



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Estratégias de *coping* em indivíduos que tentaram o suicídio

Carlos Manuel de Horta Caldeira – Nº 10528

Orientação: Prof^ª. Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Mestrado em PSICOLOGIA

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2015



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Estratégias de *coping* em indivíduos que tentaram o suicídio

Carlos Manuel de Horta Caldeira

Orientador/a:

Prof^ª. Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

SETEMBRO, 2015

Muito longe se ser uma negação da vontade, o suicídio é uma marca da afirmação intensa da vontade, visto que a negação da vontade consiste não ter horror aos males da vida, mas em detestar-lhe os prazeres. Aquele que se mata queria viver, está apenas descontente com as condições em que a vida coube. Por conseguinte, destruindo o seu corpo, não é ao querer-viver, é simplesmente à vida, que ele renuncia. Ele queria a vida, ele queria que a sua vontade existisse e se afirmasse sem obstáculo, mas as conjunturas presentes não lho permitem e ele sente com isso grande dor.

Arthur Schopenhauer
in O Mundo como Vontade e Representação

Agradecimentos

À Profª Doutora Sofia Tavares, pela orientação e apoio cedidos.

Ao meu inestimável amigo Duarte Parreira, pela sua amizade, apoio e incentivo.

A todos os professores do curso de psicologia, por terem feito parte deste meu percurso académico e com isso terem permitido o desenvolvimento dos meus conhecimentos.

A todos os participantes, pela sua disponibilidade e porque sem eles este estudo não seria possível.

À Lurdes Fernandes, pela sua enorme paciência e apoio ao longo deste percurso académico.

À minha mãe que tanto amo.

À família e amigos.

Estratégias de *coping* em indivíduos que tentaram o suicídio

Resumo

Com a presente investigação procurou-se averiguar em que medida diferem as estratégias de *coping* na resolução de problemas nos indivíduos que tentaram o suicídio face àqueles que não apresentam comportamentos suicidários, e avaliar a sua relação com a ideação suicida e com a sintomatologia depressiva. Na amostra deste estudo, na qual participaram 90 indivíduos adultos, distribuídos equitativamente por três grupos – dois grupos clínicos e um grupo da comunidade – foi aplicado o Inventário de Resolução de Problemas (IRP), o Questionário de Ideação Suicida (QIS) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Os resultados sugerem que os indivíduos que tentaram o suicídio tendem a apresentar, face aos dois grupos de controlo, um défice na resolução de problemas e a utilizar quase todas as estratégias de *coping* de forma deficitária. Também se verificou que o grupo da tentativa de suicídio apresenta maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: Estratégias de *coping*, resolução de problemas, tentativa de suicídio, ideação suicida, sintomatologia depressiva.

Coping strategies in individuals who attempted suicide

Abstract

With this research it was also examined to what extent are different coping strategies to solve problems in individuals who have attempted suicide compared to those who do not exhibit suicidal behavior, and evaluate its relationship with suicidal ideation and depressive symptoms. In our sample, which was attended by 90 adults, evenly distributed into three groups - two clinical groups and a community group - the Inventory Troubleshooting was applied (IRP), the Questionnaire of Suicidal Ideation (QIS) and Inventory Psychopathological symptoms (BSI). The results suggest that individuals who attempted suicide tend to have, compared to two control groups, a deficit in problem solving and using almost all coping strategies deficit shape. It was also found that the group of suicide attempt is more suicidal ideation and more depressive symptoms.

Keywords: Coping strategies, problem solving, suicide attempt, suicidal ideation, depressive symptoms.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
1. <i>Coping</i>	3
2. Comportamentos Suicidários	7
2.1. Aspetos Epidemiológicos do Suicídio	7
2.2. Nomenclatura em Suicidologia	10
2.3. Suicídio	12
2.4. Tentativa de Suicídio	15
2.5. Ideação Suicida	17
3. Suicídio e Resolução de Problemas	18
4. Suicídio e Depressão	19
Estudo Empírico	23
5. Formulação do Problema de Investigação	23
6. Método	27
6.1. Amostra	27
6.2. Instrumentos	27
6.3. Procedimento	31
6.4. Análise de Dados	32
7. Resultados	35
7.1. Características Sociodemográficas Gerais da Amostra	35
7.2. Características Sociodemográficas Relacionadas com o Suicídio na Família	38
7.2.1. História Suicidária na Família	38
7.3. Aspetos Relacionados com Tentativa de Suicídio	39
7.3.1. Motivo da Tentativa de Suicídio	39
7.3.2. Métodos Usados na Tentativa de Suicídio	40
7.3.3. Comunicação da Intenção Suicida	41
7.3.4. Carta de Despedida	41
7.3.5. Local da Tentativa de Suicídio	41
7.3.6. Número de Tentativas de Suicídio	42
7.4. Comparação de Médias nas Estratégias de <i>Coping</i> do Presente Estudo com Estudos Anteriores	42
7.5. Diferenças da Nota Total do Inventário de Resolução de Problemas entre os Grupos	43

7.6. Diferenças nas Médias das Estratégias de <i>Coping</i> do Inventário de Resolução de Problemas entre os Grupos	43
7.7. Diferença da Ideação Suicida e Sintomatologia Depressiva entre os Grupos	45
8. Discussão	47
Conclusão	51
Referências	53
Anexo	67

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas gerais da amostra	37
Tabela 2. História suicidária na família	39
Tabela 3. Motivo da tentativa de suicídio	40
Tabela 4. Métodos usados na tentativa de suicídio	40
Tabela 5. Comunicação da intenção suicida	41
Tabela 6. Carta de despedida	41
Tabela 7. Local da tentativa de suicídio	41
Tabela 8. Número de tentativas de suicídio	42
Tabela 9. Comparação das médias nas estratégias de <i>coping</i> do presente estudo com estudos anteriores	42
Tabela 10. Correlação entre os fatores IRP	44
Tabela 11. Teste de Levene para os fatores IRP	44

Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado	69
----------------------------------	----

Introdução

Os comportamentos suicidários, nomeadamente o suicídio e a tentativa de suicídio constituem um grave problema de saúde pública em todos os países do mundo. Estes trazem consigo uma ampla gama de repercussões quer para o indivíduo quer para a família e sociedade. Muitos são os fatores de risco que contribuem para o espectro do comportamento suicidário, nomeadamente aspetos sistémicos socioculturais, relacionais e individuais (WHO, 2014). De entre os fatores individuais mais referidos pela literatura, as estratégias de *coping* na resolução de problemas têm sido descritas como um dos fatores que mais intimamente se relaciona quer com a tentativa de suicídio, quer com o suicídio (Botsis, Soldatos, Liossi, Kokkevi, & Stefanis, 1994; Pollock & Williams, 2004). De acordo com Parker e Endler (1992) as estratégias de *coping* desempenham um importante papel na forma como os indivíduos respondem ou reagem às situações ou acontecimentos negativos da vida. Neste contexto as estratégias de *coping* assumem uma função mediadora entre as exigências do meio e as consequências para o indivíduo (Vaz-Serra, Ramalheira & Firmino, 1988). A investigação sobre os processos psicológicos envolvidos no comportamento suicidário sugere a existência de défices na resolução de problemas nos indivíduos que cometem tentativas de suicídio (Pollock & Williams, 1998; Schotte & Clum, 1982). Alguns estudos apontam para o facto dos indivíduos que tentaram o suicídio usarem quase todas as estratégias de *coping* de forma deficitária quando comparados com indivíduos não-suicidas (Orbach, Bar-Joseph, & Dror, 1990; Saraiva, 1999). Paralelamente à relação entre as estratégias de *coping* deficitárias na resolução de problemas e a tentativa de suicídio, outros estudos, com amostras psiquiátricas, têm mostrado que a sintomatologia depressiva e a ideação suicida são mais acentuadas nos pacientes que tentaram o suicídio (Beautrais et al., 1996; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Suominen et al., 1996).

Partindo dos resultados destes estudos, e sendo notória a associação entre as estratégias de *coping* na resolução de problemas e os comportamentos suicidários, a presente investigação procurou estudar numa amostra de 90 indivíduos adultos distribuídos equitativamente por três grupos: grupo psiquiátrico com tentativa de suicídio, um grupo com patologia psiquiátrica sem história de tentativa de suicídio e um grupo da comunidade sem história de tentativa de suicídio e/ou acompanhamento pelos serviços de saúde mental – em que medida diferem os indivíduos que tentaram o suicídio dos restantes (sem comportamento suicidário) relativamente ao uso que fazem das estratégias de *coping* na resolução de problemas. No sentido de investigar essa relação utilizámos a escala de estratégias de *coping* denominada Inventário de

Resolução de Problemas (IRP) (Vaz-Serra, 1988). Para além disto procurámos investigar se os indivíduos com tentativa de suicídio apresentam mais ideação suicida [Questionário de Ideação Suicida (QIS) – Ferreira & Castela, 1999] e sintomatologia depressiva [Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Canavarro, 1999] do que os indivíduos dos grupos de controlo.

Neste sentido, principiou-se este trabalho de dissertação com uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de *coping* na resolução de problemas, privilegiando-se a exposição do modelo cognitivo-fenomenológico de Lazarus e Folkman (1984). Ainda neste capítulo, referente ao enquadramento teórico, foram explorados conceitos e limites da suicidologia, assim como a relação entre os comportamentos suicidários com a depressão e o *coping*.

Após o enquadramento teórico, procedeu-se à formulação do problema de investigação. No capítulo 4, dedicado ao método, é feita a apresentação dos participantes (grupos), dos instrumentos utilizados no estudo e dos procedimentos de recolha e análise de dados. No capítulo 5 são apresentados os resultados do estudo. No capítulo 6 são discutidos os resultados alcançados confrontando-os com a literatura existente sobre esta temática, bem como apresentadas algumas limitações do atual estudo e sugestões para futuros estudos. Por último, no capítulo 7, são sintetizadas as principais conclusões, onde é colocado em destaque a relevância teórica e prática do estudo para os profissionais de saúde mental.

Enquadramento Teórico

Neste capítulo fazemos uma incursão através da literatura aos vários conceitos, que de uma forma transversal sustentam e são o fundamento deste trabalho de investigação. Com o intuito de facilitar a leitura e o entendimento do tema, optámos por apresentar os conceitos isoladamente e depois as suas inter-relações; assim se compreende que em primeiro lugar sejam abordados nesta revisão o *coping* e os comportamentos suicidários, para de seguida, nos dois últimos subcapítulos, explorarmos as conexões dos comportamentos suicidários com a resolução de problemas e com a depressão.

1. *Coping*

Em sentido lato o *coping* pode ser entendido como as estratégias usadas pelo ser humano para lidar com as situações indutoras de stresse (Vaz-Serra, 2007). Neste âmbito e segundo Lazarus e Bernice (1994) o stresse implica a relação entre a pessoa e o ambiente, e a perceção subjetiva de desequilíbrio entre as exigências do meio que se exercem sobre a pessoa num dado momento e os recursos desta para as gerir.

Na perspetiva cognitivo-fenomenológica de Lazarus e Folkman (1984) – que consistentemente enfatiza a avaliação que as pessoas fazem da circunstância com que se deparam, mais do que com a circunstância objetiva em si – o *coping* é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelo indivíduo para lidar com exigências internas e/ou externas específicas, que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais.

No conceito de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) é colocado em destaque, mais do que a situação de exigência (stresse) com que o indivíduo é confrontado, a avaliação cognitiva que este faz da situação e dos seus recursos pessoais para lhe fazer frente, assim como o que este pensa e faz para gerir a situação. De acordo com outros autores, no *coping* estão presentes processos de perceção, avaliação e gestão das circunstâncias, assim como os esforços desenvolvidos para resolver, dominar, minimizar, reduzir ou tolerar o stresse (Richter, Lauritz, Preez, Cassimjee, & Ghazinour, 2013). Em traços gerais, podemos dizer que, o *coping* é um conjunto de esforços (cognitivos e comportamentais) que visa lidar com uma situação de stresse e/ou remover ou diminuir o impacto negativo da mesma na pessoa (Carver, 2011). Para Folkman e Lazarus (1985) o objetivo central do *coping* é a mudança das condições externas e internas, com a finalidade de alcançar um estado de bem-estar ou evitar condições emocionalmente negativas e manter estados psicológicos positivos.

No modelo teórico do stresse e *coping* de Lazarus e Folkman (1984), a avaliação (*appraisal*) e o *coping* surgem como dois pilares estruturais. Neste modelo (Folkman, 1997; Lazarus & Folkman, 1984), a avaliação refere-se à interpretação e ao significado pessoal que o indivíduo desenvolve sobre um determinado acontecimento e à adequação dos recursos de *coping* individuais. O processo de avaliação cognitiva incorpora, desta feita, informação acerca do risco envolvido numa determinada situação de stresse (avaliação primária) e informação sobre a capacidade e os recursos da pessoa para lidar com a situação (avaliação secundária) (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman (1984). O processo de avaliação influencia consequentemente a emoção experimentada (Folkman & Greer, 2000) e as estratégias de *coping* a implementar pelo indivíduo ((Folkman & Greer, 2000; Snyder, 1999). Relativamente à avaliação primária, esta pode incluir apreciações de dano ou perda, que já ocorrem ou estão para ocorrer (ameaça), ou de desafio, que se refere à oportunidade de melhorar o estado das coisas, que pode consubstanciar-se no desenvolvimento da mestria ou na obtenção de um ganho (Folkman & Greer, 2000; Lazarus & Folkman, 1984). O desafio parece implicar a expectativa de um bom resultado (Lazarus & Folkman, 1984; Carver, 2011). A avaliação primária é influenciada por crenças, valores e compromissos da pessoa. Porque as pessoas variam nestes atributos, uma determinada situação, pode ser primariamente avaliada como sendo de prejuízo, ameaça ou desafio por indivíduos diferentes. Por outro lado a avaliação secundária refere-se ao grau em que a situação pode ser controlada ou alterada pelo indivíduo. Em conjunto, a avaliação primária e secundária determinam a dimensão da apreciação de dano/perda, ameaça ou desafio, e a intensidade da resposta emocional que acompanha estas avaliações (Folkman & Greer, 2000).

Uma pessoa que esteja mais confiante nas suas estratégias de *coping* tende a ver a situação como menos problemática do que uma outra que não consegue vislumbrar estratégias úteis na sua mente (Carver, 2011). As dinâmicas e as mudanças que caracterizam o processo de *coping* não são aleatórias, são função das avaliações contínuas e das reavaliações que são feitas ora sobre o sujeito, ora sobre o ambiente. Dependendo das avaliações e reavaliações realizadas assim os esforços de *coping* são dirigidos para a mudança do ambiente, ou para a modificação do significado do acontecimento. Independentemente da sua origem, qualquer mudança na relação pessoa-ambiente levará a uma reavaliação do acontecimento, do seu significado e do que pode ser feito. Quer isto dizer que o processo de reavaliação influencia os esforços de *coping* subsequentes ou dito de outro modo, o processo de *coping* é continuamente mediado por reavaliações cognitivas (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos, dependendo da sua função: focadas no problema e focadas na emoção. A utilização de um ou outro tipo de estratégias de *coping* depende da avaliação que o sujeito faz da situação indutora de stresse em que se encontra envolvido e dos recursos para lhes fazer frente (Lazarus, 1966; Folkman & Lazarus, 1980). Quando a situação é avaliada como pouco intensa, controlável e passível de mudança, o indivíduo tem tendência a utilizar estratégias focadas no problema. Quando, por outro lado, o stresse é intenso e a situação avaliada como inalterável – entendendo o indivíduo que nada pode ser feito para modificar as condições ambientais prejudiciais, ameaçadoras ou desafiadoras – os esforços são dirigidos para reduzir o estado de tensão emocional (Folkman & Lazarus, 1980; Vaz-Serra, 2007).

As estratégias de *coping* focadas no problema procuram resolver a situação que deu origem ao stresse, tentando modificá-la. A tónica destas estratégias está em alterar o problema existente, podendo a sua ação ser direcionada para o exterior (ambiente) ou para o interior (indivíduo). Quando o *coping* é dirigido para a fonte externa do stresse, as ações passam pela procura de informação e pela resolução de problemas (e.g., definição do problema; produção de soluções alternativas; análise de custos e benefícios de cada solução; escolha da melhor solução; e ação direta na resolução do problema). Já quando se dirige internamente, o *coping* focado no problema refere-se a estratégias de reavaliação cognitiva sobre a fonte de stresse (Lazarus & Folkman, 1984). Para Kahn, Wolf, Quinn, Snoek e Rosenthal (1964) as estratégias focadas no problema e dirigidas internamente referem-se a aspetos relacionados com a mudança motivacional ou cognitiva (i.e., alteração do nível da aspiração; redução do envolvimento do ego; desenvolvimento de novos padrões de comportamento ou aprendizagem de novas competências e procedimentos).

As estratégias de *coping* focadas na emoção têm sido definidas como os esforços desenvolvidos para regular as respostas emocionais associadas ao stresse. Na literatura são encontradas uma ampla gama de estratégias de *coping* focadas na emoção (e.g., Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Destas, um grande grupo, é constituído por processos cognitivos dirigidos a diminuir o sofrimento emocional e incluem estratégias como o evitamento, a minimização, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e o reenquadramento positivo dos eventos negativos (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Outras estratégias são de índole comportamental e podem envolver o exercício físico, a ingestão de bebidas alcoólicas, a expressão da raiva e/ou a procurar de apoio emocional (Lazarus & Folkman, 1984). Vaz-Serra (2007) refere que, por vezes, na tentativa de fugir da situação desagradável em que se encontra emerso, o indivíduo envolve-se em

atividades alternativas que lhe dão prazer, como ouvir música, assistir a um espetáculo, etc. Para aquelas pessoas que toleram mal o stresse, deitar-se e ficar na cama por longos períodos de tempo também surge como opção. Refere ainda o autor que formas subtis de fuga podem passar pelo incremento das atividades profissionais (Vaz-Serra, 2007).

Apesar destes dois tipos de estratégias de *coping* visarem alvos diferentes (i.e., resolver o problema ou regular o estado emocional), frequentemente são implementados de forma combinada na maioria das situações de stresse, apoiando-se mutuamente, tal acontece, por exemplo, quando um estudante universitário, para concluir com sucesso o seu curso desenvolve uma atitude de automotivação, acreditando que tem as capacidades cognitivas e intelectuais necessárias para o sucesso (coping focado na emoção), atitude essa que o vai ajudar a mobilizar as estratégias de coping focadas no problema (e.g., frequentar as aulas) (Lazarus & Lazarus 2006).

Embora estas duas estratégias de *coping* se tenham constituído como centrais nos estudos do coping (Snyder, 1999), outras foram sendo sugeridas à medida dos novos desenvolvimentos sobre o tema, como é o caso das estratégias focadas na interação social (DeLongis & Holtzman, 2005; O'Brien & DeLongis, 1996) – onde a procura de apoio social, mais concretamente a satisfação ou insatisfação com o apoio, é um dos elementos chaves quando chega a hora do indivíduo lidar as situações de stresse – ou ainda a negação e vigilância, a procura de apoio emocional nos outros e a religião (Larazus & Lazarus, 2006). A utilização, por parte das pessoas, de estratégias de coping diferentes, depende da intensidade da resposta emocional sentida e da sua capacidade para a regular, das oportunidades inerentes à resolução de problemas, e das mudanças na relação entre a pessoa e o ambiente, à medida que a situação se desenrola no tempo. O resultado favorável de uma situação é suscetível de conduzir a uma apreciação positiva, a uma emoção positiva e à conclusão da atividade de *coping*. Pelo contrário, um resultado insatisfatório da situação (e.g., resolução desfavorável ou ausência de qualquer resolução), como no caso de uma doença grave, é suscetível de manter o processo de *coping* (Folkman, 1997; Folkman & Greer (2000). Estes autores designam este tipo de *coping*, que se mantem após um resultado desfavorável, de *coping* baseado no significado.

Por último, é importante salientar que os processos de avaliação e de *coping* são influenciados por características da pessoa e do meio ambiente, e portanto, suscetíveis de conter aspetos estáveis e variáveis. A estabilidade nestes processos está associada às características da pessoa (como sejam o temperamento, a personalidade e a história pessoal), ou a certas características estáveis do ambiente

(e.g., ruído da cidade ou poluição) (Folkman & Greer, 2000). Como refere Lazarus (2006), a estabilidade e a mudança são dois lados de uma mesma moeda.

2. Comportamentos Suicidários

O suicídio é um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Como tal, a identificação precoce dos sinais que o acompanham é alvo dos esforços da comunidade científica e profissional. A compreensão clínica, a predição e a prevenção do suicídio é contingente a uma adequada avaliação, e esta depende da partilha de uma linguagem comum aos vários intervenientes nesta área. No entanto, verifica-se na literatura consultada sobre suicidologia a presença de uma miríade de terminologias e classificações sobre comportamentos suicidários, tão diversas como os seus autores. De resto, a suicidologia tem sido criticada por essa falta de clareza concetual, assim como pela ausência de uma nomenclatura consistente e de abordagens padronizadas na avaliação dos comportamentos suicidas (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann, 2014). De seguida são apresentadas algumas definições de comportamentos suicidários criticamente analisados de forma a promover uma melhor compreensão destes fenómenos.

O comportamento suicida ou suicidário pode ser visto num contínuo, uma vez que engloba uma multiplicidade de gestos ou atos, muitas vezes sobreponíveis e interpenetráveis (Saraiva & Gil, 2014), que compreende três grandes manifestações: 1) a ideação suicida; 2) a tentativa de suicídio e; 3) o suicídio. Embora estes três processos possam ser vistos como uma sequência linear, convém lembrar que nem sempre ocorrem numa sequência ininterrupta. Muitas pessoas podem ter pensamentos suicidas, mas nunca chegar a atentar contra a sua vida (McAuliffe, 2002); nem todos os que tentam o suicídio e falham voltam a tentar novamente até serem bem-sucedidos no seu intento, ainda que se saiba que uma grande parte destes se envolve em repetições; e nem todos os que cometem suicídio têm história de tentativas suicidas (Kessler, Borges & Walters, 1999; Pirkis, Burgess & Dunt, 2000).

Com o objetivo de elucidar esta temática, serão explorados, neste documento, estes três conceitos. Contudo, e para dar a conhecer a dimensão da problemática do suicídio são apresentados primeiramente os seus aspetos epidemiológicos.

2.1. Aspetos Epidemiológicos do Suicídio

O suicídio e os comportamentos suicidários são um problema de saúde pública em todo o mundo. O suicídio é a décima causa de morte no mundo, representando 1.5% de todas as mortes (Hawton & van Heeringen, 2009). Segundo os dados da OMS, em 2012 morreram por suicídio 804 mil pessoas, o que representa uma taxa

mundial de suicídio, normalizada segundo a idade, de 11.4 por 100 mil habitantes (15 entre os homens e 8 entre as mulheres) (WHO, 2014). Contudo, dados os vários constrangimentos, uns de ordem social (e.g., o suicídio ainda visto em muitos países como algo ilegal e/ou alvo de forte reprovação social) e outros de natureza organizacional (e.g., relacionados com problemas no registo dos casos), os dados apresentados pela OMS e as taxas encontradas estarão aquém dos valores reais, por subnotificação (WHO, 2014).

O relatório da OMS refere ainda que nos países ricos se suicidam três vezes mais homens do que mulheres, sendo esta proporção menor nos países mais pobres (1.5 homens por cada mulher). A nível mundial, os suicídios representam, segundo esta organização, 50% de todas as mortes violentas registadas entre os homens e de 71% entre as mulheres. Relativamente à idade, as taxas de suicídio são mais elevadas em pessoas com 70 anos ou mais, tanto para homens como para mulheres em quase todas as regiões do mundo. Nalguns países a taxa de suicídio é mais elevada entre os jovens; sendo em termos mundiais o suicídio a segunda principal causa de morte na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade. A ingestão de pesticidas, o enforcamento e o uso de armas de fogo estão entre os métodos mais utilizados a nível mundial (WHO, 2014). Quanto às tentativas de suicídio, estas são em número muito mais elevado que o suicídio. Estima-se que por cada suicídio consumado ocorrem mais de 20 tentativas de suicídio (WHO, 2014).

Em Portugal, os dados oficiais do Eurostat (*Statistics Explained* 2012) revelam que em 2010 as taxas de suicídio padrão (por 100.000 habitantes com idades inferiores a 65 anos) se encontram abaixo das apresentadas pela maioria dos 27 países da Comunidade Europeia. Portugal surge com uma taxa de suicídio padronizada de 6.4 suicídios por 100 mil habitantes, logo a seguir à Grécia (2.7), Itália (4.7), Espanha (5) e Macedónia (6.2). Os países com as taxas de suicídio mais elevadas no ano de 2010 foram a Lituânia (30.6), Hungria (19.4), Estónia (17.1), Letónia (16.8) e Finlândia (16.7). Em média, na União Europeia, o suicídio foi responsável por 9.4 óbitos por 100 mil habitantes nesse ano. A taxa de morte por acidente de viação foi no mesmo ano, para o mesmo grupo de países, de 6,5 por 100 mil habitantes, valor abaixo da taxa de suicídio.

Ainda em Portugal, as taxas médias de suicídio por 100 mil habitantes têm-se mantido estáveis em torno dos 10 por 100 mil habitantes no período compreendido entre 2007 a 2013 (Pordata, 2015a). Em 2012 morreram por suicídio 1076 pessoas, tendo sido a taxa bruta de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes de 10.2. Quando analisados por sexo, os homens apresentam uma taxa de mortalidade superior (17) às mulheres (3.9). Suicidaram-se neste ano 859 homens e 217 mulheres.

Numa leitura em função da idade, verificamos que a taxa de suicídio aumenta com a mesma. De facto as taxas são mais elevadas nos indivíduos com 65 e mais anos; considerando ambos os sexos a taxa é de 21.2 por 100 mil habitantes. Quando segregados os sexos, os homens apresentam uma taxa de 38.6 e as mulheres de 9.2. Na faixa etária dos habitantes com menos de 65 anos de idade, para o mesmo período (2012) a taxa de suicídio foi de 6.3 (homens 10.9 e mulheres 2.1). Relativamente às várias regiões do país, o Alentejo Litoral com 31.8 foi a região do país com a taxa bruta mais elevada, por seu lado a região do Ave apresentou a taxa mais baixa (3.1) (INE, 2014).

Segundo os dados do INE (2015) os suicídios representaram 1% da mortalidade do país em 2013. As mortes por suicídio em 2013 foram de 1053, o que representou um decréscimo de 2.2% em relação ao ano de 2012 (1076). A taxa bruta de mortalidade devida a suicídio foi de 10.1 óbitos por 100 mil habitantes (16.3 para os homens e 4.4 para as mulheres). Cerca de 80% destas mortes foram de homens (i.e., 812 homens e 241 mulheres), numa relação de 336.9 óbitos masculinos por 100 femininos. A idade média do óbito em Portugal foi cerca de 60 anos para ambos os sexos. A média de idades mais elevada foi observada na região do Alentejo Litoral (70.7) e as mais baixas nas regiões autónomas da Madeira (45.7) e nos Açores (49.8).

Relativamente ao peso percentual do suicídio no total dos óbitos por região do país, e de acordo com a nova *Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos* (NUTS), verificamos que as sete unidades territoriais (NUTS II) apresentam valores distintos, assim: no Norte do país o suicídio representa 0.7%; no Centro 0.9%; na Área Metropolitana de Lisboa 1.1%; no Alentejo 1.8%; no Algarve 1.2%; na Região Autónoma dos Açores 1.4%; e na Região Autónoma da Madeira 0.8% (Pordata, 2015b). Conforme podemos constatar, o Alentejo é a região do país onde o suicídio tem um maior peso percentual no total da mortalidade, estando 0.8% acima da média nacional.

Se para o suicídio se encontram dados estatísticos nacionais e internacionais, o mesmo não acontece relativamente às tentativas de suicídio. De acordo com as investigações, a principal variável preditiva da morte por suicídio é a tentativa de suicídio prévio. Daí que identificar as tentativas de suicídio constitua um imperativo na prevenção do suicídio (WHO, 2014). Contudo, na maioria dos países não está implementado um sistema/método de recolha de dados sistematizado sobre as tentativas de suicídio, exceção para a Bélgica (zona da Flandres) (Wittouck et al., 2010), a Irlanda (Perry et al., 2010), a Suécia (Ludvigsson et al., 2011) e os Estados Unidos da América (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). De acordo com a OMS, a falta de sistemas de recolha de dados sobre as tentativas de suicídio

nos diversos países, prendem-se, entre outras razões, com a falta de um método normalizado aceite internacionalmente (WHO,2014).

Na Irlanda, um dos únicos países que tem um serviço nacional de registos de tentativas de suicídio, designado por *National Registry of Deliberate Self Harm* (NRDSH), no seu relatório de 2013, refere que nesse ano foram registados 11.061 casos de tentativa de suicídio, envolvendo 8.772 indivíduos. Tendo em conta os indivíduos que recorreram aos hospitais, a taxa normalizada das tentativas de suicídio em 2013 foi de 199 por 100 mil. Quando segregamos os indivíduos pelo sexo, a taxa dos homens foi de 182 por 100 mil e a das mulheres de 217 por 100 mil (Griffin, et al., 2014). Relativamente às repetições das tentativas de suicídio no ano de 2013, a NRDSH verificou que estas corresponderam a 21% do total dos casos registados (mais de 1 em 5). Foi também possível constatar que dos 8.772 indivíduos tratados em 2013, 1.211 (13.8%) fizeram pelo menos uma nova tentativa de suicídio nesse mesmo ano. Quanto ao método usado nas tentativas de suicídio, a maioria (cerca de três quartos) 67% recorreu à sobredosagem de medicação (62% nos homens e 72% nas mulheres). As lesões por corte ocorreram em 24% dos episódios (26% nos homens e 23% nas mulheres). O enforcamento esteve envolvido em 7% dos casos de tentativa de suicídio (10% nos homens e 4% nas mulheres). O álcool esteve envolvido em 37% de todos os casos registados (Griffin, et al., 2014).

2.2. Nomenclatura em Suicidologia

Quando se fala de suicídio, pelo menos nas relações coloquiais, este assunto não parece levantar grandes problemas e todos os envolvidos na conversa informal parecem perceber do que se está a falar. Contudo, no domínio da suicidologia o termo suicídio e a sua definição não são assim tão óbvios como à primeira vista pode parecer. O que para o cidadão comum se pode resumir à expressão “matou-se a si próprio”, num olhar mais atento revela uma maior complexidade. Para tal, basta pensar no indivíduo que querendo suicidar-se se envolve num ato ilícito com o objetivo de ser morto pela polícia; neste caso a questão do agente (autor) da morte já não é o próprio, mas sim um outro (Mohandie & Meloy, 2000). Como se pode constatar, na situação descrita a questão da autoria sofre um desvio de cento e oitenta graus, deixando a morte de ser autoinfligida; contudo continuamos a falar de suicídio. Como referem alguns autores, um ato de suicídio deve ser autoinstigado ou autoiniciado, mas não necessariamente autoinfligido (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2004).

No domínio da *suicidologia* (Shneidman, 2004) – termo utilizado para designar o estudo científico do suicídio e da sua prevenção –, deparamo-nos com uma profusão

de termos, definições e classificações; dependendo dos autores nem sempre são coincidentes entre si. Apesar do avanço científico produzido neste campo de estudo, ainda não existe um conjunto uniforme de termos, definições e classificações que possam utilizar-se para designar os pensamentos, gestos e comportamentos relacionados com o comportamento autoagressivo, com ou sem a intenção de morrer (Silverman, 2011). A inexistência de uma nomenclatura padronizada prejudica os avanços em suicidologia e torna difícil, se não impossível, comparar e contrastar os estudos nos campos da clínica, da investigação e da epidemiologia (Linehan, 1997; Silverman, 2011). Contudo, uma nomenclatura básica (conjunto de termos logicamente definidos) é condição imprescindível para uma comunicação efetiva (O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney, & Silverman, 1996). A inconsistência das definições levanta problemas que se podem organizar em três áreas: 1) na saúde pública, ao nível da certificação e cálculo das taxas de mortalidade (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006); 2) na investigação, impossibilitando a comparação de estudos entre e em diferentes grupos, países ou populações estudadas (De Leo et al., 2006; Silverman, 2006); 3) e na prática clínica (De Leo et al., 2006).

Na área clínica a falta de clareza na terminologia levanta problemas na avaliação, no registo da sintomatologia, na comunicação entre os profissionais (De Leo et al., 2006; Rudd, 1997; Silverman, 2011), na aplicação dos estudos sobre a eficácia dos tratamentos e na avaliação do risco de suicídio (Rudd, 1997). Segundo vários autores, em termos dos resultados das intervenções, quer seja na área clínica, quer no âmbito das campanhas de prevenção, a realização dos objetivos é impossível sem uma sólida definição de base (De Leo et al., 2006; Rudd, 1997).

A necessidade de estabelecer uma nomenclatura e uma classificação em suicidologia, tem sido uma das preocupações de vários autores. Apesar do esforço feito, a aceitação e a utilização dos sistemas de classificação desenvolvidos até ao momento tem sido dificultada pela falta de acordo no que respeita à nomenclatura, às definições operacionais, à mensuração da intenção, à mensuração da letalidade e à mensuração dos comportamentos suicidas (Silverman, 2006).

Atualmente várias nomenclaturas e sistemas de classificação estão a ser desenvolvidos e testados, quer nos Estados Unidos (Posner, Oquendo, Gould, Stanley & Davies, 2007; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007a), quer noutros países (De Leo et al., 2006). Também em Portugal, em 2013, uma comissão de peritos em suicidologia, com o patrocínio da Direção Geral da Saúde, desenvolveu uma

nomenclatura com o objetivo de uniformizar a terminologia dos comportamentos autolesivos e atos suicidas (Carvalho, et al., 2013).

Como refere Silverman (2006), e apesar da necessidade de uma nomenclatura estandardizada, existem 15 definições sobre suicídio na literatura científica. Em 2011, o mesmo autor elenca uma lista de 8 desafios que devem ser resolvidos em prol da almejada unidade concetual. Refere, por exemplo, logo no primeiro item da lista, que continua a existir confusão sobre o que se quer dizer exatamente e quando se devem aplicar termos como suicidalidade (*suicidality*), autolesão intencional ou deliberada [*deliberate or intentional self-harm (DSH)*], comportamento relacionado com o suicídio (*suicide-related behaviour*), parasuicídio (*parasuicide*), e autolesão não suicida [*non-suicidal self-injury (NSSI)*] (para uma revisão mais aprofundada cf. Silverman, 2011).

Face à profusão de nomenclaturas e sistemas de classificação é caso para dizer que ainda está longe a uniformidade desejada. De seguida, apresentamos os principais conceitos no âmbito da suicidologia, nomeadamente o suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida.

2.3. Suicídio

Historicamente, o termo suicídio surge pela primeira vez no século XVII, no livro *Religio Medici. And other essays* de Sir Thomas Browne (1642), com o intuito de distinguir o homicídio de si mesmo e o matar um outro. Ao longo dos tempos o suicídio foi encarado pela sociedade de diferentes formas consoantes os períodos históricos, as culturas, os contextos sociais e as crenças religiosas. Assim, o suicídio, de aceite na antiga Roma, até condenado na idade média, chegou aos nossos dias como um fenómeno desconcertante, mas ainda assim passível de um olhar compreensivo. Dois influentes pensadores, Emile Durkheim e Sigmund Freud, contribuíram para a mudança da conceção popular do suicídio e influenciaram o desenvolvimento científico posterior no domínio da suicidologia (De Leo et al., 2006). Desde então, muitas tentativas foram feitas para se chegar a uma definição consensual de suicídio, contudo tal ainda não foi possível, dada a falta de acordo quanto aos aspetos mais importantes a incluir na definição. Apesar disso, vários aspetos comuns surgem nas definições produzidas, nomeadamente o resultado do comportamento, a agência do ato, a intenção de morrer ou parar de viver para alterar o estado das coisas, e a consciência/conhecimento dos resultados (De Leo et al., 2006). Sem mais delongas de seguida apresentam-se algumas das definições de suicídio mais importantes produzidas até ao momento.

Para Durkheim (1897/2000, p.14) o suicídio é: “ todo o caso de morte que resultada direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”.

Segundo Baechler (1980), (citado por De Leo et al., 2006, p.8), o suicídio é “todo o comportamento que procura e encontra a solução para um problema existencial através de um atentado contra a própria vida”.

Já para Shneidman (1985) (citado por De Leo et al., 2006, p.8), o suicídio é “ um ato consciente de auto aniquilação induzida, que é melhor compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como a melhor solução”.

A Organização Mundial de Saúde (WHO), através do grupo de trabalho criado em 1986, (citado por De Leo et al., 2006, p. 8) com o objetivo de elaborar uma nomenclatura consensual, adotou a definição de suicídio como sendo um “ato com um desfecho fatal, que o falecido, conhecendo ou esperando um resultado fatal, iniciou e realizou com o propósito de provocar as mudanças por ele desejadas”.

Conforme Rosenberg et al. (1988, p.1445), o suicídio é entendido como "a morte decorrente de um ato infligido a si mesmo com a intenção de se matar a si mesmo”.

Para Mayo (1992) (citado por De Leo et al., 2006, p.8), a definição de suicídio comporta quatro elementos: “tem que ocorrer a morte; deve ser o próprio a cometê-la; a ação pode ser ativa ou passiva; implica intencionalidade de pôr termo à vida”.

Silverman e Maris (1995, p.10) referem-se ao suicídio da seguinte forma: “o suicídio, por definição, não é uma doença, mas a morte causada por uma ação ou comportamento autoinfligido intencional”.

De acordo com O’Carroll e colaboradores (1996, pp. 246-247) o suicídio é entendido como “a morte por lesão, envenenamento ou sufocação, onde haja evidência (explícita ou implícita) de que a lesão foi autoinfligida e que a intenção da vítima era matar-se”. Ainda segundo estes autores, o termo suicídio completo pode ser utilizado intermutavelmente com o termo suicídio.

Para a WHO (1998, p.75), o suicídio é entendido como, “o ato de se matar a si mesmo, deliberadamente iniciado e protagonizado pela pessoa em causa, no pleno conhecimento ou expectativa do seu resultado fatal”.

Em 2006 De Leo e colaboradores (p. 12), alguns dos autores que integraram o painel da WHO/Europa de 1986, reconstruíram a definição de suicídio, e com uma ligeira alteração fizeram a seguinte proposta de enunciado: “o suicídio é um ato com um desfecho fatal, em que o falecido, sabendo ou esperando um resultado

potencialmente fatal, iniciou e realizou com o objetivo de provocar as mudanças desejadas”.

Em Portugal, a comissão de peritos que desenvolveu o *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017* (Carvalho, et al. 2013, p. 104), utilizando a expressão suicídio consumado, referiu-se a este como sendo a “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (p. ex. precipitação no vazio de esquizofrênico delirante e alucinado, obedecendo a vozes de comando)”.

Como é possível constatar pelas definições atrás enunciadas, parece que ainda estamos afastados de uma definição consensual. Contudo das definições elencadas, ressaltam alguns elementos que são comuns, como seja: 1) o resultado do ato (desfecho fatal); 2) a agência do ato suicida (é o próprio indivíduo a instigar o ato que resulta na sua morte); 3) a intenção de morrer ou de acabar com a vida.

É, relativamente à intenção que surgem as maiores controvérsias quando se debate o suicídio e os comportamentos suicidas não fatais. Egel (1999), argumenta que a intenção (de morrer) nas definições de suicídio não obedece aos critérios de uma definição científica, uma vez que as intenções de um indivíduo suicida não podem ser diretamente observadas, e por isso podem ser falsificadas. A intenção num ato suicida permanece na mente do indivíduo.

Habitualmente, se o ato tem um desfecho fatal, somos levados a inferir que este foi intencional, contudo nada nos garante que assim tenha sido, uma vez que este pode ter sido acidental. Se o ato teve um desfecho não fatal, podemos perguntar ao indivíduo qual era a sua intenção, mas a resposta pode estar enviesada. O indivíduo pode deliberadamente negar ou minimizar a sua intenção prévia (De Leo et al., 2006). Muitas outras razões podem ser elencadas para argumentar que a intencionalidade é um termo insatisfatório. A intenção implica um elemento de grau, e isso fica por qualificar segundo Mayo (citado por De Leo et al., 2006). Por outro lado temos que considerar a sempre prevalente ambivalência que rodeia a morte por suicídio (Maris, Berman & Silverman, 2000). Como argumenta Shneidman (1981, p. 206) a “imagem psicológica prototípica de uma pessoa à beira do suicídio é a de um indivíduo que quer e não quer” Conforme De Leo e colaboradores (2006), o indivíduo suicida raramente está 100% seguro da sua intenção de morrer, pelo que para estes autores, seria mais correto afirmar que a pessoa não quer morrer e que a morte é apenas uma opção mais apelativa do que continuar a viver. Do ponto de vista psicológico o aspeto mais importante do suicídio não é a morte (De Leo et al., 2006), mas a cessação do sofrimento, segundo Shneidman (citado por De Leo et al., 2006). A partir desta perspetiva, a intenção no suicídio surge associada à supressão do sofrimento, sendo a

morte o meio para a conseguir. Contudo, e apesar da falta de objetividade na avaliação da intenção, esta deve ser, segundo alguns autores, determinada com o fim de distinguir o comportamento suicida de outros comportamentos autolesivos (Allen, 2000). Sem a intenção, tornar-se-ia difícil avaliar qualquer ação como diferente de um acidente ou de outros comportamentos autolesivos não suicidas, como cortar-se com a intenção de libertar sentimentos intensos, mas que não visam acabar com a vida (Allen, 2000; Andriessen, 2006; Linehan, 1997). Segundo Linehan (1997), a omissão da avaliação da intenção pode traduzir-se em níveis inaceitáveis de heterogeneidade entre indivíduos relativamente à classificação e subclassificações do comportamento autolesivo.

2.4. Tentativa de Suicídio.

Tal como na definição de suicídio, a tentativa de suicídio continua a ser designada de diferentes formas por diferentes autores (Silverman, 2006). Alguns autores sugeriram termos alternativos como “parasuicídio” (Kreitman, 1977), “comportamentos suicidas não fatais” (Canetto & Lester, 1995) e “automutilação deliberada” (Zahl & Hawton, 2004). Estes termos são geralmente aplicados aos comportamentos autolesivos, quer esteja presente ou não a intenção suicida (Silverman, 2006). A utilização de múltiplos termos e definições para os comportamentos autodestrutivos não fatais cria, segundo Silverman (2006), a confusão em termos linguísticos, operacionais, teóricos e clínicos.

Em 1998, a OMS enquadra a tentativa de suicídio dentro de uma categoria maior que designa de atos suicidas não fatais, onde são incluídos também o suicídio tentado, o parasuicídio e os atos de automutilação deliberados (WHO, 1998). O parasuicídio foi definido como um “ato não fatal, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento fora do comum que, sem a intervenção de outros, causará lesão, ou deliberadamente ingere uma substância em excesso para além da dose prescrita ou reconhecida geralmente como dose terapêutica, com o objetivo de provocar mudanças desejadas pelo indivíduo, através das consequências físicas atuais ou esperadas” (WHO, 1986, p. 2).

De acordo com Bille-Brahe, Schmidtke, Kerkhof, De Leo, Lonqvist e Platt (1994) o termo parasuicídio tem sido entendido de quatro formas distintas:

- 1- O parasuicídio é uma subcategoria da tentativa de suicídio caracterizada por baixos níveis de intenção de morrer (perspetiva mais comum nos EUA);
- 2- A tentativa de suicídio é uma subcategoria mais específica de parasuicídio, caracterizada por forte intenção de morrer (perspetiva mais comum na Europa);

- 3- Parasuicídio e tentativa de suicídio são mutuamente excludentes. O primeiro descreve casos de baixa intenção suicida e o segundo é usado para denominar casos em que a intenção de morrer é claramente evidente;
- 4- O parasuicídio e a tentativa de suicídio são usados indiferentemente, reconhecendo-se as dificuldades inerentes à determinação da intenção.

Em 2004, face aos problemas levantados em torno do termo parasuicídio, e após uma revisão da nomenclatura de base da WHO, alguns dos autores que integraram o grupo de estudos multicêntricos da secção europeia da WHO propuseram os termos comportamento suicida fatal e comportamento suicida não fatal. O termo parasuicídio, autolesão deliberada e tentativa de suicídio passaram a ser incluídos no termo comportamento suicida não fatal, podendo este ser aplicado com ou sem a presença da intenção de morrer (De Leo et al., 2004).

Para muitos autores o termo tentativa de suicídio mantém a sua pertinência e atualidade. Conforme evidenciado pelas várias investigações, a identificação das tentativas de suicídio é essencial, na medida em que são um bom preditor das mortes por suicídio (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Nordstrom, Samuelsson, & Asberg, 1995; Oquendo et al., 2005). Por ordem cronológica, apresentam-se algumas das definições de tentativa de suicídio encontradas na literatura científica. Para Durkheim (1897/2000) a tentativa de suicídio é o ato suicida em si, mas que foi interrompido antes que dele resultasse a morte. Para O'Carroll et al. (1996, p. 247) a tentativa de suicídio é “um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal, para o qual existe evidência (explícita ou implícita) que a pessoa tinha alguma intenção (diferente de zero) de se matar. A tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesões”. Segundo a *National Strategy for Suicide Prevention* em 2001 (citado por Silverman, 2006, p. 524) o suicídio é entendido como “um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal, para o qual existe a evidência de que a pessoa tinha a intenção de se matar; uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesões”. Para Goldsmith, Pellmar, Kleinman e Bunney em 2002 (citado por Silverman, 2006, p. 524) definem o suicídio como o “ato destrutivo não fatal autoinfligido, com a intenção explícita ou inferida de morrer”.

De acordo com De Leo e colaboradores (2006, p.14), que incluíram a tentativa de suicídio no conceito de comportamento suicidário não fatal, este pode ser entendido como um “ato não habitual, sem desfecho não fatal, que o indivíduo, esperando ou correndo o risco de morrer ou infligir lesão corporal, iniciou e levou a cabo, com o propósito de obter as mudanças pretendidas”.

Em Portugal, o *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017* (Carvalho, et al. 2013, p.104) definiu como tentativa de suicídio o “ato levado a cabo por um

indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado”.

Como podemos constatar, apesar de terem redações diferente, ressaltam das definições apresentadas as seguintes características comuns; 1) nem sempre do ato suicida resultam lesões no indivíduo, apesar do seu potencial lesivo; e 2) a intenção de morrer está presente no ato suicida, pelo menos num grau diferente de zero.

2.5. Ideação Suicida

É comumente aceite na literatura científica que a ideação suicida é um fenómeno mais frequente que os comportamentos suicidas, contudo também é relatado que nem todas as pessoas com ideias suicidas se envolvem em comportamentos autolesivos (McAuliffe, 2002). Apesar disso, a investigação tem demonstrado a utilidade da ideação suicida na predição das tentativas de suicídio (Posner et al., 2011). De facto, a ideação suicida severa e persistente tem-se revelado um bom preditor de futuras tentativas de suicídio (Fergusson et al., 2005; Wichstrom, 2000) e de mortes por suicídio em adolescentes e adultos (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000).

Vários autores têm enfatizado a necessidade de distinguir entre ideação suicida e comportamento suicida, muitas vezes confundida em vários estudos (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann, 2014). Como referem Saraiva e Gil (2014, p. 52): “Trazer a ideação suicida de um plano ideativo para um plano ativo, onde pontuam atos e comportamentos parece-nos manifestamente exagerado e suscetível de hiperquantificar a dita ideação”. Opinião semelhante é a de Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll e Joiner (2007b), para quem a ideação é o oposto da ação ou do comportamento físico. Para além disso, estes autores, distinguem entre ideação (pensamentos) e intenção. Segundo eles, ainda que a ideação e a intenção, de uma forma ou outra, sejam cognições, a intenção assume, em parte, uma componente emocional do processo cognitivo, assim como um elevado grau de envolvimento mental (Silverman et al., 2007b). Segundo Hjelmeland (citado por McAuliffe, 2002) a presença da intenção na ideação suicida é de particular relevância uma vez que ela é um elemento crucial entre o pensamento e a ação, indicando em que medida uma pessoa quer morrer. De resto, a ausência ou a presença da intenção na ideação suicida constitui-se como um elemento central na distinção entre a ideação passiva e ativa, sendo a última considerada uma forma mais severa (Posner et. al., 2014). Wenzel, Brown e Beck (2009, p. 20) referem que a ideação está mais intimamente relacionada com os atos suicidas quando é acompanhada por um desejo de acabar com a própria vida e por alguma intenção de agir nesse sentido. Wenzel, Brown e

Beck (2009) definem ideação suicida como “quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições relatadas pela pessoa sobre a sua intenção de acabar com a própria vida (i.e., cometer o suicídio)”.

Entre nós, a definição do grupo de peritos responsáveis pelo *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*, refere-se a ideação suicida como: “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato” (Carvalho et al., 2013, p.104).

3. Suicídio e Resolução de Problemas

Muitos autores têm conceptualizado o comportamento suicida como um fracasso na produção de soluções alternativas ao suicídio, sugerindo que os indivíduos com comportamentos suicidas apresentam um défice na capacidade de resolução de problemas (Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979; Pollock & Williams, 1998, 2004; Schotte & Clum, 1982, 1987).

O comportamento suicidário, incluindo a tentativa de suicídio, tem sido conceptualizado como uma resposta de *coping* mal-adaptiva (Sakinofsky, 2000) do sujeito para escapar de uma situação problemática (Baumeister, 1990; Pollock & Williams, 2001), como uma forma de resolver um problema (Chiles & Strosahl, 2004), lidar com condições de vida difíceis (Lazarus, 1991), ou para evitar e/ou aliviar emoções desagradáveis (Chapman, Gratz & Brown, 2006).

Alguns investigadores têm referido que o défice de resolução de problemas está relacionado com questões de autoavaliação, isto é, com a baixa confiança que os indivíduos têm sobre a sua capacidade para resolver problemas. Os resultados desses estudos indicam que a ideação suicida está associada à perceção de baixos recursos pessoais para resolver problemas, tanto em estudantes (Dixon, Heppner, & Anderson, 1991), como em doentes que fizeram tentativas de suicídio ou apresentaram ideação suicida (Rudd, Rajab, & Dahm, 1994). Numa amostra de cinquenta indivíduos com tentativas de suicídio recentes, Dieserud, Røysamb, Braverman, Dalgard e Ekeberg (2003), verificaram que a baixa expectativa na resolução de problemas esteve associada com a repetição de uma nova tentativa de suicídio, em oito indivíduos, nos 18 meses seguintes.

Relativamente à origem da visão negativa sobre a capacidade de resolução de problemas difíceis, a mesma parece estar associada, segundo Jeglic, Sharp, Chapman, Brown e Beck (2005), a história familiar de tentativa de suicídio e a história de múltiplas tentativas de suicídio, particularmente em amostras de pessoas que

tinham tentado o suicídio recentemente. Estes dados sugerem que a orientação negativa na resolução de problemas é mediada pela história familiar de comportamentos suicidas e pelas tentativas de suicídio do próprio; e indicam que a expectativa de fracasso na resolução de problemas, parcialmente aprendida no ambiente familiar, leva estes indivíduos a encarar o suicídio como uma solução viável.

O défice na resolução de problemas também pode ser conceptualizado como um evitamento na resolução de problemas. Alguns estudos têm constatado que os doentes com comportamentos suicidas apresentam um maior evitamento e passividade no confronto com os problemas, quando comparados com doentes psiquiátricos de controlos não-suicidas (Linehan, Camper, Chiles, Strosahl, & Shearin, 1987; Orbach et al., 1990). Orbach et al. (2007) num estudo com adolescentes, em que foram comparados dois grupos de sujeitos internados (com e sem comportamentos suicidas) e um de controlo não-clínico, verificaram que a tendência para avaliar as tarefas de resolução de problemas como uma ameaça parece estar associada a um aumento da ideação suicida. Comparativamente, quando a tarefa é avaliada como um desafio a ideação suicida é mais baixa.

Estes estudos sugerem, pois, que os défices na resolução de problemas parecem contribuir para a ideação suicida e para os comportamentos suicidas. Por outro lado, os indivíduos com ideação suicida e/ou história de tentativas de suicídio apresentam baixos níveis de confiança na sua capacidade para resolver problemas, o que os leva a evitar a resolução de problemas e a terem dificuldade em gerar soluções eficazes para os seus problemas interpessoais (Wenzel & Spokas, 2014). De uma forma geral, os indivíduos com comportamentos suicidários parecem apresentar estratégias de resolução de problemas mais pobres (Evans, Williams, O'Loughlin, & Howells, 1992; Pollock & Williams, 1998, 2004; Rudd et al., 1994; Schotte & Clum, 1982).

4. Suicídio e Depressão

O suicídio, a tentativa de suicídio e a ideação suicida são uma das maiores preocupações para os profissionais de saúde mental que trabalham com doentes com perturbações depressivas, nomeadamente a perturbação depressiva major (PDM). O risco de suicídio nestes doentes é de facto bastante relevante, e tanto assim é que o mesmo se encontra referenciado, como sendo um dos nove critérios de diagnóstico para a perturbação depressiva major, no DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Várias estimativas sugerem que 2 a 7% dos adultos com depressão morrem por suicídio (Bostwick & Pankratz, 2000; Inskip, Harris, & Barraclough, 1998). Por seu

lado Bernal e colaboradores (2007) referem que o risco de tentativa de suicídio na PDM é de 28%. As perturbações do humor estão implicadas em quase todos os atos suicidas, e o risco de suicídio encontra-se elevado em todas as formas de perturbação do humor. De facto, 40% dos indivíduos clinicamente deprimidos com mais de 17 anos têm pensamentos suicidas (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006*).

A literatura também tem sugerido que os episódios depressivos recorrentes estão mais relacionados com a morte por suicídio do que a severidade da depressão (Mościcki, 2001). É também referido que as pessoas com sintomas mais severos de depressão ou com outros diagnósticos associados (comorbilidade) apresentam taxas mais elevadas de suicídio (Conwell & Brent, 1995). Para além disso, outras investigações sugerem que os adultos hospitalizados por depressão, com outras perturbações em comorbilidade, apresentam um risco mais elevado de suicídio (Cornelius et al., 1995; Oquendo et al., 2005).

Vários estudos referem que 90% de todos os suicídios ocorrem em contexto de perturbação psiquiátrica, sendo que as perturbações depressivas contribuem para a maioria dos casos (Mann et al., 2005; Yoshimasu, Kiyohara, & Miyashita, 2008). De acordo com Lönnqvist (2000) os indivíduos que sofrem de depressão têm 20 vezes mais probabilidade de morrer por suicídio. Segundo dados da *American Association of Suicidology* (2012), aproximadamente dois terços dos indivíduos que morrem por suicídio sofrem de depressão no momento da sua morte. De acordo com Tanney (2000), em média, em 60% dos suicídios consumados estudados por autópsia psicológica foi diagnosticado uma perturbação depressiva, constituindo-se, de longe, esta perturbação mental com aquela que está mais associada ao suicídio.

Contudo, como se sabe, nem todos os indivíduos com sintomas depressivos pensam em suicídio ou se envolvem em comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio. Uma recente revisão sobre os fatores de risco que mais fortemente contribuem para a morte por suicídio, identificou seis fatores: 1) isolamento social; 2) tentativas de suicídio prévias; 3) conflitos familiares; 4) perturbação psicológica; 5) doença física e; 6) desemprego (Van Orden et al., 2010). O isolamento social ou a falta de ligação aos outros aumenta o risco de ideação suicida, envolvimento em comportamentos suicidas, e/ou suicídio. A falta de relações sociais pode levar a efeitos negativos no bem-estar psicológico, o que por sua vez pode levar ao aparecimento da intenção suicida e/ou ao eventual suicídio (Baumeister & Leary, 1995; Shneidman, 1998; Van Orden et al., 2010).

Considerando a interação entre os efeitos do isolamento social e os sintomas depressivos nos comportamentos suicidas, Au, Lau e Lee (2009) descobriram que a

relação entre a depressão e a ideação suicida se encontra enfraquecida quando os indivíduos reportam relações mais fortes com familiares e amigos. Por outro lado, a investigação tem mostrado que sintomas depressivos mais severos e isolamento social são um preditor de subseqüentes comportamentos suicidas e de tentativas de suicídio (Holma et al., 2010).

Relativamente à história de tentativa de suicídio prévio, as pesquisas têm indicado ser este um robusto preditor na morte por suicídio (Beautrais, 2002; Gibb, Beautrais, & Fergusson, 2005). Um estudo de *follow-up* conduzido por Suominen e colaboradores (2004) durante 37 anos, para investigar o risco de suicídio depois de uma tentativa de suicídio, constatou que 13 dos 98 participantes morreram por suicídio. Este resultado sugere que o envolvimento em pelo menos uma tentativa de suicídio prévio é um potencial risco de posterior morte por suicídio. Quanto à perturbação psicológica como fator de risco da ideação suicida, nos comportamentos suicidas e na morte por suicídio, esta encontra-se bem documentada na literatura (cf., Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Van Orden et al., 2010). No que respeita ao conflito familiar e à história de abuso na infância, as investigações confirmam-os como preditores de posteriores comportamentos suicidas em todas as idades (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Duberstein et al., 2004).

A pesquisa realizada na doença física e no risco de suicídio tem indicado que os indivíduos com doença somática são mais propensos a apresentar ideação suicida e morte por suicídio do que aqueles que não a têm (Conwell et al., 2010).

O desemprego também se encontra associado com a ideação suicida e com a morte por suicídio, particularmente em indivíduos na faixa etária dos 25 aos 65 anos de idade (Luo, Florence, Quispe-Agnoli, Ouyang, & Crosby, 2011).

Para além dos fatores de risco atrás referidos, e numa perspetiva mais cognitiva, os défices na resolução de problemas parecem funcionar como uma fator de vulnerabilidade para a depressão, desesperança e ideação suicida (Priester & Clum, 1993). Défices na resolução de problemas têm sido encontrados em indivíduos com sintomatologia depressiva (Haaga, Fine, & Terrill, 1995; Marx, Williams, & Claridge, 1992).

Estudo Empírico

5. Formulação do Problema de Investigação

A investigação sobre os processos psicológicos envolvidos no comportamento suicidário sugere a existência de défices na capacidade de resolução de problemas nos indivíduos que cometem tentativas de suicídio (e.g., Evans, Williams, O'Loughlin & Howells, 1992; Schotte & Clum, 1982; Rudd, Rajab, & Dahm, 1994; Pollock & Williams, 1998, 2004). O comportamento suicidário, incluindo a tentativa de suicídio, pode ser conceptualizado como uma resposta de *coping* mal-adaptiva (Sakinofsky, 2000) do sujeito para escapar de uma situação problemática (Baumeister, 1990; Pollock & Williams, 2001), para resolver um problema (Chiles & Strosahl, 2004), lidar com condições de vida difíceis (Lazarus, 1991), ou para evitar e/ou aliviar emoções desagradáveis (Chapman, Gratz & Brown, 2006). De acordo com Pollock e Williams (2001) a investigação sobre os processos cognitivos envolvidos no comportamento suicidário tem incidido, preferencialmente, nos estilos cognitivos, na resolução de problemas e mais recentemente sobre a memória autobiográfica. Segundo diversos autores (e.g., Schotte & Clum, 1982; Linda, Marroquín & Miranda, 2012) as estratégias de resolução de problemas ineficazes e/ou limitadas podem restringir a capacidade do indivíduo para se adaptar aos acontecimentos negativos de vida e, desta forma, aumentar a vulnerabilidade ao pensamento e comportamento suicida. De uma forma geral, os indivíduos com comportamentos suicidários parecem apresentar estratégias de resolução de problemas mais pobres (Evans, Williams, O'Loughlin, & Howells, 1992; Pollock & Williams, 1998, 2004; Rudd, Rajab, & Dahm, 1994; Schotte & Clum, 1982). Défices na resolução de problemas foram encontrados em indivíduos com sintomatologia depressiva (Haaga, Fine, Terrill, Stewart, & Beck, 1995; Marx, Williams, & Claridge, 1992). Os défices na resolução de problemas parecem funcionar como uma vulnerabilidade para a depressão, desesperança e ideação suicida (Priester & Clum, 1993).

Ainda que os acontecimentos de vida negativos e os défices na resolução de problemas estejam associados ao comportamento suicidário e à perturbação emocional, importa compreender em que diferem as estratégias de *coping* na resolução de problemas dos indivíduos que tentaram o suicídio face àqueles que apresentam um baixo risco de suicídio.

As estratégias de *coping* na resolução de problemas, avaliadas pelo IRP (Vaz Serra, 1988), são um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que o sujeito mobiliza com o objetivo de lidar com as situações (internas ou externas) de dano, ameaça ou de desafio, que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os seus

recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). De referir que as estratégias de *coping* envolvem uma gama mais ampla de estratégias do que a resolução de problemas (*problem-solving*), na medida em que envolvem não só estratégias para resolver o problema [estratégias de coping focadas no problema (*problem-focused coping*)], como estratégias orientadas para atenuar as emoções [estratégias de coping focadas nas emoções (*emotion-focused coping*)], dependendo da avaliação que o indivíduo faz da situação de stresse com que se depara (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Apesar das estratégias de *coping* focadas no problema (*problem-focused coping*) serem semelhantes às estratégias de resolução de problemas (*problem-solving*) – no que diz respeito à definição do problema, ao gerar de soluções alternativas, à avaliação das alternativas em termos dos custos e benefícios, à escolha da solução e ao plano de ação (Lazarus & Folkman, 1984) –, as primeiras não só implicam um posicionamento objetivo e um processo analítico, particularmente direcionado para ao meio ambiente (e.g., estratégias para alterar as pressões exteriores), como incluem estratégias dirigidas para o interior do indivíduo (*self*) (e.g., mudanças motivacionais e cognitivas) (Lazarus & Folkman, 1984).

Posto isto e tendo em conta os vários estudos desenvolvidos nesta área, em diferentes populações, e os resultados por eles alcançados, pretendemos com este estudo analisar as estratégias de *coping* na resolução de problemas (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1988) em indivíduos com tentativa de suicídio e a sua relação com a sintomatologia depressiva e com a ideação suicida (Beautrais et al., 1996; Haaga, Fine, Terrill, Stewart, & Beck, 1995; Mann, Wateraux, Haas, & Malone, 1999; Marx, Williams, & Claridge, 1992; Suominen et al., 1996) quando comparados com dois grupos de controlo (um psiquiátrico sem tentativa de suicídio e um outro da comunidade sem história de perturbação psiquiátrica e/ou comportamentos suicidários). A pertinência em compreender os processos psicológicos associados ao comportamento suicidário inscreve-se na necessidade de fornecer aos profissionais da saúde mental linhas orientadoras que permitam identificar indivíduos em risco, desenvolver modelos de prevenção e fomentar o desenvolvimento de estratégias de intervenção (Linda, Marroquín, & Miranda, 2012).

Com base na pesquisa realizada, este estudo levanta as seguintes hipóteses:

- 1 - Os indivíduos que tentaram o suicídio apresentam um défice significativo na resolução de problemas quando comparados com os grupos de controlo não suicidas (Linda, Marroquin, & Miranda, 2012; Pollock & Williams, 1998; Schotte & Clum, 1982).
- 2 - Os indivíduos que tentaram o suicídio usam quase todas as estratégias de *coping* na resolução de problemas, mas fazem-no de forma mais deficitária

que os indivíduos que não tentaram o suicídio. (Orbach, Bar-Joseph, & Dror, 1990; Saraiva, 1999).

- 3 - Os indivíduos que tentaram o suicídio apresentam maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva do que os grupos de controlo (Beautrais et al., 1996; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Suominen et al., 1996).

6. Método

6.1. Amostra

Com recurso a técnicas de amostragem não probabilísticas, foi constituída a amostra deste estudo na qual participaram 90 indivíduos adultos, de ambos os sexos, distribuídos equitativamente por três grupos, dos quais 66 são mulheres (73%) e 24 homens (27%).

O grupo dos indivíduos que tentaram o suicídio (GTS) composto por 30 adultos (4 homens e 26 mulheres) foi recrutado no internamento (maioritariamente) e consultas externas do departamento de psiquiatria e saúde mental (DPSM) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE). Como critério de inclusão neste grupo, os indivíduos tinham de ter pelo menos uma tentativa de suicídio.

O grupo de controlo psiquiátrico (GCP), constituído por 8 homens e 22 mulheres, foi recrutado nas consultas externas (maioritariamente) e no internamento do DPSM do HESE. Para a inclusão neste grupo os indivíduos não podiam ter na sua história prévia qualquer tentativa de suicídio (critério garantido para todos os que o integraram).

O grupo de controlo da comunidade (GCC) foi constituído por indivíduos recrutados na comunidade (12 homens e 18 mulheres). Para todos os indivíduos que foram incluídos neste grupo foi garantido que não havia história prévia de tentativa de suicídio e/ou acompanhamento pelos serviços de saúde mental.

Todos os participantes da amostra são oriundos do Distrito de Évora, onde residem. A idade dos participantes da amostra varia entre os 20 e os 79 anos, sendo que a média de idade para o GTS é de 49.6 anos (DP = 13.47), para o GCP de 51 anos (DP = 14.20) e para o GCC 48.2 anos (DP = 13.40).

6.2. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico – Para se proceder à recolha de dados sociodemográficos dos participantes, e em virtude das diferenças nos grupos do estudo, foi desenvolvido um instrumento que teve em conta essas diferenças. Este facto implicou que se tivessem de desenvolver 3 versões do mesmo questionário, sendo que as duas versões destinadas aos grupos de controlo (psiquiátrico e comunidade) eram em tudo muito semelhantes, diferindo apenas em alguns pormenores (e.g., diagnóstico médico no grupo psiquiátrico e questões para averiguar a ausência de tentativa de suicídio e de apoio de saúde mental na comunidade). De comum às três versões foram os *“dados referentes ao participante”* (e.g., género, idade, estado civil, estatuto profissional, etc.) e a *“história de comportamento suicida*

na família” (e.g., “Já algum familiar tentou o suicídio?”). Como é óbvio a informação referente aos aspetos relacionados com a tentativa de suicídio só constou na versão destinada àqueles que tinham na sua história de vida uma ou mais tentativas de suicídio. Estes aspetos foram incluídos na secção “*Dados referentes ao comportamento suicida do participante*”.

Inventário de Resolução de Problemas (IRP) (Vaz Serra, 1988). Este instrumento (IRP) é uma escala unidimensional de tipo Likert, constituído por 40 itens, que tem por finalidade avaliar estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo na vida quotidiana quando enfrenta situações de dano, de ameaça ou de desafio suscetíveis de se prolongarem no tempo e terem repercussões interpessoais. Em cada um dos 40 itens o indivíduo deve responder, supondo que se encontra na situação proposta, segundo a sua maneira habitual de reagir, sendo que tem 5 possibilidades de resposta: “não concordo”; “concordo pouco”; “concordo moderadamente”; “concordo muito”; e “concordo muitíssimo”. Relativamente à correção do inventário, a cada uma das respostas é atribuída uma pontuação de um a cinco, sendo que umas vezes é pontuada em ordem direta (da esquerda para a direita 1 a 5) e outras inversa. A pontuação do IRP (designada IRP Total) pode oscilar entre um mínimo de 40 e um máximo de 200 pontos. O instrumento foi desenvolvido de forma a que as pontuações globais mais elevadas correspondam a melhores estratégias de *coping* do indivíduo. O tempo de preenchimento do inventário pode oscilar entre os 15 e os 40 minutos, conforme o nível de instrução da pessoa.

O IRP inclui questões relacionadas com o confronto ativo dos problemas, com o controlo percetivo da situação ou das suas consequências, com mecanismos redutores do estado de tensão emocional e com certas características da personalidade que podem ser importantes na resolução das situações indutoras de stress. Este instrumento permite, para além da obtenção de uma nota global, obter resultados para nove fatores (F1 – Pedido de ajuda; F2 – Confronto e resolução ativa de problemas; F3 – Abandono passivo perante a situação; F4 – Controlo interno/externo dos problemas; F5 – Estratégias de controlo das emoções; F6 – Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F7 – Agressividade internalizada/externalizada; F8 – Auto-responsabilização e medo das consequências; F9 – Confronto com os problemas e planificação de estratégias). Nos estudos desenvolvidos durante a sua aferição à população portuguesa os fatores mais importantes neste instrumento são o F2, F4 e F5, tendo-se revelado estes como os que melhor discriminam os indivíduos com e sem perturbação emocional (Vaz-Serra, Ramalheira, & Firmino, 1988).

Relativamente aos dados psicométricos do IRP, os resultados estatísticos dos estudos revelaram que os 40 itens: 1) são bons discriminadores de grupos extremos; 2) não são influenciados por diferenças de sexo; 3) apresentam uma correlação altamente significativa com a nota global; e 4) mostraram uma boa estabilidade temporal, com uma correlação teste/reteste de .808 ($p \leq .001$), com um mínimo de 4 semanas de intervalo. O IRP tem também uma boa consistência interna, com um coeficiente de Spearman-Brown de .860 (Vaz-Serra, 1988).

Como vantagens deste instrumento podemos dizer que ele é sensível ao estado de saúde mental do indivíduo e à forma como este lida com os problemas quotidianos, revelando com isso as suas estratégias de *coping*. Para além disso, o facto de este ser um instrumento de auto-avaliação pode ter a vantagem de trazer economia de tempo a quem o aplica. Quanto às limitações, o autor (Vaz-Serra, 1988) refere o facto de não poder ser respondido por analfabetos e poder ser indevidamente interpretado por quem o aplica.

Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Reynolds, 1988). Este instrumento, elaborado originalmente por Reynolds – versão portuguesa traduzida e adaptada por Ferreira e Castela (1999) – permite avaliar os pensamentos suicidas em adolescentes e adultos, numa hierarquia que oscila entre o pouco e muito graves. O QIS é constituído por 30 itens, sendo que alguns se referem a pensamentos pouco específicos (e.g., “*Desejei nunca ter nascido*”) e outros a pensamentos mais específicos e graves, que expressam claramente planos e desejos de morrer (e.g., “*Pensei quando me suicidaria*”). Para cada item são disponibilizadas 7 alternativas de resposta, numa escala do tipo Likert, que oscilam entre “Nunca” e “Sempre”, num sentido crescente de gravidade da ideação suicida. Para efeitos de avaliação, cada um dos 30 itens é cotado de 0 a 6 pontos, sendo que a pontuação total do QIS pode variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 180. Uma pontuação elevada no QIS é indicativo de ideação suicida frequente e generalizada. As pontuações e os itens podem ser utilizados de quatro formas básicas: pontuação total, ponto de corte, itens de avaliação crítica, ou leitura clínica dos itens individuais (Boege, Corpus, Schepker, & Fegert, 2014). Na tradução e adaptação do QIS para a população portuguesa de Ferreira e Castela (1999) foi definido como ponto de corte para a população feminina o valor de 23.04 com um desvio padrão de 25.65 pontos. O ponto de corte recomendado por Reynolds (1988) corresponde a uma pontuação igual ou superior a 41. Os itens 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13 e 18, são considerados itens críticos e são aqueles que melhor preveem o comportamento autodestrutivo, podendo por isso ser utilizados para avaliar o risco de suicídio numa crise aguda. Se o indivíduo pontuar um valor de 5 ou 6 em três ou mais desses itens é considerado como estando em risco elevado de suicídio,

independentemente da pontuação total do QIS (Boege, Corpus, Schepker, & Fegert, 2014).

Ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa (Ferreira & Castela, 1999) revelam um coeficiente alfa de Cronbach de .96 e correlação teste/reteste com intervalo de um mês entre as duas aplicações de .76. O QIS apresenta ainda correlação positiva significativa com o Inventário de Depressão de Beck (.59, $p < .001$) e correlação negativa e significativa com a Escala de Autoestima de Rosenberg (-.45, $p < .001$). Relativamente às vantagens deste instrumento, Ferreira e Castela (1999) referem as suas características psicométricas e o facto de ser de administração rápida e fácil, não ultrapassando em média os 10 minutos a preencher. Já quanto aos limites do instrumento, estes autores apontam a possibilidade dos respondentes poderem escolher, por ser este um instrumento de autoavaliação, as respostas que creem ser as socialmente mais desejáveis, bem como, pela conotação negativa que o suicídio muitas vezes encerra, poderem alguns indivíduos ser levados a omitir a existência de pensamentos ou cognições suicidas.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis, 1993). Este instrumento, na versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro (1999), é um inventário de autoresposta com 53 itens, desenvolvido para ser utilizado em ambientes clínicos e de investigação para avaliar de forma rápida a sintomatologia psicopatológica relatada pelo indivíduo. Ao indivíduo é-lhe pedido que classifique o grau em que cada um dos problemas ou sintomas apresentados o incomodou durante a última semana, numa escala tipo Likert, com cinco opções de resposta, que varia entre “Nunca” (0) e “Muitíssimas vezes” (4).

O BSI avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP), que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional. Os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que o instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove dimensões, com valores de alfa que variam entre .71 para o psicoticismo e .85 para a depressão.

Relativamente ao tempo de administração do instrumento, a maioria das pessoas, com razoável capacidade de leitura, é capaz de o completar em cerca de 10 minutos. O BSI pode ser aplicado quer em indivíduos com perturbações psiquiátricas (internados ou em ambulatório) quer em populações não-psiquiátricas (Piersma, Reaume, & Boes, 1994). De resto, na aferição feita por Canavarro (1999) para a

população portuguesa, foi verificado que as pontuações obtidas nas nove dimensões e nos três índices gerais do BSI permitem discriminar entre indivíduos perturbados emocionalmente e indivíduos pertencentes à população em geral. Face ao poder discriminante do instrumento, a autora estabeleceu pontes de corte para populações com e sem perturbações emocionais. Dos três índices, o ISP foi aquele que, pelo valor de F apresentado, melhor discrimina os dois grupos nos estudos realizados. Com base neste resultado estabeleceu-se como ponto de corte para o ISP do BSI a nota ≥ 1.7 , valor onde é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente, e abaixo desse valor indivíduos da população em geral. Com base nos valores médios e nos respetivos desvios-padrão das dimensões apresentados pela autora (Canavarro, 1999), para as duas amostras (com e sem perturbação emocional), e de acordo com a fórmula de Fisher para a determinação do ponto de corte (Angoff, 1971), seguida pela autora, podemos encontrar os respetivos pontos de corte para cada uma das nove dimensões (e.g., depressão ≥ 1.2).

Como vantagens deste instrumento podemos mencionar o facto de permitir avaliar uma vasta gama de dimensões de sintomas psicopatológicos num curto espaço de tempo, sendo que as suas características psicométricas oferecem segurança na sua utilização e funcionam como um bom indicador de sintomas nas nove dimensões. Para além disso as pontuações no BSI são também um bom discriminador dos indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não as apresentam (Canavarro, 1999). Acresce ainda o facto de este ser um instrumento com uma ampla utilização internacional nos mais variados estudos em diversas áreas de saúde.

Relativamente às limitações, estas prendem-se mais com as eventuais interpretações abusivas dos resultados do que com o inventário em si; a título de exemplo o inventário não permite que se formule um diagnóstico com base nos resultados obtidos nas suas dimensões.

6.3. Procedimento

Recolha de dados. Relativamente à seleção dos participantes da amostra, recorreu-se a processos não probabilísticos de amostragem, nomeadamente a técnicas de conveniência, intencional via informantes privilegiados e intencional tipo bola de neve (Lohr, 2010), totalizando 90 indivíduos.

Uma vez que este estudo pressupôs a constituição de dois grupos clínicos – grupo dos indivíduos que tentaram o suicídio (GTS) e grupo de controlo psiquiátrico (GCP) –, de participantes que são acompanhados em internamento e em ambulatório pelo DPSM do HESE, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do

Hospital do Espírito Santo de Évora. Após ter sido autorizada procedeu-se à recolha de dados. Os participantes destes dois grupos foram, na sua maioria, abordados pessoalmente pelo investigador deste estudo nas instalações do DPSM e nele preencheram os instrumentos de avaliação. Uma vez identificados os indivíduos que preenchiam os critérios de inclusão para poderem integrar os grupos em questão, foi-lhes pedida a sua colaboração. Na abordagem realizada aos participantes foi-lhes fornecida informação sobre: a) a pessoa do investigador; b) o propósito do estudo e seus objetivos principais; c) o caráter voluntário e não remunerado da sua participação; d) os instrumentos que teriam de preencher e o tempo de aplicação dos mesmos (cerca de 50 min.); e) as garantias de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Aos indivíduos que se disponibilizaram participar, foi-lhes pedido que assinassem um termo de consentimento informado (Anexo 1).

A aplicação dos instrumentos nos dois grupos clínicos – GTS e GCP – foi realizada na sua maior parte em instalações do DPSM. No GCC e em alguns casos dos grupos clínicos o preenchimento dos instrumentos aconteceu no domicílio e foi posteriormente entregue ao investigador.

Apenas em dois casos o instrumento foi totalmente hétero-administrado uma vez que estes participantes não sabiam ler. Na maioria dos restantes participantes os questionários foram autoadministrados, sendo que a presença próxima do investigador foi suficiente para esclarecer as dúvidas levantadas na interpretação de alguns itens.

A aplicação dos instrumentos apresentou-se pela seguinte ordem: 1) Questionário sociodemográfico; 2) Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI); 3) Questionário de ideação suicida (QIS); e 4) Inventário de resolução de problemas (IRP).

6.4. Análise de Dados

Concluída a tarefa da recolha de dados, nos três grupos do estudo, estes foram introduzidos no *IBM-SPSS Statistics for Windows (version 20)* para se proceder às análises estatísticas. Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças estatísticas na frequência dados sociodemográficos dos grupos do estudo foram realizados testes de Qui-Quadrado.

Com o intuito de comparar a resolução de problemas nos três grupos foi realizada uma ANOVA (*one-way*) para a nota total do IRP. Os pressupostos estatísticos da normalidade e da homogeneidade de variâncias para o teste estatístico foram analisados (Marôco, 2011; Tabachnick & Fidell, 2007).

Num terceiro estudo, para comparar as médias de utilização das estratégias de coping do Inventário de Resolução de Problemas (fatores do IRP) nos grupos

amostrais procedeu-se à realização de uma análise de variância multivariada [MANOVA (*two-way*)], depois de terem sido analisados os pressupostos de normalidade multivariada, de homogeneidade de variâncias-covariâncias e de homocedasticidade (Marôco, 2011; Tabachnick & Fidell, 2007).

Num quarto estudo para avaliar a ideação suicida e a dimensão depressão do Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) entre os grupos, foram realizados dois testes de Kruskal-Wallis seguidos de testes de Mann-Whitney para localizar as diferenças entre grupos par a par (Mayers, 2013). A opção por testes não paramétricos para testar a diferença de médias nestas variáveis deveu-se a problemas de normalidade nas variáveis.

Para todas as análises realizadas, efeitos principais e *post-hoc* (comparações múltiplas), considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de .05.

7. Resultados

7.1. Características Sociodemográficas Gerais da Amostra

Os dados estatísticos gerais apresentados na Tabela 1 foram organizados tendo em conta os três grupos que compõem a amostra. Procedeu-se desta forma para facilitar a comparação dos dados entre grupos.

Os dados estatísticos descritivos das características sociodemográficas gerais encontram-se presentes na tabela 1 e revelam que a amostra do estudo é composta por um total de 90 participantes, distribuídos equitativamente por três grupos. Os testes efetuados (Qui-Quadrado) permitem observar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo dos participantes ($\chi^2 = 5.455$, $gl = 2$, $p = .065$).

No que concerne à idade dos participantes, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 6.941$, $gl = 4$, $p = .139$) na idade entre os participantes dos três grupos. Constatamos que a faixa etária 41-60 anos é a mais representada nos grupos tentativa de suicídio e grupo controlo psiquiátrico, respetivamente com 60% e 56.6%. Já no grupo da comunidade a faixa etária mais frequente é a dos 20 aos 40 anos com 40%. No grupo da tentativa de suicídio a média da idade é de 50 anos; no grupo controlo psiquiátrico é de 51 anos; e no grupo da comunidade é de 48 anos.

No que respeita ao estado civil não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 10.334$, $gl = 6$, $p = .111$). Os casados são os mais frequentes nos três grupos, com mais de metade dos seus participantes.

Quanto ao tipo de família não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 5.133$, $gl = 4$, $p = .274$) entre os três grupos, embora a família nuclear seja a predominante.

Em relação ao local de residência observam-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 12.393$, $gl = 2$, $p = .002$) entre os grupos da amostra. Conforme se pode observar na tabela 1, o local de residência rural apresenta maior percentagem no grupo tentativa de suicídio, com quase metade dos seus participantes (46.7%). Já para o controlo psiquiátrico e comunidade os seus participantes residem maioritariamente em zona urbana, respetivamente 83.3% e 90%.

Relativamente à escolaridade dos participantes nos três grupos observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 8.864$, $gl = 8$, $p = .354$). Ainda assim a escolaridade mais frequente é o ensino básico para o grupo da tentativa

de suicídio e para o controlo psiquiátrico, onde estão representados com 60% e 53.3% respetivamente. Já na comunidade o ensino secundário é o mais frequente (36,7%).

Quanto à situação profissional dos participantes observam-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 15.006$, $gl = 6$, $p = .020$). Os participantes do grupo tentativa de suicídio são maioritariamente reformados (56.6%). Os participantes dos restantes grupos encontram-se principalmente empregados, representando 53.3% no controlo psiquiátrico e 70% na comunidade.

Em relação à religião não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 13.047$, $gl = 10$, $p = .221$). Ainda assim nos três grupos a religião católica é a mais frequente, com 80% naqueles que tentaram o suicídio, 66.7% no controlo psiquiátrico e 53.3% na comunidade.

Tabela 1. *Características sociodemográficas gerais da amostra*

	Tentativa de Suicídio		Controlo Psiquiátrico		Comunidade	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sexo*						
Masculino	4	13.3	8	26.7	12	40
Feminino	26	86.7	22	73.3	18	60
Idade*						
20-40	7	23.3	6	20	12	40
41-60	18	60	17	56.6	9	30
61-80	5	16.7	7	23.3	9	30
Estado civil*						
Solteiro	4	13.3	7	23.3	3	10
Casado	16	53.3	17	56.6	20	66.7
Divorciado	9	30	5	16.7	6	20
Viúvo	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Tipo de família*						
Nuclear	22	73.3	26	86.7	24	80
Alargada	0	0	1	3.3	2	6.7
Vive só	8	26.7	3	10	4	13.3
Loc. resid.**						
Urbana	16	53.3	25	83.3	27	90
Rural	14	46.7	5	16.7	3	10
Escolaridade*						
Ens. bas.	18	60	16	53.3	10	33.3
Ens. sec.	9	30	8	26.7	11	36.7
Ens. sup.	2	6.7	5	16.7	5	16.7
Sem escol.	1	3.3	0	0	1	3.3
Desconhecida	0	0	1	3.3	3	10
Situação profissional**						
Desconhecida	0	0	0	0	1	3.3
Desempregado	5	16.7	3	10	3	10
Empregado	8	26.7	16	53.3	21	70
Reformado	17	56.6	11	36.7	5	16.7
Religião*						
Ateu	1	3.3	2	6.7	3	10
Agnóstico	0	0	0	0	1	3.3
Católica	24	80	20	66.7	16	53.3
Desconhecida	3	10	0	0	2	6.7
Jeová	2	6.7	7	23.3	8	26.7
Protestante	0	0	1	3.3	0	0

Nota. Loc. resid. = Local de residência; Ens. bas. = Ensino básico; Ens. sec. = Ensino secundário; Ens. sup. = Ensino superior. * $p > .05$; ** $p < .05$

7.2. Características Sociodemográficas Relacionadas com o Suicídio na Família

7.2.1. História Suicidária na Família. Relativamente ao comportamento suicidário na família nos três grupos em estudo observam-se diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 2) em quase todas as variáveis em estudo. No que se refere à tentativa de suicídio de familiares observam-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 18.424$, $gl = 4$, $p = .001$) entre os três grupos. Quando os participantes foram confrontados com a questão da existência ou ausência desse comportamento no seio familiar, constata-se ser mais frequente no grupo tentativa de suicídio (66.7%), contra 43.3% no controlo psiquiátrico e 16.7% na comunidade.

Quanto ao número de familiares que tentaram o suicídio também se observaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 20.722$, $gl = 8$, $p = .008$). Verificamos que é no grupo da tentativa de suicídio onde se encontram o maior número de familiares que tentaram o suicídio.

Considerando o suicídio consumado na família, que é estatisticamente significativo ($\chi^2 = 13.817$, $gl = 4$, $p = .008$), constatamos que é novamente no grupo dos que tentaram o suicídio onde são encontradas frequências mais elevadas; respetivamente 53.3% no grupo tentativa de suicídio, 30% no controlo psiquiátrico e 13.3 % na comunidade.

Em relação ao número de familiares que cometeram o suicídio ($\chi^2 = 16.771$, $gl = 6$, $p = .010$) verifica-se a tendência de serem mais elevadas as percentagens no grupo daqueles que tentaram o suicídio para a maioria das frequências de suicídio de familiares. Verifica-se também que, para todos os grupos, a frequência mais comum é a de um suicídio na família, sendo que para o grupo da tentativa de suicídio o valor percentual é de 46.7%, para o controlo psiquiátrico 20% e para a comunidade de 10%.

Ainda que existam diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis referentes ao comportamento suicidário na família, quanto ao método usado no suicídio dos familiares verificamos que nesta variável não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2 = 6.189$, $gl = 12$, $p = .906$). No entanto o enforcamento é o método mais frequente no grupo dos que tentaram o suicídio (54.5%), no controlo psiquiátrico (58.3%) e na comunidade (37.5%).

Tabela 2. História suicidária na família

	Tentativa de Suicídio		Controlo Psiquiátrico		Comunidade	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
TS na família*						
Sim	20	66.7	13	43.3	5	16.7
Não	9	30	17	56.7	25	83.3
Não respondeu	1	3.3	0	0	0	0
N.º familiares TS*						
0	10	33.3	17	56.7	25	83.3
1	14	46.7	9	30	4	13.3
2	5	16.7	4	13.3	0	0
3	0	0	0	0	1	3.3
4	1	3.3	0	0	0	0
CS família*						
Sim	16	53.3	9	30	4	13.3
Não	13	43.3	21	70	26	86.7
Não respondeu	1	3.3	0	0	0	0
N.º familiares CS*						
0	12	40	21	70	25	83.3
1	14	46.7	6	20	3	10
2	4	13.3	3	10	1	3.3
3	0	0	0	0	1	3.3
CS família método **						
Afogamento	3	13.6	2	16.7	2	25
Enforcamento	12	54.5	7	58.3	3	37.5
Envenenamento	1	4.5	1	8.3	1	12.5
Asfixia	2	9.1	2	16.7	2	25
Defenestração	1	4.5	0	0	0	0
Arma de fogo	1	4.5	0	0	0	0
IMV	2	9.1	0	0	0	0

Nota. TS = Tentativa de suicídio. CS = Cometeu suicídio. IMV = Ingestão medicamentosa voluntária. * $p < .05$; ** $p > ns$.

7.3. Aspetos Relacionados com a Tentativa de Suicídio

7.3.1. Motivo da Tentativa de Suicídio. Relativamente às razões que motivaram a tentativa de suicídio (ver Tabela 3), observamos que os conflitos conjugais surgem em primeiro lugar (36.7%), seguidos dos problemas afetivos (33.3%); estas duas razões perfazem mais de metade (70%) das causas para a tentativa de suicídio do GTS. A categoria razão afetiva compreende um conjunto variado de problemáticas afetivas (excluindo o conflito conjugal); assim nesta categoria

estão contidos todo o género de conflitos/problemas familiares ou ainda o desespero, os sentimentos de falta de sentido para a vida.

Tabela 3. Motivo da tentativa de suicídio

GTS	Razão da TS					
	Afetiva	SC	C. conjugal	Financeira	Desconhecida	Profissional
<i>n</i>	10	3	11	2	1	3
(%)	33.3	10	36.7	6.7	3.3	10

Nota. TS = Tentativa de suicídio. SC = Sintomatologia clínica. C. conjugal = Conflito conjugal.

7.3.2. Métodos Usados na Tentativa de Suicídio. Quanto aos métodos usados na tentativa de suicídio do GTS podemos constatar (ver Tabela 4) que quase dois terços dos indivíduos escolheram a IMV (63.3%), seguindo-se a alguma distância o enforcamento (16.7%); os restantes métodos são pouco frequentes na amostra em estudo, com percentagens entre 3.3% e 6.7%.

Tabela 4. Métodos usados na tentativa de suicídio

GTS	Método da TS						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
<i>n</i>	2	1	5	1	19	1	1
(%)	6.7	3.3	16.7	3.3	63.3	3.3	3.3

Nota. TS = Tentativa de suicídio. I = Afogamento. II = Arma fogo. III = Enforcamento. IV = Flebotomia. V = Ingestão medicamentosa voluntária. VI = Ingestão químico. VII = Defenestração.

7.3.3. Comunicação da Intenção Suicida. Relativamente à comunicação da intenção suicida, observamos (ver Tabela 5) que a maioria dos indivíduos não comunicou a sua intenção de se suicidar (86.7%).

Tabela 5. Comunicação da intenção suicida

GTS	Comunicou Intenção de suicídio	
	Sim	Não
<i>n</i>	4	26
(%)	13.3	86.7

7.3.4. Carta de Despedida. Idênticos resultados foram obtidos para a variável carta de despedida (ver Tabela 6), sendo que 80% dos indivíduos que tentaram o suicídio não deixaram informação escrita relacionada com a intenção de cometer suicídio.

Tabela 6. Carta de despedida

GTS	Carta de despedida	
	Sim	Não
<i>n</i>	6	24
(%)	20	80

7.3.5. Local da Tentativa de Suicídio. Quanto ao local da tentativa de suicídio (Tabela 7), observa-se que a quase totalidade dos indivíduos decidiu fazê-lo em casa (93.3%).

Tabela 7. Local da tentativa de suicídio

GTS	Local da última tentativa de suicídio	
	Casa	Campo
<i>n</i>	28	2
(%)	93.3	6.7

7.3.6. Número de Tentativas de Suicídio. Considerando o número de tentativas de suicídio dos indivíduos GTS (Tabela 8), verificamos que 63.3% destes tentou suicidar-se mais do que uma vez.

Tabela 8. Número de tentativas de suicídio

GTS	Número de tentativas de suicídio					
	1	2	3	4	5	7
<i>n</i>	11	4	9	2	2	2
(%)	36.7	13.3	30	6.7	6.7	6.7

7.4. Comparação de Médias nas Estratégias de *Coping* do Presente Estudo com Estudos Anteriores

Como podemos ver na Tabela 9, as médias das estratégias de *coping* do presente estudo são similares às encontradas em estudos anteriores com populações semelhantes (Vaz-Serra, 1988; Vaz-Serra, Ramalheira & Firmino, 1988).

Tabela 9. Comparação das médias nas estratégias de *coping* do presente estudo com estudos anteriores

	Presente Estudo			Vaz-Serra (1988)	Vaz-Serra et. al. (1988)	
	GTS ⁽¹⁾	GCP ⁽¹⁾	GCC ⁽²⁾	Normal ⁽³⁾	Normal ⁽⁴⁾	Doente ⁽¹⁾
Fatores IRP						
IRP Total	127.40	141.50	156.53	153.83	158.84	136.05
F1	15.27	15.87	17.07	17.15	17.56	15.35
F2	19.23	22.10	25.53	24.69	25.48	21.51
F3	11.43	12.53	13.50	13.09	13.34	12.27
F4	23.63	28.97	32.67	31.35	32.88	26.66
F5	12.03	13.87	17.63	16.65	17.66	13.02
F6	11.67	11.03	12.03	13.30	13.49	12.43
F7	8.47	9.50	9.67	9.34	9.57	8.78
F8	15.83	17.03	17.20	16.57	16.94	15.03
F9	9.83	10.60	11.23	11.65	11.88	10.92

Nota: ⁽¹⁾Amostra clínica; ⁽²⁾Amostra da comunidade; ⁽³⁾Amostra universitária e comunidade; ⁽⁴⁾Amostra universitária.

7.5. Diferença da Nota Total do Inventário de Resolução de Problemas entre os Grupos

Para testar a existência de diferenças de médias da nota total do IRP entre os grupos do estudo foi realizado um teste ANOVA (*one-way*) (Mayers, 2013). O pressuposto estatístico da normalidade da distribuição da nota total do IRP para todos os grupos foi garantido através do teste de Shapiro-Wilk ($p \geq .05$) (Mayers, 2013). Quando à homogeneidade da variância entre grupos, outro dos pressupostos estatísticos analisados também foi garantido pelo teste de Levene ($p = .841$) (Mayers, 2013).

Os resultados estatísticos da ANOVA (*one-way*) [$F(2,87) = 32.642, p < .001$] revelam que existe uma diferença estatisticamente significativa na média da nota total do IRP entre os grupos. Por seu lado a análise *post-hoc* (*multiple comparisons*) de Tukey revela que a média da nota total do IRP é significativamente mais baixa no grupo tentativa de suicídio ($M = 127.40, DP = 13.78$) do que no grupo controlo psiquiátrico ($M = 141.50, DP = 13.80$), e no grupo comunidade ($M = 156.53, DP = 14.30$), ($p < .001$), e significativamente mais baixa para o grupo controlo psiquiátrico do que para o grupo comunidade ($p < .001$). Estes dados sugerem que os indivíduos que tentaram o suicídio apresentam um défice na resolução de problemas quando comparados com os grupos de controlo. Estes resultados confirmam a hipótese 1.

7.6. Diferenças nas Estratégias de Coping do Inventário de Resolução de Problemas entre os Grupos

Antes de se proceder à MANOVA (*two-way*), para estudar as estratégias de coping na resolução de problemas entre os grupos, foi analisado o pressuposto estatístico de normalidade para cada um dos 9 fatores do IRP, (total de 27 condições) O pressuposto foi testado com recurso a testes univariados de Shapiro-Wilk ($p \geq .05$). Dos nove fatores do IRP, três apresentaram problemas de normalidade em todos os grupos [a saber: F3 para a condição GTS ($Ss-w = .912; p = .016$), GCP ($Ss-w = .890; p = .005$) e GCC ($Ss-w = .756; p = .000$); F7 para a condição GTS ($Ss-w = .738; p = .000$), GCP ($Ss-w = .416; p = .000$) e GCC ($Ss-w = .553; p = .000$); e F8 para a condição GTS ($Ss-w = .914; p = .019$), GCP ($Ss-w = .901; p = .009$) e GCC ($Ss-w = .815; p = .000$)], pelo que se optou por retirá-los da análise estatística (MANOVA) – de referir que o autor do IRP (Vaz Serra, 1988) não considera os fatores retirados como sendo dos mais importantes no instrumento. Foi ainda efetuado um teste de correlação de Pearson entre as variáveis dependentes de forma a verificar se as variáveis dependentes estão correlacionadas moderadamente umas com as outras –

pressuposto estatístico para realização da MANOVA (Meyer, Gampst & Guarino, 2006) –, conforme se pode observar na tabela 10.

Tabela 10. Correlação entre os Fatores IRP

		F1	F2	F4	F5	F6	F9	<i>M</i>	<i>SD</i>
4	F1	1						16.07	3.40
5	F2	.043	1					22.29	5.86
6	F4	.296**	.376**	1				28.42	6.05
7	F5	.271**	.291**	.594**	1			14.51	3.95
8	F6	-.124	.145	.062	.103	1		11.58	2.29
9	F9	-.048	.413**	.257*	.121	.073	1	10.56	2.34

Nota: N = 90; * $p = .01$; ** $p = .05$

Quanto ao pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias para cada grupo foi avaliado pelo teste *M Box* ($M = 40.818$; $F(22470.758) = .875$; $p = .699$). Foi também garantida a homogeneidade de variâncias (homocedasticidade) entre grupos através do teste de Levene, uma vez que foi verificada para todos as variáveis (fatores do IRP) um *p-value* superior a .05 (Tabela 11).

Tabela 11. Teste de Levene para os fatores IRP

Fatores IRP	<i>p-value</i>
F1	.803
F2	.901
F4	.740
F5	.074
F6	.877
F9	.744

Os testes multivariados (*multivariate tests*) da MANOVA confirmam que existe um efeito significativo multivariado nos grupos quando considerados conjuntamente os fatores do IRP [$Wilk's \Lambda = .472$; $F(12,164) = 6.23$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .31$; potência = 1]. As ANOVAS resumidas (*tests of between subjects effects*) para cada variável dependente

(fatores IRP) revelam que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos para F2 [$F(2,87) = 10.55$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .20$; potência = .99], F4 [$F(2,87) = 26.63$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .38$; potência = 1] e F5 [$F(2,87) = 23.60$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .35$; potência = 1]. Já para os restantes fatores não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos; assim F1 [$F(2,87) = 2.23$; $p = .11$; $\eta_p^2 = .05$; potência = .44], F6 [$F(2,87) = 1.47$; $p = .23$; $\eta_p^2 = .03$; potência = .30], e F9 [$F(2,87) = 2.80$; $p = .06$; $\eta_p^2 = .06$; potência = .53].

A análise dos testes *post hoc* (*multiple comparisons*) de Tukey revelam que para o F2 (Confronto e Resolução Ativa dos Problemas) GTS e GCP diferem significativamente de GCC [$p < .001$; $p = .03$], mas não entre si ($p = .09$), tendo o GCC uma média superior neste fator.

No fator F4 (Controlo Interno/Externo dos Problemas) observam-se diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos para todas as condições de teste [entre GTS e GCP $p < .001$; entre GTS e GCC $p < .001$; e entre GCP e GCC $p = .01$]. Sendo o GTS o que apresenta uma média inferior neste fator. No F5 (Estratégias para o Controlo das Emoções) observa-se igualmente que GTS e GCP diferem significativamente de GCC ($p < .001$), mas não entre si ($p = .07$), sendo o GCC o que apresenta uma média superior neste fator.

Estes resultados sugerem que os indivíduos que tentaram o suicídio são os que usam menos a estratégia de *coping* “Controlo Interno/Externo dos Problemas”. Em relação às estratégias de *coping* “Confronto e Resolução Ativa dos Problemas” e “Estratégias para o Controlo das Emoções” o grupo de tentativa de suicídio e o grupo de controlo psiquiátrico fazem um uso mais deficitário destas do que o grupo da comunidade. Estes dados suportam parcialmente a hipótese 2, uma vez que dos seis fatores do IRP testados apenas três apresentam diferenças estatísticas significativas. Contudo os fatores que apresentam as diferenças são aqueles que o autor do IRP considera como sendo os mais importantes no instrumento (Vaz-Serra, 1988).

7.7. Diferença da Ideação Suicida e Sintomatologia Depressiva entre os Grupos

No que se refere ao estudo da ideação suicida e à sintomatologia depressiva optou-se por proceder com testes de Kruskal-Wallis para analisar as diferenças entre os grupos, uma vez que não estava garantida a normalidade da distribuição em ambas as variáveis para todos os grupos [nomeadamente para a ideação suicida no GCP e GCC, e para a sintomatologia depressiva no GCC ($p < .05$)] (Mayers, 2013). Seguiram-se testes de Manm-Whitney para localizar as diferenças nas variáveis entre grupos par a par. Através do teste Kuskal-Wallis constatou-se que existe uma

diferença estatisticamente significativa na ideação suicida entre os três grupos (teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 58.409$, $gl = 2$, $p < .0001$). Testes posteriores de Mann-Whitney, indicaram que os valores da ideação suicida nos indivíduos que tentaram o suicídio (GTS) são significativamente mais elevados do que no grupo de controlo psiquiátrico (GCP) [$U = 41$; $p < .0001$], e do que no grupo controlo da comunidade (GCC) [$U = .000$; $p < .0001$]. Entre o GCP e GCC também se observaram diferenças significativas, sendo a ideação suicida mais elevada no GCP [$U = 270$; $p = .007$].

Também para a sintomatologia depressiva foi constatada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 52.900$, $gl = 2$, $p < .0001$), sendo que os testes de Mann-Whitney revelaram que os valores da sintomatologia depressiva nos indivíduos que tentaram o suicídio (GTS) são significativamente mais elevados do que no grupo de controlo psiquiátrico (GCP) [$U = 129$; $p < .0001$] e do que no grupo controlo da comunidade (GCC) [$U = 19$; $p < .0001$]. Entre o GCP e GCC também se observaram diferenças significativas, sendo a sintomatologia depressiva mais elevada no GCP [$U = 270$; $p < .0001$]. Estes resultados confirmam a hipótese 3.

8. Discussão

Vários são os estudos que apontam para o papel mediador das múltiplas estratégias de *coping* entre as situações de stresse interpessoal e o comportamento suicida (Clum, Patsiokas, & Luscomb, 1979; Schotte & Clum, 1982, 1987). Apoiada na investigação sobre os processos psicológicos envolvidos no comportamento suicidário, que sugere a existência de défices na resolução de problemas nos indivíduos que cometem tentativas de suicídio (Linda, Marroquin, & Miranda, 2012; Pollock & Williams, 1998; Schotte & Clum, 1982), o presente estudo procurou averiguar a existência desses défices numa amostra clínica de indivíduos que tentaram o suicídio, assim como investigar se estes fazem um uso mais deficitário de quase todas as estratégias de *coping* na resolução de problemas face a indivíduos que não tentaram o suicídio (Orbach, Bar-Joseph, & Dror, 1990; Saraiva, 1999). Para além disso procurou-se averiguar se os indivíduos que tentaram o suicídio apresentam maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva (Beautrais et al., 1996; Mann, Wateraux, Haas, & Malone, 1999; Suominen et al., 1996).

Para permitir identificar a existência de défice ao nível da resolução de problemas (hipótese 1) e para identificar um uso mais deficitários em quase todas as estratégias de *coping* na resolução de problemas (hipótese 2) do GTS face aos restantes grupos, recorreremos à utilização do *Inventário de Resolução de Problemas* (IRP) de Vaz-Serra (1988). Já para avaliar a ideação suicida e a sintomatologia depressiva (hipótese 3) foram utilizados o *Questionário de ideação Suicida* (QIS) (Reynolds, 1988) e o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) (Derogatis, 1993), respetivamente.

No que diz respeito aos resultados encontrados nos três grupos deste estudo, relativamente à pontuação do IRP Total, foram encontradas diferenças estaticamente significativas que nos permitem afirmar que os indivíduos que tentaram o suicídio apresentam um défice na resolução de problemas. Estes resultados estão em consonância com a hipótese 1 (Linda, Marroquin, & Miranda, 2012; Pollock & Williams, 1998, 2004; Schotte & Clum, 1982). As pontuações mais baixas no grupo GTS põe em evidência a tendência destes indivíduos para lidarem de forma deficitária, ou seja, pouco eficaz com as situações indutoras de stresse (Vaz-Serra, Ramalheira & Firmino, 1988).

Relativamente à tendência dos indivíduos com comportamentos suicidas usarem quase todas as estratégias de *coping* na resolução de problemas, mas de forma mais deficitária que os indivíduos que não tentaram o suicídio (Orbach, Bar-Joseph, & Dror, 1990; Saraiva, 1999), foi parcialmente corroborada pelo nosso estudo. Os resultados encontrados sugerem, particularmente para os fatores F2, F4 e F5, que os indivíduos

que tentaram o suicídio tendem a evitar o confronto e a resolução ativa dos problemas, a sentir que não têm controlo sobre os problemas (*locus* de controlo externo), bem como a envolverem-se em estratégias de controlo das emoções. Tais fatores são considerados os fatores mais importantes do IRP (Vaz-Serra, 1988). Resultados semelhantes foram encontrados por Saraiva (1999) nestes três fatores, num estudo com 165 indivíduos que recorreram ao serviço de urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra por tentativa de suicídio. Relativamente ao confronto ativo com os problemas (F2) os resultados sugerem que estes indivíduos tendem a manifestar dificuldade em adaptar-se às pressões psicológicas e exigências do quotidiano, e quando confrontados com os problemas tendem a mostra-se receosos e a sentir-se esmagados pelos mesmos. Evidenciando pouca confiança nas suas capacidades, têm dificuldade em pôr em prática os planos que arquitetam e nem sempre procuram informação que os ajude a resolver os problemas; adotando tendencialmente uma atitude de fuga quando confrontados com as situações desagradáveis. Já quanto ao fator F4 (controlo interno/externo dos problemas) tendem a adotar um locus de controlo externo perante os problemas. Sentem que não têm controlo sobre os problemas; que a resolução não depende de si e que por isso não há nada que possam fazer para resolver a situação. Tendem a adotar uma postura de vitimização, a ruminar frequentemente sobre os factos negativos, e a não se envolverem em ações de resolução de problemas (Vaz-Serra, 1988). Note-se ainda que a tendência dos indivíduos que tentam o suicídio para avaliar (percecionar) os problemas de vida como estando fora do seu controlo, parece levá-los a desenvolver sentimentos de impotência, desamparo e desesperança, sentimentos esses que podem ser determinantes no aumento da ideação suicida e conseqüentemente da tentativa de suicídio (Evans, Marsh, & Owens, 2005; Lauer, Man, Marquez, & Ades, 2008).

Por último, no que respeita às estratégias para o controlo das emoções (F5), os valores baixos apresentados indicam que estes indivíduos tendem a envolver-se em más estratégias de controlo das emoções, nomeadamente a recorrer à toma de medicação para se acalmarem e a meterem-se na cama por longas horas.

Para além dos resultados atrás enunciados, destacamos que não existem diferenças significativas entre os grupos para o fator F1. Também aqui os nossos resultados estão em consonância com os encontrados na investigação de Saraiva (1999). De facto os indivíduos com tentativa de suicídio não pediram mais ajuda que os grupos de controlo, o que pode contribuir para o surgimento e/ou agravamento das suas dificuldades na resolução de problemas (Sunnqvist, Träskman-Bendz & Westrin, 2013); uma vez que o apoio social poderia exercer uma influência protetora face a

futuras tentativas de suicídio (Milne & Netherwood, 1997). De resto, a procura de ajuda social após uma tentativa de suicídio é parte integrante do tratamento quando o indivíduo apresenta ideação suicida (Hawton & van Heeringen, 2000).

Quando consideradas as dimensões de ideação suicida e de sintomatologia depressiva, foram encontradas, neste estudo, diferenças significativas entre os grupos, apresentando o GTS valores mais elevados em ambas as dimensões. Estes dados estão em linha com o observado por outros estudos e sugerem que os indivíduos que tentaram o suicídio tendem a apresentar maior ideação suicida e mais sintomas depressivos (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Suominen et al., 1996), ou seja, revelam nível superior de sofrimento psicológico.

Em suma, os resultados deste estudo sugerem que os indivíduos que tentaram o suicídio tendem a apresentar um défice na resolução de problemas (Linda, Marroquin, & Miranda, 2012; Pollock & Williams, 1998, 2004; Schotte & Clum, 1982) – consubstanciada na pontuação mais baixa do IRP Total. Mais concretamente, os indivíduos que tentaram o suicídio tendem: 1) a evitar o confronto e a resolução ativa dos problemas; 2) a adotar um locus de controlo externo face aos problemas; 3) a envolverem-se em estratégias de controlo das emoções; e 4) a não pedirem mais ajuda que indivíduos sem tentativa de suicídio (Saraiva, 1999; Vaz-Serra, Ramalheira & Firmino, 1988; Vaz-Serra, 2007). Para além dos défices na resolução de problemas e nas estratégias de *coping*, apresentam ainda maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva do que os indivíduos dos grupos de controlo (Beautrais et al., 1996; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Suominen et al., 1996); e, no que respeita aos aspetos sociodemográficos, é frequente apresentarem mais tentativas de suicídio e suicídio consumado na família.

Com base nestes resultados podemos conjecturar que os défices na resolução de problemas e nas estratégias de *coping*, dos indivíduos que tentaram o suicídio, particularmente pela maior utilização de estratégias focadas na emoção, podem constituir-se como um fator preditor dos comportamentos suicidários (ideação e tentativa de suicídio) (Edwards & Holden, 2001; Marusic & Goodwin, 2006) e da sintomatologia depressiva, (Rafnsson, Jonsson, & Windle, 2006).

Quanto às limitações deste estudo podemos considerar os eventuais vieses resultantes da utilização de procedimentos não probabilísticos na seleção da amostra. O facto de a amostra ser maioritariamente composta por mulheres não permite verificar se existem diferenças de sexo quanto às respostas de *coping* utilizadas. Como refere Vaz-Serra (1988, p. 31), “as mulheres tendem a ser significativamente diferentes dos homens em relação às estratégias utilizadas. (...) Procuram mais apoios sociais do que os homens e tendem a sentir-se mais sem controlo dos

problemas”. Este dados estão na linha dos encontrados por outros autores ao verificarem que as mulheres utilizam mais estratégias de coping focadas nas emoções (Billings & Moos, 1984; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) e os homens estratégias mais focadas no problema (Ben-Zur, 1999; Folkman & Lazarus, 1980). Por outro lado, e apesar dos resultados observados neste estudo estarem em consonância com a investigação desenvolvida sobre o tema, a utilização do QIS (Questionário de Ideação Suicida) pode levantar limitações na comparação deste estudo com outros, uma vez que foi aferido para uma população jovem adulta portuguesa, sendo que a média de idade da amostra do presente estudo é de 50 anos. A utilização do QIS justificou-se pela ausência de outros instrumentos aferidos para a população adulta portuguesa.

Em último lugar, deve sugerir-se a realização do presente estudo em outras amostras de maiores dimensões e equitativas em relação ao sexo, de preferência por métodos de amostragem probabilísticos.

Conclusão

No presente estudo procurou contribuir-se para o conhecimento sobre a resolução de problemas, as estratégias de *coping* na resolução de problemas, a ideação suicida e a sintomatologia depressiva em indivíduos que tentaram de suicídio, face a indivíduos sem comportamento suicidário.

Para se proceder à investigação foram constituídos três grupos, num total de 90 indivíduos adultos de ambos os sexos, distribuídos equitativamente por dois grupos clínicos – um grupo de indivíduos que tentaram o suicídio e um grupo psiquiátrico – e por um grupo composto por elementos da comunidade. Quer para o grupo psiquiátrico, quer para o grupo da comunidade foi controlada a história de comportamentos suicidários. A todos os participantes do estudo foi aplicado um questionário sociodemográfico e uma bateria de instrumentos de avaliação para avaliar as estratégias de *coping* na resolução de problemas, a ideação suicida e a sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos, que estão em consonância com os de outros estudos, revelam a existência de défices na resolução de problemas e nas estratégias de *coping* nos indivíduos que tentaram o suicídio (Pollock & Williams, 1998, 2004), assim como uma maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva (Haaga, Fine, Terrill, Stewart & Beck, 1995; Marx, Williams & Claridge, 1992). Estes resultados podem restringir a capacidade do indivíduo para se adaptar aos acontecimentos negativos de vida e funcionar como uma vulnerabilidade para o comportamento suicida (Linda, Marroquín, & Miranda, 2012) e para a depressão (Priester & Clum, 1993).

Relativamente às estratégias de *coping* do Inventário de Resolução de Problemas (IRP) o presente estudo identificou, à semelhança do estudo de Vaz-Serra, Ramalheira e Firmino (1988), como estratégias mais importantes os fatores F2 (confronto e resolução ativa dos problemas), F4 (controlo interno/externo dos problemas) e F5 (estratégias de controlo das emoções), sendo estes aqueles que melhor contribuem para diferenciar os indivíduos que tentaram o suicídio dos indivíduos sem comportamento suicidário. Estes dados sugerem que os indivíduos que tentaram o suicídio tendem: 1) a evitar o confronto e a resolução ativa dos problemas; 2) a adotar um locus de controlo externo face aos problemas; 3) a envolverem-se em estratégias de controlo das emoções, e ainda; 4) a não pedirem mais ajuda que indivíduos sem tentativa de suicídio (Saraiva, 1999; Vaz-Serra, Ramalheira & Firmino, 1988; Vaz-Serra, 2007). Para além disso apresentam maior ideação suicida e mais sintomatologia depressiva do que os indivíduos dos grupos de controlo

(Beautrais et al., 1996; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Suominen et al., 1996). No que respeita aos aspetos sociodemográficos, é frequente apresentarem mais tentativas de suicídio e suicídio consumado na família.

Por último, em relação à relevância teórica e prática que este trabalho tem para os profissionais de saúde mental, podemos dizer que a compreensão dos processos psicológicos associados ao comportamento suicidário poderá fornecer linhas orientadoras que permitam identificar indivíduos em risco, desenvolver modelos de prevenção e promover o desenvolvimento de estratégias de intervenção (Linda, Marroquín & Miranda, 2012). Dito de outro modo, os resultados deste estudo permitem identificar as estratégias de *coping* deficitárias que contribuem para o défice na resolução de problemas, que conjuntamente com a ideação suicida e com a sintomatologia depressiva apresentada, podem permitir traçar um perfil dos indivíduos em risco de comportamentos suicidários.

Referências

- Allen, F. (2000). Suicide: What is to be done? *Australian Psychologist*, 2000(35), 29–31. doi:10.1080/00050060008257464
- American Association of Suicidology. (2012). *Facts about suicide and depression*. Washington, DC: American Association of Suicidology.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andriessen, K. (2006). On “intention” in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 533–538. doi:10.1521/suli.2006.36.5.533
- Angoff, W. H. (1971). Scales, norms and equivalent scores. In R. L. Thorndike (Ed.), *Educational measurement* (pp. 588-600). Washington, DC: American on Education.
- Au, A. C. Y., Lau, S., & Lee, M. T. Y. (2009). Suicide ideation and depression: The moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44(176), 851–868.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. doi:10.1080/00224498809551444
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. doi:10.1037/0033-2909.117.3.497
- Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1–9. doi:10.1521/suli.32.1.1.22184
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009–1014. doi:10.1176/ajp.153.8.1009
- Ben-Zur, H. (1999). The effectiveness of coping meta-strategies: Perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 923-939. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00198-6
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27–34. doi:10.1016/j.jad.2006.09.018
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A.J.F.M., De Leo, D., Lonqvist, J., & Platt, S. (1994). Background and introduction to the study. In A.J.F.M. Kerkhof, A.

- Schmidtke, U. Bille- Brahe, D. De Leo, & J. Lonnqvist (Eds.), *Attempted suicide in Europe. Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO regional office for Europe* (pp. 3–15). Leiden: DSWO Press.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877–891. doi:10.1037//0022-3514.46.4.877
- Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., & Fegert, J. (2014). Pilot study: feasibility of using the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) during acute suicidal crisis. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 28. doi:10.1186/1753-2000-8-28
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1925
- Botsis, A. J., Soldatos, C. R., Liossi, A., Kokkevi, A., & Stefanis, C. N. (1994). Suicide and violence risk. I. Relationship to coping styles. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(2), 92–96. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01493.x
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371–377. doi:10.1037/0022-006X.68.3.371
- Browne, T. (1642). *Religio Medici: and other essays*. Disponível em: https://archive.org/stream/religiomedicioth00browrich/religiomedicioth00browrich_djvu.txt
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2) (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1995). Women and suicidal behavior: Issues and dilemmas. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior* (pp.3-8). New York, NY: Springer.
- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., Santos, J. C., Santos, J. H. & Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Direção Geral da Saúde: Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>

- Carver, C. S. (2011). Coping. In Richard J. Contrada & Andrew Baum (Eds.), *The Handbook of stress science: biology, psychology, and health* (pp. 221-229). New York, NY: Springer.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Fatal Injury Reports and Nonfatal Injury Reports*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/aag.html>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, *33*(3), 395–405. doi:10.1017/S0033291702006943
- Chapman, A.L., K.L. Gratz and M.Z. Brown (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm. The experiential avoidance model. *Behavioural Research and Therapy*, *44*(3), 371–94. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005
- Chiles, J. and K. Strosahl (2004). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. London: American Psychiatric Publishing.
- Clum, G., Patsiakos, A., & Luscomb, R. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicides. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*,937-945. doi:10.1037/0022-006x.47.5.937
- Conwell, Y., & Brent, D. (1995). Suicide and aging. I: Patterns of psychiatric diagnosis. *International Psychogeriatrics / IPA*, *7*(2), 149–164. doi:10.1017/S1041610295001943
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2010). Health status and suicide in the second half of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*(4), 371–379. doi:10.1002/gps.2348
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J., Cornelius, M. D., Fabrega, H., Ehler, J. G., ... Mann, J. J. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, *152*(3), 358–364. doi:10.1176/ajp.152.3.358
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U., (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 17–39). Washington, DC: Hogrefe & Huber Publishers.

- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior. *Crisis*, 27(1), 4–15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4
- DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1633–1656. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief symptom inventory* (3rd ed.) Minneapolis, MN: National Computers Systems.
- Dieserud, G., Røysamb, E., Braverman, M. T., Dalgard, O. S., & Ekeberg, Ø. (2003). Predicting Repetition of Suicide Attempt: A Prospective Study of 50 Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 7(1), 1–15. doi:10.1080/13811110301571
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*. doi:10.1037/0022-0167.38.1.51
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., Evinger, J. S., & Caine, E. D. (2004). Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*, 34(7), 1331–1337. doi:10.1017/S0033291704002600
- Durkheim, E. (2000). *O Suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo, SP: Martins Fontes Editora. (Obra original publicada em 1897).
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517–1534. doi:10.1002/jclp.1114
- Egel, L. (1999). On the need for a new term for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 393–394. doi:10.1111/j.1943-278X.1999.tb00533.x
- Evans, W., Marsh, S., & Owens, P. (2005). Environmental factors, locus of control, and adolescent suicide risk. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(3-4), 301–319. doi:10.1007/BF02679474
- Evans, J., Williams, J. M., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22(2), 399–405. doi:10.1017/S0033291700030348
- Eurostat (2012). Causes of death - standardised death rate, 2010 (1) (per 100 000 inhabitants aged less than 65).png. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_-

_standardised_death_rate,_2010_(1)_(per_100_000_inhabitants_aged_less_than_65).png

- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K. C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., & Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 330(7488), 396. doi:10.1136/bmj.330.7488.396
- Ferreira, J. & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2; pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207–1221. doi:10.1016/S0277-9536(97)00040-3
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11–19. doi:10.1002/(sici)1099-1611(200001/02)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. doi:10.2307/2136617
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: A 10-year study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 95–100. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01514.x
- Griffin, E, Arensman, E, Corcoran, P, Wall, A, Williamson, E, Perry, I. (2014). National Registry of Deliberate Self Harm Ireland Annual Report 2013.
- Haaga, D. A. F., Fine, J. A., Terrill, D. R., Stewart, B. L., & Beck, A. T. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 147–158. doi:10.1007/BF02229691
- Hawton, K. E., & van Heeringen, K. E. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, West Sussex : John Wiley & Sons.

- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372–81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801–808. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09050627
- INE (2014). Risco de morrer 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2015). Causas de morte 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172(JAN.), 35–37. doi:10.1192/bjp.172.1.35
- Jeglic, E. L., Sharp, I. R., Chapman, J. E., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 9(2), 135–146. doi:10.1080/13811110590903981
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, NY: Wiley.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–626. doi:10.1001/archpsyc.56.7.617
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. New York, NY: Wiley.
- Lauer, S., Man, A. De, Marquez, S., & Ades, J. (2008). External locus of control, problem-focused coping and attempted suicide. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 625–632.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S., & Bernice, N. L. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. New York, NY: Oxford University Press.

- Linda, W., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and passive problem solving as moderators of the relation between negative life event stress and suicidal ideation among suicide attempters and non-attempters. *Archives of Suicide Research, 16*, 183–197. doi:10.1080/13811118.2012.695233
- Linehan, M. M. (1997). Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors. Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences, 836*(1), 302-328. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb52367.x
- Linehan, M. M., Camper, P., Chiles, J. a., Strosahl, K., & Shearin, E. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research, 11*(1), 1–12. doi:10.1007/bf01183128
- Lohr, S. L. (2010). *Sampling: Design and analysis* (2nd ed.). Boston, MA: Brooks/Cole.
- Lönnqvist, J.K. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, (pp 107-120). Chichester: John Wiley & Sons.
- Ludvigsson, J. F., Andersson, E., Ekblom, A., Feychting, M., Kim, J.-L., Reuterwall, C., ... Olausson, P. O. (2011). External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health, 11*, 450. doi:10.1186/1471-2458-11-450
- Luo, F., Florence, C. S., Quispe-Agnoli, M., Ouyang, L., & Crosby, A. E. (2011). Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *American Journal of Public Health, 101*(6), 1139–1146. doi:10.2105/ajph.2010.300010
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA : The Journal of the American Medical Association, 294*(16), 2064–2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry, 156*(2), 181–189. doi:10.1176/ajp.156.2.181
- Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). The theoretical component in suicidology. In R. Maris, A. Berman, & M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology*, (pp. 26–61). New York, NY: Guilford.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marusic, A., & Goodwin, R. D. (2006). Suicidal and deliberate self-harm ideation among patients with physical illness: the role of coping styles. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 36*(3), 323–328. doi:10.1521/suli.2006.36.3.323

- Marx, E. M., Williams, J. M., & Claridge, G. C. (1992). Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), 78–86. doi:10.1037//0021-843x.101.1.78
- Mayers, A. (2013). *Introduction to statistics and SPSS in psychology*. Harlow, England: Pearson.
- McAuliffe, C. M. (2002). Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention?. *Archives of Suicide Research, 6*(4), 325-338. doi:10.1080/13811110214524
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Milne, D., & Netherwood, P. (1997). Seeking social support: an observational instrumental and illustrative analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 25*, 173-185. doi:10.1017/s1352465800018373
- Mohandie, K., & Meloy, J. R. (2000). Clinical and forensic indicators of “suicide by cop”. *Journal of Forensic Sciences, 45*(2), 384-389.
- Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research, 1*(5), 310–323. doi:10.1016/s1566-2772(01)00032-9
- Nordstrom, P., Samuelsson, M., & Asberg, M. (1995). Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(5), 336–340. doi: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09791.x
- O'Brien, T. B., & DeLongis, a. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: the role of the big five personality factors. *Journal of Personality, 64*(4), 775–813. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00944.x
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237-252.
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 560–566. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.560
- Orbach, I., Bar-Joseph, H., & Dror, N. (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 20*(1), 56–64. doi: 10.1111/j.1943-278X.1990.tb00653.x
- Orbach, I., Blomenson, R., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., Rogolsky, M., & Retzoni, G. (2007). Perceiving a problem-solving task as a threat and suicidal

- behavior in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1010–1034. doi: 10.1521/jscp.2007.26.9.1010
- Parker, J. D. a., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321–344. doi:10.1002/per.2410060502
- Patsiokas, A. T., Clum, G. A., & Luscomb, R. L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 478–484. doi:10.1037/0022-006x.47.3.478
- Perry, I. J., Corcoran, P., Fitzgerald, A. P., Keeley, H. S., Reulbach, U., & Arensman, E. (2010). The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm in Ireland. *Journal of Epidemiology & Community Health*. doi:10.1136/jech.2010.120956.25
- Piersma, H. L., Reaume, W. M., & Boes, J. L. (1994). The Brief Symptom Inventory (BSI) as an outcome measure for adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 555–563. doi:10.1002/1097-4679(199407)50:4<555::aid-jclp2270500410>3.0.co;2-g
- Pirkis, J., Burgess, P., & Dunt, D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(1), 16-25. doi:10.1027//0227-5910.21.1.16
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. (1998). Problem solving and suicidal behavior. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(4), 375–387. doi:10.1111/j.1943-278x.1998.tb00973.x
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 386–396. Doi:10.1521/suli.31.4.386.22041
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34(1), 163–167. doi:10.1017/s0033291703008092
- Pordata (2015a). Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes em Portugal. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+por+100+mil+habitantes-1987>
- Pordata (2015b). Óbitos por algumas causas de morte em Porugal. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, J. B., & Mann, J. (2014). The Classification of Suicidal Behavior. In Matthew K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, (pp.7-22). New York, NY: Oxford University Press.

- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia classification algorithm of suicide assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1035–1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035
- Priester, M. J., & Clum, G. a. (1993). The problem-solving diathesis in depression, hopelessness, and suicide ideation: A longitudinal analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *15*(3), 239–254. doi:10.1007/bf01371381
- Rafnsson, F. D., Jonsson, F. H., & Windle, M. (2006). Coping strategies, stressful life events, problem behaviors, and depressed affect. *Anxiety, Stress & Coping*, *19*(3), 241–257. doi:10.1080/10615800600679111
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Richter, J., Lauritz, L. E., Preez, E. Du, Cassimjee, N., & Ghazinour, M. (2013). Relationships between Personality and Coping with Stress: An Investigation in Swedish Police Trainees. *Psychology*, *04*(02), 88–95. doi:10.4236/psych.2013.42012
- Rosenberg, M.L., Davidson, L.E., Smith, J.C., Berman, A.L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G.A., Moore-Lewis, B., Mills, D.H., Murray, D., O'Carroll, P.W., & Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, *33* (6) 1445–1456.
- Rudd, M.D. (1997). What's in a name? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *27*(3), 326–327.
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., & Dahm, P. F. (1994). Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *64*(1), 136–149. doi:10.1037/h0079492
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. In K. Hawton and K. van Heeringen (Eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 385–404). Chichester: Wiley.
- Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio. Contributos para uma compreensão clínica dos comportamentos para-suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. B. & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In Carlos B. Saraiva, Bessa Sampaio & Daniel Sampaio (Coord.) *Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática* (pp.41-54). Lisboa: Lidel.

- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: a test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(5), 690–696. doi:10.1037/0022-006x.50.5.690
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 49–54. doi:10.1037/0022-006x.55.1.49
- Shneidman, E.S. (1981). Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11*(4), 198–220.
- Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 28*(3), 245–250.
- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. New York, NY: Oxford University Press.
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 519-532. doi:10.1521/suli.2006.36.5.519
- Silverman, M. M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In RC O'Connor, S. Platt and J. Gordon (Eds), *International handbook of suicide prevention research, policy and practice* (pp.9-25). Malden, MA: John Wiley & Sons.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part II: Suicide-related ideations, communications and behaviours. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 264–277. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 248-263. doi:10.1521/suli.2007.37.3.248
- Silverman, M.M., & Maris, R.W. (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25* (1), 10–21. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00389.x
- Snyder, C. R. (1999). *Coping: The psychology of what works*. New York, NY: Oxford University Press.
- Substance Abuse Mental Health Services Administration. (2006). Suicidal thoughts, suicide attempts, major depressive episode, and substance abuse among adults. *OAS Report, 34*, 1–8.

- Sunnqvist, C., Träskman-Bendz L. & Westrin, A. (2013). Coping strategies used by suicide attempters and comparison groups. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 256-263. doi:10.4236/ojpsych.2013.32024
- Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 234–240. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09855.x
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed Suicide after a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562–563. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.562
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnoses and suicidal acts. In R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (pp. 311–341). New York: Guilford Press.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. doi: 10.1037/a0018697
- Vaz-Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ªEd.) Coimbra: Vaz-Serra.
- Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Vaz-Serra, A., Ramalheira, C., & Firmino, H. (1988). Mecanismos de coping: diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 323-328.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wenzel, A. & Spokas, M. (2014). Cognitive and information processing approaches to understanding suicidal behaviors. In Matthew K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, (pp.235-254). New York, NY: Oxford University Press.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603–610. doi:10.1097/00004583-200005000-00014

- Wittouck, C., De Munck, S., Portzky, G., Van Rijsselberghe, L., Van Autreve, S., & van Heeringen, K. (2010). A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(2), 135–145. doi:10.1080/13811111003704746
- World Health Organization. (1986). *Summary report, working group in preventive practices in suicide and attempted suicide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Suicide*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*. doi:10.1007/s12199-008-0037-x
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 70-75. doi:10.1192/bjp.185.1.70

Anexo

Anexo 1. Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Gostaria de pedir a sua colaboração para participar numa investigação de mestrado, a decorrer na Universidade de Évora, sobre as estratégias de resolução de problemas em pessoas que tentaram o suicídio. A participação solicitada consiste no preenchimento de quatro questionários (sociodemográfico, IRP, QIS e BSI), sendo o seu tempo de aplicação médio de 30 a 40 minutos.

Garantimos perante toda a informação facultada total confidencialidade e anonimato, sendo a mesma exclusivamente utilizada no âmbito da realização da investigação e redação da dissertação em causa. As suas respostas serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas, e não individualmente. A identificação dos participantes jamais será revelada.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como eventuais esclarecimentos que me foram facultados. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura do participante:

Data: ____/____/____