

Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

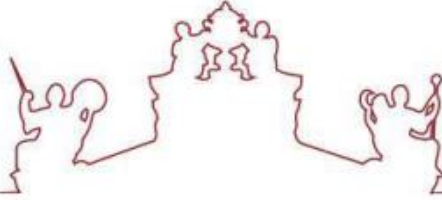
Dissertação

**Relação entre Uso Problemático da Internet, Autoestima e
Comportamentos Suicidários em Jovens Universitários**

Adriana Semedo Bizarro

Orientador(es) | Prof^ª. Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Évora, 2021



Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

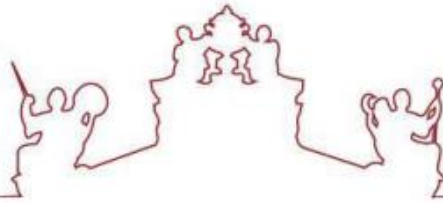
Dissertação

**Relação entre Uso Problemático da Internet, Autoestima e
Comportamentos Suicidários em Jovens Universitários**

Adriana Semedo Bizarro

Orientador(es) | Prof^a. Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Évora, 2021



Adriana Semedo Bizarro

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Isabel Maria Mesquita (Universidade de Évora) (Arguente)
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora, 2021



Agradecimentos

A realização desta dissertação representa o fim de uma viagem permeada por diversos obstáculos, desafios, alegrias e tristezas, que só chegou a bom porto graças ao apoio de várias pessoas quem agora expresso o meu agradecimento.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Prof^ª. Doutora Sofia Tavares, por me dar a oportunidade de trabalhar em torno de uma temática do meu interesse e por todas as orientações fundamentais à construção deste estudo.

Aos meus pais, por acreditarem e confiarem em mim ao longo de todo o meu percurso académico e por me apoiarem incondicionalmente.

À minha irmã, por todo o carinho, compreensão e transmissão de conhecimentos.

À minha avó e à minha madrinha, por toda a motivação que me transmitiram.

Aos meus amigos e ao meu namorado, pelo incentivo e pela paciência nos meus momentos de incerteza.

O meu sincero obrigada a todos os que de alguma forma me acompanharam nesta ao longo desta viagem!

Relação entre Uso Problemático da Internet, Autoestima e Comportamentos Suicidários em Jovens Universitários

Resumo

A *Internet* é uma ferramenta essencial de trabalho, relacional e de lazer. Contudo, com a generalização e intensificação da sua utilização tem-se verificado com maior frequência um uso problemático da mesma, sobretudo pelos mais jovens. O uso problemático da *Internet* (UPI) parece estar associado a determinadas características do sujeito, como a autoestima e a existência de perturbações mentais. Este estudo tem por objectivo analisar a relação entre o UPI, a autoestima e os comportamentos suicidários. A uma amostra de 382 jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, foi administrado um questionário sociodemográfico, a Escala de Uso Generalizado Problemático da *Internet*, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto. Os resultados revelam uma relação entre o UPI e os comportamentos suicidários, a existência de um efeito moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários e ainda a existência de diferenças entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas no que toca ao UPI, à autoestima e aos comportamentos suicidários.

Palavras-chave: Internet; UPI; Jovens Universitários; Autoestima; Comportamentos Suicidários.

Relationship between Problematic Use of Internet, Self-Esteem and Suicidal Behaviors in Young University Students

Abstract

The Internet is a crucial resource for work, relational and leisure purposes. Although, along with its broadening and intensification, it has been acknowledged to be used in a problematic way more often specially among young people. The Problematic Internet Use (PIU) seems to be associated with some individual traits, such as the self-esteem and mental disturbance. This research aims to analyze the relationship between the PIU, self-esteem and suicidal behaviors. A sociodemographic survey was applied to a sample of 382 young people between 18 and 25 years old, including the Generalized Internet Use Scale, the Rosenberg's Self-esteem Scale and the Suicidal Behaviors Questionnaire - Revised. The results highlight a relationship between the PIU and the suicidal behaviors, a moderation effect of the self-esteem in the relationship between PIU and the suicidal behaviors and some differences on sociodemographic and clinical variables regarding the PIU, self-esteem and suicidal behaviors.

Keywords: Internet; UPI; University Students; Self-Esteem; Suicidal Behaviors.

ÍNDICE

PARTE I. ENQUANDRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo 1. Uso Problemático da <i>Internet</i>	3
1.1 Evolução do conceito de uso problemático da <i>Internet</i>	3
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de Uso Problemático da <i>Internet</i>	6
1.4 Comorbilidades	7
1.5 Modelos teóricos de compreensão do Uso Problemático da <i>Internet</i>	8
Capítulo 2. Autoestima.....	9
2.1 Evolução do conceito de autoestima.....	9
2.2 Fatores que influenciam a autoestima.....	11
Capítulo 3. Comportamentos Suicidários	11
3.1 Definição do Conceito	11
3.2 Epidemiologia.....	12
3.3 Fatores de risco e de proteção de comportamentos suicidários	13
3.4 Comorbilidades	15
3.5 Modelos teóricos de compreensão dos comportamentos suicidários	15
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO	19
Capítulo 5. Metodologia	19
5.1 Participantes.....	19
5.2 Instrumentos.....	20
5.3 Procedimento de recolha de dados.....	22
5.4 Procedimentos de tratamento e análise de dados.....	22
Capítulo 4. Objetivos do estudo	23
Capítulo 6. Resultados.....	24
Capítulo 7. Discussão.....	37

Capítulo 8. Limitações e Estudos Futuros	41
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	58
Anexo A – Consentimento Informado	59
Anexo B - Questionário Sociodemográfico e Clínico	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo

Tabela 2. Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

Tabela 3. Correlações entre as variáveis em estudo

Tabela 4. Comparação das variáveis em estudo por “gênero”

Tabela 5. Comparação das variáveis em estudo por “ocupação”

Tabela 6. Comparação das variáveis em estudo por “relação de intimidade”

Tabela 7. Comparação das variáveis em estudo por “agregado familiar”

Tabela 8. Comparação das variáveis em estudo por “existência de perturbações mentais diagnosticadas”

Tabela 9. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre o Uso Problemático da *Internet* e os Comportamentos suicidários

Tabela 10. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre a Preferência por Interações Sociais *Online* e os Comportamentos Suicidários

Tabela 11. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre a Regulação do Humor e os Comportamentos Suicidários

Tabela 12. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre a Auto-Regulação Deficiente e os Comportamentos Suicidários

Tabela 13. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre as Consequências Negativas e os Comportamentos Suicidários

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre o UPI e os Comportamentos Suicidários

Figura 2. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre o UPI e os Comportamentos Suicidários

Figura 3. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Preferência por Interações Sociais *Online* e os Comportamentos Suicidários

Figura 4. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Preferência por Interações Sociais *Online* e os Comportamentos Suicidários

Figura 5. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Regulação do Humor e os Comportamentos Suicidários

Figura 6. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Regulação do Humor e os Comportamentos Suicidários

Figura 7. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Auto-regulação Deficiente e os Comportamentos Suicidários

Figura 8. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Auto-regulação Deficiente e os Comportamentos Suicidários

Figura 9. Esquema conceitual do possível efeito de moderador da Autoestima na relação entre as Consequências Negativas e os Comportamentos Suicidários

Figura 10. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre as Consequências Negativas e os Comportamentos Suicidários

INTRODUÇÃO

A disseminação da *Internet* trouxe várias alterações ao dia a dia dos indivíduos. Ao longo do tempo, a *Internet* deixou de ser apenas um instrumento de trabalho e tornou-se uma forma de comunicação, de socialização, de prazer e de diversão. Ainda que a *Internet* seja, incontestavelmente, uma ferramenta que oferece vários benefícios à sociedade (Kirmayer, Raikhel & Rahimi, 2013), existe um risco associado à sua utilização, podendo esta ter um cariz desadaptativo e problemático, com consequências no campo biológico, psicológico e social dos indivíduos (Boubeta, Ferreiro, Salgado & Couto, 2015).

Atualmente, não existe consenso acerca do termo a utilizar para definir a utilização desadaptativa da *Internet* e, por esse motivo, existem na literatura múltiplos conceitos para este comportamento, como sejam: o de *adição à Internet* (Young, 1998), o de *uso patológico da Internet* (Davis, 2001), o de *uso problemático da Internet* (Caplan, 2002), ou o de *dependência da Internet* (Chen, Tarn, & Han, 2004). No entanto, é importante frisar que na última edição do DSM (i.e. DSM-V) (APA, 2014) apenas o jogo *online* patológico foi considerado uma perturbação resultante da má utilização da *Internet*. Neste estudo, utilizaremos a expressão *uso problemático da Internet* (UPI) que remete para a realização de atividades não essenciais através da *Internet*, intensa e persistentemente, podendo esta conduzir à diminuição das áreas de interesse e a várias consequências emocionais, sociais e ocupacionais negativas (Tsitsika et al., 2011). Vários estudos salientam a necessidade de compreensão dos comportamentos de uso excessivo ou problemático da *Internet*, sobretudo na população jovem, uma vez que este é o grupo apontado como tendo menor capacidade de autocontrolo na utilização da *Internet* (Hicks & Heastie, 2008). Os jovens adultos são um dos grupos mais vulneráveis ao UPI, uma vez que para estes a *Internet* representa uma ferramenta essencial de trabalho - capaz de apresentar respostas rápidas e eficazes - e de socialização (Pezoa-Jares, Espinoza-Luna & Vasquez-Medina, 2012).

Existem vários factores associados ao Uso Problemático da *Internet*. De entre estes destaca-se a autoestima que se define por um conjunto de avaliações pessoais, positivas ou negativas (Santos & Maia, 2003). A autoestima positiva surge frequentemente associada a um baixo risco de adoção de comportamentos suicidas e, por contraste, a autoestima mais negativa surge associada a um alto risco de adoção de comportamentos suicidas (Ahmadi, Amiri, Kordestani, & Nadertabar, 2012). A este

respeito é importante salientar que nos últimos 45 anos as taxas mundiais de suicídio subiram 60%, em grande parte devido aos mais jovens (WHO, 2012).

Neste estudo procuramos precisamente compreender a relação entre o UPI, a autoestima e os comportamentos suicidários numa população de jovens adultos.

PARTE I. ENQUANDRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Uso Problemático da *Internet*

1.1 Evolução do conceito de uso problemático da *Internet*

Há muito tempo que a Psicologia se interessou pelo estudo do impacto do uso da *Internet* nos seus utilizadores e, por isso, hoje existem vários termos para definir o uso abusivo e desadequado da *Internet*, tais como: Adição à *Internet* (*Internet Addiction*), Uso Patológico da *Internet* (*Pathological Internet Use*), Perturbação de Adição à *Internet* (*Internet Addiction Disorder*) e Uso Compulsivo da *Internet* (*Compulsive Internet Use*) (Abreu, Karam, Góes & Spritzer., 2008). No entanto, ainda não foi possível um consenso relativamente à terminologia a utilizar para definir esta problemática. Os vários termos utilizados refletem diferentes concepções acerca desta temática.

Ivan Goldberg foi o primeiro autor a nomear este fenómeno como “Adição à *Internet*” e definiu-o como um estado neurótico provocado pela privação da utilização da *Internet* (Goldberg, 1995 cit. in Salicetia, 2015). Em 1996, Young propôs os seguintes critérios de avaliação diagnóstica dos comportamentos relacionados com o uso da *Internet*, baseando-se para tal nos critérios do DSM-IV para o diagnóstico de jogo patológico: (1) preocupação excessiva com a *Internet*; (2) necessidade de permanecer mais tempo conectado para obter a mesma satisfação; (3) exibir esforços repetidos para diminuir o tempo de utilização da *Internet*; (4) presença de irritabilidade e/ou depressão; (5) presença de labilidade emocional aquando da abstinência da utilização da *Internet*; (6) permanecer mais tempo do que o previsto conectado; (7) diminuição da produtividade laboral e das relações sociais; (8) ocultar e omitir informação acerca do tempo despendido na *Internet* (Abreu et al., 2008). Desta forma, Young define a utilização desadequada da *Internet* como uma perturbação ao nível do controlo de impulsos (Young, 1998). No entanto, foram realizados diversos estudos que colocam em causa o modelo de avaliação diagnóstica desenvolvido por Young e que conduziram à criação de novos termos para definir a utilização desadequada da *Internet* e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de diversos modelos de avaliação deste fenómeno. É nesta linha que surge o termo *Uso Problemático da Internet* (UPI), proposto por Beard e Wolf (2001), como um fenómeno com conseqüências negativas para os seus utilizadores, tanto a nível psicológico, social, profissional ou académico (Fernandes, Maia & Pontes, 2019). Esta proposta foi posteriormente alvo de várias reformulações. Segundo Caplan (2002) o UPI é uma

síndrome multidimensional constituída tanto por sintomas comportamentais, como por sintomas cognitivos, que em conjunto, levam ao desenvolvimento de problemas sociais, académicos ou profissionais. Shapira e os seus colaboradores (2003), por sua vez, definem o UPI como um comportamento mal adaptativo em relação à utilização da *Internet* que promove o desenvolvimento de um sentimento de mal-estar significativo e/ou prejuízos nas várias áreas da vida do sujeito. Ou seja, desta perspetiva, o UPI pode ser definido pela incapacidade de o sujeito controlar a utilização que faz da *Internet*, que conseqüentemente, produz sentimentos de desconforto e condiciona o seu cotidiano (Shapira et al., 2000). Alguns autores caracterizam o UPI como uma forma de afirmação por parte dos utilizadores e como um comportamento que visa a redução de emoções negativas (Wan & Chiou, 2006). Deste modo, o UPI estaria associado a um estado de maior de sofrimento subjetivo e a perturbações psiquiátricas, o que conseqüentemente, produz conseqüências negativas na funcionalidade do sujeito (Shapira et al., 2000). Davis (2001) divide o UPI em duas categorias: específico ou generalizado. Segundo este autor, o UPI específico caracteriza-se pela utilização excessiva de determinadas funções da *Internet* (e.g. jogos, visualização de conteúdos de cariz sexual) e pressupõe a presença de psicopatologia numa determinada temática associada à *Internet*. Por outro lado, define o UPI generalizado como uma utilização multidimensional, sem um fim ou objetivo concreto. Davis (2001) afirma ainda que o UPI generalizado é impulsionado pela carência de apoio social e motiva o isolamento social, e que se pode agravar à medida que o UPI se estende no tempo.

No entanto é importante frisar que nem todos os sujeitos que utilizam a *Internet* são dependentes ou fazem um uso desadequado da mesma (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014). Alguns indivíduos conseguem controlar a exposição à *Internet* e não apresentam sintomas de abstinência quando se encontram *offline* (Kesici & Sahin, 2009).

1.2 Epidemiologia

A *Internet* surgiu nos Estados Unidos da América no final dos anos 60, como forma de responder à necessidade de comunicação rápida e eficaz entre as organizações governamentais. Duas décadas depois, a sua utilização estendeu-se às áreas académicas e científicas, e hoje encontra-se presente na maior parte das atividades quotidianas de um grande número de sujeitos (Atlas, Dorpinghaus, Maggi, & Haro, 2009).

Segundo a *Internet World Stats*, cerca de 58.8% da população mundial tem acesso à *Internet*. De acordo com este estudo, a América do Norte representa à área geográfica

onde mais sujeitos têm acesso à *Internet* – cerca de 89.4% da população total da América do Norte tem acesso à *Internet*. Segue-se a Europa com 87.7%, a América Latina com 68.9% e a Oceânia com 68.4%. Em último lugar, encontra-se o continente africano, onde apenas cerca de 39.6% da sua população total tem acesso à *Internet* (*Internet World Stats*, 2019).

Em Portugal, a taxa de utilização da *Internet* tem vindo a aumentar ao longo dos anos, sendo que em 2018 76,2% da população entre os 16 e os 74 anos afirmou utilizar frequentemente a *Internet*, o que corresponde a mais 22,9% face ao início da década (INE, 2019). Também segundo o INE (2019), a percentagem de utilizadores da *Internet* diminui em função da faixa etária, sendo que todas as faixas antecedentes aos 50 anos pontuam acima dos 80%. É importante destacar que a percentagem mais elevada de utilizadores da *Internet* se situa na faixa etária compreendida entre os 16 e os 24 anos, sendo este o grupo que, progressivamente, tem vindo a apresentar taxas de prevalência de UPI mais elevadas. O INE (2019) revela ainda que 98,7% e 96,9% dos estudantes que completaram o ensino superior e o ensino secundário utilizam a *Internet*, respectivamente. É ainda importante frisar que a interação social é a atividade na qual os utilizadores da *Internet* referem despende mais tempo. Cerca de 80% dos utilizadores participam e fazem parte de redes sociais (INE, 2019).

Com o aumento das taxas de utilização da *Internet* aumenta também a probabilidade de desenvolvimento de UPI. As taxas de prevalência europeia de UPI variam entre 2,1% (Wolfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014) e 36,7 (Lopez-Fernandez, Freixa-Blanxart & Honrubia-Serrano, 2013). Esta grande variação será também o reflexo da multiplicidade de terminologias e, por conseguinte, de metodologias de avaliação deste fenómeno (King, Delfabbro, Griffiths & Gradisar, 2012).

A população jovem apresenta sistematicamente taxas de UPI superiores à da população geral. A etapa universitária e o início da vida adulta são períodos exigentes de transição desenvolvimental (e.g. conquista da independência familiar e/ou financeira, necessidade de adaptação a novos contextos), perante os quais o acesso contínuo e o uso frequente podem fazer da *Internet* uma estratégia de *coping* (e.g., distratora) e potenciando o seu uso problemático. Segundo a literatura, cerca de 40% desta população apresenta UPI (Fernández-Villa et al., 2015), com uma maior prevalência no género masculino (Serife, Nermin & Yusuf, 2013).

1.3 Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de Uso Problemático da Internet

Vários autores (Burnay, Billieux, Blairy & Laroï, 2015) têm defendido a existência de um grupo de múltiplos fatores que podem impulsionar o desenvolvimento da patologia, ou seja, de fatores de risco. De entre os vários fatores, destacam-se os fatores relacionados com o seio familiar, como sejam a falta de coesão, padrões de vinculação inseguros, baixo nível de envolvimento emocional e problemas de comunicação. Estilos parentais autoritários ou demasiado permissivos também se correlacionam positivamente com esta problemática. Contextos familiares com estas características promovem sentimentos de solidão e conduzem ao isolamento, combatido muitas vezes pelos jovens através da socialização *online* (Kuss, Griffiths & Binder, 2013).

As relações interpessoais constituem-se também como um importante fator de risco para o desenvolvimento de UPI. A integração em grupos desviantes (Li et al., 2013), as críticas expressas por terceiros (Berner & Santander, 2012), o prazer retirado da comunicação *online* (Kuss et al., 2013) e a necessidade de atuar perante emoções negativas (Burnay et al., 2015) são alguns dos fatores de risco associados às relações interpessoais que potenciam o desenvolvimento de UPI.

O uso de *Internet* também se consubstancia como fator de risco para o desenvolvimento de UPI, nomeadamente a intolerância a possíveis falhas ou a lentidão da rede, a dificuldade em reduzir o tempo despendido *online* (Berner & Santander, 2012). Na mesma linha, Caplan (2010) identificou as quatro características cognitivas e comportamentais que mais se correlacionam com o UPI: preferência por interação social *online*, dificuldade na regulação do humor, excessiva preocupação cognitiva e comportamento compulsivo. Segundo este autor, a preferência por interações sociais *online* é uma consequência de crenças relacionadas com a ideia de que na *Internet* os contactos interpessoais são mais seguros e mais confortáveis do que as interações face a face. Normalmente a interação social *online* é preferida por indivíduos que apresentam dificuldades na interação social face a face, que sofrem de ansiedade social e que sentem alguma solidão. Aliás, são características típica de indivíduos com UPI as capacidades de comunicação deficitárias, os sentimentos de solidão e a ansiedade social, bem como a preferência por interações *online* - fatores que impulsionam o desenvolvimento de UPI (Caplan, 2010). As dificuldades de auto-regulação também se constituem como um importante fator de risco para o desenvolvimento de UPI (Caplan, 2010). Estas surgem

de uma preocupação excessiva em relação à *Internet* (isto é, pensamentos constante e de ruminação) e concretizam-se através de comportamentos compulsivos aquando da utilização da *Internet*.

Em contraposição, como fatores de proteção do UPI destaca-se uma relação parental sentida pelo jovem como positiva, um bom suporte interpessoal que se oponha a comportamentos desviantes (Kuss et al., 2013) e níveis positivos de autoestima (Padrão et al., 2016).

1.4 Comorbilidades

De acordo com Machado (2015), existe alguma dificuldade em compreender se, em alguns casos, o UPI é uma consequência resultante de uma outra perturbação ou se constituiu por si só a perturbação, e por este motivo têm-se verificado um investimento no estudo das comorbilidades psicopatológicas com o UPI.

Alguns estudos sugerem que indivíduos com baixa autoestima, introversão e ansiedade social têm mais probabilidade de vir a desenvolver UPI (Padrão et al., 2016). Para além disso, na literatura, é frequentemente mencionada uma relação entre o UPI e a presença de sintomas depressivos (Yang, Sato, Yamawaki & Miyata, 2013), ansiedade (Estévez, Bayón, Cruz & Fernández-Liria, 2009), perturbações do comportamento e hiperatividade (Kormas, Critselis, Janikian, Kafetzis; Tsitsika et al., 2011), ideação suicida (Heo, Oh, Subramanian, Kim, & Kawachi, 2014) consumo de álcool e tabaco (Lee, Han, Kim & Renshaw, 2013) e o consumo de substâncias psicoativas. (Heo et al., 2014). Para além destes, é importante frisar que, de acordo com Serrano e colaboradores (2017) existe uma relação de predição entre o UPI e a adoção de comportamentos suicidários.

Deste modo, é clara a capacidade deste fenómeno para afetar o bem-estar e a qualidade de vida dos sujeitos, com consequências para a saúde dos sujeitos (Moromizato et al., 2017).

1.5 Modelos teóricos de compreensão do Uso Problemático da *Internet*

Na tentativa de compreender o UPI, têm sido desenvolvidos vários modelos teóricos sobre o fenômeno. De entre estes, destacam-se o Modelo Biopsicossocial e o Modelo Cognitivo-Comportamental.

1.5.1 Modelo cognitivo-Comportamental

Em 2001, Davis desenvolveu um modelo de compreensão do UPI, baseado na perspectiva cognitivo-comportamental. Segundo este, o UPI é uma consequência de um conjunto de crenças desajustadas que se enraízam através de determinados comportamentos e que, em conjunto, produzem consequências negativas para o indivíduo. Segundo este modelo, as crenças desajustadas que o indivíduo pode ter sobre si próprio e/ou sobre o mundo que o rodeia, são suficientes para o desenvolvimento de UPI. As crenças negativas sobre si mesmo estimulam a procura de visões mais positivas expressas por terceiros através da *Internet*. Já as crenças negativas acerca do contexto, influenciam o indivíduo a considerar a *Internet* como o único lugar onde é aceito e respeitado pelos outros (Davis, 2001).

As emoções e sensações positivas provenientes da utilização da *Internet*, reforçam a sua utilização e, conseqüentemente, fomentam a continuidade desta, uma vez que condicionam o indivíduo a adotar o comportamento de forma mais frequente e intensa, com o objetivo de alcançar a mesma resposta satisfatória que alcançou na primeira vez (Davis, 2001).

Na mesma linha, Kaliszewska-Czeremska (2011) define o UPI como um fenômeno multidimensional e progressivo que se rege por disfunções cognitivas caracterizadas por crenças negativas acerca de si próprio e do mundo, que se correlacionam com dificuldades de auto-regulação; as quais, por sua vez, deterioraram o funcionamento do indivíduo conduzindo ao UPI. Segundo Kaliszewska-Czeremska (2011) estes fatores cognitivos associam-se a fatores mais subjetivos, como o temperamento e as estratégias de *coping* adotadas pelo indivíduo, e a fatores contextuais e ambientais, sendo esta junção a que está na base e permite compreender o UPI.

1.5.2 Modelo Biopsicossocial

Em 2005, também com o objetivo de compreender o UPI, Beard apresentou o modelo biopsicossocial que pressupõe a presença de fatores biológicos e genéticos, psicológicos, culturais, ambientais e familiares. Segundo este modelo, do ponto de vista

biológico, algumas alterações neuronais (e.g. baixos níveis de serotonina ou de dopamina) e determinadas combinações genéticas podem impulsionar o desenvolvimento de um determinado comportamento aditivo (Beard, 2005). Relativamente ao domínio psicológico, o modelo biopsicossocial sugere que o condicionamento clássico e o condicionamento operante estão na base do início, da manutenção e da alteração de um comportamento aditivo. Segundo este modelo, o condicionamento clássico ocorre pela associação das sensações positivas obtidas através da utilização da *Internet* ao comportamento, promovendo a procura de novos e mais sentimentos prazerosos e perpetuando assim o UPI. O condicionamento operante, por sua vez, acontece pelo reforço do comportamento obtido através dos sentimentos e pensamentos positivos que o indivíduo obtém através da utilização da *Internet* (Beard, 2005). Por fim, e no que toca ao contexto social, este modelo defende que existem determinados ambientes sociais, familiares e culturais que impulsionam o desenvolvimento de UPI. Nestes ambientes, é comum o indivíduo utilizar a *Internet*, como forma de fazer face às falhas emocionais, afetivas e de comunicação características destes ambientes (Beard, 2005).

Capítulo 2. Autoestima

2.1 Evolução do conceito de autoestima

Na literatura, o interesse pelo estudo da autoestima tem vindo a aumentar e, ao longo dos anos, têm surgido diversas teorias sobre a autoestima.

Rosenberg (1965) definiu a autoestima como a avaliação que o sujeito faz de si próprio, com base em crenças, valores, pensamentos e sentimentos pessoais. Coopersmith (1967) defendeu que a autoestima se define pela capacidade de aceitação de um sujeito em relação a si próprio. Segundo este autor, a capacidade de auto-aceitação está relacionada com alguns processos psicológicos como o planeamento, a tomada de decisão, as estratégias de enfrentamento, a resolução de problemas e as relações interpessoais e, por isso, defende que a autoestima tem impacto sobre o comportamento humano. Shavelson, Hubner e Stanton, em 1976 introduziram uma dimensão contextual na definição da autoestima, afirmando que esta se caracteriza pela perceção que cada sujeito tem de si próprio gerada pelas experiências que vive e pelas relações que estabelece. Em 2001, Branden conceptualizou a autoestima como o resultado da interação entre a confiança e o respeito que o indivíduo nutre por si próprio, e a convicção que este tem de que é útil. Um ano depois, em 2002, Santrock, propôs que a autoestima corresponde à confiança e satisfação que o sujeito sente em relação a si mesmo.

Através destas definições clássicas de autoestima é possível constatar que estas se baseiam em fatores pessoais e contextuais, o que faz da autoestima um conceito multidimensional, variável e dinâmico (Hewitt, 2002). A autoestima surge assim definida pelo contexto em que o sujeito está inserido e pela capacidade de gestão emocional que este detém e é, por isso, algo idiossincrático que não segue um padrão regular de desenvolvimento (Hewitt, 2002).

O surgimento de todas estas definições, e de outras relacionadas com a autoestima têm dificultado o estabelecimento consensual de uma definição universal do conceito (Rosenberg, 1965). Atualmente, a autoestima é perspectivada como uma dimensão fundamental do bem-estar subjetivo constituída por cognições e emoções que o sujeito tem e sente acerca de si próprio e pela capacidade de adaptação que influencia o julgamento que este faz de si (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Ou seja, a autoestima é, no fundo, a autoavaliação que o sujeito faz das suas próprias capacidades, que influenciam o seu orgulho, respeito e amor-próprio. Contudo, o valor e a relevância que o sujeito atribui a esta dimensão é que define a forma como esta o irá influenciar (Rosenberg, 1965). A autoestima é, por isso, um conceito de natureza fenomenológica, que traduz o nível em que o indivíduo está satisfeito consigo mesmo (Hoyle, Kernis, Leary, & Baldwin, 1999).

As avaliações que o sujeito faz acerca de si próprio podem ser positivas ou negativas. Avaliações positivas produzem no sujeito um sentimento de capacidade para superar obstáculos e adversidades. Pelo contrário, avaliações negativas retraem o sujeito e causam sentimentos de insuficiência (Duclos, 2006). Tipicamente, uma autoestima positiva caracteriza-se pela presença de sentimentos de segurança e de confiança; busca pela felicidade; capacidade de reconhecer capacidades pessoais; pelo facto de não se considerar superior nem inferior aos demais; capacidade para reconhecer limitações pessoais; capacidade para estabelecer relações interpessoais; capacidade de crítica; e manutenção da coerência em relação a si mesmo e aos demais (Mosquera & Stobäus, 2006). Por contraste, uma autoestima negativa é determinada por características do pólo oposto, como a presença de sentimentos de insegurança e de incapacidade; dificuldade em reconhecer competências e aptidões; sentimento de inferioridade; e dificuldade em estabelecer relações interpessoais saudáveis (Quiles & Espada, 2007).

2.2 Fatores que influenciam a autoestima

Existem vários fatores que se correlacionam com a autoestima. De entre estes, Rosenberg (1965) destaca o género. De acordo com este autor, o género masculino tem uma tendência natural para desenvolver uma autoestima mais positiva do que o género feminino. Ainda segundo Rosenberg, Rosenberg e McCord (1978), quantitativamente, em sujeitos do género feminino a autoestima tende a ser metade da do género masculino. Harter (1999), justifica esta tendência pelo facto de o género feminino valorizar mais a sua auto-imagem, os relacionamentos interpessoais e a opinião de terceiros acerca de si.

A idade é outro fator que se correlaciona com a autoestima. A autoestima tende a diminuir no início da adolescência e a aumentar no final da mesma (Rosenberg, 1965).

A baixa autoestima correlaciona-se também com o risco aumentado para o consumo de drogas, depressão, suicídio, stress e comportamentos delinquentes, baixo rendimento escolar, perturbações psicológicas, problemas sexuais, problemas de ansiedade, problemas relacionados com o comportamento alimentar e com a personalidade. As perturbações alimentares, que se correlacionam vulgarmente com níveis baixos de autoestima, são a bulimia e a anorexia nervosa. Relativamente à personalidade, as perturbações que mais se correlacionam com baixos níveis de autoestima são a perturbação narcísica e evitante da personalidade (Quiles & Espada, 2007).

Capítulo 3. Comportamentos Suicidários

3.1 Definição do Conceito

Os comportamentos suicidários incluem todos os atos através dos quais um sujeito causa uma lesão a si próprio, independentemente da sua verdadeira intenção e do grau de letalidade aplicado (Moreira, 2008) Segundo Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), os comportamentos suicidas definem-se como os atos autodestrutivos extremos que colocam a vida e a integridade do sujeito em causa. Estes desenvolvem-se num continuum de intensificação de comportamentos e pensamentos relacionados com a morte, sendo que num extremo se encontra a ideação suicida e no extremo oposto o suicídio consumado.

Na literatura, os comportamentos suicidários integram: a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. A ideação suicida caracteriza-se pela presença de pensamentos, ideias, planeamento e desejo de morte (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005). A ideação suicida pode ainda ser ativa ou passiva, sendo que a

ideação ativa se caracteriza por pensamentos persistentes e recorrentes sobre morte e pelo desejo real de morrer e a ideação passiva pela presença pontual e sem risco aparente de pensamentos ligeiros sobre morte (Jacobs et al., 2010). Já a tentativa de suicídio, segundo Gil e Saraiva (2006), é definida pelos comportamentos que o sujeito adota com o objetivo de pôr fim à vida, mas que, por inúmeros motivos, não se concretiza. Por fim, o suicídio consumado diz respeito aos atos que provocam efetivamente a morte do indivíduo (Jacobs et al., 2010).

Os comportamentos suicidários podem muitas vezes surgir como uma resposta à dor e ao *stress* suscitados por determinados acontecimentos de vida, e podem ser utilizados pelos sujeitos como uma forma de comunicação (Saraiva, 2010). Estes comportamentos traduzem sofrimento mental grave e a crença de que a morte é a única solução para o sofrimento emocional sentido como intolerável (Monteiro, Bahia, Paiva, Sá & Minayo, 2015).

Tendo em consideração as consequências destes comportamentos para a saúde física e mental dos sujeitos, estes não podem ser menosprezados pela sociedade. A valorização desta temática permite não só melhorar a sua compreensão como também implementar estratégias de prevenção eficazes e adequadas (Santos, Simões, Erse, Façanha & Marques, 2014).

3.2 Epidemiologia

Os comportamentos suicidários constituem-se como um problema grave de saúde pública à escala mundial (WHO, 2014). De acordo com a WHO (2014), estima-se que morram anualmente cerca de 800 000 pessoas por suicídio, sendo esta a segunda principal causa de morte na faixa etária compreendida entre os 15 e os 29 anos. Esta organização afirma também que as tentativas de suicídio são vinte vezes superiores aos suicídios consumados. Por sua vez, as taxas de mortalidade por suicídio têm aumentado significativamente nas camadas mais jovens, sendo este, por isso, um grupo de risco (WHO, 2014).

Em 2014, Portugal detinha uma taxa de mortalidade por suicídio de 8,49 por 100 000 habitantes (WHO, 2016).

Em 2012 (últimos dados disponíveis na DGS), a taxa de suicídio em jovens em idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos rondava os 3 por cada 100 000 habitantes, 4,5 no género masculino e 1,4 no género feminino (DGS, 2013).

Segundo a WHO (2014) o género masculino apresenta uma maior tendência para adotar comportamentos suicidários (15 por cada 100 000 habitantes) face ao género feminino (8 por cada 100 000 habitantes). Em Portugal, no que diz respeito ao género e à faixa etária em estudo, isto é, aos jovens adultos, esta tendência também se verifica. No entanto, apesar de os jovens adultos do género masculino apresentarem uma taxa superior de suicídios consumados, é o género feminino que detém a maior taxa de ideação suicida e de tentativas de suicídio (DGS, 2013).

3.3 Fatores de risco e de proteção de comportamentos suicidários

Como referido anteriormente, os fatores de risco constituem-se como componentes que impulsionam a ocorrência de um evento indesejado. Por outro lado, os fatores de proteção traduzem-se nos recursos de que o sujeito dispõe para eliminar ou diminuir o risco (Benincasa & Rezende, 2006).

Relativamente ao suicídio, a literatura indica alguns dos principais fatores de risco. De entre estes, destaca-se a idade: as taxas de suicídio aumentam com a idade, sendo o seu ponto mais alto no final da adolescência e no início da idade adulta (DGS, 2013; Neves, 2014). O género parece também constituir-se como um fator de risco, uma vez que o género masculino apresenta uma maior taxa de comportamentos suicidários (WHO, 2014). Na mesma linha, a orientação sexual é também apontada pela DGS (2013) como um fator de risco, sendo o risco de adoção de comportamentos suicidários seis vezes superior em jovens homossexuais e bissexuais face a jovens heterossexuais. Os comportamentos suicidários adotados por jovens homossexuais e bissexuais estão muitas vezes associados à depressão, a comportamentos aditivos, à rejeição parental e social, e à rejeição do próprio corpo (Tomicic et al., 2016).

Do grupo dos fatores de risco, faz também parte a presença de psicopatologia. A OMS (2002) afirma que em cerca de 90% dos casos de suicídio está também presente um quadro psicopatológico. Tal verifica-se também nas camadas mais jovens (DGS, 2013). A depressão, a ansiedade, o abuso ou dependência de substâncias e a perturbação bipolar são as principais perturbações associadas aos comportamentos suicidários (WHO, 2014).

Na mesma linha, algumas distorções cognitivas como a catastrofização, a baixa-autoestima, a impulsividade, a irritabilidade, o pensamento dicotómico e a dificuldade na resolução de problemas constituem-se também como fatores de risco de comportamentos suicidários (DGS, 2013). A baixa autoestima provoca nos indivíduos uma crença de incapacidade para ultrapassar os obstáculos que vão surgindo ao longo do ciclo de vida e promove uma visão negativa do futuro (Cruz, 2006). Segundo a literatura, (Saraiva, 2006) a relação entre a baixa autoestima e os comportamentos suicidário sustenta-se no facto destes sujeitos encararem os comportamentos suicidários como um escape para as dificuldades que julgam não ser capazes de ultrapassar.

Um suporte social e familiar débil ou até ausente, assim como padrões de vinculação inseguros constituem-se também como fatores de risco para a adoção de comportamentos suicidários, uma vez que, algumas experiências traumáticas podem afetar o funcionamento do sistema nervoso central e, conseqüentemente, impulsionar a adoção de comportamentos suicidas (Dunitz, 2001).

No mesmo sentido, a presença de ideação suicida, de tentativas anteriores de suicídio e de comportamentos autolesivos integraram também a lista dos fatores de risco de comportamentos suicidários (DGS, 2013; WHO, 2014; Monteiro et al., 2015). Cerca de 25 a 40% dos jovens adultos que praticam um ato suicida consumado, tentaram-no, pelo menos uma vez, anteriormente (Monteiro et al., 2015). Por fim, a existência de comportamentos suicidários no contexto familiar e/ou social próximo (DGS, 2013; WHO, 2014) e o acesso fácil a um método suicida são importantíssimos fatores de risco neste âmbito (Prieto & Tavares, 2005).

Por contraste, os fatores de proteção na adoção de comportamentos suicidários remetem para a capacidade para responder às adversidades, abertura à experiência, capacidade de comunicação, autoconfiança (Dunitz, 2001), resiliência e bons níveis de autoestima (DGS, 2013). Segundo a DGS (2013), bons níveis de autoestima associam-se a respostas resilientes face a comportamentos suicidários. Como fator de proteção destaca-se ainda o sentimento de pertença e de integração social (Mendoza & Rosenberg, 2010). Nos jovens adultos sobressaem fatores como a participação em atividades desportivas ou de grupo, relações cordiais entre pares e um clima escolar e/ou laboral saudável (Mendoza & Rosenberg, 2010).

De acordo com Heisel e Flett (2004), elementos relacionados com fatores ambientais como sejam a luz solar, a qualidade do sono, uma alimentação equilibrada e a pertença a um ambiente saudável e sem substâncias ilícitas atuam também como fatores de proteção contra comportamentos suicidários.

3.4 Comorbilidades

Segundo a OMS (2006), o número de suicídios cometidos por sujeitos diagnosticados com alguma perturbação psicológica é superior ao número de suicídios cometidos por sujeitos aos quais não foi diagnosticada nenhuma perturbação psicológica. De entre os vários quadros psicopatológicos destaca-se a depressão como a principal perturbação relacionada com a adoção de comportamentos suicidários (Barbosa et al., 2011). No entanto existem outros quadros que podem eventualmente intensificar a possibilidade de o sujeito adotar um comportamento desta índole, como Perturbações do Humor (e.g. perturbação bipolar), Perturbações da Personalidade (e.g. Perturbação de Personalidade *Borderline*, Antissocial ou Narcísica). De acordo com Vasconcelos, Lôbo e Neto (2015), também a Perturbação de Ansiedade Generalizada e as Perturbações Aditivas têm capacidade para impulsionar a adoção de comportamentos suicidários.

Tendo em consideração o amplo leque de comorbilidades é fundamental que os profissionais de saúde e a sociedade em geral atentem aos sinais de forma a agir e diminuir as taxas de suicídio existentes (Silva & Motta, 2017).

3.5 Modelos teóricos de compreensão dos comportamentos suicidários

O estudo deste fenómeno iniciou-se no século XX, tendo surgido vários modelos explicativos a seu respeito, em diferentes áreas do conhecimento, o que reflete a natureza multifatorial do fenómeno (Berman, Jobes & Silverman, 2006). De entre os vários modelos explicativos existentes, seleccionamos nesta revisão algumas das principais abordagens psicológicas e nosológicas, e alguns dos principais modelos sociológicos. Os primeiros por serem fundamentais para a compreensão do fenómeno e o último porque o contexto social tem bastante relevância na compreensão dos comportamentos suicidários na população jovem.

3.5.1 Modelos psicológicos de compreensão dos comportamentos suicidários

Iniciamos esta revisão abordando modelos com perspectivas distintas: cognitiva, sistêmica e dinâmica.

- Modelos cognitivos explicativos dos comportamentos suicidários

De acordo com o Modelo Cognitivo desenvolvido por Beck em 1967, as crenças disfuncionais do sujeito sobre si próprio, sobre os outros e sobre o mundo que o rodeia (tríade cognitiva) serão as causas dos comportamentos suicidários (Beck, Steer & Brown, 1996). A visão negativa acerca de si mesmo, dos outros e do mundo aliada à tendência para interpretar as experiências como negativas, estará enraizada em esquemas cognitivos mal adaptativos (Saraiva, 2010). Estes esquemas cognitivos desenvolvem-se com base em experiências negativas e são integrados na estrutura cognitiva do sujeito. Posteriormente, estes esquemas vão sendo ativados por estímulos externos o que impede a ativação de esquemas mais adaptativos e ajustados perante os estímulos (O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan & Williams, 2013).

Segundo este modelo, os sujeitos que adotam comportamentos suicidas, perante um estímulo precipitante, ativam esquemas disfuncionais relacionados com a desesperança e com o desejo de morrer (Reinecke & Clark, 2004). De forma mais concreta, segundo o Modelo Cognitivo da Conduta Suicida desenvolvido por Cruz (2006) existem três grupos de fatores essenciais para a adoção de comportamentos suicidas, agrupados em fatores de vulnerabilidade, predisponentes e precipitantes. Para além destes fatores, este modelo destaca também a importância da exposição a situações traumáticas. Como fatores de vulnerabilidade (i.e. fatores base da crise suicida e moderadores dos comportamentos suicidários) estarão os acontecimentos de vida traumáticos e alguns traços da personalidade como a impulsividade, o perfeccionismo e a diminuta capacidade de resolução de problemas. Já os fatores predisponentes (i.e. factores que aumentam o risco de adoção de comportamentos suicidários e desempenham um papel mediador entre os acontecimentos de vida e os comportamentos suicidários) encontram-se o pensamento dicotómico, a inadequação social, a rigidez cognitiva e a baixa autoestima. Por fim, os fatores precipitantes (i.e. fatores que determinam as características – momento e forma - dos comportamentos suicidários) podem consubstanciar-se no desespero, na dor psicológica insuportável, na frustração de necessidades psicológicas vitais e a crença da morte como a única solução para os problemas existentes (Cruz, 2006).

Por sua vez, Joiner e os seus colaboradores (2009) referem três fatores que em conjunto impulsionam a adoção de comportamentos suicidários: o sentimento de não pertença, a percepção de ser um peso para os outros e a capacidade para cometer um ato suicida. O sentimento de não pertença reflete o fraco apoio social sentido, a solidão e o isolamento (Guidry & Cukrowicz, 2016), já a percepção de ser um fardo pode variar ao longo da vida do sujeito e pode ser despoletada por diversos fatores como a doença, conflitos familiares ou o desemprego (Joiner et al, 2009). Por fim, a capacidade para cometer um ato suicida traduz a ausência de medo em relação ao suicídio e uma elevada condescendência em relação à dor (Joiner, 2005).

Shneidman (1993) defende que os comportamentos suicidários traduzem um estado de mal-estar geral intolerável e uma crença no ato suicida como a única solução possível. De acordo com este autor, a adoção de comportamentos suicidários será o resultado da interação entre seis fatores: a ocorrência de acontecimentos de vida stressores, a influência de fatores genéticos e sociais, a avaliação de acontecimentos de vida como negativos, a dor psicológica ser entendida como intolerável, a dor transpor os limites suportáveis para o sujeito e crença de que a morte é a única opção eficaz para acabar com a dor.

- Modelos sistémicos explicativos dos comportamentos suicidários

Os modelos sistémicos explicativos dos comportamentos suicidários defendem que os comportamentos suicidários surgem como consequência de um problema no seio da família e não como uma consequência de um problema apenas do sujeito (Neves, 2014).

Nos jovens, os comportamentos suicidários surgem muitas vezes no seguimento de conflitos no contexto familiar como relações disfuncionais, excesso de rigidez e de proibição, e modelos de comunicação desadequados (Crepet, 2002), marcados por um medo intenso de separação entre os membros e de possíveis mudanças (Frazão, Santos & Sampaio, 2014).

Sampaio (1995) encara a adoção de comportamentos suicidários como uma forma de comunicação, principalmente quando se trata de jovens. Este autor defende que os jovens recorrem aos comportamentos suicidários como forma de incutirem alguma mudança na dinâmica familiar (Sampaio, 2002). Sampaio (2002) acredita que a adoção de comportamentos suicidários por jovens se deve fortemente a experiências familiares

disfuncionais, marcadas por conflitos relacionais, autoridade e rigidez excessivas. De acordo com este autor, a adoção de comportamentos suicidários traduz não só dificuldades no contexto familiar mas também a nível social e individual, e constituem-se como uma tentativa de ultrapassar uma situação sentida como intolerável.

- Modelos dinâmicos explicativos dos comportamentos suicidários

De acordo com Freud, o pai da psicanálise, os comportamentos suicidários são uma consequência direta da hostilidade sentida pelo sujeito contra si próprio. Sumariamente, este autor defende que o luto é um processo através do qual o sujeito ultrapassa de forma adaptativa as suas perdas. No entanto, como se trata de uma perda referente ao seu sentido de “eu” desenvolve-se um estado melancólico e a energia libidinal é transformada em sadismo contra o próprio. De acordo com esta teoria, é este sadismo que fomenta o desenvolvimento e a adoção de comportamentos suicidários (Saraiva, 2010).

3.5.2 Modelos nosológicos de compreensão dos comportamentos suicidários

De acordo com Núñez, Núñez, Matos, Mendes e Rosa (2008) as teorias nosológicas realçam a relação entre a existência de um quadro psicopatológico e a adoção de comportamentos suicidários. No quadro destes modelos destaca-se Beachler (1975) que afirma que a adoção de comportamentos suicidários não tem uma causalidade hereditária e que não são uma consequência de uma dificuldade circunstancial. Por outro lado, defende que estes comportamentos têm uma relação direta com a personalidade dos sujeitos, que pode estar mais ou menos fragilizada por acontecimentos de vida traumáticos.

3.5.3 Modelos sociológicos de compreensão dos comportamentos suicidários

Durkheim defende que os comportamentos suicidários têm uma natureza social e destaca duas dimensões: a integração e a regulação. A primeira dimensão está relacionada com as relações que estabelecem a ponte entre o sujeito e o grupo, e a segunda dimensão, diz respeito às características exigidas para integrar o grupo. De acordo com o nível de desintegração do sujeito na sociedade, o autor definiu quatro tipos de suicídio: o suicídio

egoísta, que traduz individualismo e níveis baixos de integração social; o suicídio altruísta, que pelo contrário, demonstra um elevado nível de integração social e uma individualização reduzida; o suicídio anómico, que resulta de uma incapacidade da sociedade para satisfazer as necessidades do sujeito; e o suicídio fatalista que se exprime quando existe um elevado nível de regulação social (Neves, 2014).

Saraiva (2010) destaca o suicídio anómico conceptualizado por Durkheim, afirmando que este é um conceito no campo do suicídio muito presente atualmente, uma vez que se assiste cada vez mais à inconsonância entre as expectativas e a realidade existente na sociedade. O aumento da criminalidade, do agnosticismo, do desemprego, e a diminuição do estabelecimento de relações estáveis e duradouras, tem a capacidade de provocar sentimentos de exclusão, e consequentemente, aumentar o risco de adoção de comportamentos suicidários.

PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 5. Metodologia

5.1 Participantes

A amostra é composta por um total de 382 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos ($M = 21$; $DP = 2,1$). A maioria dos participantes é do género feminino (58,6%), estudante (74,6%), vive com os pais (57%) e encontra-se numa relação de intimidade (51,6%). 8,4% dos participantes afirma ter uma perturbação mental diagnosticada sendo a mais referida a ansiedade (3,4%) e a depressão (3,3%). Destes, 7% afirma ter apoio médico. Em termos médios, os participantes passam cerca de 5 horas por dia na *Internet* e 35 horas por semana. As redes sociais, os sites de lazer e os sites informativos são as actividades onde os participantes afirmam despende mais tempo.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo ($N = 382$)

Variáveis	N	%	<i>M</i> (<i>DP</i>)
Idade			21
Género			(2.1)
<i>Feminino</i>	224	58,6	
<i>Masculino</i>	158	41,4	
Situação profissional			
<i>Trabalhador</i>	97	25,4	

<i>Estudante</i>	279	74,6
<i>Desempregado</i>	6	1,6
Relação de intimidade		
<i>Sim</i>	197	51,6
<i>Não</i>	185	48,4
Com quem vive		
<i>Sozinho</i>	40	10,5
<i>Pais</i>	217	57,0
<i>Familiares</i>	9	2,4
<i>Colegas</i>	102	26,8
<i>Namorado(a)</i>	13	3,4
Perturbações mentais diagnosticadas		
<i>Sim</i>	32	8,4
<i>Não</i>	350	91,6

5.2 Instrumentos

- *Questionário de dados sociodemográficos e clínicos*

Este questionário é constituído por 10 questões, relativas às características sociodemográficas e clínicas dos participantes, tais como: idade, género, ocupação actual, estado civil, com quem vive, presença de perturbações mentais diagnosticadas e número médio de horas despendidas na *Internet* por dia e por semana (Anexo B).

- *Escala de Uso Generalizado Problemático da Internet (EUGPI2)*

A versão portuguesa da (EUGPI2) (Caplan, 2010) é uma escala multidimensional, de tipo *Likert* de 7 pontos (1 = Discordo Totalmente; 7 = Concordo Totalmente), constituída por 15 itens que avaliam o grau das cognições e dos comportamentos do uso problemático da *Internet* e as consequências negativas sentidas pelo sujeito. Os 15 itens dão origem a 4 subescalas, sendo estas a preferência por interacções *online*, que avalia em que medida o sujeito se sente mais seguro e confortável em interacções sociais *online* do que em alterações sociais face a face (itens: 1, 6 e 11), regulação do humor, que mede a motivação dos sujeitos para utilizarem a *Internet* como um meio para melhorar os seus estados de humor atuais (itens: 2, 7 e 12), auto-regulação deficiente, que identifica a existência de experiências falhadas dos sujeitos adequarem os seus padrões de uso da *Internet* (Caplan, 2010) (itens: 3, 4, 8, 9, 13 e 14) e consequências negativas que reconhece a presença de consequências negativas provocadas pelo UPI como a solidão, o isolamento e evitamento social e o retraimento, o dispêndio de tempo excessivo em

atividades *online* (Caplan, 2002), perda de interesse por outros *hobbies* (Tao, et al., 2010). (itens 5, 10 e 15). A pontuação total da escala é calculada através da soma da pontuação dos itens, variando de 15 a 105, sendo que quanto maior for a pontuação final maior é a intensidade de cognições, comportamentos e consequências negativas advindas do uso problemático generalizado da *Internet*. O alfa de Cronbach da escala global neste estudo foi de 0,896, sendo desta forma assegurada a sua validade interna, tal como aconteceu em relação às subescalas.

- Escala de Autoestima de Rosenberg

A versão portuguesa da escala de autoestima desenvolvida por Rosenberg (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011) é constituída por 10 itens que devem ser respondidos numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos (0 = Discordo Fortemente; 3 = Concordo Fortemente). O valor total da escala é obtido através do somatório das respostas dos itens, podendo variar entre 0 e 30, sendo que pontuações elevadas traduzem uma autoestima elevada e pontuações baixas indicam a existência de uma autoestima mais frágil. O alfa de Cronbach desta escala neste estudo foi de 0.907 o que assegura a validade interna da mesma.

- Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto

A versão portuguesa deste questionário de Campos, Rebelo e Abreu (2011), do original *Suicide Behaviors Questionnaire – Revised* (Osman et al., 2001) é constituída por 4 itens que avaliam a presença de ideação suicida (item 1), ideação recente (item 2), intenção suicida (item 3) e a probabilidade de vir a adotar um comportamento suicida no futuro (item 4). O valor total deste questionário é obtido através do somatório das respostas aos itens, sendo que este valor pode variar entre 3 e 18 pontos. O ponto de corte que indica ou não a presença de risco suicidário fixa-se nos 7 pontos. Neste estudo, para avaliar a presença de risco suicidário foi criada uma variável que resulta da associação entre os 4 itens que constituem o questionário (Osman et al., 2001). De forma a assegurar a validade interna deste instrumento procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach e obteve-se um valor de 0.827.

5.3 Procedimento de recolha de dados

A amostra foi recolhida através da técnica de amostragem não probabilística de conveniência (Marôco, 2018).

A recolha de dados foi inicialmente realizada presencialmente em contexto de sala de aula na Universidade de Évora, de acordo com as normas deontológicas ditadas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses. No entanto, por força dos constrangimentos causados pela pandemia provocada pelo novo SARS-CoV-2, uma parte substancial dos dados foi recolhida *online*, através da plataforma *Google Forms*. Em ambas as modalidades, a recolha de dados esteve a cargo da autora desta dissertação e de um outro estudante de mestrado integrado na mesma linha de investigação.

Os sujeitos que aceitaram participar neste estudo, tiveram acesso a um consentimento informado (Anexo A) seguido do protocolo de investigação. No consentimento informado estão descritas todas as condições de participação, tais como o carácter voluntário e não remunerado da participação, o anonimato das respostas e a confidencialidade das mesmas. Por sua vez, o protocolo de investigação é constituído por quatro questionários, ainda que neste estudo tenham sido utilizados apenas três – RSES, GPIUS2 e SBQ-R.

5.4 Procedimentos de tratamento e análise de dados

Esta dissertação pode ser considerada, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1998) um estudo transversal quantitativo. Transversal, porque os dados utilizados foram recolhidos num único momento, e quantitativo, porque foram recolhidos através de questionários estruturados e analisados através de técnicas estatísticas.

Para a análise dos dados recolhidos recorreu-se ao programa de análise estatística *IBM SPSS Statistics* (versão 24.0) e a macro para *SPSS* de Andrew F. Hayes, denominada *PROCESS*.

Em primeiro lugar, com o objectivo de identificar possíveis erros e dados omissos, realizou-se uma análise exploratória dos dados recolhidos. Tendo em consideração que o número de dados omissos se revelou bastante residual, estes foram substituídos pela média de cada variável. Em seguida, realizaram-se as alterações necessárias à base de dados, como a criação de novas variáveis resultantes das respostas aos questionários

aplicados. De forma a analisar a fiabilidade dos instrumentos utilizados, procedeu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach*.

No sentido de determinar o tipo de testes de análise estatística a utilizar, realizou-se a análise da normalidade das distribuições, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, e a homogeneidade das variâncias, através do teste de *Levene*. No entanto, através destas análises não foi possível assegurar a normalidade da distribuição dos dados das variáveis dependentes ($p < .05$) mas foi possível verificar a homogeneidade das variâncias ($p > .05$). Tendo em consideração que a homogeneidade das variâncias foi assegurada e que a amostra é de grande dimensão ($N = 382$), optou-se pela utilização de testes paramétricos, uma vez que estes são robustos face a distribuições não normais, sobretudo se estas não forem demasiado enviesadas ou achatadas, tal como foi possível verificar neste estudo (Marôco, 2018).

Com o objectivo de apurar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis referentes às características sociodemográficas e clínicas procedeu-se a comparações de médias dos grupos, através do teste *T-Student* para variáveis dicotómicas e através da ANOVA *One-Way* para variáveis com três ou mais grupos. Procedeu-se ainda à realização do teste de correlação de *Pearson* de forma a identificar possíveis associações entre as variáveis em estudo. Por fim, com o objetivo de compreender o possível efeito moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários recorreu-se à macro *PROCESS* (versão 3.5), definindo a autoestima como variável moderadora, o UPI como variável independente e a adoção de comportamentos suicidários como variável dependente

Capítulo 4. Objetivos do estudo

Recentemente tem-se assistido a um investimento em estudos realizados sobre o UPI (Machado, 2015) que nos permitem compreender a sua associação a factores como a autoestima (Padrão et al., 2016) e a consequências como a adoção de comportamentos suicidários (Serrano et al., 2017). Neste estudo, de cariz exploratório, quantitativo e transversal, o objetivo principal é precisamente contribuir para o conhecimento da relação entre o UPI, a autoestima e a adoção de comportamentos suicidários, numa amostra de jovens adultos.

Especificamente, pretende-se (1) caracterizar globalmente a amostra de jovens adultos em relação ao UPI, à autoestima e a comportamentos suicidários; (2) caracterizar

a presença destas três variáveis em função de características sociodemográficas (e.g. género, situação profissional, relação de intimidade, pessoas com que habitualmente vive e perturbações mentais diagnosticadas), (3) verificar a existência de relações entre as variáveis principais e (4) verificar a possibilidade de a autoestima ter um papel moderador na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários.

Capítulo 6. Resultados

Tendo em consideração que a Escala de Autoestima de Rosenberg não define um ponto de corte a partir do qual se considera que existe uma alta ou baixa autoestima, recorreu-se ao valor da mediana (Me) para fazer esta análise. Assim sendo, é possível verificar que a média da variável autoestima é ligeiramente inferior ($M=20,60$) à mediana da variável ($Me=21,00$). Ou seja, em média os participantes apresentam uma autoestima ligeiramente abaixo do ponto de corte definido.

Tabela 2. Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

	Min.	Máx.	M	DP
AE	4	30	20,60	6,03
CS	4	18	6,32	3,01
UPI	15	95	43,16	16,73
PISO	1	7	2,35	1,43
RH	1	7	4,37	1,78
ARD	1	6,50	2,89	1,37
CN	1	6,67	1,88	1,18

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas; Min. = Mínimo; Máx. = Máximo; M = Média; DP = Desvio Padrão.

Por fim, em relação à variável UPI recorreu-se também ao valor da mediana ($Me=41,00$) como forma de analisar o resultado médio obtido nesta variável na amostra, uma vez que a escala também não define um ponto de corte. Com base neste critério, constata-se que, ao contrário do que acontece com as outras variáveis, a média da variável UPI é superior ($M=43,16$) à mediana, ou seja, ultrapassa o ponto de corte para se considerar problemático o uso de *Internet* pela amostra. O mesmo acontece em todas as

subescalas da EUGPI2 (PISO ($M=2,35 > Me=2,00$); RH ($M=4,37 > Me=4,67$); ARD ($M=2,89 > Me=2,67$) CN ($M=1,88 > Me=1,33$).

Tabela 3. Correlações entre as variáveis em estudo

	AE	CS	UPI	PISO	RH
AE					
CS	-,570**				
UPI	-,416**	,289**			
PISO	-,443**	,295**	,730**		
RH	-,258**	,234**	,730**	,446**	
ARD	-,307**	,194**	,882**	,469**	,487**
CN	-,321**	,203**	,679**	,469**	,263**

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas.

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

A análise das correlações entre as variáveis permite constatar que, de um modo geral, as variáveis estão associadas de forma significativa ainda que moderadamente (Cohen, 1988). Destacam-se as correlações negativas entre comportamentos suicidários e autoestima ($r = -,570, p < .01$) e entre autoestima e UPI ($r = -,416, p < ,01$), bem como entre autoestima e todas as subescalas de UPI (PISO = $r = -,443, p < ,01$; RH = $r = -,258, p < ,01$; ARD = $r = -,307, p < ,01$; CN = $r = -,321, p < ,01$). Outro resultado que se destaca é a correlação positiva entre UPI e comportamentos suicidários ($r = ,289, p < ,01$), bem como entre comportamentos suicidários e todas as subescalas do UPI (PISO = $r = ,730, p < ,01$; RH = $r = ,730, p < ,01$; ARD = $r = ,882, p < ,01$; CN = $r = ,679, p < ,01$).

Tabela 4. Comparação das variáveis em estudo por “género”

	Masculino		Feminino		<i>T</i>	Sig.	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
	M	DP	M	DP				
AE	22,00	5,57	19,62	6,16	3,88	,000*	[1,18, 3,60]	0,41
CS	5,84	2,62	6,66	3,23	-2,64	,009	[-1,43, -0,21]	0,28
UPI	44,15	16,99	42,46	16,54	0,90	,333	[-1,73, 5,10]	0,10
PISO	2,39	1,43	2,32	1,44	0,46	,649	[-0,23, 0,36]	0,05
RH	4,54	1,90	4,25	1,69	1,53	,135	[-0,80, 0,65]	0,16
ARD	2,89	1,39	2,88	1,36	0,59	,953	[-0,27, 0,29]	0,00
CN	2,00	1,28	1,80	1,11	1,58	,115	[-0,47, 0,44]	0,17

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas

Nota: * $p < .05$

A análise das diferenças de médias das variáveis em função do “género” revela que o género masculino apresenta valores superiores em todas as variáveis, à excepção dos comportamentos suicidários. No entanto, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos na variável autoestima ($t_{(382)} = 3,88, p = .00, d = 0,41, 95\% \text{ IC } [1,18, 360]$).

Tabela 5. Comparação das variáveis em estudo por “ocupação”

	Entre Grupos (Estudante, Trabalhador e Desempregado)		
	<i>G</i>	<i>F</i>	Sig
AE	2	,907	,405
CS	2	,603	,547
UPI	2	,023	,977

PISO	2	,472	,624
RH	2	3,362	,036
ARD	2	,605	,547
CN	2	5,106	,006

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas

Nota: * $p < .05$

Relativamente às diferenças de médias das variáveis em função da “ocupação”, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre estudantes, trabalhadores e desempregados.

Tabela 6. Comparação das variáveis em estudo por “relação de intimidade”

	Sim		Não		<i>T</i>	<i>Sig.</i>	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
	M	DP	M	DP				
AE	20,48	6,58	20,75	5,41	-,43	,664	[-1,48, ,94]	,04
CS	6,50	3,23	6,12	2,76	1,24	,214	[-,22, ,99]	,01
UPI	42,18	16,20	44,20	17,26	-1,18	,238	[-5,38, 1,34]	1,91
PISO	2,24	1,39	2,47	1,48	-1,55	,120	[-,51, ,06]	,16
RH	4,39	1,73	4,36	1,84	,12	,897	[-,33, ,38]	,01
ARD	2,79	1,38	2,99	1,37	-1,36	,172	[-,46, ,08]	,15
CN	1,84	1,15	1,93	1,22	-,70	,484	[-,32, ,15]	,07

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas

Nota: * $p < .05$

De uma forma geral, as médias dos sujeitos que afirmam estar numa relação de intimidade e as dos que afirmam não estar numa relação de intimidade são bastante idênticas, sendo as diferenças entre os dois grupos residuais.

Tabela 7. Comparação das variáveis em estudo por “agregado familiar”

Entre Grupos (Sozinho, pais, outros familiares, amigos e namorado/a)			
	gl	F	Sig.
AE	4	1,10	,354
CS	4	,42	,794
UPI	4	1,01	,399
PISO	4	,67	,611
RH	4	1,73	,141
ARD	4	1,16	,325
CN	4	,33	,856

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas

Nota: * $p < .05$

Relativamente às diferenças de médias em função do “agregado familiar”, é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre os participantes que vivem sozinhos, com os pais ou com outros familiares, com amigos e com o namorado/a.

Tabela 8. Comparação das variáveis em estudo por “existência de perturbações mentais diagnosticadas”

	Sim		Não		<i>T</i>	Sig.	IC a 95%	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
AE	16,16	6,33	21,01	5,85	-4,46	,000*	[-,69, -2,71]	,79
CS	9,78	4,43	6,00	2,64	7,23	,000*	[2,75, 4,80]	1,03
UPI	48,84	16,36	42,63	16,69	2,01	,044	[,15, 12,25]	0,37
PISO	3,02	1,76	2,29	1,39	2,77	,006	[,21, 1,24]	0,49
RH	5,24	1,73	4,30	1,77	2,89	,004	[,30, 1,58]	0,53
ARD	3,03	1,18	2,87	1,39	,59	,552	[-,34, ,65]	0,12
CN	1,97	1,19	1,88	1,19	,42	,673	[-,33, ,52]	0,07

AE = Autoestima; CS = Comportamentos Suicidários; UPI = Uso Problemático da *Internet*; PISO = Preferência por Interações Sociais *Online*; RH = Regulação do Humor; ARD = Auto-Regulação Deficiente; CN = Consequências Negativas

Nota: * $p < .05$

Através da análise da tabela 8, é possível constatar que os sujeitos que afirmam ter uma perturbação mental diagnosticada apresentam valores mais elevados em todas as variáveis à exceção da autoestima ($M = 16,16$; $DP = 6,33$) Na variável autoestima a diferença de médias é estatisticamente significativa ($t_{(382)} = -4,46$, $p = ,00$, $d = ,79$, 95% IC [-,69, -2,71]). Destacam-se também os comportamentos suicidários que apresentam uma média superior nos participantes que afirmam ter uma perturbação mental diagnosticada ($M = 9,78$; $DP = 4,43$) face aos participantes que afirmam não ter uma perturbação mental diagnosticada ($M = 6,00$; $DP = 2,64$), sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ($t_{(382)} = 7,23$, $p = ,00$, $d = 1,03$, 95% IC [2,75, 4,80]).

Macro *PROCESS*

Para testar a existência de um possível efeito moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários recorreu-se ao Modelo 1 da macro *PROCESS*, onde o UPI foi definido como variável independente, os comportamentos suicidários como variável dependente e a autoestima como variável moderadora.

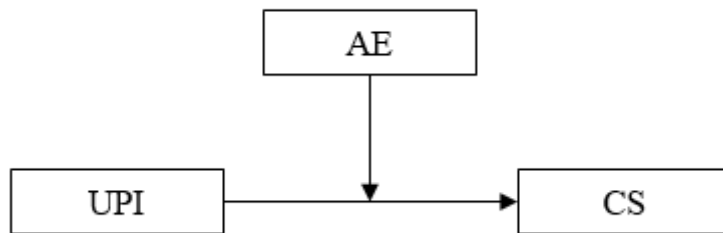


Figura 1. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre o Uso Problemático da *Internet* e os Comportamentos suicidários

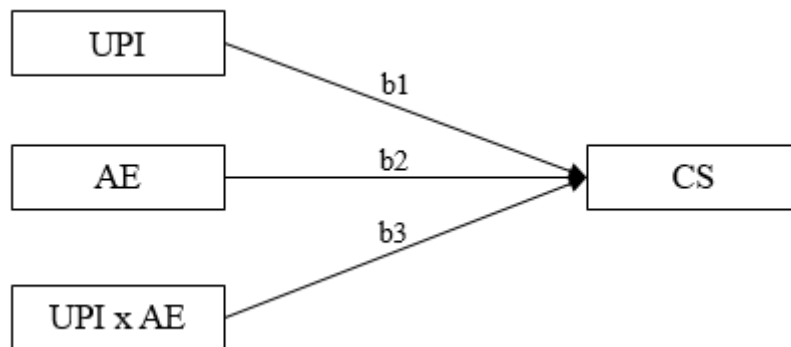


Figura 2. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre o Uso Problemático da *Internet* e os Comportamentos suicidários

Tabela 9. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre o Uso Problemático da *Internet* e os Comportamentos suicidários

	<i>b</i>	SE	<i>T</i>	<i>p</i>	IC a 95%
UPI → CS (b1)	,0844	,0260	3,2399	,0013**	[,0332 ; ,1356]
AE → CS (b2)	-,1068	,0604	-1,7686	,0778	[-,2255 ; ,0119]
UPI → AE → CS (b3)	-,0036	,0012	-2,9549	,0033**	[-,0061 ; -,0012]
Efeito condicional para uma AE baixa	,0297	,0103	2,8747	,0043**	[,0094 ; ,0499]

Efeito condicional para uma AE mediana	,0078	,0084	,9284	,3538	[-,0087 ; ,0242]
Efeito condicional para uma AE elevada	-,0141	,0120	-1,1832	,2375	[-,0377 ; ,0094]

Nota: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Os resultados obtidos através desta análise indicam a existência de uma relação direta positiva e estatisticamente significativa entre o UPI e os comportamentos suicidários (b_1) ($b = ,0844$, $t_{(382)} = 3,2399$, $p < ,05$, 95% IC [,0332 ; ,1356]), o que reforça os resultados encontrados anteriormente. A relação entre a autoestima e os Comportamento Suicidários (b_2) revela-se negativa, o que significa que quando uma diminuiu a outra aumenta, ainda que não seja estatisticamente significativa ($b = -,1068$, $t_{(382)} = -1,7686$, $p > ,05$, 95% IC [-,2255; ,0119]). No entanto quando se associa o UPI a esta relação (b_3) os valores apresentam-se bastante significativos ($b = -,0036$, $t_{(382)} = -2,9549$, $p < ,05$, 95% IC [-,0061; -,0012]), revelando o poder moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários. De uma forma geral, o modelo total apresenta-se significativo, sendo que a autoestima se assume como responsável por 34% da variância na relação entre a o UPI e os comportamentos suicidários ($R^2 = ,3435$, $F = 65,9163$, $p < ,05$).

De forma de enriquecer o presente estudo procedeu-se também à análise do efeito de uma possível moderação da autoestima na relação entre todas as subescalas constituintes da EUGPI2 (i.e. preferência por interação social *online*, regulação do humor, auto-regulação deficiente e consequências negativas) e os comportamentos suicidários.

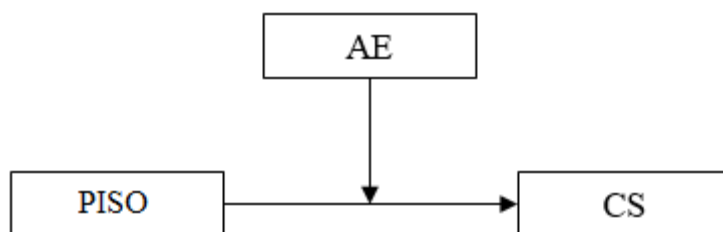


Figura 3. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Preferência por Interações Sociais *Online* e os Comportamentos Suicidários

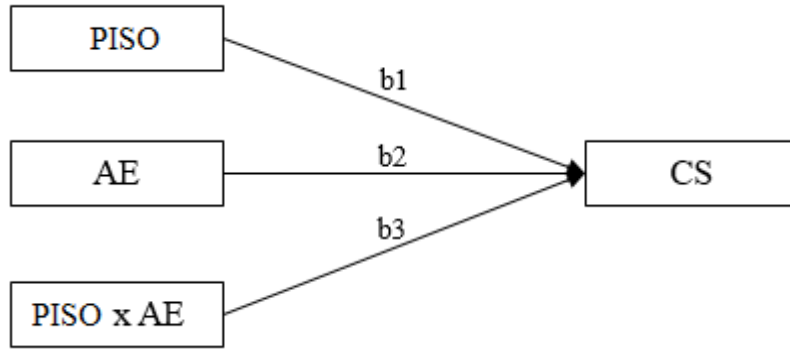


Figura 4. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Preferência por Interações Sociais *Online* e os Comportamentos Suicidários

Tabela 10. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre a Preferência por Interações Sociais *Online* e os Comportamentos Suicidários

	<i>b</i>	SE	<i>T</i>	<i>p</i>	IC a 95%
PISO → CS (<i>b</i> ₁)	,9602	,2821	3,4036	,0007***	[,4055; 1,5149]
AE → CS (<i>b</i> ₂)	-,1585	,0426	-3,7199	,0002***	[-,2423; -,0747]
PISO → AE → CS (<i>b</i> ₃)	-,0475	,0148	-3,2116	,0014**	[-,0766; -,0184]
Efeito condicional para uma AE baixa	,2480	,1066	2,3265	,0205*	[,0384; ,4576]
Efeito condicional para uma AE mediana	-,0369	,1078	-,3423	,7323	[-,2488; ,1750]
Efeito condicional para uma AE elevada	-,3218	,1661	-1,9368	,0535	[-,6484; ,0049]

Nota: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Os resultados obtidos dão conta de uma relação positiva estatisticamente significativa entre a PISO e os comportamentos suicidários ($b_{(b1)}$) ($b = ,9602$, $t_{(382)} = 3,4036$, $p < ,05$, 95% IC [,4055; 1,5149]), o que vai ao encontro dos resultados obtidos anteriormente. Também a relação entre a autoestima e os comportamentos suicidários ($b_{(b2)}$) apresenta valores estatisticamente significativos, ainda que negativos ($b = -,1585$, $t_{(382)} = -3,7199$, $p < ,05$, 95% IC [-,2423; -,0747]). O facto de esta relação apresentar valores negativos indica que quando os valores de uma variável sobem os da outra descem, ou seja, têm uma relação assimétrica. No que concerne à análise da moderação da autoestima na relação entre a PISO e os comportamentos suicidários ($b_{(b3)}$) constata-se que esta obtém também resultados estatisticamente significativos ($b = -,0475$, $t_{(382)} = -3,2116$, $p < ,05$,

95% IC [-,0766; -,0184]. Mais especificamente, pode-se ainda verificar que a acção moderadora da autoestima é realmente estatisticamente significativa quando esta apresenta valores baixos ($b = ,2480$, $t_{(382)} = 2,3265$, $p < ,05$, 95% IC [,0384; ,4576]. Genericamente, este modelo revelou-se estatisticamente significativo e apurou que a autoestima assume 34% da variância na relação entre a PISO e os comportamentos suicidários ($R^2 = ,3451$, $F = 66,3866$, $p < ,001$).

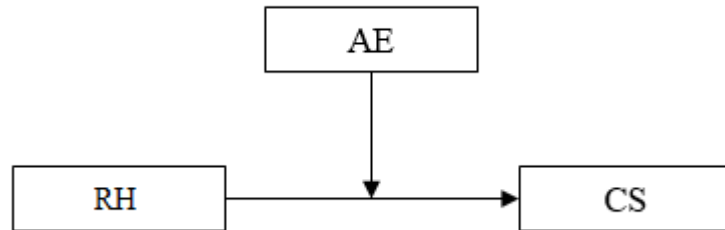


Figura 5. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Regulação do Humor e os Comportamentos Suicidários

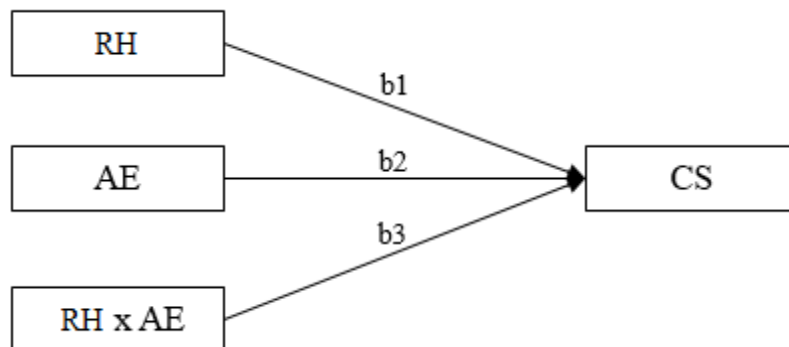


Figura 6. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Regulação do Humor e os Comportamentos Suicidários

Tabela 11. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre a Regulação do Humor e os Comportamentos Suicidários

	<i>b</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
RH → CS (b1)	,7225	,2721	2,6549	,0083**	[,1874; 1,2575]
AE → CS (b2)	-,1492	,0613	-2,4340	,0154*	[-,2698; -,0287]
RH → AE → CS (b3)	-,0260	,0121	-2,1567	,0317*	[-,0497; -,0023]

Efeito condicional para uma AE baixa	,3326	,1094	3,0409	,0025**	[,1175; ,5477]
Efeito condicional para uma AE mediana	,1767	,0737	2,3980	,0170*	[,0318; ,3215]
Efeito condicional para uma AE elevada	,0207	,0967	,2142	,8305	[-,1694; ,2108]

Nota: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Tal como podemos verificar na tabela 11, os resultados sugerem uma relação estatisticamente positiva entre a regulação do humor e os comportamentos suicidários (b₁) ($b = ,7225$, $t_{(382)} = 2,6549$, $p < ,01$, 95% IC [,1874; 1,2575]), assim como uma relação negativa estatisticamente significativa entre a autoestima e os comportamentos suicidários (b₂) ($b = -,1492$, $t_{(382)} = -2,4340$, $p < ,05$, 95% IC [-,2698; -,0287]). Podemos ainda inferir que a autoestima se apresenta como um moderador na relação entre a regulação do humor e os comportamentos suicidários (b₃) ($b = -,0260$, $t_{(382)} = -2,1567$, $p < ,05$, 95% IC [-,0497; -,0023]). Os resultados indicam que o poder moderador da autoestima é estatisticamente significativo em níveis baixos ($b = ,3326$, $t_{(382)} = 3,0409$, $p < ,01$, 95% IC [,1175; ,5477]) e moderados ($b = ,1767$, $t_{(382)} = 2,3980$, $p < ,05$, 95% IC [,0318; ,3215]) de autoestima. O modelo geral de moderação apresenta-se estatisticamente significativo, onde 34% da variância na relação entre a regulação do humor e os comportamentos suicidários se deve à autoestima ($R^2 = 0,3412$, $F = 65,2432$, $p = < ,001$).

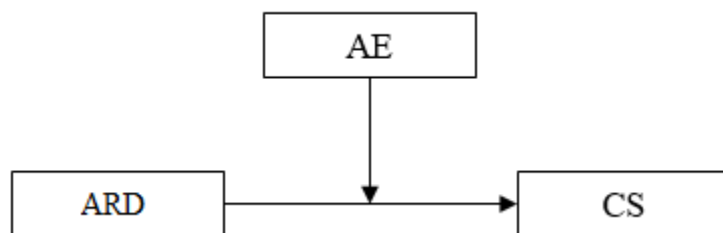


Figura 7. Esquema conceitual do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Auto-regulação Deficiente e os Comportamentos Suicidários

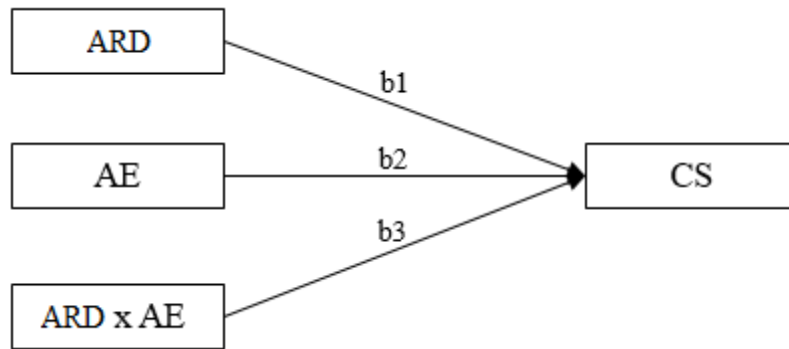


Figura 8. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre a Auto-regulação Deficiente e os Comportamentos Suicidários

Tabela 12. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre a Auto-Regulação Deficiente e os Comportamentos Suicidários

	<i>b</i>	SE	<i>T</i>	<i>p</i>	IC a 95%
ARD → CS (b1)	,6040	,3269	1,8474	,0655	[-,0389; 1,2468]
AE → CS (b2)	-,2011	,0503	-4,0011	,0001***	[-,3000; -,1023]
ARD → AE → CS (b3)	-,0275	,0154	-1,7841	,0752	[-,0578; ,0028]
Efeito condicional para uma AE baixa	,1913	,1263	1,5140	,1309	[-,0571; ,4397]
Efeito condicional para uma AE mediana	,0262	,0978	,2680	,7888	[-,1660; ,2184]
Efeito condicional para uma AE elevada	-,1389	,1424	-,9754	,3300	[-,4188; ,1411]

Nota: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

De acordo com os resultados apurados, é possível constatar que não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a auto-regulação deficiente e os comportamentos suicidários (b_1) ($b = ,6040$, $t_{(382)} = 1,8474$, $p > ,05$, 95% IC [-,0389; 1,2468]). Já a relação entre a autoestima e os comportamentos suicidários (b_2) demonstra-se estatisticamente significativa ($b = -,2011$, $t_{(382)} = -4,0011$, $p < ,001$, 95% IC [-,3000; -,1023]). No que toca ao efeito moderador da autoestima na relação entre a auto-regulação deficiente e os comportamentos suicidários (b_3) este também não se revelou estatisticamente significativo ($b = -,0275$, $t_{(382)} = -1,7841$, $p > ,05$, 95% IC [-,0578; ,0028]). No entanto, curiosamente, o modelo geral apresenta-se estatisticamente significativo, sendo que 33% da variância na relação entre a auto-regulação deficiente e

os comportamentos suicidários se deve à ação moderadora da autoestima ($R^2 = ,3310$, $F = 62,3522$, $p = < ,001$).

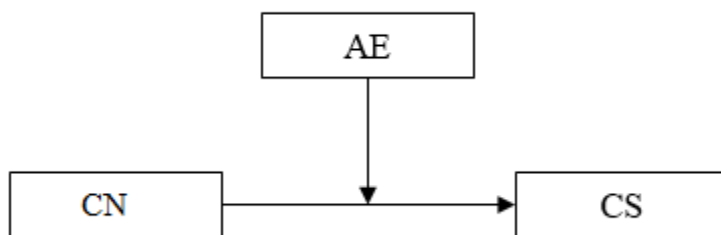


Figura 9. Esquema conceitual do possível efeito de moderador da Autoestima na relação entre as Consequências Negativas e os Comportamentos Suicidários

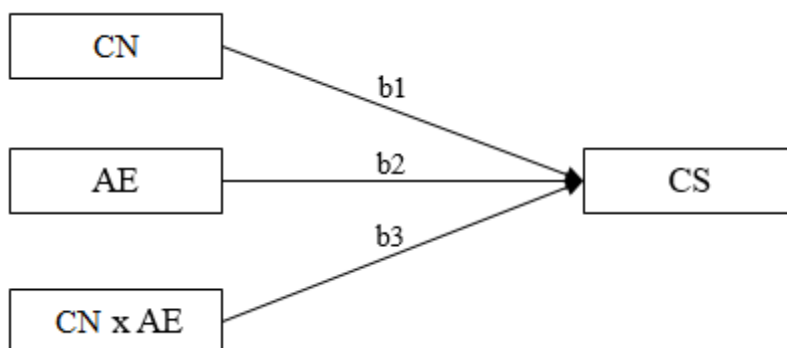


Figura 10. Esquema estatístico do possível efeito moderador da Autoestima na relação entre as Consequências Negativas e os Comportamentos Suicidários

Tabela 13. Modelo de moderação da Autoestima na relação entre as Consequências Negativas e os Comportamentos Suicidários

	<i>B</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
CN → CS (b1)	1,2600	,3645	3,4564	,0006***	[,5432; 1,9768]
AE → CS (b2)	-,1603	,0412	-3,8891	,0001***	[-,2414; -,0793]
CN → AE → CS (b3)	-,0624	,0180	-3,4695	,0006***	[-,0978; -,0270]
Efeito condicional para uma AE baixa	,3239	,1358	2,3847	,0176*	[,0568; ,5909]
Efeito condicional para uma AE mediana	-,0505	,1159	-,4361	,6630	[-,2785; ,1774]
Efeito condicional para uma AE elevada	-,0250	,1781	-2,3862	,1175	[-,7752; -,0748]

Nota: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Os resultados obtidos demonstram uma relação estatisticamente significativa entre consequências negativas e comportamentos suicidários (b_1) ($b = 1,2600$, $t_{(382)} = 3,4564$, $p < .001$, 95% IC [1,5432; 1,9768]), e o mesmo acontece na relação entre as consequências negativas e os comportamentos suicidários (b_2) ($b = -,1603$, $t_{(382)} = -3,8891$, $p < .001$, 95% IC [-,2414; -,0793]). Por sua vez, o efeito de moderação da autoestima sobre a relação entre consequências negativas e comportamentos suicidários (b_3) também se revelou estatisticamente significativa ($b = -,0625$, $t_{(382)} = -3,4695$, $p < ,001$, 95% IC [-,0978; -,0270]). O efeito de moderação é ainda significativo quando estamos perante um nível de autoestima baixo ($b = ,3239$, $t_{(382)} = 2,3847$, $p < ,05$, 95% IC [,0568; ,5909]). Na sua globalidade este modelo de moderação revelou-se estatisticamente significativo, sendo que 35% da variância na relação entre consequências negativas e comportamentos suicidários se deve à autoestima ($R^2 = ,3462$, $F = 66,7335$, $p < ,001$).

Capítulo 7. Discussão

O primeiro objetivo deste estudo consistia na caracterização da amostra de jovens adultos em relação ao UPI, à autoestima e aos comportamentos suicidários. Os resultados demonstram que a média de respostas dos participantes no UPI foi acima do ponto de corte. Este resultado confirma o do estudo de Hicks e Hastie (2008) que identifica esta população como a mais vulnerável ao UPI, uma vez que é a população, a par dos adolescentes, que mais recorre à *Internet* (Bakken, Wenzel, Gotestam, Johansson & Oren, 2009) como uma ferramenta de trabalho – para além de meio de comunicação e de lazer (Pezoa-Jares et al., 2012). Tendo em consideração este resultado, e o facto de os comportamentos suicidários (Bousoño et al. 2017) estarem fortemente associados ao UPI, esperava-se que os participantes obtivessem também uma média de respostas acima do ponto de corte no Questionário de Comportamentos Suicidários. No entanto, tal não se verificou, tendo ficado a média de respostas dos participantes abaixo do ponto de corte definido.

A relação entre as variáveis ficou comprovada através do estudo das correlações entre estas. A autoestima apresentou-se negativamente correlacionada com o UPI e com os comportamentos suicidários, o que sustenta a hipótese de que níveis elevados de autoestima atuam como fator de proteção do UPI e dos comportamentos suicidários. Quer isto dizer que, quanto mais elevada for a autoestima menor a probabilidade de os sujeitos virem a desenvolver UPI e de adotarem comportamentos suicidários. Estes resultados corroboram os de outros estudos onde níveis elevados de autoestima surgem como fator

de proteção para o desenvolvimento de UPI (Padrão et al., 2016) e para a adoção de comportamentos suicidários (DGS, 2013).

Foi também possível apurar a existência de correlações negativas e significativas entre a autoestima e todas as subescalas da EUGPI2. A correlação negativa entre a autoestima e a preferência por interações sociais *online* sugere que, os participantes com baixa autoestima preferem estabelecer relações sociais *online* ao invés de relações sociais face a face. Tal pode dever-se ao facto de baixos níveis de autoestima estarem relacionados com sentimentos de insegurança...sentimentos de insegurança e de inferioridade, que dificultarão o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis (Quiles & Espada, 2007). Por sua vez, as correlações negativas entre a autoestima e a regulação do humor, e a autoestima e auto-regulação deficiente, indicam que quanto mais sólida for a autoestima do sujeito menor a sua motivação para utilizar a *Internet* como forma de regular o seu humor, e mais pontuais serão as suas experiências falhadas de adequação dos padrões de utilização da *Internet*. Estes resultados vão ao encontro dos do estudo de Hewitt (2002) que sugere que a capacidade de gestão emocional é um dos pilares fundamentais da autoestima e do estudo de Padrão e colaboradores (2016) que conclui que autoestima atua como um fator de proteção face ao UPI, o que inviabiliza uma experiência falhada de adequação do uso da *Internet*. Na mesma linha, a correlação negativa identificada entre a autoestima e as consequências negativas (i.e. solidão, isolamento e evitamento social, retraimento, dispêndio de tempo excessivo em actividades *online*, perda de interesse por outros *hobbies*) (Caplan, 2002; Tao, et al., 2010), indica que uma autoestima positiva diminui o UPI (Padrão et al., 2016) e, conseqüentemente, o desenvolvimento de consequências negativas causadas por este.

O UPI correlacionou-se positivamente com os comportamentos suicidários. De acordo com este resultado, que é inteiramente concordante com a literatura (e.g. Bousoño et al., 2006), os sujeitos que apresentam UPI tem maior probabilidade de adoptarem comportamentos suicidários. Também os sujeitos que apresentam preferência por interações sociais *online*, que utilizam a *Internet* como forma de regular os seus estados de humor, que passam por experiências falhadas de adequar o uso da *Internet* e que experienciam consequências negativas causadas pelo UPI, têm uma maior probabilidade de vir a adotar comportamentos suicidários. Tal pode dever-se ao facto de todos estes aspetos estarem associados a factores relacionados com os comportamentos suicidários, como é o caso da falta de autoconfiança (Dunitz, 2001) associada à preferência por

interações sociais *online*; da diminuta capacidade de gestão emocional (Retterstol & Mehlum, 2001) típica em sujeitos que utilizam a *Internet* como uma ferramenta para regular o seu humor; do sentimento de incompetência, resultante da tentativa falhada de adequar o padrão de uso da *Internet* (Cruz, 2006) e da solidão (Guidry & Cukrowicz, 2016) causada pelo UPI.

Um outro conjunto de resultados interessante, aponta para a existência de diferenças no UPI, na autoestima e nos comportamentos suicidários em função das características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos. Os resultados revelam que o género masculino apresenta scores de autoestima mais elevados do que o género feminino. Este resultado foi defendido por Rosenberg (1965), que o justifica com o facto de o género feminino valorizar mais a sua auto-imagem, os relacionamentos interpessoais e a opinião de terceiros. Contudo, não foram encontradas diferenças ao nível do UPI e dos comportamentos suicidários em função do género dos participantes. Ou seja, neste estudo, tanto os indivíduos do género masculino como do género feminino obtiveram níveis de UPI e de comportamentos suicidários idênticos, ainda que outros estudos identifiquem no género masculino uma tendência para o desenvolvimento de níveis superiores de UPI (Serife, Nermin & Yusuf, 2013) e de comportamentos suicidários (WHO, 2014). Também os sujeitos que negam ter uma perturbação mental diagnosticada demonstram níveis mais elevados de autoestima e, conseqüentemente, níveis inferiores de UPI e de comportamentos suicidários. Há outros estudos que revelam precisamente que bons índices de autoestima se associam à ausência de quadros psicopatológicos (Quiles & Espada, 2007), e que atuam como fator de proteção em relação ao UPI e aos comportamentos suicidários. Por contraste, e de acordo com a OMS (2002) e a WHO (2013), os sujeitos que afirmam ter uma perturbação mental diagnosticada apresentam níveis mais baixos de autoestima, e valores mais elevados de UPI (Yang, Sato, Yamawaki & Migata, 2013; Estévez et al., 2009; Kormas et al., 2011) e de comportamentos suicidários OMS (2002).

Para além do género e da existência de uma perturbação mental diagnosticada, foram também estudadas outras características dos participantes como a ocupação profissional, a existência de uma relação de intimidade e o agregado familiar. De acordo com os resultados obtidos, estudantes, trabalhadores e desempregados não demonstram diferenças significativas quando aos níveis de UPI, de autoestima e de comportamentos suicidários, o que sugere que a ocupação dos jovens adultos não tem influência no

desenvolvimento de UPI, na autoestima e nos comportamentos suicidários destes. No entanto, de acordo com a literatura, sujeitos desempregados têm tendência a desenvolver níveis baixos de autoestima (Barros & Moreira, 2015) e níveis elevados de UPI (Rumpf et al., 2014) e de comportamentos suicidários (Schneider et al., 2011). Também não foram encontradas diferenças em função da existência de uma relação de intimidade, sugerindo que o facto de o sujeito estar ou não numa relação de intimidade não tem impacto nos níveis de UPI, de autoestima e de comportamentos suicidários. Estes resultados opõem-se aos de outros estudos que concluem que os sujeitos que afirmam não estar numa relação de intimidade têm tendência para desenvolver níveis mais altos de UPI (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014), níveis mais baixos de autoestima (Suominen et al., 2004) e níveis até duas vezes superiores de comportamentos suicidários (Quin, Agerbo & Mortensen, 2003), do que os sujeitos que não se encontram numa relação de intimidade. Constatou-se também que a constituição do agregado familiar não se constitui como um fator diferenciador dos níveis de UPI, de autoestima e de comportamentos suicidários. Isto quer dizer que, independentemente de o sujeito viver sozinho, com os pais, com outros estudantes ou com um companheiro amoroso, os níveis de UPI, de autoestima e de comportamentos suicidários são bastante semelhantes. Estes resultados são contraditórios com os de outros estudos onde se concluiu que os sujeitos que vivem sozinhos recorrem muitas vezes à *Internet* como forma de combater a solidão (Silva, Matos e Pecino, 2020) e, por isso, têm uma maior probabilidade de desenvolver UPI, uma maior tendência para desenvolverem uma baixa autoestima (Sok & Yun, 2011), e apresentam níveis mais elevados de comportamentos suicidários (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990).

Os resultados apurados permitem identificar o papel moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários. Ou seja, a autoestima tem o poder de amortecer a relação entre o UPI e os comportamentos suicidários, o que quer dizer que quando estamos perante níveis elevados de UPI os comportamentos suicidários aumentam nos sujeitos com baixa autoestima e diminuem nos sujeitos com uma autoestima elevada. Apesar de o UPI ter consequências psicológicas, sociais e profissionais/académicas (Fernandes et al., 2019) que se associam aos comportamentos suicidários (Dunitz, 2001), uma boa autoestima - que se caracteriza pela presença de sentimentos de segurança e confiança, pelo auto-reconhecimento de capacidades e limitações pessoais e pela capacidade de estabelecer relações sociais saudáveis (Mosquera & Stobäus, 2006) -, atua como um fator de proteção contra a adoção de

comportamentos suicidários. Pelo contrário, uma baixa autoestima - que se define pela presença de sentimentos de inferioridade (Quiles & Espada, 2007) e de incapacidade (Duclos, 2006), dificuldade em reconhecer competências e aptidões e de estabelecer relações sociais estáveis e saudáveis (Quiles & Espada, 2007) -, tem a capacidade de agudizar os efeitos das consequências do UPI sobre os comportamentos suicidários. O efeito moderador da autoestima foi também visível na relação entre a preferência por interações sociais *online*, a regulação do humor, as consequências negativas e os comportamentos suicidários. Ou seja, em sujeitos com preferência por relações sociais *online* (em detrimento de relações sociais face a face), que utilizam a *Internet* como o meio para regular os seus estados de humor, e que são atingidos por consequências negativas produzidas pelo UPI, os comportamentos suicidários aumentam se a autoestima for baixa e diminuem se a autoestima for elevada. É importante salientar que não foram encontrados estudos que corroborem ou contrariem estes resultados, o que reflecte a necessidade de mais investigação em torno deste fenómeno.

Os resultados encontrados neste estudo reforçam a existência de uma relação entre o UPI, a autoestima e os comportamentos suicidários, e permitem identificar um conjunto de variáveis sociodemográficas com impacto significativo nestas variáveis. Destaca-se ainda a identificação do efeito moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários.

Capítulo 8. Limitações e Estudos Futuros

Apesar do interesse dos resultados deste estudo, a sua interpretação e extrapolação deve ser feita com reservas, uma vez que há na sua realização algumas limitações metodológicas.

A utilização de questionários de autorrelato constitui-se como uma limitação uma vez que aumenta o possível enviesamento de respostas com vista à desejabilidade social (Almiro, 2017). No futuro, sugere-se a adição de outros métodos de recolha de dados, como a entrevista, por exemplo. Na mesma linha, e ainda que a amostra utilizada tenha uma dimensão considerável, esta pode não ser suficientemente inclusiva e representativa dos jovens adultos, uma vez que não se obtiveram proporções idênticas de participantes nos subgrupos amostrais relativos às variáveis sociodemográficas (e.g. género, situação profissional, pessoas com quem habitualmente vive e a existência de perturbações

mentais diagnosticadas) - tal facto pode justificar alguns resultados atípicos e inesperados na comparação de médias.

Destaca-se também como uma limitação o facto de a EUGIP2 e a Escala de Autoestima de Rosenberg não definirem um ponto de corte a partir do qual se considera que estamos perante um Uso Problemático da *Internet* e de uma baixa ou alta autoestima, respectivamente. Isto dificultou a análise destas variáveis na amostra em estudo.

Em suma, no futuro incita-se o uso combinado de diferentes metodologias de recolha de dados e a obtenção de uma amostra mais representativa da população alvo, com um maior equilíbrio entre os subgrupos amostrais.

CONCLUSÃO

Uma vez que assistimos à contínua expansão do uso da *Internet* nos mais variados contextos e sabendo que o seu uso desadaptativo pode ter consequências biológicas, psicológicas e sociais negativas (Boubeta et al., 2015), torna-se imprescindível conhecermos fenómenos como o UPI. O conhecimento deste fenómeno, permitirá a prevenção de comportamentos suicidários e contribuirá para a manutenção do bem-estar dos indivíduos. A investigação tem-se centrado maioritariamente em estudos na adolescência (Ros, Gamboa & Duarte, 2008; Boubeta et al., 2015) e dedicado menos atenção aos jovens adultos, ainda que estes representem um dos grupos com maior probabilidade de desenvolver UPI (Bakken et al., 2009).

Este estudo contribui para o aprofundamento do conhecimento desta problemática nos jovens adultos. Os resultados permitem identificar uma relação entre o UPI, a autoestima e os comportamentos suicidários, e compreender que estas variáveis são permeáveis a algumas variáveis sociodemográficas, como é o caso do género e da existência de perturbações mentais diagnosticadas. Ficou também evidente o papel moderador da autoestima na relação entre o UPI e os comportamentos suicidários, sendo o conhecimento desta relação a mais valia do presente estudo. Ou seja, sabemos agora que existe uma relação entre o UPI e os comportamentos suicidários, mas que uma autoestima elevada tem o poder de a enfraquecer.

Os resultados encontrados podem ter implicações práticas para a promoção do bem-estar dos jovens adultos, realçando-se a importância de disseminar informação

acerca do UPI e das suas consequências. A partir dos resultados deste estudo, torna-se evidente a importância de incentivar a adoção de práticas que apelem ao uso moderado e consciente da *Internet*, quer em contexto académico, quer em contexto profissional. Destaca-se também a necessidade de investir em estratégias de monitorização e de promoção da autoestima, uma vez que esta para além de ser um fator importante na redução da adoção de comportamentos suicidários quando estamos perante níveis elevados de UPI, é também um dos pilares fundamentais da saúde mental (Mosquera & Stobäus, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. N. D., Karam, R. G., Góes, D. S., & Spritzer, D. T. (2008). Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(2), 156-167. doi:org/10.1590/S1516-44462008000200014
- Ahmadi, E., Amiri, M., Kordestani, D., & Nadertabar, M. (2012). Relationships between mental health, depression, resiliency, self-esteem and suicidal ideation among high school adolescents. *Psychology & Health*, 27, 269-269.
- Almiro, P. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16 (3). doi: 10.15689/ap.2017.1603.ed
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM V - Manual De Diagnóstico E Estatística Das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Atlas, J., Dorpinghaus, A., Maggi, C., & Haro, G. (2009). Adicciones a Internet: Una posible inclusión en la nosografía. *Revista de Psiquiatria Uruguai*, 73(1),73-82.
- Bakken, I., Wenzel, H., Gotestam, K., Johansson, A., & Oren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 121-127. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00685.x
- Barbosa I., Ferreira, R., Huguet, R., Rocha, F., Salgado, J., & Teixeira, A. (2011). Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 271- 276.
- Barros, R., & Moreira, A. (2015). Desemprego, autoestima e satisfação com a vida: estudo exploratório realizado em Portugal com beneficiários do Rendimento Social de Inserção. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*,15(2), 146-156. doi.org/10.17652/rpot/2015.2.476

- Baumeister, R., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *American Psychological Society*, 4, 1-43 .doi.org/10.1111/15291006.01431
- Beachler, J. (1975). *Les Suicides - Préface De Raymond Aron*. Paris: Calmann-Lévy.
- Beard, K. W. (2005). Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 7-14. doi: 10.1089/cpb.2005.8.7
- Beard, K.. & Wolf, E. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377-383.doi.org/10.1089/109493101300210286
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio: TX Psychological corporation.
- Benincasa, M., & Rezende, M. M.(2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 93-110.
- Berman, A., Jobes, D., & Silverman, M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Berner, J. E., & Santander, J. (2012). Abuso y dependencia de internet: la epidemia y su controversia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(3), 181-190. doi.org/10.4067/S0717-92272012000300008
- Boubeta, A.R., Ferreiro, S.G., Salgado, P.G., & Couto, C.B. (2015). Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 15(1), 25-38. doi.org/10.21134/haaj.v15i1.223
- Branden, N. (2001). *The psychology of self-esteem*. (3^a ed). San Francisco: Jossey-Bass.

- Burnay, J., Billieux, J., Blairy, S., & Laroi, F. (2015). Which psychological factors influence Internet addiction? Evidence through an integrative model. *Computers in Human Behavior*, *43*, 28-34. doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.039
- Caplan, S. E. (2002). Problematic internet use and psychosocial well-being: development of a theorybased cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, *18*(5), 553-575. doi: 10.1016/S0747-5632(02)00004-3
- Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, *26*(5), 1089-1097. doi: 10.1016/j.chb.2010.03.012
- Chen, K., Tarn, J. M., & Han, B. T. (2004). Internet dependency: its impact on online behavioral patterns in ecommerce. *Human Systems Management*, *23*(1), 49-58.
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman
- Crepet, P. (2002). *A dimensão do vazio: os jovens e o suicídio*. Porto, Portugal: Ambar
- Cruz, J. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. Em P. Costa, C. Pires & J. Veloso (Coords.), *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas* (pp. 47-71). Leiria, Portugal: Editorial Presença.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, *17*(2), 187-195. doi: 10.1016/S0747-5632(00)00041-8.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

Duclos, G. (2006). *Auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi Editore

Dunitz, M. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. Londres: Informa Healthcare.

Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J., & Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. Em E. Echeburúa, F.J. Labrador., & E. Becoña (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 101-130). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernandes, B., Maia, B. & Pontes, H. (2019). Adição à internet ou uso problemático da internet? Qual dos termos usar?. *Psicologia USP*, 30(1). doi: 10.1590/0103-6564e190020

Fernández-Villa, T., Ojeda, J. A., Gómez, A. A., Carral, J. M. C., Delgado-Rodríguez, M., García-Martín, M., ... & Valero-Juan, L. F. (2015). Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. *Adicciones*, 27(4), 265-275.

Frazão, P., Santos, J., & Sampaio, D. (2014). Família e Suicídio. Em C. B. Saraiva, B. Peixoto., & D. Sampaio (Coords.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 135-143). Lisboa, Portugal: Lidel.

Fremouw, W. J., de Perczel, M., & Ellis, T. E. (1990). *Psychology practitioner guidebooks. Suicide risk: Assessment and response guidelines*. Pergamon Press.

Gil, N.P., & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários: Aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, 27(3), 211-225.

Guidry, E., & Cukrowicz, K. (2016). Death ideation in older adults: Psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*, 20, 823–830. doi.org/10.1080/13607863.2015.1040721

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Heo, J., Oh, J., Subramanian, S.V., Kim, Y., & Kawachi, I. (2014). Addictive Internet use among Korean adolescents: A national survey. *Plos One* 9(2). doi:10.1371/journal.pone.008781
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in Life, Satisfaction With Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127–135. doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.e0
- Hewitt, J. P. (2002). The social construction of self-esteem. *Handbook of positive psychology*, 135-147. Nova York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Hicks, T., & Heastie, S. (2008). High school to college transition: a profile of the stressors, physical and psychological health issues that affect the first-year on campus college student. *Journal of Cultural Diversity*, 15, 143-147.
- Hoyle, Kernis, Leary, & Baldwin. (1999). *Selfhood: identity, esteem, regulation*. Colorado: Westview Press.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). *Sociedade da Informação e do Conhecimento, Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Internet World Stats. (2019). *Usage and population statistics*. Disponível em: <https://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H., ... & Simon, R. I. (2010). Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Practice Guidelines*, 1-83.
- Joiner, T. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press

- Joiner, T., Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R., & Rudd, M. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 634-646. doi: 10.1037/a0016500
- Kaliszewska-Czeremska, K. (2011). Modelling excessive Internet use: Revision of Davis's cognitive-behavioural model of pathological internet use. *Polish Psychological Bulletin, 42*(3), 129-139. doi:10.2478/v10059-011-0018-6
- Kesici, S., & Sahin, I. (2009). A comparative study of uses of the internet among college students with and without internet addiction. *Psychological Reports, 105*(3), 1103-1112. doi: doi.org/10.2466/PR0.105.F.1103-1112
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of Internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 68*(11), 1185-1195. doi: 10.1002/jclp.21918
- Kirmayer, L., Raikhel, E., & Rahimi, S. (2013). Cultures of the Internet: Identity community and health. *Transcultural Psychiatry, 50*(2), 165-191.
- Kormas, G., Critselis, E., Janikian, M., Kafetzis, D., & Tsitsika, A. (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic Internet use among adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 11*, 595-602. doi:10.1186/1471-2458-11595
- Kuss, D., Griffiths, M., & Binder, J. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior, 29*(3), 959-966.
- Lee, Y., Han, D., Kim, S., & Renshaw, P. (2013). Substance abuse precedes Internet addiction. *Addictive Behaviors, 38*, 2022-2025. doi:10.1016/j.addbeh.2012.12.024

- Li, D., Li, X., Wang, Y., Zhao, L., Bao, Z., & Wen, F. (2013). School connectedness and problematic Internet use in adolescents: a moderated mediation model of deviant peer affiliation and self-control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(8), 1231-1242. doi: 10.1007/s10802-013-9761-9
- Lopez-Fernandez, O., Freixa-Blanxart, M., & Honrubia-Serrano, M. (2013). The problematic Internet entertainment use scale for adolescents: prevalence of problem Internet use in Spanish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *16*(2), 108-118. doi: 10.1089/cyber.2012.0250
- Machado, M. (2015). *Jovens e a Internet: Uma Relação com a Perturbação do Sono e o Bem-estar Psicológico*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal).
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Mendoza, J., & Rosenberg, S. (2010). Suicide and suicide prevention in Australia: Breaking the silence. *Lifeline Australia & Suicide Prevention Australia*.
- Monteiro, R., Bahia, C., Paiva, E., Sá, N., & Minayo, M. (2015). Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(3), 689-699. doi: 10.1590/1413-81232015203.16282014
- Moreira, N. A. (2008). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moromizato, M., Ferreira, D., Souza, L., Leite, R., Macedo, F., & Pimentel, D. (2017). O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Índícios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira De Educação Médica*, *41*(4), 497-504. doi: 10.1590/1981-52712015v41n4rb20160118

- Mosquera, M., & Stobäus, D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 83-88.
- Neves, E. (2014). Modelos psicológicos. Em C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 69-611). Lisboa, Portugal: Lidel
- Núñez, A., Núñez, F., Matos, A., Mendes, V., & Rosa, J. (2008). Comportamientos suicidarios y su estudio práctico. *9º Congresso Virtual de Psiquiatria* (pp. 1-16). Interpsiquis
- O'Connor, R., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. (2013). Psychological Processes and Repeat Suicidal Behavior: A Four-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137–1143. doi: 10.1037/a0033751
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454. doi: 10.1177/107319110100800409
- Padrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M., Barandas, R., Sampaio, D., ... & Carmenates, S. (2016). Avaliação e Intervenção Terapêutica na Utilização Problemática da Internet (UPI) em Jovens: Revisão da Literatura. *Avaliação e Intervenção Terapêutica na Utilização Problemática da Internet (UPI) em Jovens: Revisão da Literatura*, 7, 221-243.

- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5-6), 174-179.
- Pezoa-Jares, R., Espinoza-Luna, I. L., & Vasquez-Medina, J. A. (2012). Internet Addiction: A Review. *Journal of Addiction Research & Therapy*, S6, 004. doi:10.4172/2155-6105.S6-004.
- Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), 146-154.
- Quiles, M., & Espada, J. (2007). *Educar para a autoestima*. Algueirão Mem-Martins: Keditora.
- Quin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772. doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reinecke, M., & Clark, D. (2004). *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Retterstol, N., & Mehlum, L. (2001) Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow up. Em Martin Dunitz, *Suicide – An necessary death*. London (pp.125-132). Londres: Informa Healthcare.

- Ros, A., Gamboa, V., & Duarte, S. (2008). Bem-estar psicossocial e Utilização Problemática da Internet numa Amostra de Estudantes dos Ensinos Básico e Secundário. *International Journal Of Developmental And Educational Psychology*, 3(1), 11-20.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, F. R., Rosenberg, M., & McCord, J. (1978). Self-esteem and delinquency. *Journal of Youth and adolescence*, 7(3), 279-294.
- Rumpf, H. J., Vermulst, A. A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., ... & Meyer, C. (2014). Occurrence of internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *European addiction research*, 20(4), 159-166. doi.org/10.1159/000354321
- Salicetia, F. (2015). Internet Addiction Disorder (IAD). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1372 – 1376. doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.292
- Sampaio, D. (1995). *Inventem-se Novos Pais* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio* (14ª ed.). Lisboa, Portugal: Editorial Caminho.
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(2), 253-268.
- Santos, J., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Marques, L. (2014). Impacto da formação + Contigo nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 679 – 684. doi.org/10.1590/0104-1169.3503.2467
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la educación*. México: Mc Graw Hill.

- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra, Portugal: Redhorse.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K., & Seudler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 265–270. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.037.
- Serrano, M. B., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... & Wasserman, D. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *adicciones*, 29(2), 97-104. doi.org/10.20882/adicciones.811
- Serife, A., Nermin, K., & Yusuf, Y. (2013) A study on Turkish adolescent's Internet use: possible predictors of Internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(3), 205-209. doi: 10.1089/cyber.2012.0255.
- Shapira, N., Lessig, M., Goldsmith, T., Szabo, S., Lazoritz, M., Gold, M., & Stein, D. (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216. doi.org/10.1002/da.10094
- Shapira, N., Goldsmith, T., Keck, P., Khosla, U., & McElroy, S. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 267-272. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00107-X
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northfield, NJ: Jason Aronson.

- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441. doi.org/10.2307/1170010
- Silva, J., & Motta, H. (2017). Comportamento Suicida: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Educação, Psicologia e Interfaces*, 1(2), 51-67. doi.org/10.37444/issn2594-5343.v1i2.25
- Silva, P., Matos, A., & Pecino, R. (2020). Can the internet reduce the loneliness of 50+ living alone?. *Information, Communication & Society*, 1-17. doi.org/10.1080/1369118X.2020.1760917
- Sok, S. R., & Yun, E. K. (2011). A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1606-1612. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03551.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
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Addiction*, 105, 556-564. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. and Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733. doi.org/10.4067/S003498872016000600006
- Tsitsika, A., Critselis, E., Louizou, A., Janikian, M., Freskou, A., Marangou, E., ... & Kafetzis, D. A. (2011). Determinants of Internet addiction among adolescents:

a case-control study. *The Scientific World Journal*, 11. doi.org/10.1100/tsw.2011.85

Vasconcelos, J. Lôbo, A., & Neto, V. (2015). Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(4), 259-265. doi: 10.1590/0047-2085000000087

Wan, C., & Chiou, W. (2006). Psychological motives and online games addiction: a test of flow theory and humanistic needs theory for Taiwanese adolescents. *CyberPsychology and Behavior*, 9(3), 317-324. doi:10.1089/cpb.2006.9.317

Werlang, B. S. G., Borges, V.R., & Fensterseifer, L. (2005). Factores de Risco ou Protecção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência, *Revista Interamericana de Psicologia, Porto Alegre*, 39(2), 259-266.

Wolfling, K., Beutel, M., Dreier, M., & Müller, K. (2014). Treatment Outcomes in Patients with Internet Addiction: A Clinical Pilot Study on the Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program. *BioMed Research International*, 2014. doi.org/10.1155/2014/425924

World Health Organization (WHO). (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization (WHO). (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: WHO.

Yang, C.Y., Sato, T., Yamawaki, M., & Miyata, M. (2013). Prevalence and risk factors of problematic Internet use: A cross-national comparison of Japanese and Chinese university students. *Transcultural Psychiatry*, 50, 263-279. doi:10.1177/1363461513488876

Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder.
Cyberpsychology & Behavior, 1(3), 237-244. doi: 10.1089/cpb.1998.1.23

ANEXOS

Anexo A – Consentimento Informado



Consentimento Informado

Os seguintes questionários encontram-se inseridos num projeto de mestrado em desenvolvimento no Departamento de Psicologia da Universidade de Évora sob a orientação científica da Professora Doutora Sofia Tavares (tavares.sofia@uevora.pt), cuja área científica é a Psicologia Clínica. Como objetivo, procura compreender a relação entre o uso da internet e sintomas psicopatológicos em jovens adultos.

Como participante neste estudo, solicita-se que preencha os questionários que se seguem. Caso aceite participar, pede-se que responda a todos os itens, sabendo que não existem respostas certas ou erradas. Pretende-se que seja o mais sincero possível nas suas respostas. A sua participação tem um caráter totalmente voluntário e não terá qualquer recompensa. De igual forma, não resultará qualquer prejuízo para si caso decida não participar.

A informação recolhida é confidencial e anónima, sendo esta analisada em conjunto com as respostas de outros participantes. É livre de desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete consequências para si. Nesse caso, os seus dados serão eliminados.

Gratos pela sua colaboração!

Adriana Semedo Bizarro

(adrianasbizarro@gmail.com)

Miguel Luís Fernandes Acácio

(miguel.acacio.97@gmail.com)

Évora, novembro de 2019

Anexo B - Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário Sociodemográfico

1. Iniciais do primeiro e último nomes _____
2. Idade: ____ anos; Sexo: M ____ F ____
3. Qual a sua profissão/ocupação? _____
 - 3.1. Há quanto tempo? _____
4. Com quem vive? _____
5. Está numa relação de intimidade? Sim ____ Não ____
6. Sente-se satisfeito com o atual momento da sua vida (de forma geral)? Sim ____ Não ____
7. Sente-se satisfeito com a sua profissão/ocupação? Sim ____ Não ____
8. Tem perturbações mentais diagnosticadas por médico/psicólogo? Sim ____ Não ____
 - 8.1. Em caso afirmativo:
 - 8.1.1 Qual o diagnóstico? _____
 - 8.1.2 Há quanto tempo tem este diagnóstico? _____
 - 8.1.3 Dispõe de algum tipo de ajuda médica/psicoterapêutica?
Sim ____ Não ____
9. Em média, quantas horas passa na Internet?
 - 9.1. Por dia: _____ h;
 - 9.2. Por semana: _____ h;
10. Ordene por ordem crescente quais os sites/atividades onde despende mais tempo na Internet, sendo que (1) equivale ao menos utilizado e (5) ao que mais utiliza:
 - 10.1. Redes sociais (e.g., Facebook, Instagram) _____
 - 10.2. Jogos online (e.g., Minecraft, Fortnite) _____
 - 10.3. Sites informativos (e.g., Expresso, Wikipédia) _____
 - 10.4. Sites de lazer (e.g., Popcorn, Youtube) _____

10.5. Jogos a dinheiro/Sites de apostas (e.g., Betclie, Pokerstars)_____