como é o caso.

Escolhidos os instrumentos de avaliação, procedeu-se à elaboração do questionário sociodemográfico e construção do questionário (ver Anexo 1), sendo que de seguida foi realizado um pré-teste com 10 sujeitos (5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino) com a finalidade de se verificar a possível existência de ambiguidades, falhas ou questões incorrectas. Paralelamente a este processo foi estabelecido um primeiro contacto com a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego, com vista a obter o consentimento para a entrega dos questionários. Após este consentimento, procedeu-se à entrega dos mesmos neste local de ensino para posterior preenchimento. Deste modo, este preenchimento foi efectuado, única e exclusivamente em formato impresso, através de uma abordagem directa aos alunos. De salientar que este procedimento obedeceu às questões de anonimato e confidencialidade, sendo que antes de se entregar o mesmo foi possível a explicação do objectivo principal do estudo, bem como o esclarecimento dessas questões. Por sua vez, o seu retorno foi realizado através do recurso a um envelope selado. Além disso, garantiu-se aos alunos a utilização dos dados apenas para fins de investigação. Todo este processo de aplicação dos questionários decorreu durante cerca de 5 meses (entre os meses de Dezembro de 2011 e Abril de 2012).

Posto isto, foram recolhidos 203 questionários tendo sido eliminados 36 devido ao preenchimento incorrecto dos mesmos.



# Capítulo 5 - Resultados

## Introdução

Para a análise estatística dos dados obtidos, utilizou-se a versão 20.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O processo de análise de dados é constituído por várias etapas, sendo que a primeira é dedicada à verificação da possível existências de erros, ou seja, verificar se existem dados que caem fora do intervalo de valores possíveis para uma variável. Caso se detectem tais erros, procede-se à sua correcção. De igual modo, verificou-se a ocorrência de valores em falta, tendo sido igualmente corrigidos.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva habitual, através de frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e mínimo.

De seguida, e partindo do postulado pelo teorema do limite central, procedeu-se à análise da normalidade, sendo que, à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal, assumindo-se, assim, a normalidade da amostra. Contudo, aquando do segundo pressuposto que refere as observações serem independentes entre si e as variâncias de cada grupo serem iguais entre si, havendo assim uma homogeneidade das variáveis (Maroco, 2010), verificou-se que, nem sempre este último pressuposto era cumprido. Desta forma, aquando o cumprimento dos pressupostos anteriormente referidos, o efeito das variáveis independentes na variável dependente, foi analisado através dos testes *t*-Student (comparação de dois subgrupos) e *One-Way* ANOVA (comparação de três ou mais subgrupos). Quando os pressupostos não estavam assegurados, realizaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o Mann-Whitney (comparação de dois subgrupos). Com o intuito de se avaliar a distribuição por categorias, utilizou-se o teste Qui-Quadrado.

## 5.1 - Fiabilidade dos instrumentos

Para se avaliar a fiabilidade dos instrumentos utilizados, recorreu-se ao Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Deste modo, devido ao facto de ter sido utilizada, para a avaliação do risco de suicídio, uma metodologia clínico fenomenológica, à mesma impossibilitasse a aplicação de uma metodologia psicométrica de análise de consistência interna.

No que concerne ao SCL-90-R, verificou-se, em todas as dimensões avaliadas, uma boa consistência interna (ver Tabela 4).

Tabela 4. Fiabilidade das dimensões do SCL-90-R

Dimensões	$\alpha$ de Cronbach
Somatização	0,88
Obsessão-compulsão	0,89
Sensibilidade interpessoal	0,90
Depressão	0,88
Ansiedade	0,88
Hostilidade	0,80
Ansiedade fóbica	0,81
Ideação paranóide	0,85
Psoticismo	0,85
Escala adicional	0,79

Quanto ao IACLIDE, pode verificar-se que o coeficiente de fiabilidade obtido para todos os 23 itens da escala foi de 0,91, o que revela uma excelente consistência interna dos mesmos.

## 5.2 - Análises estatísticas

Inicialmente procedeu-se à análise de frequências referentes ao risco de suicídio na população em estudo, tendo em consideração a presença ou ausência de risco de suicídio. Optou-se pela divisão desta variável em dois grupos - presença e ausência - tendo em conta o tamanho reduzido da população em estudo. Por outro lado, um dos objectivos desta investigação é avaliar a prevalência do risco de suicídio nos estudantes universitários não diferenciando qual o grau. Deste modo, verificou-se que 135 alunos não apresentam qualquer risco de suicídio (80,8%), contrariamente a 32 alunos que apresentam risco de suicídio leve ou moderado (19,2%).

Relativamente às comparações entre grupos, no que concerne às diferenças de género, verifica-se, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, que os alunos do sexo feminino apresentam níveis médios mais elevado de risco de suicídio, quando comparado com os alunos do sexo masculino, indicando estes resultados uma elevada significância estatística ( $U = 2880$ ;  $W = 6040$ ;  $p = 0,00$ ) (ver Tabela 5).

Tabela 5. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do género

	Género		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Feminino Média	Masculino Média	
Risco de suicídio	90,77	76,46	0,00*

\* $p < 0,05$

Quanto à comparação entre a variável faixa etária e o risco de suicídio, verifica-se, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que os níveis de risco de suicídio são mais elevados no grupo dos jovens entre os 18 e os 22 anos, comparativamente aos jovens entre os 23 e os 30 anos, não sendo tais diferenças estatisticamente significativas ( $U = 3202$ ;  $W = 6442$ ;  $p = 0,19$ ) (ver Tabela 6).

Tabela 6. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da faixa etária

	Faixa etária		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	18 aos 22 anos Média	23 aos 30 anos Média	
Risco de suicídio	87,20	80,53	0,19

No que respeita aos dados relativos ao estado civil, verifica-se, através do teste paramétrico *One-Way ANOVA*, que os alunos que se encontram em união de facto são o grupo que apresenta maiores níveis de risco de suicídio ( $M = 0,29$ ;  $DP = 0,49$ ), seguido pelo grupo dos solteiros ( $M = 0,19$ ;  $DP = 0,40$ ) e dos que se encontram casados ( $M = 0,13$ ;  $DP = 0,35$ ), não sendo estas diferenças estatisticamente significativas [ $F(0,15;25,72) = 0,32$ ;  $p > 0,05$ ] (ver Tabela 7).

Tabela 7. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm DP$ ) do risco de suicídio em função do estado civil

	Estado civil				<i>p</i> -valor
	Solteiro $M \pm DP$	Casado $M \pm DP$	Divorciado $M \pm DP$	União de facto $M \pm DP$	
Risco de suicídio	0,19 $\pm$ 0,40	0,40 $\pm$ 0,35	0,00 $\pm$ 0,00	0,29 $\pm$ 0,49	0,32

**Risco de suicídio, saúde e estilos de vida**  
Universidade da Beira Interior

No que concerne à relação entre o risco de suicídio e a variável ciclo e ano de estudos, os resultados indicam, através do teste paramétrico One-Way ANOVA, que os grupos de alunos que apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio são os alunos que frequentam o 1º (M = 0,21; DP = 0,41) e 2º anos de licenciatura (M = 0,21; DP = 0,41) apresentando iguais médias, seguindo-se o grupo de alunos que frequenta uma pós-graduação (M = 0,19; DP = 0,40). Por fim, o grupo com média mais baixa de risco de suicídio pertence aos alunos que frequentam o 3º ano de licenciatura (M = 0,19; DP = 0,40), contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas [ $F(0,15;25,72) = 0,10$ ;  $p > 0,05$ ] (ver Tabela 8).

Tabela 8. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm$ DP) do risco de suicídio em função do ciclo e ano de estudos

	Ciclo e ano de estudos				p-valor
	Licenciatura			Pós-graduação	
	1º ano	2º ano	3º ano	M $\pm$ DP	
Risco de suicídio	0,21 $\pm$ 0,41	0,21 $\pm$ 0,41	0,17 $\pm$ 0,38	0,19 $\pm$ 0,40	0,10

Os resultados relativos ao local de residência foram realizados com a ajuda do teste não paramétrico de Mann-Whitney, sendo que estes não revelaram diferenças estatisticamente significativas ( $U = 3179$ ;  $W = 7932$ ;  $p = 0,30$ ). Contudo, verifica-se que os níveis de risco de suicídio são mais elevados em alunos residentes em meio rural, comparativamente aos alunos residentes em meio urbano (ver Tabela 9).

Tabela 9. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do local de residência

	Local de residência		Teste de Mann-Whitney p-valor
	Rural Média	Urbano Média	
Risco de suicídio	87,09	81,77	0,30

A análise da comparação entre o risco de suicídio e o facto de o aluno ser deslocado ou não em tempo de aulas do seu agregado familiar habitual foi realizada através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, onde se pode verificar que são os alunos deslocados os que apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio, comparativamente aos alunos não deslocados, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $U = 2753$ ;  $W = 8748$ ;  $p = 0,04$ ) (ver Tabela 10).

Tabela 10. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do aluno ser deslocado ou não deslocado do seu local de residência habitual

	Deslocação		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Deslocados	Não deslocados	
	Média	Média	
Risco de suicídio	91,03	80,26	0,04*

\* $p < 0,05$

Relativamente à comparação entre o risco de suicídio e a presença ou não de hábitos tabágicos, verifica-se, com a ajuda do teste paramétrico *t*-Student, que os alunos que têm hábitos tabágicos apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio ( $M = 0,24$ ;  $DP = 0,43$ ), contrariamente aos alunos que não possuem esse hábito ( $M = 0,17$ ;  $DP = 0,38$ ), não sendo tais diferenças estatisticamente significativas [ $t(165) = -1,03$ ;  $p = 0,31$ ] (ver Tabela 11).

Tabela 11. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm DP$ ) do risco de suicídio em função dos hábitos tabágicos

	Hábitos tabágicos		<i>p</i> -valor
	Fuma	Não fuma	
	$M \pm DP$	$M \pm DP$	
Risco de suicídio	$0,24 \pm 0,43$	$0,17 \pm 0,38$	0,31

No que se refere à comparação entre o risco de suicídio e o consumo ou não de álcool, os resultados indicam, através do teste paramétrico *t*-Student, que os alunos que consomem bebidas alcoólicas apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio ( $M = 0,21$ ;  $DP = 0,41$ ), em comparação com os alunos que não consomem qualquer bebida alcoólica ( $M = 0,16$ ;  $DP = 0,37$ ), não sendo, contudo, tais diferenças estatisticamente significativas [ $t(165) = -0,81$ ;  $p = 0,42$ ] (ver Tabela 12).

Tabela 12. Análise comparativa dos valores médios ( $\pm DP$ ) do risco de suicídio em função do consumo de álcool

	Consumo de álcool		<i>p</i> -valor
	Consome	Não consome	
	$M \pm DP$	$M \pm DP$	
Risco de suicídio	$0,21 \pm 0,41$	$0,16 \pm 0,37$	0,42

Da análise entre o risco de suicídio e a prática ou não de actividade física, verificou-se que os alunos praticam, de uma forma regular, algum tipo de actividade física, apresentam

níveis menos elevados de risco de suicídio, comparativamente aos alunos que não praticam. Com a utilização do teste não paramétrico de Mann-Whitney, verifica-se que estas diferenças são estatisticamente significativas ( $U = 2057$ ;  $W = 10442$ ;  $p = 0,03$ ) (ver Tabela 13).

Tabela 13. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da prática de actividade física

	Actividade física		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Praticantes	Não praticantes	
	Média	Média	
Risco de suicídio	80,95	94,37	0,03*

\* $p < 0,05$

Quanto à comparação entre o risco de suicídio e presença ou não de doença no próprio aluno, esta foi realizada através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, sendo que os resultados indicam que alunos que apresentam alguma doença revelam um maior risco de suicídio, contrariamente aos alunos que não revelam qualquer tipo de doença. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $U = 1797$ ;  $W = 11388$ ;  $p = 0,21$ ) (ver Tabela 14).

Tabela 14. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da presença ou ausência de doenças

	Doença		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Presença	Ausência	
	Média	Média	
Risco de suicídio	91,03	85,52	0,21

Analisando os dados relativos à comparação entre o risco de suicídio e a presença ou não de alguma doença no agregado familiar do aluno, verifica-se, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, que os alunos que têm algum familiar com alguma doença, apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio em comparação com os que não têm doenças no meio familiar, sendo que os resultados indicam elevada significância estatística ( $U = 2617$ ;  $W = 7567$ ;  $p = 0,00$ ) (ver Tabela 15).

Tabela 15. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da presença ou ausência de doenças no agregado familiar

	Doença no agregado familiar		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Presença Média	Ausência Média	
Risco de suicídio	95,01	76,43	0,00*

\* $p < 0,05$

Em relação à análise de frequências quanto aos níveis de saúde mental, através do Índice Global de Severidade (GSI) calculado no SCL-90-R, obteve-se que dos 167 alunos presentes na amostra, 114 não apresentam sintomatologia psicopatológica (68,3%), contrariamente a 53 alunos que apresentam estes sintomas (31,7%).

Aquando da comparação entre o risco de suicídio e a presença ou não de sintomas psicopatológicos, optou-se pela divisão da pontuação global, bem como de cada uma das dimensões do SCL-90-R, em dois grupos distintos. O primeiro correspondente à ausência de sintomas psicopatológicos com pontuações entre 34 e 59; por outro lado o segundo grupo diz respeito à presença de sintomas psicopatológicos com pontuações entre 60 e 75. Deste modo, para se proceder à análise comparativa entre o risco de suicídio e o GSI (SCL-90-R), recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Assim, verifica-se que os alunos com presença de sintomas psicopatológicos apresentam níveis superiores de risco de suicídio comparativamente aos alunos que não revelam sintomas psicopatológicos, sendo estas diferenças altamente significativas ( $U = 2199$ ;  $W = 8754$ ;  $p = 0,00$ ) (ver Tabela 16).

Tabela 16. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função do GSI

	GSI		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Presença Média	Ausência Média	
Risco de suicídio	99,51	76,79	0,00*

\* $p < 0,05$

Tendo em conta as diferenças significativas dos indicadores dos sintomas psicopatológicos (variável GSI com as categorias de ausência ou presença de sintomas psicopatológicos) relativamente ao risco de suicídio, optou-se pela realização do teste Qui-Quadrado, com o objectivo de se avaliar a distribuição do GSI (SCL-90-R) em alunos com ausência ou presença de risco de suicídio. Considerando os resultados obtidos e tendo em conta a amostra de 167 alunos, verifica-se que, dos alunos que apresentam risco de suicídio, a maior parte ( $N = 20$ ) apresenta sintomas psicopatológicos. Por outro lado, tendo em consideração os alunos que apresentam sintomas psicopatológicos, a maior parte ( $N = 33$ ) não

revela qualquer risco suicidário (ver Tabela 17), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 = 17,29$ ;  $p = 0,00$ ).

Tabela 17. Análise da distribuição pelas categorias risco de suicídio e GSI

		Risco de suicídio		Total Frequência (%)
		Ausência de risco Frequência (%)	Presença de risco Frequência (%)	
GSI	Ausência de sintomas psicopatológicos	102 (61,2%)	12 (7,2%)	114 (68,3%)
	Presença de sintomas psicopatológicos	33 (19,8%)	20 (12,8%)	53 (31,7%)
	Total Frequência (%)	114 (80,8%)	53 (19,2%)	167 (100%)

Com o intuito de se analisar quais os efeitos de cada uma das dimensões sintomáticas do SCL-90-R na variável risco de suicídio, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para se facilitar a análise estatística, procedeu-se à divisão em dois grupos, tendo em conta as pontuações obtidas em cada dimensão. Assim, o primeiro grupo refere-se à ausência de sintomas psicopatológicos com pontuações entre 34 e 59; por outro lado, o segundo grupo corresponde à presença de sintomas psicopatológicos contendo pontuações entre 60 e 75. Desta forma, verifica-se que, todos os alunos que apresentam médias mais elevadas em cada uma das dimensões revelam um maior de risco de suicídio. Contudo, na dimensão Somatização e Hostilidade, esta diferença não foi estatisticamente significativa, contrariamente às restantes dimensões (ver Tabela 18).

Tabela 18. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função das dimensões do SCL-90-R

		Presença	Ausência	<i>U</i>	<i>W</i>	Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
		Média	Média			
Dimensões do SCL-90-R e Risco de suicídio	Somatização	85,39	79,39	2770	8335	0,36
	Obsessão-Compulsão	93,91	78,72	2586	8581	0,01*
	Sensibilidade Interpessoal	101,08	76,06	2115	8670	0,00*
	Depressão	101,01	78,10	1934	9684	0,00*
	Ansiedade	102,62	77,94	1819	9820	0,00*
	Hostilidade	90,96	81,81	2261	10389	0,13
	Ansiedade Fóbica	99,93	79,93	1719	10630	0,00*
	Ideação Paranóide	96,90	78,17	2319	8989	0,00*
	Psicoticismo	97,83	77,03	2334	8550	0,00*

\* $p < 0,05$

Por fim, procedeu-se à análise de frequências referentes à depressão, tendo em consideração a ausência ou presença desta variável na população em estudo. Neste sentido, verificou-se que 136 alunos não apresentam depressão (81,4%), contrariamente a 31 alunos que apresentam depressão leve ou moderada (18,6%).

Quanto à comparação entre o risco de suicídio e a depressão, optou-se pela divisão da pontuação total do IACLIDE em dois grupos distintos, sendo que o primeiro grupo se refere aos alunos que não apresentam depressão com pontuações no IACLIDE entre 0 e 20; por outro lado, o segundo grupo é constituído pelos alunos que apresentam depressão leve a grave com pontuações no IACLIDE entre 21 e 58<sup>1</sup>. Desta forma, verifica-se, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, que os alunos com presença de depressão apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio, contrariamente aos alunos com ausência de depressão. Estas diferenças são altamente significativas ( $U = 1435$ ;  $W = 10751$ ;  $p = 0,00$ ) (ver Tabela 19).

<sup>1</sup> Nenhum aluno apresentou depressão grave, pelo que serão apresentados resultados para a ausência de depressão e presença de depressão leve a moderada.

Tabela 19. Análise comparativa dos valores médios do risco de suicídio em função da presença ou ausência de depressão

	Depressão		Teste de Mann-Whitney <i>p</i> -valor
	Presença Média	Ausência Média	
Risco de suicídio	105,71	79,05	0,00*

\* $p < 0,05$

Tendo em consideração as diferenças significativas dos indicadores de depressão (variável IACLIDE com as categorias ausência de depressão ou presença leve a grave) ao nível do risco de suicídio, optou-se por se realizar o teste do Qui-Quadrado. Deste modo, este teste tem como principal intuito a avaliação da distribuição do IACLIDE em alunos com ausência ou presença de risco de suicídio. Mediante os resultados obtidos e tendo em conta a amostra de 167 alunos, é possível verificar-se que, dos alunos que apresentam risco de suicídio, a maior parte ( $N = 18$ ) não apresenta níveis de depressão. Por outro lado, tendo em conta os alunos que apresentam níveis de depressão, a maior parte ( $N = 17$ ) não apresenta risco de suicídio (ver Tabela 20), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $X^2 = 16,61$ ;  $p = 0,00$ ).

Tabela 20. Análise da distribuição pelas categorias risco de suicídio e IACLIDE

		Risco de suicídio		Total Frequência (%)
		Ausência de risco Frequência (%)	Presença de risco Frequência (%)	
IACLIDE	Ausência de depressão	118 (70,7%)	18 (10,8%)	135 (%)
	Depressão leve e moderada	17 (10,2%)	14 (8,4%)	32 (18,6%)
Total Frequência (%)		136 (80,8%)	31 (19,2%)	167 (100%)

# Capítulo 6 - Discussão

## Introdução

Tendo em consideração os resultados apresentados, é possível verificar que em algumas situações estes estão em conformidade com o encontrado aquando da pesquisa bibliográfica, enquanto em outras situações, os resultados mostram-se um pouco contraditórios. Neste sentido, e para que se chegue a uma compreensão mais aprofundada das conclusões encontradas, torna-se pertinente a confrontação dos mesmos com a bibliografia existente.

Mediante os objectivos definidos inicialmente e os resultados obtidos, chegou-se à conclusão que existem, de facto, diversos factores de risco e de protecção relativamente ao risco de suicídio presentes na população universitária. Assim, segue-se a confrontação entre os resultados obtidos na presente investigação e a revisão bibliográfica apresentada nos três primeiros capítulos.

## 6.1 - Análise e discussão dos resultados

A mudança constitui-se como um factor recorrente na vida do ser humano, contudo se esta aparecer associada a experiências perturbadoras, leva a efeitos adversos sobre a saúde física e psicológica do indivíduo que atravessa essa mudança (Costa & Leal, 2008). É no período do ingresso ao ensino superior que o jovem adulto se depara com inúmeras mudanças na sua própria vida (Costa et al., 2007-2008). Deste modo, a entrada e posterior adaptação ao ensino superior é considerada um evento ameaçador para o jovem universitário (Costa & Leal, 2008). Neste sentido, na presente investigação pôde verificar-se que, dos 167 alunos que constituíram a amostra, 19,2% apresentam risco de suicídio leve a moderado, o que corresponde a 32 alunos, comparativamente aos restantes 135 alunos (80,8%) que não apresentam qualquer risco. Os resultados obtidos vão de encontro ao anteriormente exposto, acrescentando ainda que é neste período que o estudante se encontra mais vulnerável (Kessler et al., 2005; Mikolajczyk et al., 2008); Mowbray et al., 2006; Silveira et al., 2011; Zivin et al., 2009).

Tendo em consideração as variáveis sociodemográficas estudadas, verificou-se que, no que concerne à relação entre risco de suicídio e as diferenças de género, os resultados obtidos na presente investigação suportam a ideia de que o sexo feminino regista níveis mais elevados de risco de suicídio. Estes resultados são corroborados pelos autores Abrantes-Gonçalves e Coelho (2008) e Saraiva (2006a, 2006b).

Tendo em consideração jovens estudantes, também outros autores (Calvo et al., 2003; Gould et al., 2003; Mackenzie et al., 2011; Werlang et al., 2005) encontraram, nos seus estudos, esta diferença. No entanto, apesar do ser o sexo feminino o que mais tenta o

suicídio, são os homens os que mais consomem o acto (Werlang et al., 2005). Esta diferença parece estar associada com a maior frequência de factores de risco associados, sendo um exemplo o abuso de substâncias (Gould et al., 2003) e o facto de ser o sexo masculino o que utiliza métodos mais agressivos e potencialmente letais nas tentativas de suicídio, comparativamente ao sexo feminino (Abrantes-Gonçalves & Coelho, 2008; Saraiva, 2006a, 2006b). Por outro lado, um maior risco de suicídio no sexo feminino, contudo menor taxa de suicídio, pode ser atribuído à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais, bem como ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as jovens do sexo feminino são capazes de reconhecer precocemente sinais de risco para o desenvolvimento de alguma doença mental, nomeadamente a depressão e consequente aumento de risco de suicídio, levando-as, por sua vez, a procurar ajuda em momentos de crise e a participarem em redes de apoio social (Stack, 2000).

Partindo agora para a relação existente entre o risco de suicídio e a idade, pode salientar-se que existe maior risco em determinadas faixas etárias, tanto para o suicídio como para o para-suicídio, sendo estas distintas (Henriques, 2006). Na presente amostra, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas. Contudo, verifica-se que é a faixa etária entre os 18 e os 22 anos a que apresenta níveis mais elevados de risco de suicídio, comparativamente à faixa etária entre os 23 e os 30 anos de idade. Estes resultados vão contra o que postula Henriques (2006) que refere ser em idades mais avançadas que se encontra um maior risco de suicídio, visto que estes se encontram em idade adulta logo sujeitos a uma maior competição. Apesar de grande parte dos estudos referirem que o risco de suicídio aumenta com a idade (Gould et al., 2003), há já alguns autores que salientam o crescimento dos níveis associados ao risco de suicídio nos jovens adultos (Campos & Leite, s.d; Diekstra & Gulbinat, 1993; Meneghel et al., 2004), uma vez que há poucas perspectivas para esta população no futuro (Diekstra & Gulbinat, 1993). Meneghel e colaboradores (2004) acrescentam ainda que a vulnerabilidade ao desemprego é um factor de risco para o aumento do risco de suicídio na população universitária.

Assim, transpondo para a actual situação económica do País, em que os índices de desemprego aumentam a cada dia, e em que a instabilidade é a única coisa estável, pode, de facto, entender-se este aumento do risco de suicídio na população universitária. Um outro factor que corrobora e tenta explicar os resultados obtidos relacionados com o maior risco de suicídio na faixa etária entre os 18 e os 22 anos, é referido por Gould e colaboradores (2003), que salientam o aumento da prescrição de antidepressivos para adolescentes e jovens adultos.

Na presente amostra, pode verificar-se, relativamente à variável estado civil, que existe um maior risco de suicídio nos estudantes que se encontram em união de facto ou solteiros, o que vai de encontro aos estudos de Mackenzie e colaboradores (2011) e Freitas e Botega (2002). Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa, talvez devido à elevada percentagem do estado civil solteiro(a). Isto deve-se à população escolhida ter sido de jovens universitários, sendo o mais provável a existência de um maior número de

estudantes solteiros. No entanto, e apesar das diferenças não serem significativas, a verdade é que a menor percentagem de risco de suicídio encontra-se nos estudantes casados. Este dado é corroborado por vários autores (Baptista, 2005; Botega et al., 2005; Fonseca et al., 2010; Henriques, 2006; OMS, 2006; Saraiva, 2006a, 2006b), sendo que o casamento parece funcionar como um factor contra o suicídio (Baptista, 2005; Botega et al., 2005; OMS, 2006; Saraiva, 2006a, 2006b) conferindo um suporte emocional, social e funcional, facilitando assim a integração com a comunidade. Deste modo, vai fazer com que haja um evitamento do isolamento social (Baptista, 2005; Botega et al., 2005; Saraiva, 2006a, 2006b). De salientar que outros autores (Meneghel et al., 2004) referem, com os seus estudos, que são as pessoas casadas que evidenciam níveis superiores de risco de suicídio.

Uma outra variável estudada foi o local de residência. As diferenças encontradas não revelaram significância estatística apesar da média do risco de suicídio ser ligeiramente superior nos estudantes residentes em meio rural. Contudo, e porque as médias encontradas foram muito próximas, parece que o risco de suicídio não se altera em função do local de residência.

No que diz respeito à relação existente entre risco de suicídio e ciclo e ano de estudos, não se verificaram, tal como na relação anterior, diferenças estatisticamente significativas, uma vez que os valores registados foram muito semelhantes. Contudo, os resultados apontam para níveis mais elevados de risco de suicídio nos dois primeiros anos de licenciatura, diminuindo no terceiro ano e aumentando, ligeiramente, em estudantes que estejam a frequentar uma pós-graduação. Estes resultados, apesar de não serem estatisticamente significativos, podem estar relacionados com a variável idade descrita anteriormente, na medida em que se pode verificar que o risco de suicídio está a aumentar em faixas etárias mais novas. Uma possível explicação para este facto é apresentada por Costa e colaboradores (2007-2008), quando referem a existência de constantes mudanças com as quais o jovem adulto se depara aquando do ingresso ao ensino superior, sendo este um período marcado por novos desafios e incertezas, que podem estar na origem de desequilíbrios emocionais no estudante.

Os resultados obtidos aquando da comparação entre o risco de suicídio e o facto de o aluno ser deslocado ou não do seu local de residência habitual, revelaram ser estatisticamente significativos. Deste modo, na presente amostra pôde verificar-se que são os estudantes que se encontram deslocados do seu local de residência habitual, os que apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio. Estes resultados vão de encontro a alguns estudos encontrados na literatura, sendo diversas as explicações apresentadas que tentam justificar esta diferença. Uma justificação é o facto do estudante, ao residir com os familiares e poder contar com eles, funciona como um factor protector contra a autodestruição, minimizando o risco de suicídio (Werlang et al., 2005). Além disso, outro achado foi o facto de os alunos deslocados apresentarem mais problemas de isolamento/solidão e de adaptação à universidade, comparativamente aos alunos não deslocados (Guerra et al., 2002). Por sua vez, Batista e Almeida (2002) salientam que os

alunos não deslocados apresentam níveis superiores de bem-estar físico e psicológico, melhor equilíbrio emocional e maior estabilidade afectiva. Demonstram ainda mais optimismo, confiança e detêm melhores competências na tomada de decisão. Eisenberg e colaboradores (2007) acrescentam que os estudantes que vivem com os pais em tempo de aulas relatam mais pensamentos suicidários, comparativamente aos estudantes deslocados. Por fim, Costa e Leal (2008) encontraram no seu estudo que os alunos deslocados do seu meio de residência habitual apresentam níveis mais elevados de ansiedade e menor *distress* psicológico do que os alunos não deslocados.

No entanto, nem todos os estudos apontam para estas diferenças, existem autores que defendem que o facto de o aluno ser deslocado, faz com que haja um estreitamento dos laços entre pais e filhos, constituindo-se como um factor protector contra o risco de suicídio (Rebelo & Lopes, 2001).

Além das variáveis sociodemográficas estudadas, foram igualmente analisadas variáveis que fazem parte de determinados estilos de vida presentes nos jovens universitários. Assim, tendo em conta a relação existente entre o risco de suicídio e hábitos tabágicos, as diferenças encontradas não demonstraram significância estatística. Contudo, foi possível verificar que existe uma diferença de médias, sendo que os alunos fumadores apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio, comparativamente aos que não possuem este hábito. De salientar que existe uma heterogeneidade dos grupos, uma vez que 67,1% dos alunos não revelam hábitos tabágicos, contrariamente a 32,9% dos alunos que actualmente apresentam esse hábito. Estas diferenças, apesar de não serem estatisticamente significativas, vão de encontro aos estudos encontrados aquando da revisão bibliográfica (Hemmingsson & Kriebel, 2003; Leistikow et al., 2000; Miller et al., 2000; Miller et al., 2000). Além disso, outros autores salientam que esta associação positiva entre o tabagismo e o risco de suicídio, pode dever-se a “factores de terceiros” ou a “variáveis de confusão” tais como a depressão (Hemmingsson & Kriebel, 2003; Kessler et al., 2007). De ressaltar que nesta investigação pretendeu-se avaliar a presença actual de hábitos tabágicos e não se os alunos já tinham história deste hábito no passado. Neste sentido, o estudo de Breslau e colaboradores (2005) surge neste sentido, salientando que pessoas que actualmente fumam, mesmo não tendo tido esse hábito no passado, constitui-se como um factor preditor da ocorrência de pensamentos ou tentativas de suicídio.

Fumar pode causar comportamentos suicidários, através de vários mecanismos. Uma das primeiras justificações é o facto de que fumar piora o humor, a impulsividade, a agressividade e outros factores comportamentais, sendo que estes predispõem ao suicídio. É geralmente a nicotina que provoca esse tipo de problemas comportamentais (Parrot, 2003). Neste sentido, existem evidências de que a exposição à nicotina reduz a serotonina (Benwell et al., 1990) o que, por sua vez, leva a um aumento da hostilidade, agressão e aumenta, igualmente, o risco de suicídio (Malone et al., 2003). Isto pode ser devido a uma ruptura na função inibitória do córtex pré-frontal ventral como um resultado da entrada de menos serotonina (Kamali, Oquendo & Mann, 2001). Outro possível mecanismo é o facto dos baixos

níveis de MAOs A e B, serem muitas vezes, mas não sempre, associados aos suicídio, sendo que os sujeitos que fumam têm níveis mais baixos de MAOs do que os que não fumam (Fowler et al., 2003). Hughes (2008) salienta que fumar pode aumentar o risco de suicídio pelo facto de causar doenças graves. Segundo vários autores (McClernon et al., 2006; Mann et al., 2006; Licinio & Wong, 2005; Reith & Edmondson, 2007), a nicotina funciona como antidepressivo o que, por sua vez, faz aumentar o risco de suicídio em adultos.

Relativamente à relação existente entre risco de suicídio e consumo de álcool, os resultados obtidos na presente investigação não revelaram ser estatisticamente significativos. No entanto, encontraram-se diferenças de médias que inferem a existência de níveis mais elevados de risco de suicídio em alunos que consomem algum tipo de bebida alcoólica. Estas diferenças são igualmente relatadas na literatura, sendo vários os autores que referem tal relação (Grácio, 2009; Mello et al., 2001; Norström, 1995; Swahn et al., 2008). Cherpitel e colaboradores (2004) realçam a importância do papel que o consumo de álcool tem no comportamento suicidário, sendo este promotor de depressão e desesperança, o que por sua vez facilita o comportamento agressivo. Também Anderson e Bamberg (2006) referem a associação que existe entre o consumo de álcool e a ocorrência de doença mental, nomeadamente a depressão, como acrescenta Brady (2006). Além disso, há igualmente um aumento da impulsividade com o consumo de álcool, o que por sua vez faz aumentar o risco de suicídio (Borges et al., 2000; OMS, 2006).

De um modo mais específico, há autores que referem que o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses se associa positivamente com a presença de ideação suicidária e tentativas de suicídio (Borges et al., 2010; Muula et al., 2007).

A relação estudada entre a prática de actividade física e o risco de suicídio revelou que os alunos que não praticam nenhum tipo de actividade física, apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio, comparativamente aos alunos que praticam, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Os resultados encontrados vão de encontro ao estudo com jovens universitários de Brown e Blanton (2002), em que verificaram que os estudantes que estão envolvidos em algum tipo de actividade física, mesmo sendo algo ligeiro, revelam uma redução do risco de suicídio.

Os presentes resultados são igualmente corroborados por outros autores que referem que os baixos níveis de actividade física constituem-se como um factor de risco para a saúde (Franca & Colares, 2008). Taliaferro e colaboradores (2009) vão ainda mais longe, quando referem que a prática de actividade física pode ser considerada um factor de protecção contra a depressão e comportamentos suicidários.

Sabe-se que a prática de actividade física faz aumentar os níveis de bem-estar emocional incluindo melhorias no humor deprimido (Dishman et al., 2006; Salmon, 2001), na ansiedade e no *stress* (Salmon, 2001), bem como na auto-estima (Dishman et al., 2006). Assim, a diferença encontrada na presente investigação entre estas duas variáveis, pode ser explicada por Sabo e colaboradores (2005), sendo que estes salientam que, através do efeito positivo que a prática de actividade física exerce sobre o bem-estar psicológico, esta pode

funcionar como um factor protector contra os comportamentos suicidários, como referido anteriormente.

Existem outros autores que tentam explicar o porquê da prática de actividade física funcionar como um factor protector contra o suicídio. Durkheim (1996) foi um deles, referindo que o jovem, ao se envolver em algum desporto, faz com que este desenvolva uma identidade atlética e adopte determinados valores e objectivos comuns à equipa, se for o caso. Por sua vez, Hirschi (1969) sugere que a prática de algum tipo de actividade física por parte do jovem, faz com que se desenvolva neste um estreitamento de laços sociais, reduzindo assim o risco de suicídio.

Outra vertente analisada na presente investigação foi a saúde física do aluno e dos membros do seu agregado familiar, através da presença ou não de doença. Neste sentido, tendo em conta a relação entre o risco de suicídio e a presença ou não de doença no próprio aluno, foi possível verificar-se que os alunos que apresentam alguma doença ao nível físico, revelam níveis mais elevados de risco de suicídio, contrariamente aos que não apresentam qualquer tipo de doença física. Apesar de esta diferença não ter sido estatisticamente significativa, existe uma ligeira diferença de médias. Além disso, é necessário salientar-se a elevada discrepância na distribuição percentual relativamente à presença de doença na população estudada, sendo que 82,6% dos alunos não apresentam qualquer doença física, contrariamente a 17,4% dos alunos que apresentam algum tipo de doença física. Tais diferenças são documentadas na revisão bibliográfica realizada, sendo que Werlang e colaboradores (2005) verificaram que grande parte dos jovens que apresentavam ideação suicidária sofria de algum tipo de doença física.

A presença de alguma doença física no jovem, principalmente se esta for incapacitante para este, pode gerar sentimentos de desesperança, sendo este sentimento considerado um factor de risco e preditor para comportamentos autodestrutivos (De Leo et al., 2003; Goldstein & Brent, 2010).

Ainda dentro desta questão da saúde física, também a presença ou ausência de alguma doença em algum membro do agregado familiar do aluno foi uma variável estudada na presente investigação. Os resultados obtidos mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos que relatam a existência de alguma doença física em algum membro familiar e o risco de suicídio, comparativamente aos alunos que não têm qualquer familiar com alguma doença física. São diversas as possíveis explicações para estes resultados, sendo uma delas o facto de toda a família vivenciar a situação de *stress* relacionada com a doença tal como a pessoa que apresenta tal doença. Além disso, esta situação faz com que toda a família tenha que passar por um processo de adaptação (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002; Pereira & Lopes, 2002). Para Lazarus e Folkman (1989) este é um processo específico, dinâmico e com determinadas funções, com vista a reduzir o efeito devastador provocado pela situação de ameaça e para manter o bem-estar e a qualidade de vida.

Deste modo, o processo de crise familiar após o diagnóstico da doença, é desencadeado por determinados factores stressores, como o *stress* emocional e o *stress* associado à necessidade de ser responsável pelos cuidados físicos ao doente, implicações que alteram as rotinas diárias, a vida familiar e profissional (Yates, 1999). Todas estas mudanças e adaptações e tendo em consideração a gravidade da doença, podem levar a que o estudante esteja mais vulnerável a factores de risco associados ao suicídio. Neste sentido, Santos, Ribeiro e Lopes (2006) salientam a importância da adopção de mecanismos de *coping* que ajudem na árdua tarefa dos jovens em lidar com a presença de uma doença em algum membro do seu agregado familiar.

Através desta primeira parte da discussão, é possível verificarmos que os comportamentos suicidários estão muito presentes neste tipo de população, sendo que se torna necessário a adopção de medidas preventivas, uma vez que, segundo Calvo e colaboradores (2003), este fenómeno é algo que não se pode tratar, mas sim prevenir. Contudo a sua prevenção não é uma tarefa fácil (OMS, 2006). Isto porque a mudança de atitudes da parte de uma comunidade, relacionadas com o suicídio, um fenómeno social que inquietou, desde sempre, o Homem, não é possível de um momento para o outro (Santos et al., 2006).

Deste modo, desde 1989 que a OMS tem vindo a definir orientações para o desenvolvimento e implementação de programas de prevenção nos Estados-membros. Estes comportamentos podem ser observados ao longo de um *continuum* que envolve a ideação suicida, a tentativa de suicídio/para-suicídio e o suicídio consumado. Nem todos os indivíduos que se suicidam têm história de gestos suicidas, sendo que se passa o mesmo com a ideação suicidária (Santos et al., 2006).

Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken e Jorgensen (2010) salientaram como medidas gerais de prevenção o controlo do abuso da dependência alcoólica, assim como de outras substâncias ilícitas; inacessibilidade a armas de fogo; detectar se há antecedentes familiares de suicídio; verificar se existe alguma patologia mental, principalmente a depressão; verificar a existência de problemas actuais de *stress* e; estar atento ao facto de a pessoa verbalizar desejos de morrer. Além destas medidas, estes autores referem a grande importância que tem o papel da família e a promoção da saúde mental para uma possível prevenção de comportamentos suicidários.

Em Portugal, as primeiras formas de prevenção surgiram nos anos 70 com a criação de linhas telefónicas, sendo que actualmente existem vários centros SOS de voluntários orientados para o apoio na solidão, prestando apoio nas situações de crise e aos potenciais suicidas. Além disso, foi igualmente nessa altura que surgiram as consultas orientadas para o estudo, prevenção e tratamento dos comportamentos suicidários. Também outros serviços hospitalares gerais e psiquiátricos, têm atendido, em consultas específicas, doentes com condutas suicidas. A criação da Sociedade Portuguesa de Suicidologia no ano de 2000, visa, igualmente, a prevenção do suicídio (Santos et al., 2006).

Santos et al. (2006) salientam algumas estratégias de prevenção tais como programas de informação e educação, restrição de meios de suicídio, o papel dos *mídia* e, a formação dirigida à medicina geral e familiar. Souza (2010), por sua vez, acrescenta o tipo de prevenção terciária na qual deve ser tido em conta, no contacto com um indivíduo, se já ocorreu uma tentativa anterior de algum acto auto-destrutivo. Isto porque, indivíduos que já tentaram o suicídio, constituem-se como um grupo de alto risco de poderem vir a repetir essa tentativa. Deste modo, este autor considera que, em cada emergência médica, esteja presente uma equipa especialista em suicídio responsável pelo primeiro atendimento.

Voltando agora à discussão dos resultados obtidos na presente investigação, foi igualmente analisada a Saúde Mental devido à sua extrema relevância para a prática clínica, sendo esta relacionada com o risco de suicídio. Para isso, optou-se pela utilização dos questionários SCL-90-R relativo à variável Saúde Mental, e o IACLIDE referente à variável Depressão. Este último foi utilizado com a finalidade de se especificar a depressão, visto ser umas das principais perturbações mentais presentes na população em geral e muito frequente na população universitária (Dias & Fontaine, 2001).

Assim, com o auxílio do questionário SCL-90-R, foi possível se calcular o GSI que nos permitiu averiguar a presença de sintomas psicopatológicos na população em estudo. Desta forma, verificou-se que, dos 167 alunos, 53 (31,7%) apresentam sintomatologia psicopatológica, sendo que os restantes 114 alunos (68,3%) não apresentam tais sintomas. Apesar de a maioria dos alunos não apresentar qualquer sintomatologia psicopatológica, verifica-se que são muitos os que revelam tais sintomas. Estes resultados são corroborados por vários autores que salientam o aumento da prevalência e gravidade das perturbações mentais na população universitária (Eisenberg et al., 2007; Neves & Dalgalarondo, 2007; Silveira et al., 2011) sendo esta superior, comparativamente com a população jovem que já se encontra a trabalhar (Zivin et al., 2009).

O período do ingresso do jovem adulto ao ensino superior é marcado por diversas alterações, nomeadamente a saída, muitas vezes pela primeira vez, do ambiente familiar habitual (Werlang et al., 2005); a criação da própria autonomia; o desenvolvimento de relacionamentos pessoais mais íntimos; bem como a criação de novas famílias (Mowbray et al., 2006). Todas estas alterações podem levar o estudante a desenvolver um desequilíbrio emocional da não adaptação às novas vivências e ao novo ambiente o que, por sua vez, pode provocar níveis elevados de *stress*, problemas orgânicos, dificuldades de relacionamentos, baixa produtividade académica, angústias, estados de depressão, ou seja, pode desencadear situações de crise (Cerchiari, 2004; Figueiredo & Oliveira, 1995; Kaplan et al., 1997; Silveira et al., 2011; Werlang et al., 2005). É neste período que os estudantes revelam uma maior vulnerabilidade, sendo esta a faixa etária em que surgem, pela primeira vez, muitas das perturbações mentais mais graves (Kessler et al., 2005; Mikolajczyk et al., 2008; Mowbray et al., 2006; Silveira et al., 2011; Zivin et al., 2009).

De salientar que os stressores mais referidos pelos estudantes universitários relacionados com o contexto académico são as discrepâncias entre as expectativas que o

aluno tem e a realidade da própria universidade (Almeida et al., 2003; Bardagi, 2007). Por exemplo a decepção com determinados conteúdos de algumas disciplinas, desilusão com professores e falta de motivação em relacionar conteúdos com a prática profissional (Bardagi, 2007).

Aquando da análise da relação existente entre a presença de sintomas psicopatológicos e a variável risco de suicídio, pode verificar-se que a diferença existente foi estatisticamente significativa. Neste sentido, os resultados obtidos demonstraram que os alunos que apresentam sintomatologia psicopatológica revelam níveis mais elevados de risco de suicídio, em comparação com os alunos que não apresentam esses sintomas. São vários os autores que vão de encontro a estes resultados, uma vez que a existência de uma perturbação mental é considerada como um dos principais factores de risco para o suicídio (Botega et al., 2009; Baxter & Appleby, 1999; Bertolote & Fleischmann, 2004; Fonseca et al., 2010; Lawrance et al., 1999; Qin et al., 2003; Vieira & Coutinho, s.d).

Da entrada no ensino superior até à conclusão do curso, ocorrem diversas mudanças na vida dos jovens, sendo este considerado um período conturbado, marcado por desafios e incertezas que podem estar na origem de diversos problemas de saúde mental, entre os quais os comportamentos suicidários (Gonçalves et al., 2011).

Neste sentido, considera-se que mais de 90% das pessoas que cometem tal acto são portadoras de alguma doença mental que propicia o mesmo (Botega et al., 2009; Baxter & Appleby, 1999; Bertolote & Fleischmann, 2004; Fonseca et al., 2010; Lawrance et al., 1999; Qin et al., 2003; Vieira & Coutinho, s.d). Na presente investigação foi ainda possível verificar-se tal facto, através da diferença de distribuições, uma vez que, dos alunos que apresentam risco de suicídio (32 alunos), a maior parte revela sintomas psicopatológicos (33 alunos). Contudo, obteve-se igualmente que, dos alunos que apresentam sintomatologia psicopatológica (53 alunos), a maior parte não revela risco de suicídio (102 alunos), sendo tais diferenças estatisticamente significativas. Assim, deve ter-se em consideração que nem todos os casos de suicídio estão relacionados com a presença de alguma doença mental, nem que todas as pessoas que têm uma doença mental se vão suicidar (Botega et al., 2009).

Blanco e colaboradores (2008) consideram como problemas mais significativos, os relacionados com a ansiedade, depressão, dependência de substâncias e perturbações da personalidade, sendo estas perturbações mais frequentes nos estudantes. Neste sentido, para se poder averiguar de uma forma mais pormenorizada as relações existentes entre as perturbações mais relatadas na literatura nesta população e o risco de suicídio, procedeu-se à análise das dimensões primárias de sintomas que nos são facultadas pelo questionário SCL-90-R.

A relação encontrada entre duas das dimensões primárias e a variável risco de suicídio, não revelou resultados estatisticamente significativos, sendo elas a Somatização e a Hostilidade. Contudo, pode verificar-se uma ligeira diferença de médias que indicam a existência de maiores níveis de risco de suicídio quando estão presentes cada uma destas dimensões no estudante. Todos os resultados obtidos aquando da comparação entre cada uma

das restantes dimensões e a variável risco de suicídio revelaram significância estatística. Assim, verificou-se que a presença de cada uma das dimensões no estudante propicia um aumento do risco de suicídio neste. Grande parte das dimensões estudadas está relatada na literatura. Deste modo, proceder-se-á a uma breve análise de cada uma das dimensões em que os resultados mostraram ser estatisticamente significativos.

Quanto à relação existente entre a presença da dimensão Obsessão-Compulsão e o risco de suicídio, esta foi igualmente relatada por vários autores que salientam a sua relação com comportamentos impulsivos, os quais incluem comportamentos suicidários, contudo não existem estudos que revelam uma maior risco destes comportamentos nestes pacientes (Hantouche et al., 1995; Hollander et al., 1996). No que toca à relação existente entre a dimensão Sensibilidade Interpessoal e o risco de suicídio, não foram encontrados estudos específicos na revisão bibliográfica realizada. Desta forma, pode-se supor que, tendo em conta os itens desta dimensão que abordam questões tais como sentimentos de timidez, vergonha, inferioridade perante os outros e hipersensibilidade à opinião dos outros, todos eles afectam o relacionamento interpessoal do estudante o que por sua vez pode levar a um isolamento social. Relativamente à dimensão Depressão, esta é a mais relatada na literatura, corroborando os resultados obtidos na presente investigação. Como tal, será discutido de uma forma mais aprofundada após as restantes dimensões. Os estudos que relatam a relação existente entre a dimensão Ansiedade que inclui questões relativas a estados de pânico, tensão emocional e manifestações psicossomáticas, mostram-se, nomeadamente no que toca à perturbação de pânico, controversos (Tur, 2006). Alguns revelaram a existência de uma forte relação entre esta perturbação e os comportamentos suicidários (Weissman et al., 1989), tal como foi verificado no presente estudo. Contrariamente, Horning e McNally (1995), com os mesmos dados do estudo anterior, contudo maior rigor estatístico, verificaram que a perturbação de pânico não estava associada a um maior risco de suicídio, embora referindo que o risco aumenta intensamente em situações de comorbilidade com outras perturbações. Ainda dentro desta dimensão, num estudo de Staruss e colaboradores (2000) acerca da ansiedade generalizada, verificou-se que o diagnóstico de ansiedade generalizada era mais prevalente em jovens que tentaram o suicídio contrariamente aos que não tinham este tipo de comportamentos. Uma outra dimensão que está associada a esta última é a Ansiedade Fóbica. Neste sentido, Schneier e colaboradores (1992) referem que nos pacientes com fobia social, o risco de suicídio aumenta quando existe comorbilidade com outras perturbações de ansiedade e depressão major. Por fim, as últimas duas dimensões estão, de certa forma relacionadas, no sentido de que ambas fazem parte das perturbações psicóticas, mais especificamente do espectro da esquizofrenia (APA, 2002), sendo elas a Ideação Paranóide e Psicoticismo. Corroborando os resultados obtidos na presente investigação, surge o estudo de meta-análise de Bertolote e colaboradores (2004) em que revelou que mais de 90% das pessoas que revelam comportamentos suicidários apresentam esquizofrenia (14,1%).

Heisel e Flett (2004), para além de destacarem os quadros psicopatológicos relacionados com os comportamentos suicidários nos jovens, apontam também os indicadores

próprios desses quadros como o desespero, pensamentos negativos, baixa auto-estima, insónia, concentração diminuída, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimentos de culpa, perfeccionismo, poucas razões para viver. Estes são frequentemente encontrados na população jovem com comportamentos suicidários.

Especificando agora a dimensão Depressão que foi calculada com a ajuda do questionário IACLIDE, pode verificar-se que, dos 167 alunos que constituíram a presente amostra, 31 alunos (18,6%) apresentam depressão leve ou moderada, contrariamente a 136 alunos (81,4%) que não apresentam esta patologia. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Giglio (1976) que refere que cerca de 15 a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de perturbação mental ao longo do seu percurso académico principalmente depressão.

A presença desta patologia neste tipo de população, nomeadamente nos estudantes universitários, tem vindo a ser estudada por vários autores (Dias & Fontaine, 2001), sendo considerada uma das principais perturbações mentais da nossa época com efeitos nefastos na vida das pessoas afectadas, bem como a existência de comorbilidade com doenças crónicas e situações stressantes (Furegato et al., 2006). Mais especificamente tem-se verificado que esta patologia é muito frequente na população universitária. A depressão associa-se, muitas vezes, a questões desenvolvimentais presentes no início da idade adulta e a um baixo rendimento académico, na medida em que se considera existir uma estreita relação entre tarefas desenvolvimentais e o bem-estar psicológico do estudante universitário (Dias & Fontaine, 2001). Contudo, esta relação não foi incluída na presente investigação. No que toca à sua etiologia e manutenção, a depressão pode ser influenciada por múltiplos factores que se interrelacionam, tais como factores biológicos/genéticos, psicológicos e sociais (Baptista et al., 2001).

Quando estudada a relação existente entre a presença de depressão e o risco de suicídio, verificou-se que os alunos que apresentam depressão leve ou moderada revelam níveis mais elevados de risco de suicídio comparativamente aos que não apresentam esta patologia, sendo os presentes resultados estatisticamente significativos. Também na literatura foi possível encontrar estas conclusões, na medida em que a depressão tem vindo a ser frequentemente considerada, por diversos autores, como um factor de risco para o suicídio (Agerbo et al., 2002; Garlow, 2002; Gollust et al., 2008; Eisenberg et al., 2007; Kisch et al., 2005). Considera-se que a depressão é responsável por cerca de 30% dos casos de suicídio relatados em todo o mundo. Adicionalmente estima-se que o risco de suicídio, ao longo da vida, em pessoas com perturbações de humor, principalmente a depressão, é de 6 a 15% (OMS, 2006). Num estudo realizado por Vieira e Coutinho (s.d), pode verificar-se que, do total de estudantes que apresentou pensamentos suicidários, a maioria (84,61%) apresentava, igualmente, sintomatologia depressiva, moderada ou severa. Neste sentido, de salientar a grande importância que a depressão parece ter no acto suicida.

Um outro autor considera que a ideação suicidária, gestos e tentativas de suicídio, associam-se frequentemente a perturbações de humor, nomeadamente à depressão, sendo estes fenómenos mais frequentes na população jovem (Ores, 2008).

No entanto, para Mello (2000), a tendência de se associar o maior risco de suicídio à existência de alguma doença mental, principalmente à depressão, é questionável, uma vez que o suicídio, nem sempre é resultante de doença mental. Este autor refere que podemos compreender o acto suicida como uma representação ou aplicação de uma ideia patológica ou a escolha deliberada de uma pessoa sem qualquer tipo de patologia mental. Nos resultados de um estudo de Vieira e Coutinho (s.d) com estudantes, pode-se verificar que alguns alunos que apresentavam ideação suicidária, não revelavam sintomatologia depressiva, facto esse que traduz o suicídio como um fenómeno complexo, com causas multivariadas, não podendo ser resumido à existência de depressão. Também na presente investigação foi possível detectar-se tal facto, uma vez que através da diferença de distribuições, pode verificar-se que, dos alunos que apresentam risco de suicídio (32 alunos), a maior parte não apresenta sintomatologia depressiva (18 alunos). Por outro lado, dos alunos que apresentam depressão leve ou moderada (31 alunos), a maior parte não revela risco de suicídio (118 alunos), sendo tais diferenças estatisticamente significativas.

De facto que a doença mental transporta consigo maior risco de suicídio, constituindo-se como um factor de risco mais forte, juntamente com tentativa de suicídio prévia, contudo, é necessário ter em atenção que nem todos os suicidas estão doentes mentais (Mello, 2000).

A presença de doença mental é, sem dúvida, um forte factor de risco para o aumento do risco de suicídio. Desta forma, torna-se pertinente o desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde mental e que, por sua vez, previnam a doença mental nos jovens adultos. A promoção da saúde mental e prevenção da doença mental abrangem as determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, ao reforçarem os factores protectores e, por outro lado, diminuírem os factores de risco (WHO, 2004). Os locais privilegiados de acção são as escolas e os locais de trabalho (Comissão das Comunidade Europeias, 2005).

A promoção da saúde mental é um processo que fornece ferramentas para as pessoas ganharem controlo sobre a sua saúde mental e ao mesmo tempo conseguirem melhorá-la (WHO, 1986). Está, portanto mais direccionada para o melhoramento da qualidade de vida e o potencial para obter uma melhor saúde, do que propriamente para apenas ocorrer uma diminuição dos sintomas (Secker, 1998). Sabe-se que são diversos os factores psicossociais tais como dietas, exercício físico, o não fumar, evitar o excesso de álcool e sexo inseguro, que têm um amplo espectro de efeitos para a saúde (OMS, 2002).

Tem vindo a crescer, ao longo dos anos, o desenvolvimento e intervenção no âmbito da promoção da saúde em contextos escolares, nomeadamente, com jovens e crianças (WHO, 1999). Contrariamente ao que se tem verificado com esta população alvo, em contextos universitários, as coisas são bem diferentes. Apesar de alguns estudos salientarem a

importância de se desenvolver investigação e intervenção no âmbito da promoção e educação para a saúde (Pereira & Ramos, 2000), as iniciativas têm sido escassas, pontuais e localizadas, sem grande expressão de conjunto, devido às limitações que daí advêm (Pereira, 2006).

Prevenir uma doença é antecipar-se à sua ocorrência ou cuidar para que ela não ocorra. O conceito de prevenção em saúde pública é determinado por acções antecipadas que têm como objectivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. O tema prevenção de saúde mental é algo complexo de se falar pois, apesar do grande avanço das neurociências, não é possível a prevenção de muitas perturbações mentais. Contudo, as pesquisas no campo da psiquiatria, têm-se centrado no aperfeiçoamento de meios de detectar pessoas em risco de desenvolvimento de perturbações mentais. Deste modo, a detecção de perturbações mentais aumentaria a probabilidade de intervenção precoce, diminuindo positivamente o risco de uma evolução crónica ou de sequelas residuais graves (Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro & Rigonatti, 2010).

As acções preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações. Desta forma, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças (Czeresnia, 2003). A prevenção está orientada para as acções de detecção, controle e enfraquecimento dos factores de risco de enfermidades sendo o foco a doença e os mecanismos para combater-la (Buss, 2003).

Segundo a WHO (2002), a prevenção dirige-se à preocupação em evitar a doença, enquanto a promoção corresponde à melhoria da saúde e bem-estar. Através da identificação dos aspectos positivos da saúde mental, pode-se destacar um alvo e as áreas de promoção, bem como as metas a serem alcançadas. É importante se orientar os aspectos positivos da saúde mental em conjunto com a segmentação da doença. De ressaltar que tanto os aspectos preventivos, como os promocionais, podem estar presentes no mesmo programa, mantendo significados diferentes para os dois grupos de população.

A prevenção na saúde mental pode ser dividida em prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária deve ser estabelecida por meio de uma abordagem educativa e reguladora, que tenha como objectivo, evitar hábitos que possam favorecer o aparecimento de algumas perturbações mentais. Para isso, devem ser realizadas campanhas de higiene e saúde pública, cuidados primários, focando mais os grupos de alto risco. Por sua vez, a prevenção secundária deve ser realizada tendo por base a detecção precoce das perturbações mentais e realização de diagnóstico diferencial nos pacientes, promovendo abordagens terapêuticas mais efectivas. Estas abordagens preventivas devem ser realizadas no âmbito das unidades básicas de saúde e dos ambulatórios e hospitais especializados. A prevenção terciária é realizada com a finalidade de se evitar a progressão da doença, evitar ou diminuir as suas complicações, incapacidades ou sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce, promover a adaptação do paciente às situações incuráveis e prevenir recorrências da doença, controlando-a de uma forma adequada. Tais abordagens são realizadas em centros e hospitais psiquiátricos especializados, centros de reabilitação, residências temporárias, moradias

supervisionadas e/ou instituições asilares não hospitalares. Dentro deste nível de prevenção, um exemplo importante é a abordagem utilizada na prevenção do suicídio (Cordeiro et al., 2010).

Segundo Shochet e colaboradores (2001), as intervenções preventivas reduzem a depressão, os sentimentos de desesperança, agressão e comportamentos delinquentes, bem como o uso de tabaco, álcool e drogas. Neste sentido, a detecção e tratamento precoce de patologias de ordem psiquiátrica em estudantes universitários, constitui uma importante área de investimento pelo seu impacto a vários níveis: educacional, económico, social e na qualidade de vida dos jovens. Assim, os serviços de saúde mental destinados ao atendimento desta população, desempenham um papel fundamental devendo, por isso, ser especializados e de fácil acesso (Silveira et al., 2011). Deste modo, a prevenção e o tratamento adequados de certas perturbações mentais, podem reduzir os indícios de suicídio, sendo essas intervenções orientadas para indivíduos, famílias, escolas ou outro sectores da comunidade em geral. O reconhecimento e o tratamento precoce da depressão, dependência de álcool e esquizofrenia, por exemplo, são estratégias importantes, principalmente na prevenção do suicídio (OMS, 2006).

## **6.2 - Limitações e propostas futuras**

Em primeiro lugar, julgamos ter sido uma boa aposta a escolha do presente tema, uma vez que este é um fenómeno de interesse público e cada vez mais presente na nossa sociedade. Contudo, foram diversas as dificuldades com que nos tivemos que deparar, nomeadamente a escassez de estudos a nível nacional acerca desta temática na população universitária. A maior parte dos estudos que abordam esta temática são realizados no Brasil e, os que são realizados em Portugal debruçam-se apenas sobre os adolescentes. Neste sentido, houve alguma dificuldade em se encontrar estudos que abordassem todas as variáveis sociodemográficas estudadas na presente investigação. Além deste entrave, foi igualmente tarefa difícil a recolha da amostra, uma vez que o estabelecimento de ensino escolhido é constituído por poucos alunos, comparado à escala de uma Universidade. Assim, a amostra parece ter sido reduzida, podendo ter limitado, de certa forma, os resultados obtidos, nomeadamente a impossibilidade de se ter podido fazer a divisão dos grupos em relação ao grau de risco de suicídio. Uma outra limitação foi relativa à heterogeneidade da amostra, nomeadamente no que respeita ao estado civil, hábitos tabágicos e doença física no próprio, comprometendo assim a representatividade de alguns grupos.

Tendo em consideração as dificuldades com que nos deparámos aquando da realização da presente investigação, é possível traçarem-se propostas futuras com vista ao aprofundamento e compreensão desta temática. Assim, e partindo de um dos primeiros passos, o da elaboração do questionário, de salientar a importância de se colocar uma questão acerca do número de matrículas ou do ano de ingresso. Tal facto pode servir para evitar a elevada discrepância de idades, tendo em conta a possível existência de

trabalhadores estudantes e de alunos que se encontram a repetir anos de licenciatura. Este dado talvez pudesse ser uma ajuda para a divisão que foi realizada, em dois grupos, dos alunos em função da idade.

Um aspecto que merece ser comentado é o facto de a OMS referir que saúde, não é apenas definida como ausência de doença. Contudo, no presente estudo esta foi avaliada apenas sob este ponto de vista, ou seja presença ou ausência de doença no próprio ou em algum membro do agregado familiar. Assim, propomos que em investigações futuras possam ser incluídas outras variáveis que avaliem a saúde no estudante universitário, tais como qualidade de vida, bem-estar físico e psicológico, presença e percepção de apoio social, auto-estima, ou seja, propomos que sejam mais aprofundados quais os factores de protecção presentes em cada estudante. Além disso, talvez a avaliação do rendimento académico fosse um dado interessante e enriquecedor para estudos futuros, bem como a introdução de alguma escala que avalie a adaptação à frustração, uma vez que um sujeito que seja mais vulnerável face a um evento gerador de *stress* e ansiedade, vai estar mais propício a cometer determinados comportamentos autodestrutivos. Considera-se igualmente importante a introdução de questões que possibilitem a recolha de dados relacionados com factores de risco tais como história de suicídio na família, tentativa prévia do próprio, entre outras.

Todas estas questões não foram abordadas na presente investigação, uma vez que não eram esses os principais objectivos, esta centra-se mais em averiguar qual a prevalência de risco de suicídio na presente amostra, bem como de sintomatologia psicopatológica, especificando uma perturbação de humor, nomeadamente a depressão, tendo em consideração determinados dados sociodemográficos e estilos de vida. Contudo, em estudos futuros, estes são pontos que deveriam ser abordados, pois possibilitariam a criação de projectos de prevenção deste tipo de comportamentos, através do controlo dos factores de risco e, por outro lado, a promoção da saúde mental tendo em consideração o reforço de tais factores protectores.



## Capítulo 7 - Conclusão

Após a análise realizada, foi possível verificar-se que o risco de suicídio é, de facto, um fenómeno bastante presente nos estudantes universitários, uma vez que esta é uma fase do ciclo de vida onde estão presentes variadíssimas mudanças e, por isso, novas adaptações a que o estudante está sujeito. São diversos os factores que podem propiciar o aumento dos níveis de risco de suicídio. Desta forma, mediante esta investigação foi possível concluir-se que são os estudantes do sexo feminino os que apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio comparativamente aos alunos do sexo masculino. Além disso, os estudantes que se encontram deslocados do seu meio de residência habitual revelam, igualmente, níveis mais elevados de risco de suicídio, bem como os alunos que não praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles que tenham algum membro da sua família doente. Também os alunos que revelam sintomatologia psicopatológica e, mais especificamente, depressão, apresentam níveis mais elevados de risco de suicídio, contrariamente aos que não apresentam quaisquer sintomas psicopatológicos.

Uma outra conclusão interessante que se pode retirar deste estudo foi o facto de se verificar que, nem todos os estudantes que apresentam uma perturbação de humor, nomeadamente a depressão, revelam presença de risco de suicídio. Por outro lado, pôde observar-se que o contrário também acontece, ou seja, alunos que apresentaram presença de risco de suicídio, não revelaram qualquer sintomatologia depressiva.

Em suma, considera-se a pertinência desta investigação numa linha de prevenção de comportamentos suicidários, tendo em conta a promoção da saúde mental, através do reforço dos factores protectores e intervenção ao nível desta, com vista à redução dos factores de risco que se encontram na base deste tipo de comportamentos.



## Referências bibliográficas

- Abrantes-Gonçalves, F., & Coelho, R. (2008). Á procura de marcadores biológicos no comportamento suicidário. *Act Med Port*, 21, 89-98.
- Ackerman, N. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *BMJ*, 325, 74-77.
- Almeida, L. S., Gonçalves, A., Salgueira, A. P., Soares, A. P., Machado, C., Fernandes, E., Machado, J. C., & Vasconcelos, R. (2003). Expectativas de envolvimento académico à entrada na universidade: Estudo com alunos da universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 1, 3-15.
- Almeida, N. P. (2006). O jovem adulto e o suicídio. In: B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 231-246). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 24(4), 942-943.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Texto Revisto. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*, 160(11Suppl), 1-60.
- American Psychiatric Association (2004). Provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. *Psychiatric Annals*, 34(5), 373-380.
- Amorim, P. (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(3), 106-115.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andreoli, A. (1986). *Crisis and crisis intervention in psychiatry*. Paris: SIMEP.
- Araújo, L. C., Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (s.d). *Ideação suicida no contexto do ensino médio: Um olhar da psicologia*. Comunicação apresentada no XI Encontro de Iniciação à Docência.
- Araújo, L. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1), 47-57.
- Azevedo, A. S., & Faria, L. (2006). Motivação, sucesso e transição para o ensino superior. *Psicologia*, 20(2), 69-93.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.

## Risco de suicídio, saúde e estilos de vida

Universidade da Beira Interior

- Baptista, M. N., Baptista, A. S. N., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21.
- Bardagi, M. P. (2007). *Evasão e comportamento vocacional de universitários: Estudos sobre o desenvolvimento de carreira na graduação*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Barrias, J. (2006). Álcool e suicídio. In: B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 311-323). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brenner, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students. *Journal of American College Health*, 48(5), 229-233.
- Batista, R. G., & Almeida, L. S. (2002). *Desafios de transição e vivências académicas: análise segundo a opção de curso e mobilidade*. Actas do Seminário "Contextos e dinâmicas da vida académica". Portugal: Universidade do Minho.
- Bauman, A. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health - an epidemiological review 2000-2003. *Med Sport*, 7(1), 6-19.
- Baxter, D., & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 175, 322-326.
- Benincasa, M., & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: Factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 93-110.
- Benwell, M. E. M., Balfour, D. J. K., & Anderson, J. M. (1990). Smoking-associated changes in the serotonergic systems of discrete regions of human brain. *Psychopharm*, 102(1), 68-72.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: Uma perspectiva global. In: B. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.). *Comportamento suicida* (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses with and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., & Hasin, D. S. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I., & Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord*, 124(1-2), 98-107.
- Borges, G., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781-789.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescents de 13 a 19 anos. *Psicologia: Saúde e Doença*, 7(2), 195-209.
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *American Academy of Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: Saindo da sombra em direcção a um Plano Nacional de Prevenção. *Rev Bras Psiquiatr*, 29(1), 7-8.

- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgarrondo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*, 27(1), 45-53.
- Botega, N. J., Cais, C. F. S., Correa, H., Segal, J., Carvalho, J. A., Bertolote, J. M., & Stefanello, S. (2009). *Comportamento suicida: Conhecer para prevenir*. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, 37(3), 213-220.
- Braconnier, A., & Masrcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brady, J. (2006). The associations between alcohol misuse and suicidal behavior. *Alcohol & Alcoholism*, 41(5), 473-478.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Schultz, L. R., Chilcoat, H. D., & Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 161-166.
- Breslau, N., Schultz, L. R., Johnson, E. O., Peterson, E. L., & Davis, G. C. (2005). Smoking and the risk of suicidal behavior: A prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 328-334.
- Bronisch, T., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 135-145.
- Brosnahan, J., Steffen, L. M., Lytle, L., Patterson, J., & Boostrom, A. (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and Non-Hispanic white adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158, 818-823.
- Brown, D., & Blanton, C. (2002). Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. *Med Sci Sports Exer*, 34(7), 1087-1096.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexes, tendências* (pp.15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Calvo, J. M. G., Sánchez, R., & Tejada, P. A. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev. salud pública*, 5(2), 123-143.
- Campos, M. A., & Leite, S. (s.d). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de estudos Demográficos*, 81-106.
- Cerchiari, E. A. N. (2004). *Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Cherpitel, C. J., Borges, G. L. G., & Wilcox, H. C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Acohol Clin Exp Res*, 28(5), 18S-28S.
- Cho, H., Hallfors, D. D., & Iritani, B. J. (2007). Early initiation of substance use and subsequent risk factors related to suicide among urban high school students. *Addict Behav*, 32(8), 1628-1639.
- Colares, V., Franca, C., & Gonzalez, E. (2009). Condutas de saúde entre universitários: Diferenças entre gêneros. *Cad. Saúde Pública*, 25(3), 521-528.

- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, Bruxelas.
- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M., Melzer, D., Ribeiro, R. B., & Rigonatti, S. P. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, 7(7), 38-53.
- Costa, B., Lopes, F., Neves, M., & Pereira, P. A. (2007-2008). Os níveis de stress dos alunos de licenciatura, da UCP-Viseu. *Gestão e Desenvolvimento*, 15(16), 43-68.
- Costa, E. S., & Leal, I. (Eds.). (2008). *Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior - avaliar para intervir*. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Portugal: Universidade do Porto.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexes, tendências* (pp.39-53). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- De Leo, D. Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. In: Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zuvir, A. B. (Eds.), *Informe mundial de la violencia e de la salud* (pp. 200-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R, Cuestionario de 90 Sintomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Textos universitários de ciências sociais e humanas. Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Lisboa: DinaLivro.
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro no “seio” da família. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Diekstra, R. F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 371, 9-20.
- Diekstra, R. F. W., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *World Health Statist Q*, 46(1), 52-68.
- Dieserud, G., Forsén, L., Braverman, M. T., & Roysamb, E. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: A matched case-control study. *Archives of Suicide Research*, 6,291-308.
- Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffer, K. A., Felton, G., Saunders, R., Ward, D. S., Dowda, M., & Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396-407.
- Durkheim, E. (1996). *O Suicídio: Estudo sociológico*. (6ª edição). Lisboa: Editorial Presença.
- 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(4), 534-542.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New Yoork: W. W. Norton & Company.

- Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M., & Coutinho, M. F. C. (2006). Acompanhamento terapêutico: Intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê*, 18, 151-166.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Ferraz, M., & Pereira, A. S. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3(2), 149-164.
- Ferreira, I. S., Machado, C., Chatela, E., Grácio, L., & Correia, R. (2009). *Autonomia e rendimento académico em estudantes do ensino superior público*. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.
- Figueiredo, R. M., & Oliveira, M. A. P. (1995). Necessidades de estudantes universitários para implementação de um service de orientação e educação em saúde mental. *Rev. Latino-am. Enfermagem-Ribeirão Preto*, 3(1), 5-18.
- Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Caloute Goulbenkian.
- Fonseca, D. L., Abelha, L., Lovisi, G. M., & Legay, L. F. (2010). Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: Um estudo de caso-controlado realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*, 18(2), 217-228.
- Fowler, J. S., Logan, J. Wang, G. J., & Volkow, N. D. (2003). Monoamine oxidase and cigarette smoking. *Neuro Toxicology*, 24(1), 75-82.
- Franca, C., & Colares, V. (2008). Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Rev Saúde Pública*, 42(3), 420-427.
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras*, 48(3), 245-249.
- Furegato, A. R. F., Silva, E. C., Campos, M. C., & Cassiano, R. P. T. (2006). Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. *Rev. Psiq. Clín*, 33(5), 239-244.
- Garlow, S. J. (2002). Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry*, 159, 615-619.
- Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., & Vincent, M. L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83(2), 179-184.
- Giglio, J. S. (1976). *Bem estar emocional em estudantes universitários: Um estudo preliminar*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2010). Youth suicide. In: M. K. Dulcan (Ed.). *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 531- 540). American: American Psychiatry Publishing.

- Gollust, S., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health, 56*(5), 491-498.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Factores de risco e de protecção. *Millenium, 40*, 149-159.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry, 42*(4), 386-405.
- Grácio, J. C. G. (2009). *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra*. Dissertação de mestrado em saúde pública, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Guerra, M. P., Lencastre, L., Lemos, M. S., & Pereira, D. C. (2002). Problemas psicossociais dos estudantes do 1º ano da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. *Psicologia: Teoria e Investigação, 7*(2), 321-333,
- Hantouche, E. G., Bouhassira, M., Lancrenon, S., Ravily, V., & Bourgeois, M. (1995). Prevalence of obsessive-compulsive disorders in a large French patient population in psychiatric consultation. *Encephale, 21*(5), 571-580.
- Hayes, L. M. (1995). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment, 26*(2), 127-135.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life and suicide in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(2), 127-135.
- Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva, 17*(2), 102-108.
- Hemmingson, T., & Kriebel, D. (2003). Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up: How can the association be explained? *International Journal of Epidemiology, 32*(6), 1000-1005.
- Henriques, L. L. (2006). Comportamentos suicidários e modelos sociológicos. Alguns pressupostos teóricos. In: Peixoto, B., Sraiva, C. B., & Sampaio, D. (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 75-101). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, J., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Suicidal ideation in the finnish general population: A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry an Psychiatric Epidemiology, 36*(12), 590-594.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkdeley: University of California Press.

- Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Horning, C. D., & Weissman, M. M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*, 4(3), 111-119.
- Horning, C. D., & McNally, R. J. (1995). Panic disorder and suicide attempt. A reanalysis of data from the epidemiologic catchment area study. *Br J Psychiatry*, 167(1), 76-79.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I., & Lönngvist, J. K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry*, 153(5), 667-673.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German health interview and examination survey. *Psychological Medicine*, 34, 1-15.
- Juan, W., Xiao-Juan, D., Xin-Wang, W., & Liang, X. (2010). The associations between health risk behaviors and suicidal ideation and attempts in an urban Chinese sample of adolescents. *J Affect Disord*, 126(1-2), 180-187.
- Kamali, M., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depress Anxiety*, 14(3), 164-176.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. A. (1997). Emergências psiquiátricas. In: *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 60-753). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Borges, G., Castilla-Puentes, R. C., Nock, M. K., Russo, L. J., & Stang, P. E. (2007). Smoking and suicidal behaviors in the national comorbidity survey-replication. *National Institutes of Health*, 195(5), 369-377.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.
- Keys, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Shaffer, D., & Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- 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.
- Kitzrow, M. A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41(1), 165-179.
- Ladame, F., Ottino, J., & Pawlac, C. (1996). *Adolescence et suicide*. Genève: Masson.

- Lawrence, D. M., Holman, C. D., Jablensky, A. V., & Fuller, S. A. (1999). Suicide rates in psychiatric in-patients: An application of record linkage to mental health research. *Aust N Z J Public Health, 23*(5), 468-470.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e processos cognitivos*. Spain: Ed. Martínéz Roca.
- Leistikow, B. N., Martin, D. C., & Samuels, S. J. (2000). Injury death excesses in smokers: A 1990-95 United States national cohort study. *Injury Prevention, 6*, 277-280.
- Lemos, K. M., Neves, N. M. B. C., Kuwano, A. Y., Tedesqui, G., Bitencourt, G. V., Neves, F. B. C. S., Guimarães, A. N., Rebello, A., Bacellar, F., & Lima, M. M. (2007). Uso de substâncias psicoactivas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Ver. Psiq. Clín, 34*(3), 118-124.
- Lepine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry, 63 Suppl, 14*, 4-8.
- Licinio, J., & Wong, M. L. (2005). Depression, antidepressants and suicidality: A critical appraisal. *Drug Discovery, 4*(2), 165-171.
- MacKenzie, S., Wiegel, J. R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., Harahan, B., & Fleming, M. (2011). Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(1), 101-107.
- Malone, K. M., Waternaux, C. Haas, G. L., Cooper, T. B., Li, S., & Mann, J. J. (2003). Cigarette smoking: Suicidal behavior and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatr, 160*(40), 773-779.
- Mann, J., Emslie, G., Baldessarini, R., Beardslee, W., Fawcett, J., Goodwin, F., Leon, A., Meltzer, H., Ryan, N., Shaffer, D., & Wagner, K. (2006). ACNP task force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology, 31*(3), 473-492.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS. (3ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marshall, L. L., Allison, A., Kykamp, D., & Lanke, S. (2008). Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education, 72*(6), 1-8.
- McClernon, F. J., Hiott, F. B., Westman, E. C., Rose, J. E., & Levin, E. D. (2006). Transdermal nicotine attenuates depression symptoms in nonsmokers: A double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharm, 189*(1), 125-133.
- McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2005). Is cigarette smoking associated with suicidal ideation among young people? *Am J Psychiatry, 162*, 619-620.
- Meleiro, A. M. A. S., Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2004). Esforços para Prevenção. In B. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.). *Comportamento suicida* (pp. 141-152). Porto Alegre: Artmed.
- Meleiro, A. M. A. S., Teng, C. T., & Wang, Y. P. (2004). *Suicídio: Estudos fundamentais*. São Paulo: Segmentaforma.
- Meleiro, A. M. S. (2010). Risco do suicídio: Avaliação medico-psiquiatra do risco de suicídio. *Debates, 5*, 11-15.

- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Jorgensen, H. A. (2010). Suicide risk acute psychiatric readmissions: A prospective cohort study. *Psychiatric Services, 31*(1), 25-31.
- Mello, L. M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Mello, M. F. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Caderno de Saúde Pública, 16*(1), 163-170.
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública, 38*(6), 804-810.
- Mikolajczyk, R. T., Brzoska, P., Maier, C., Ottova, V., Meier, S., Dudziak, U., Ilieva, S., & Ansari, W. E. (2008). Factors associated with self-rated health status in university students: A cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health, 215*(8), 1-10.
- Miller, M., Hemenway, D., & Rimm, E. (2000). Cigarettes and suicide: A prospective study of 50000 men. *American Journal of Public Health, 90*(5), 768-773.
- Miller, M., Hemenway, D., Bell, N., Yore, M. M., & Amoroso, P. J. (2000). Cigarette smoking and suicide: A prospective study of 300,000 male active duty army soldiers. *American Journal of Epidemiology, 151*(11), 1060-1063.
- Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2002). *Caminhos do pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Moreira, N. A. C. (2009). *Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: Estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Mowbrady, C. T., Mandiberg, J. M., Stein, C. H., Koples, S., Curlin, C., Megivern, D., Strauss, S., Collins, K., & Lett, R. (2006). Campus mental health services: Recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(2), 226-237.
- Muula, A. S., Kazembe, L. N., Rudatsikira, E., & Siziya, S. (2007). Suicidal ideation and associated factors among in-school adolescents in Zambia. *Tanzania Health Research Bulletin, 9*(3), 202-206.
- Neves, M. C. C., & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *J Bras Psiquiatr, 56*(4), 237-244.
- Nico, J. B. (1996). *Adaptação à universidade: Fragmentos de um percurso curricular*. Actas da Conferência Internacional "A informação e a orientação escolar e profissional no ensino superior: um desafio da Europa". Portugal: Universidade de Coimbra.
- Norström, T. (1995). Alcohol and suicide: A comparative analysis of France and Sweden. *Addiction, 90*, 1463-1469.

## Risco de suicídio, saúde e estilos de vida

Universidade da Beira Interior

- Nunes, L. M., & Jóluskin, G. (2010). *Drogas e comportamentos de adições: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. (2ª edição). Edições Universidade de Fernando Pessoa.
- O.Silva, M. N. R. M., & Costa, I. I. (2010). A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: Elos imprescindíveis da atenção. *Rev. Tempus Actas Saúde Colet*, 4(1), 19-29.
- Ores, L. C. (2008). *Prevalência de risco de suicídio e factores associados: Estudo de base populacional com jovens entre 18 e 24 anos*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Departamento de Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental - nova concepção, nova esperança*. Genève.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias.
- Osváth, P., Kelemen, G., Erdos, M. B., Voros, V., & Fekete, S. (2003). The main factors of repetition. Review of some results of the peccs center in the WHO/EURO multicentre study on suicidal behavior. *Crisis*, 24(4), 151-154.
- Parrot, A. C. (2003). Cigarette-derived nicotine is not a medicine. *World Journal of Biological Psychiatry*, 4(2), 49-55.
- Peixoto, B., & Azenha, S. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. In: B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-53). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Pelissolo, A., Andre, C., Chignon, J. M., Dutoit, D., Martin, P., Richard-Berthe, C., & Tignol, J. (2002). Anxiety disorders in private practice psychiatric out-patients: Prevalence, comorbidity and burden (DELTA study). *Encephale*, 28(6 Pt 1), 510-519.
- Pereira, A. M. S., & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In Machado, C. (Ed.), *Actas do congresso internacional interfaces da psicologia, vol II*. Portugal: Universidade de Évora.
- Pereira, A. S. (2006). *Comportamentos e saúde em alunos universitários: Viabilidade da aplicação do HBSC ao ensino superior*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: Avaliação e intervenção em crise. *PsiLOGOS*, 9(1), 11-23.

- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2002). *Suporte social e adaptação ao ensino superior*. Actas do Seminário “Contextos e dinâmicas da vida académica”. Portugal: Universidade do Minho.
- Prieto, D. Y. C. (2007). *Indicadores de protecção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *AM J Psychiatry*, 160, 765-772.
- Queiróz, M. M., Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., & Queiróz, P. S. (2010). *Ajuste emocional e saúde mental no jovem adulto*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Portugal: Universidade do Minho.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, Porto Alegre*, 4(7), 156-175.
- Rebelo, H., & Lopes, H. (2002). *Vivências académicas e bem-estar psicológico dos alunos no primeiro ano: Resultados de um projecto de investigação*. Porto: Universidade do Porto.
- Reith, D. M. & Edmonds, L. (2007). Assessing the role of drugs in suicidal ideation and suicidality. *CNS Drugs*, 21(6), 463-472.
- Sá, L. O. (2010). *Saúde mental versus doença mental*. Comunicação apresentada no II Congresso Internacional da SPESM: Do diagnóstico à intervenção em saúde mental.
- Sabo, D., Miller, K. E., Melnick, M. J., Farrell, M. P., & Barnes, G. M. (2005). High school athletic participation and adolescent suicide: A nationwide US study. *National Institutes of Health*, 40(1), 5-23.
- Salgueira, A. P., & Almeida, L. S. (2002). *Vivências académicas e rendimento escolar em estudantes do ensino superior: Estudo longitudinal na Universidade do Minho*. Actas do Seminário “Contextos e dinâmicas da vida académica”. Portugal: Universidade do Minho.
- Salmon, P. (2011). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. (8ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sánchez, H. G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology Research and Practice*, 31(4), 351-358.

## Risco de suicídio, saúde e estilos de vida

Universidade da Beira Interior

- Santo, G. (1996). *Transição entre o ensino secundário e o ensino superior*. Actas da conferência internacional “A informação e a orientação escolar e profissional no ensino superior: Um desafio da Europa”. Portugal: Universidade de Coimbra.
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, S. P., & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 29-55.
- Santos, N., & Neves, E. L. (2006). Entrevista e intervenção em crise. In: B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 257-273). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Santos, Z., Freitas, F., & Saraiva, B. B. (2006). Estratégias globais de prevenção do suicídio. In: B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 435-445). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto.
- Saraiva, C. B. (2006a). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (2006b). *Estudos sobre o para-suicídio o que leva os jovens a espreitar a morte*. (2ª Ed.). Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49(4), 282-288.
- Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research*, 13(1), 57-66.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2007). *Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida ao ensino superior: Implicações práticas de um estudo*. Leiria: Edição Instituto Politécnico.
- Serra, A. V., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 20), 22-33.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal School-Based Program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303-315.
- Silva, S. L. R. (2003). *Adaptação académica, pessoal e social do jovem adulto ao ensino superior: Contributos do ambiente familiar e do autoconceito*. Dissertação de mestrado não publicada, Coimbra, Universidade de Coimbra.

- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior: Experiência da consulta de psiquiatria do centro hospitalar São João. *Acta Med Port*, 24(2), 247-256.
- Souza, F. (2010). Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. *Debates*, 5, 6-8.
- Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: Prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr*, 50(4), 286-292.
- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associação entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum*, 26(54), 207-215.
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature part I: Cultural and economic factors. *Suicide Life Threaten Behav*, 30(2), 145-162.
- Stenager, E. N., Madsen, C., Stenager, E., & Boldsen, J. (1998). Suicide in patients with stroke: Epidemiological study. *BMJ*, 316(7139), 1206-1210.
- Strauss, J. Birmaher, B., Bridge, J., Axelson, D., Chiappetta, L., Brent, D., & Ryan, N. (2000). Anxiety disorders in suicidal youth. *Can J Psychiatry*, 45(8), 739-745.
- Swahn, M. H., & Bossarte, R. M. (2007). Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: Findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J Adolesc Health*, 41(2), 175-181.
- Swahn, M. H., & Donovan, J. E. (2004). Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *J Adolesc Health*, 34(6), 480-492.
- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., & Sullivet, E. E. (2008). Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 121(2), 297-305.
- Takeda, Y., Kawachi, I., Yamagata, Z., Hashimoto, S., Matsumara, Y., Oguri, S., & Okayama, A. (2006). The impact of multiple role occupancy on health-related behaviors in Japan: differences by gender and age. *Public Health*, 120(10), 966-975.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Miller, M. D., Pigg, R. M., & Dodd, V. J. (2008). High school youth and suicide risk: Exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *J Sch Health*, 78(10), 545-553.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Associations between physical activity and reduced rates of hopelessness, depression, and suicidal behavior among college students. *J Am Coll Health*, 57(4), 427-436.
- Toolkit, D. H. B. (2001). *Suicide prevention: To reduce the rate of suicides and suicide attempts*. New Zealand Health strategy.
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 48-52.
- Tschacher, W., & Jacobshagen, N. (2002). Analysis of crisis intervention processes. *Crisis*, 23(2), 59-67.

- Tur, O, G. (2006). Comportamentos suicidários nas perturbações da ansiedade. In: B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 301-309). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Ugalde, M. & Lluch, M.T. (1991). Salud mental. Conceptos básicos. In Rigol, A., & Ugalde, M. (Eds.), *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.
- Vakefliu, Y., Argjiri, D., Peposhi, I., Agron, S., & Melanie, A. S. (2002). Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. *Prev Med*, 34(3), 370-373.
- Valladolid, M. N. (2011). Suicidio. *Rev. Peru. Epidemiol*, 15(2), 81-85.
- Vieira, K. F. L. (2008). *Depressão e suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto académico*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba.
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (s.d). *Depressão, comportamento suicida e estudantes de psicologia: Uma análise psicossociológica*. Obtido em 16 de Julho de 2012, de [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/90.%20depress%C3o,%20comportamento%20suicida%20e%20estudantes%20de%20psicologia.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/90.%20depress%C3o,%20comportamento%20suicida%20e%20estudantes%20de%20psicologia.pdf)
- Vieira, K. F. L., Saraiva, E. R. A., & Coutinho, M. P. L. (2007). *Depressão e suicídio: Fenômenos em evidência no contexto académico*. Comunicação apresentada na V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, Brasília.
- Vieira, K. F. L., Saraiva, E. R. A., & Coutinho, M. P. L. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio Segundo os futuros psicólogos. *PSICO*, 41(2), 176-183.
- Vieira, P. C., Aerts, D. R. G. C., Freddo, S. L., Bittencourt, A., & Monteiro, L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(11), 2487-2498.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: An unnecessary death*. Martin Dunitz: Stockholm.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*, 321(18), 1209-1214
- Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Factores de risco ou protecção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 259-266.
- Werth, J. L. (2004). The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(5), 627-649.
- World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion: Charte D'Ottawa pour la promotion de la santé*. Canada: Canadian Public Health Association.
- World Health Organization (1999). *The European network of health promoting schools: The alliance of education and health*. International Planning Committee.
- World Health Organization (2002). *Preventive and promotion in mental health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.

- World Health Organization (2003). *The world health report: Shaping the future*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization (2008). *Pacto Europeu para a saúde mental e o bem-estar*. Comunicação apresentada na Conferência de alto nível da UE: Juntos pela saúde mental e pelo bem-estar, Bruxelas.
- Wu, L., & Anthony, J. C. (1999). Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence. *American Journal of Public Health, 89*(12), 1837-1840.
- Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Cohen, P., Fuller, C. J., & Shaffer, D. (2004). Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *National Institutes of Health, 34*(4), 408-420.
- Wunderlich, U., Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 248*, 87-95.
- Yates, P. (1999). Family coping: Issues and challenges for cancer nursing. *Cancer Nursing, 22*(1), 63-71.
- Zhang, J., McKeowan, R. E., Hussey, J. R., Thompson, S. J., & Woods, J. R. (2004). Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the third national health and nutrition survey. *Annals of Epidemiology, 15*(2), 167-173.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders, 2*-6.



# Anexos

---



# Anexo 1

---





## UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a Orientação do Professor Doutor Luís Maia, pretende-se levar a cabo uma investigação cujo principal objectivo é avaliar até que ponto a Saúde Mental está ou não relacionada com os Comportamentos Auto-destrutivos em Estudantes Universitários. O preenchimento deste questionário será feito de forma voluntária e anónima, pelo que todos os dados obtidos serão confidenciais e unicamente utilizados para efeitos de investigação/pesquisa. Pedimos-lhe que responda atenta e sinceramente, dando a sua verdadeira opinião em todas as questões colocadas. Desde já muito obrigado pela sua colaboração.

### 1- Questionário Sócio-demográfico

**Género:**

Masculino  Feminino

**Idade:**

Anos

**Estado Civil:** (assinale apenas uma resposta)

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**Ciclo e Ano de Estudos** (por favor assinale com um círculo)

Ciclo de Estudos	Ano
Estudante de Licenciatura	1º
	2º
	3º
Estudante de Pós-Graduação (qual o seu maior grau académico atingido antes de iniciar a Pós-Graduação que está a frequentar?)	1º

**Local de Residência:**

Rural  Urbano

**Deslocado em tempo de aulas do agregado familiar:**

Sim  Não

## 2- Estilo de vida

As seguintes questões dizem respeito ao seu padrão de consumo, hábitos ou forma de vida.

### Actualmente Fuma?

Sim  Não

**Se sim, com que frequência fuma por semana, aproximadamente?** (assinale apenas uma resposta)

1 vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>
2-4 vezes por semana	<input type="checkbox"/>
4-6 vezes por semana	<input type="checkbox"/>
7 vezes por semana ou mais	<input type="checkbox"/>

**Relativamente ao consumo de álcool, bebe bebidas alcoólicas (como, por exemplo, cerveja, vinho, vodka, entre outras)?**

Sim  Não

**Se sim, com que frequência bebe por semana, aproximadamente?** (assinale apenas uma resposta)

1 vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>
2-4 vezes por semana	<input type="checkbox"/>
4-6 vezes por semana	<input type="checkbox"/>
7 vezes por semana ou mais	<input type="checkbox"/>

**Relativamente à prática de actividade física (como, por exemplo, caminhar, correr, andar de bicicleta, limpar a casa, entre outras actividades), em quantos dias de uma semana normal praticou actividade física durante 30 ou mais minutos?**

Nenhum	<input type="checkbox"/>
1 dia	<input type="checkbox"/>
2 dias	<input type="checkbox"/>
3 dias	<input type="checkbox"/>
4 dias	<input type="checkbox"/>
5 dias	<input type="checkbox"/>
6 dias	<input type="checkbox"/>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>

## 3- Doenças físicas/Estado físico

As seguintes questões referem-se a doenças que possa sofrer, bem como a doenças que os membros da sua família possam sofrer.

**Actualmente, tem alguma doença que o obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)?**

Sim  Não

**Actualmente, algum membro do seu agregado familiar tem alguma doença que o obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)?**

Sim  Não

#### 4- SCL-90-R (Questionário de 90 sintomas)

##### Instruções:

Leia atentamente a lista que apresentamos nas páginas seguintes. São problemas e incómodos que quase toda a gente sofre alguma vez. Pense se sentiu algum destes sintomas nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

Faça um círculo no (0) se não sofreu desse incomodo em absoluto; no (1) se o sentiu um pouco presente; no (2) se o sentiu moderadamente; no (3) se o sentiu muito e no (4) se o sentiu extremamente.

Até que ponto se sentiu incomodado(a) pelo sintoma

0 Nada em absoluto	1 Um pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Extremamente
--------------------------	---------------	--------------------	------------	-------------------

Faça um círculo na alternativa eleita

1	Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2	Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
3	Pensamentos, palavras ou ideias não desejáveis que não saem da mente	0	1	2	3	4
4	Sensações de desmaio ou enjoo	0	1	2	3	4
5	Perda do desejo ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver as pessoas de maneira negativa, encontrando nelas sempre defeitos	0	1	2	3	4
7	Ideia que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8	Impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros	0	1	2	3	4
9	Dificuldade de recordar as coisas	0	1	2	3	4
10	Preocupação com a higiene, o descuido ou a desorganização	0	1	2	3	4
11	Sentir-se facilmente molestado, irritado ou enfadado	0	1	2	3	4
12	Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13	Sentir medo de espaços abertos ou de estar na rua	0	1	2	3	4
14	Sentir-se sem energia ou desanimado	0	1	2	3	4
15	Pensamentos suicidas, ou ideias de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
16	Ouvir vozes que mais ninguém ouve	0	1	2	3	4
17	Temores	0	1	2	3	4
18	A ideia de que não se pode confiar em ninguém	0	1	2	3	4
19	Falta de apetite	0	1	2	3	4
20	Chorar facilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez ou incómodo perante o sexo oposto	0	1	2	3	4
22	Sensação de estar preso ou fechado	0	1	2	3	4
23	Ter medo de repente sem razão aparente	0	1	2	3	4
24	Ataques de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar	0	1	2	3	4
25	Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4
26	Culpar-se a si mesmo de tudo o que passa	0	1	2	3	4
27	Dores no fundo das costas	0	1	2	3	4

**Risco de suicídio, saúde e estilos de vida**

Universidade da Beira Interior

28	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou de terminar as tarefas	0	1	2	3	4
29	Sentir-se só	0	1	2	3	4
30	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31	Preocupar-se demasiado com tudo	0	1	2	3	4
32	Não sentir interesse por nada	0	1	2	3	4
33	Sentir-se temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensível ou sentir-se ferido com facilidade	0	1	2	3	4
35	A impressão que os outros se apercebem do que está a pensar	0	1	2	3	4
36	Ter a sensação que os outros não o compreendem ou não fazem caso de si	0	1	2	3	4
37	Ter a impressão que as outras pessoas são pouco amistosas ou que não gostam de si	0	1	2	3	4
38	Ter que fazer as coisas muito devagar para se assegurar que estão bem	0	1	2	3	4
39	O seu coração palpita ou bate muito depressa	0	1	2	3	4
40	Náuseas ou mal-estar no estômago	0	1	2	3	4
41	Sentir-se inferior em relação aos outros	0	1	2	3	4
42	Dores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensação que as outras pessoas estão a olhar para si ou falam de si	0	1	2	3	4
44	Dificuldade em conciliar o sono	0	1	2	3	4
45	Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz	0	1	2	3	4
46	Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47	Sentir medo ao viajar de carro, autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
48	Aflicção ou dificuldades em respirar	0	1	2	3	4
49	Arrepios, sentir calor ou frio de repente	0	1	2	3	4
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe provocam medo	0	1	2	3	4
51	Ficar com a mente em branco	0	1	2	3	4
52	Adormecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
53	Sentir um nó na garganta	0	1	2	3	4
54	Sentir-se desesperado em relação ao futuro	0	1	2	3	4
55	Ter dificuldades para concentrar-se	0	1	2	3	4
56	Sentir-se débil relativamente a alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
57	Sentir-se tenso ou com os nervos em franja	0	1	2	3	4
58	Sentir os braços e as pernas pesadas	0	1	2	3	4
59	Ideias sobre a morte ou o facto de morrer	0	1	2	3	4
60	Comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentir-se incomodado quando as pessoas o olham ou falam acerca de si	0	1	2	3	4
62	Ter pensamentos que não são seus	0	1	2	3	4
63	Sentir o impulso para bater, golpear ou fazer mal a alguém	0	1	2	3	4
64	Acordar de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos que o levam a fazer coisas de maneira repetida (mexer em algo, lavar-se...)	0	1	2	3	4
66	Sono inquieto ou perturbado	0	1	2	3	4
67	Ter vontade de partir ou destruir algo	0	1	2	3	4
68	Ter ideias ou crenças que não são partilhadas pelos outros	0	1	2	3	4

69	Sentir-se inibido ou envergonhado entre as outras pessoas	0	1	2	3	4
70	Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo no cinema, em lojas, etc	0	1	2	3	4
71	Sentir que tudo requer um grande esforço	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73	Sentir-se incomodado quando come ou bebe em público	0	1	2	3	4
74	Ter discussões frequentes	0	1	2	3	4
75	Sentir-se nervoso quando fica só	0	1	2	3	4
76	Os outros não o recompensam adequadamente pelos seus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentir-se só apesar de estar com mais gente	0	1	2	3	4
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue estar sentado tranquilamente	0	1	2	3	4
79	Sensação de ser inútil ou não valer nada	0	1	2	3	4
80	Pressentimentos de que algo vai correr mal	0	1	2	3	4
81	Gritar ou atirar coisas	0	1	2	3	4
82	Ter medo de desmaiar em público	0	1	2	3	4
83	Impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si se o permitisse	0	1	2	3	4
84	Ter pensamentos relativos ao sexo que o inquietam bastante	0	1	2	3	4
85	A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros	0	1	2	3	4
86	Pensamentos ou imagens assustadoras que lhe provocam medo	0	1	2	3	4
87	A ideia de que algo sério anda mal no seu corpo	0	1	2	3	4
88	Sentir-se sempre distante, tendo a sensação que não tem intimidade com ninguém	0	1	2	3	4
89	Sentimentos de culpabilidade	0	1	2	3	4
90	Ideia de que algo está mal na sua mente	0	1	2	3	4

## 5- IACLIDE (@ Copyright A. Vaz Serra, 1994)

---

### Instruções:

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim a um estado em que sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas nem erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproxime mais do seu estado actual.

1. - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre  
- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho  
- Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho que fazer  
- Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho  
- Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho
  
2. - No meu dia a dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume  
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- No momento actual recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer  
- Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros
  
3. - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume  
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual  
- Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume  
- Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que habitual  
- Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação
  
4. - Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns  
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos

- Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora também possa abordar outros assuntos
  - No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
  - Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e ando a sentir, mostrando-me incapaz de conversar de outros assuntos
- 5.
- A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
  - Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
  - Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
  - Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
  - Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida
- 6.
- A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
  - Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
  - Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
  - Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
  - Sinto-me incapaz de fixar seja o que for
- 7.
- Não me sinto mais infeliz do que o costume
  - Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
  - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões onde me sinta tão infeliz como dantes
  - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
  - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz
- 8.
- No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
  - Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
  - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de uma-duas horas antes de conseguir adormecer
  - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada
  - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa
- 9.
- O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do

que o costume

- Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço

- Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada

- Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa

- No momento actual, sinto constantemente que não valho nada como pessoa

10. - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
- No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
- Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
- Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro
11. - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- Actualmente acordo uma hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
- Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
- Após ter adormecido, acordo ao fim de uma ou duas horas e não sou capaz de voltar a dormir
- Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia
12. - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
- Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
- Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
- Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos
13. - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
- Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
- Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já

- 
- não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
- Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer o seja o que for
- 14.
- O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
  - O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
  - No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
  - Devido à maneira como me ando a sentir, raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
  - Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for
- 15.
- No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
  - Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
  - Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
  - Sinto, muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
  - Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar naquilo que for
- 16.
- Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
  - Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
  - Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
  - Passo o tempo preocupado com os meus problemas pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
  - Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível
- 17.
- Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
  - Agora sinto-me mais excitante do que o costume para tomar qualquer decisão
  - No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão
  - Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
  - Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas

18. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
  - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
  - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
  - Perdi por completo a alegria de viver
19. - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
  - No momento presente não me importaria de morrer
  - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
  - Ultimamente tenho feito planos para por termo à vida
20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
  - Naquilo que tenho que fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
  - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho que fazer, deixando de executar algumas tarefas usuais
  - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia
21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
  - Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
  - Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
  - Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas

22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume  
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer  
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer  
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer  
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for
23. - A capacidade de me manter activo é a mesma de costume  
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual  
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada  
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer  
- Só me dá vontade de estar todo o tempo sentado ou deitado na cama, sem fazer nada
- 

## 6. Avaliação do Risco de Suicídio

Por favor, leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo a resposta que mais se adequa a si. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

### *Durante o último mês:*

1. Pensei que seria melhor para mim estar morto(a) ou desejei estar morto(a).	Não	Sim
2. Pensei em me suicidar.	Não	Sim
3. Planeei o suicídio na minha cabeça.	Não	Sim
4. Tentei acabar com a minha própria vida.	Não	Sim
5. Quis fazer mal a mim próprio(a).	Não	Sim

### *Ao longo da sua vida:*

6. Já fiz alguma tentativa de suicídio.	Não	Sim
---	-----	-----

Certifique-se de que não se esqueceu de responder a nenhuma das questões.

O nosso muito obrigado pela sua colaboração e sinceridade.

**FIM**