

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Ideação Suicida nos Estudantes Universitários

Filipa Joana Barreto Gomes

Nº 12499

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2007/08

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ideação Suicida nos Estudantes Universitários

Filipa Joana Barreto Gomes

Dissertação orientada por: Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2007/08

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria Gouveia Pereira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho DES n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2.ª série de 26 de Setembro, 2006.

Siglas

BDI – Inventário de Depressão de Beck

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

NES – Núcleo de Estudos sobre o Suicídio

OMS – Organização Mundial de Saúde

QIS – Questionário de Ideação Suicida

Aos meus pais,
À minha irmã,
Pelo seu carinho e dedicação.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, enquanto minha orientadora, por toda a colaboração e apoio, fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A todos os meus familiares e amigos, especialmente à Marta e M^a João, cujo apoio incondicional, foi fundamental para a realização deste trabalho.

Aos estudantes universitários pela colaboração prestada, nomeadamente na resposta aos questionários.

Resumo

Este estudo tem como objectivo verificar se os jovens universitários do primeiro ano do ensino superior, afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem terão uma maior sintomatologia depressiva, terão menor satisfação com o suporte social e mais pensamentos suicidas do que os não afastados. Pretendemos ainda averiguar se a insatisfação com o suporte social provoca maior sintomatologia depressiva e maior ideação suicida.

A amostra foi seleccionada por conveniência, num total de 147 participantes, é constituída por estudantes de ambos os sexos, predominando o sexo feminino (67.3 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos, com uma média de 19 anos, a frequentar o 1º ano de uma universidade da cidade de Lisboa.

Nesta amostra, 50.4 % dos estudantes provêm de Lisboa, 68.7 % possuem família nesta cidade.

Verificou-se pois, que 45.6 % dos estudantes são provenientes de outras cidades e que 31.3 % referem não ter família em Lisboa.

Foram utilizados como instrumentos de medida, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), traduzido e adaptado por Cláudio (1990), e o Questionário de Ideação Suicida (QIS), traduzido e adaptado por Ferreira e Castela (1999).

Através da aplicação do teste *t-student*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(91, 722) = 2.219; p = .029$), de sintomatologia depressiva entre o grupo de sujeitos afastados da sua terra de origem e o grupo que reside em Lisboa. Assim concluiu-se que os jovens universitários afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem possuem maior sintomatologia depressiva.

Na satisfação com o suporte social, também existem diferenças estatisticamente significativas ($t(145) = -4.286; p < .0001$), entre o grupo de sujeitos afastados da sua terra de origem e os que residem em Lisboa. Assim, concluiu-se que os jovens universitários afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem apresentam menor satisfação com o suporte social. Relativamente às dimensões ou subescalas da ESSS, pode verificar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na satisfação com os amigos ($t(145) = -4.138; p < .0001$), com a intimidade ($t(145) = -3.518; p < .0001$) e com a família ($t(145) = -3.659; p < .0001$).

Quanto à ideação suicida, a análise do teste *t-student* revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ($t(145) = -568; p = .571$). Assim sendo, o facto de os estudantes estarem afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem não determina a presença de mais pensamentos suicidas quando comparados com aqueles que não tiveram de se deslocar.

Através da correlação *r* de *Pearson*, observou-se que quanto maior a insatisfação com o suporte social, maiores são os níveis de sintomatologia depressiva ($r = -.449; p < .0001$) e os resultados revelaram ainda que quanto maior a insatisfação com o suporte social, maiores são os níveis de ideação suicida ($r = -.282; p < .0001$) e que quanto maior é o nível de sintomatologia depressiva, maior é a ideação suicida ($r = -.338; p < .0001$).

Palavras-chave: Depressão, Suporte Social, Ideação Suicida, Estudantes Universitários.

Abstract

The goal of this study is to verify if first year university students, who are away from their family environment and their hometown, will have more depressive symptoms, less satisfaction with social support and more suicidal ideations compared to those students who are not away from home. This study will also verify if dissatisfaction with social support causes an increase in the depressive symptoms and in the suicidal ideations.

The study group selected has a total of 147 people. It consists of students from both sexes, predominantly of the female sex (67.3 %), with ages between 18 and 21, with an average age of 19 and a standard deviation of one year, attending the first year of university in the city of Lisbon during 2007/2008.

In this case, 50.4 % of the students come from Lisbon, 68.7% have their families in this city.

It was concluded that 45.6 % of the students are from other cities and that 31.3% referred to not having family in Lisbon.

The materials used were, *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)* (Ribeiro, 1999), Beck Depression Inventory (BDI), translated and adapted by Cláudio (1990) and *Questionário de Ideação Suicida (QIS)*, translated and adapted by Ferreira e Castela (1999).

With the application of the *t-student* test, significant statistical differences were found ($t(91, 722) = 2.219; p = .029$), in depressive symptoms between the group with the students away from home and the group with the students that live in Lisbon. Thus it is concluded that the university students who live away from their families and hometown have more depressive symptoms.

There are significant statistical differences with the satisfaction of the social support, ($t(145) = 4.286; p < .0001$), between the group of students away from home and the group that live in Lisbon. It was concluded that the university students who do not live with their families and are far from their hometowns present a lower satisfaction with social support. For the dimensions or subscales of ESSS, can be noted that there are statistically significant differences in satisfaction with friends ($t(145) = -4.138; p < .0001$), in the intimacy ($t(145) = -3.518; p < .0001$) and satisfaction with the family ($t(145) = -3.659; p < .0001$).

According to the suicidal ideation, the analysis of the *t-student* test revealed that there are no significant statistical differences between the mean of the two groups ($t(145) = -568; p = .571$). The fact that the students are away from their family environment and their hometown does not determine more suicidal ideation when compared to the students who did not have to leave home to study.

Using the correlation r of *Pearson*, it was observed that greater the dissatisfaction with social support, the greater the levels of depressive symptoms ($r = -.449; p < .0001$), the results also revealed that the greater the dissatisfaction with social support, the greater the levels of suicidal ideation ($r = -.282; p < .0001$) and the greater the level of depressive symptoms, the greater the suicidal ideation ($r = -.338; p < .0001$).

Key-words: Depression, Social Support, Suicidal Ideation, University students

Índice

1 - CONCEITUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO	5
1.2 - Classificação da Depressão	9
2 - SUPORTE SOCIAL	13
3 - SUICÍDIO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E PARA-SUICÍDIO.....	17
3.1 - IDEAÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA	21
4 - OBJECTIVOS E HIPÓTESES	27
5 - MÉTODO	29
5.1 - Amostra	29
5.2 - Instrumentos de Medida	30
5.2.1 - Inventário de Depressão de Beck	31
5.2.2 - Escala de Satisfação com o Suporte Social	32
5.2.3 - Questionário de Ideação Suicida	35
5.3 - Procedimento estatístico.....	36
6 – RESULTADOS.....	39
7 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	47
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
Anexos	
Anexo I - <i>Outputs</i> da análise estatística.....	61
Anexo II - Inventário de Depressão de Beck (BDI)	81
Anexo III - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	87
Anexo IV - Questionário de Ideação Suicida (QIS).....	91
Anexo V - Versão final da ESSS.....	97
Anexo VI - Propriedades Psicométricas das escalas	101

Índice de quadros

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos pela origem e dados familiares.....	30
Quadro 2 – Valores próprios da matriz de correlações e variância explicada da ESSS	33
Quadro 3 – Solução factorial dos 19 itens da ESSS	34
Quadro 4 – Alfa de <i>Cronbach</i> das subescalas da ESSS	35
Quadro 5 – Comparação das médias do BDI de acordo com a origem	39
Quadro 6 – Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e as variáveis	40
Quadro 7 – Comparação das médias da ESSS de acordo com a origem	41
Quadro 8 – Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e as variáveis	43
Quadro 9 – Comparação das médias do QIS de acordo com a origem	44
Quadro 10 – Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e as variáveis	45
Quadro 11 – Correlação da ESSS com o BDI	45
Quadro 12 – Correlação da ESSS com o QIS	46
Quadro 13 – Correlação da BDI com o QIS.....	46

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos por idade e género	29
---	----

É na passagem do Ensino Secundário para o Ensino Superior que o jovem tem de fazer escolhas e tomar decisões para percorrer o caminho até chegar à fase adulta, para obter independência financeira e individualização dentro da família.

Todos nós sabemos que a adolescência se inicia com todas as mudanças fisiológicas da puberdade, porém nunca sabemos quando termina, uma vez que o limite é determinado por factores culturais e sociais, os quais estão na base da integração do jovem no mundo do adulto.

Quando o jovem chega à fase adulta, as tarefas psicossociais da adolescência devem estar resolvidas (Arnestein, Braconnier, Macelli, & Sampaio, cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006). Há pois um período de reorganização psicológica, nesta fase de transição, em que o jovem apresenta maior vulnerabilidade psicológica (Blos & Erickson, cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006). Nesta matéria, a interiorização da noção de responsabilidade é essencial à vida pessoal e social, sendo muitas vezes difícil para os jovens adultos. Na maioria, estes acedem ao sentido de responsabilidade, através de reflexões intelectuais, cada vez mais frequentes, e de tarefas concretas que eles próprios exigem (Braconnier & Marcelli, cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006).

Presentemente, os jovens adultos prolongam a permanência no seio da família, fazendo com que o processo de transição da dependência para a autonomia se transforme, não só numa etapa longa do ciclo de vida daqueles, mas também numa etapa de grande intensidade sentimental, levando, por consequência, a uma conflitualidade relacionada com a separação física dos pais e uma possível saída de casa (Fleming, 1997).

Neste contexto, há a considerar que o início da vida universitária implica exigências de adaptação, podendo, por vezes, ter um impacto na saúde mental dos estudantes.

Geralmente, esta entrada é encarada como uma experiência positiva que proporciona novas oportunidades mas, pode também constituir um período de adaptação muito stressante, uma vez que os estudantes estão a passar por uma transição entre a adolescência e a idade adulta; esta passagem exige adaptação a diferentes estilos de ensino, bem como a novas condições e estilos de vida e suas responsabilidades.

Considerando que a passagem para o Ensino Superior é feita numa altura em que o jovem está em desenvolvimento psicossocial, então as suas preocupações e problemas, são, muitas vezes, o espelho de dificuldades na resolução das tarefas de desenvolvimentos normais. Existe assim uma relação estreita entre o desenvolvimento e o bem-estar psicológico

do estudante universitário. A universidade abre portas para inúmeras oportunidades de experimentação a nível individual, social e intelectual facilitando, ao mesmo tempo, estes processos (Dias e Fontaine, 2001).

Por outro lado, a depressão é frequente nos jovens universitários sendo associada, muitas vezes, a questões do desenvolvimento do início da idade adulta e a um baixo rendimento académico (Dias e Fontaine, 2001).

Segundo Almeida (2005), a adaptação ao contexto académico e o bem-estar psicológico dos estudantes são influenciados pela autonomia psicológica relativamente aos pais, dependendo também das dinâmicas familiares. Esta adaptação será mais difícil no caso dos estudantes que, para frequentarem a universidade, tiveram de se deslocar da sua terra de origem, tiveram de sair da casa dos pais e começaram a viver em residências universitárias, casas de familiares, quartos alugados, etc. Nesta fase, os jovens são confrontados com uma série de dificuldades, como a sensação de isolamento, as saudades de estar em casa, dos pais, familiares e amigos, bem como o medo de estarem sozinhos. Será mais difícil ainda para aqueles estudantes que vêm das ilhas ou de países estrangeiros. De facto, a autora salienta que a adaptação com sucesso no 1º ano do curso é um factor protector do risco de insucesso académico, desmotivação, abandono escolar, ideias suicidas, depressão, etc. Uma separação consolidada com os pais irá proporcionar uma melhor adaptação pessoal; por outro lado, uma vinculação pobre em relação aos pais, fará com que os jovens tenham menos capacidades de adaptação a estas mudanças interpessoais, ficando mais susceptíveis à depressão e até a comportamentos suicidas.

Os jovens que estão afastados da sua terra de origem, dos seus pais, do seu ambiente familiar e social podem sentir-se mais isolados, podem ter uma menor satisfação com o suporte social, uma vez que o grupo de amigos, o grupo social é diferente na universidade (os melhores amigos ou aqueles que conviviam mais já não estão no círculo destas convivências académicas, porque tiveram de tomar outras opções).

A este propósito, Kessler et al. (cit. in Ribeiro, 1999), nos seus trabalhos, concluíram que o suporte social é fundamental para proteger as pessoas em risco de posteriores perturbações mentais. A maioria dos jovens que estão inseridos num determinado grupo de amigos, com os quais estabelecem uma relação de proximidade e de apoio mútuo, podem apresentar uma menor probabilidade de desenvolver depressão relativamente às pessoas que não têm suporte social por parte dos membros do seu grupo.

Mas a adolescência é muitas vezes considerada como um período naturalmente depressivo, devido à concordância existente entre as alterações de humor e esta fase de desenvolvimento (cit. in Claudino, Cordeiro & Arriaga).

Assim, Hauenstein considera que a depressão *major* é bastante comum na adolescência, aumentando os riscos de ideação suicida. Dessa forma, a ideação suicida, segundo Carlson e Cantwell pode servir como um parâmetro da severidade de depressão (cit. in Borges & Werlang, 2006).

Segundo estudos realizados pela OMS (2000), nos últimos 45 anos, a taxa de suicídio aumentou cerca de 60 % a nível mundial, sendo esta a terceira causa de morte entre os quinze e quarenta e quatro anos de ambos os sexos.

Gail Stuart chama atenção para o facto de a taxa de suicídio entre os jovens ter triplicado nos últimos trinta anos tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento. Segundo Barrios et al., a ideação suicida é mais frequente nesta população, estando significativamente relacionada com a gravidade da depressão, e, o suicídio é a segunda causa de morte entre os jovens estudantes universitários (cit in. Oliveira, Carvalho et al. 2006).

Desta forma, estudar a ideação suicida nesta população, parece de fundamental importância, pelo facto de ser um dos precursores para o desenvolvimento de transtornos futuros, incluindo o suicídio. Reconhecendo a interdependência dos fenómenos – sintomatologia depressiva, ideação suicida e suporte social, é primordial incidir em estudos desta natureza, de modo a privilegiar o conhecimento alicerçado cientificamente, possibilitando, conseqüentemente, a intervenção no domínio preventivo.

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão: será que o afastamento do estudante universitário, do primeiro ano, do seu ambiente familiar, da sua terra de origem está associado a ideias suicidas, a depressão e a menor satisfação com o suporte social?

Para este estudo optou-se por delinear os seguintes objectivos:

- Verificar se os jovens universitários do primeiro ano do ensino superior, afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem terão uma maior sintomatologia depressiva, terão menor satisfação com o suporte social e mais pensamentos suicidas do que os não afastados;
- Averiguar se a insatisfação com o suporte social provoca maior sintomatologia depressiva e maior ideação suicida.

Para tal, utilizou-se o Questionário de Ideação Suicida (QIS), traduzido e adaptado por Ferreira e Castela (1999), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), traduzido e adaptado por Cláudio (1990) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), traduzida e adaptada por Ribeiro (1999).

Assim, o trabalho será apresentado em cinco partes, sendo que a primeira integrará o enquadramento teórico, uma revisão de literatura que abordará as três temáticas fulcrais ao estudo, nomeadamente: a Depressão, o Suporte Social e a Ideação Suicida. A segunda parte

diz respeito aos objectivos e hipóteses do estudo, e a terceira ao método da investigação, que neste caso será um estudo quantitativo transversal. Na quarta parte serão apresentados os resultados (Análise Estatística) e, por último, a discussão e conclusão dos mesmos.

1 - Conceitualização da Depressão

O termo "depressão" – do latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar), isto é, *deprimere* que, literalmente, significa "pressão baixa" – é relativamente recente, tendo sido introduzido na discussão sobre a melancolia em contextos médicos somente no século XVIII, passando a ser mais utilizado pelos psicopatologistas no século XIX.

As perspectivas organicistas - hoje chamadas biólogos - tentaram explicar a sintomatologia depressiva a partir de erros, insuficiências ou intoxicações de tipo orgânico; daí a explicação clássica da escola grega, que entende a depressão como um excesso de «humor» ou «bílis negra».

Outras correntes tentaram compreender a depressão como uma disfunção cuja origem se encontra para além do puramente orgânico. Com efeito, actualmente, são utilizadas as expressões «desânimo» ou «desmoralização» quando nos queremos referir a sinónimos da depressão. Esta interpretação da doença como uma alteração do espírito de carácter, provavelmente, sobrenatural, teve extraordinárias consequências na alta Idade Média e em princípios da Renascença, quando se rotularam de «endemoninhadas» as pessoas com transtornos psiquiátricos, presumivelmente muitos deles maníacos ou depressivos delirantes.

Foi na época da Revolução Francesa e da renovação do espírito humanístico, e com a ideia de Pinel de «romper as cadeias dos alienados», que a medicina começou a mostrar", um interesse mais premente pelas doenças mentais, entre elas a depressão.

Durante o século XIX persistiram as interpretações organicistas, e, somente em princípios do século XX, a teoria do inconsciente defendida por Freud, pôs em causa muitas conceitualizações preexistentes e concebeu a doença mental como um processo dinâmico e individualizado. Nos últimos anos, graças ao desenvolvimento das ciências, designadamente da biofísica, da bioquímica, da anatomo-patologia, assim como da psicologia da conduta e cognitiva, novas abordagens despontaram sobre a génese e o tratamento da depressão.

Assim sendo, do ponto de vista psicológico, existem diversas formas de explicar a depressão, sendo de destacar os modelos psicanalítico e cognitivo.

No modelo psicanalítico, Abraham em 1911, tentando sistematizar o distúrbio maníaco-depressivo, comparou a depressão com o luto por nojo (isto é, pela perda de um ser querido). Quanto à diferença conceptual entre os dois, explica que ela reside, essencialmente, no facto de a pessoa afectada pelo luto por nojo estar consciente da sua preocupação pela perda de um

ser querido, enquanto a pessoa depressiva está imersa em imprecisos sentimentos de perda, de culpa e de baixa auto-estima. Nesta perspectiva, pode dizer-se que o indivíduo depressivo interioriza a perda como uma repulsão de si próprio e confunde-a ou relaciona-a inconscientemente com as suas próprias experiências anteriores.

No modelo cognitivo, a cognição é enfatizada para definir o processo mental que transforma, elabora, armazena, regista, sintetiza e amplia tanto os *inputs* («entradas») sensoriais internos como externos. Esta era a opinião de Neisser em 1967 e a de Broadbenit em 1971. Com efeito, McHoney em 1977, refere que os processos cognitivos abrangem muitas funções psíquicas, nomeadamente: a percepção e a memória; o pensamento e a linguagem; as crenças e as atitudes; e, a conduta no que se refere à situação de problemas.

O **modelo cognitivo**, concebido por Beck em 1970 e em 1976, atribui um papel fundamental ao pensamento e à opinião dos doentes depressivos no desenvolvimento e manutenção da depressão. Para este autor, cada pessoa tem um «esquema», uma forma de pensar com que experiencia a vida. Também supõe a existência de uma alteração prévia na maneira de pensar que provoca o desenvolvimento da alteração do estado de ânimo. De facto, as pessoas com depressão têm esquemas de autodesprezo e de auto-acusação, levando-as a rotular ou interpretar os acontecimentos ajustando-se a esses esquemas prévios.

De acordo com Beck (1982), são manifestas as seguintes características nos doentes depressivos: subestima de si mesmo, ideias de perda, autocrítica e autculpabilização, ideias exageradas do dever e da responsabilidade, frequentes auto-imposições, mandatos e desejos de fuga e de suicídio.

Neste contexto, estes doentes incorrem em determinados erros lógicos, descrevendo-se como principais:

- **As deduções arbitrárias** – Trata-se da tendência de tirar conclusões de factos irrelevantes.
- **A abstracção selectiva** – Atitude que consiste em concentrar-se num aspecto da situação tomado fora do contexto e levado ao exagero.
- **A generalização excessiva** – Surge como consequência de chegar a conclusões de carácter geral fundadas em experiências ou acidentes concretos, frequentemente de escassa importância.

- **Os erros que consistem em minimizar ou em sobrevalorizar, respectivamente, as próprias qualidades e defeitos** – Observam-se em pessoas que exageram as suas dificuldades e as suas limitações e minimizam os seus êxitos e capacidades.
- **Os imperativos categóricos**, tais como «devo» ou «tenho que» – fecham a possibilidade de outras condutas alternativas.

Em suma, todos estes erros cognitivos fazem com que a pessoa tenha uma visão negativa de si própria, das experiências passadas e presentes e das suas expectativas perante o futuro. As desordens depressivas são resultantes da atenção selectiva prestada a um grupo de pensamentos que surgem de forma automática, sem que a pessoa os perceba adequadamente. Estes pensamentos específicos - irracionais, que tendem à dramatização, são mensagens compostas por poucas palavras ou, em certos casos, unicamente por uma imagem visual. Entram abruptamente na mente e exprimem-se, usualmente, em termos tais como: «havia de», «teria que» ou «deveria ... ».

É indiscutível que hoje sabemos muito mais do que no passado sobre como é a doença e como deve ser tratada, ainda que persistam algumas dúvidas acerca da etiologia exacta da doença depressiva.

Também é possível afirmar-se que existem factores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos, entre os quais se contam as condições de vida adversas, o divórcio, a perda de um ente querido, o desemprego, a incapacidade em lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos (Wilkinson, Moore & Moore, 2003).

Ainda nesta matéria, Hallstrom e McClure (2000) referem-se a vários factores sociais que podem contribuir para o desencadeamento da depressão, tais como: condições de habitação deficientes, vizinhos desagradáveis, doença física, acidentes recentes e perda de confiança, associados a dificuldades financeiras. Considera, também, que as mulheres jovens com vários filhos pequenos e com horizontes sociais limitados podem desenvolver um sentimento de tristeza, e ainda que, a perda prematura da mãe pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de depressão.

No que diz respeito aos factores de risco para a depressão em adolescentes, o mais importante é a presença de depressão num dos pais, sendo que a existência de história familiar para depressão aumenta esse risco em, pelo menos, três vezes. Sucedem-se factores geradores de stresse, como abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo.

Wilkinson et al. (2003) definem a depressão como um exagerado aumento das sensações diárias que acompanham a tristeza. A doença depressiva incipiente ou estabelecida pressupõe a manifestação de alguns dos seguintes sintomas:

- Humor triste persistente;
- Perturbações do sono;
- Perda do interesse ou do prazer pelas actividades habituais;
- Diminuição da energia;
- Fadiga;
- Perda do apetite ou peso;
- Diminuição da eficiência;
- Auto-recriminação e culpa;
- Incapacidade para se concentrar e tomar decisões;
- Postura e gestos característicos;
- Diminuição do desejo e da função sexual;
- Ansiedade;
- Irritabilidade;
- Agitação;
- Lentidão.

Segundo estes mesmos autores, na depressão grave estes sintomas estão presentes com maior intensidade e são acompanhados por outros:

- Ideação, planos ou tentativas de suicídio;
- Ideias delirantes e/ou alucinações;
- Recusa da alimentação.

Saliente-se que, cerca de 50 % dos doentes que tiveram um episódio isolado de depressão grave, terão eventualmente um segundo episódio, o qual ocorrerá dois a cinco anos após o primeiro. Mas, quando a remissão ocorre, verifica-se quase sempre em doentes mais jovens (Wilkinson et al., 2003).

Apesar de os transtornos depressivos em adolescentes e em adultos serem definidos pelos mesmos critérios diagnósticos, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), também existem importantes características fenomenológicas, típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva no seu

comportamento, manifestam atraso psicomotor e prejuízo no desempenho escolar. Nos adolescentes depressivos tanto as ideias suicidas como as tentativas de suicídio, costumam apresentar alta letalidade e alcançam uma dimensão maior, pois os adolescentes são altamente vulneráveis às mesmas.

Alguns autores chamam a atenção para a diferença da manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino, destacando que as raparigas descrevem mais sintomas subjectivos como: sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. Costumam ter, também, mais preocupação com a popularidade, menos satisfação com a aparência, menor auto-estima, enquanto os rapazes relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e demonstram problemas de comportamento como: falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias. Sublinhe-se que o abuso de álcool na adolescência pode ser um forte indicador de depressão (cit. in Claudino et. al).

De notar ainda, que uma perturbação depressiva tem maior probabilidade de existir se for persistente, principalmente se for diária. Assim é que, a maioria dos episódios de depressão, cuja duração excede as duas semanas, evolui para doenças depressivas.

A determinação do factor ou dos factores que desencadearam a crise depressiva é importante, pois para o doente poderá ser vantajoso aprender a evitar ou a lidar com esse factor durante o tratamento.

A OMS estima que a depressão afecte actualmente 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Porém, salienta que apenas 25% destas pessoas têm possibilidade de receber tratamento eficaz.

Esta organização prevê ainda que, em 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade global, apenas superada pelas patologias do foro cardíaco.

Em Portugal, a depressão afecta, aproximadamente, 20 % da população. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004) considera prioritária a abordagem das doenças mentais, particularmente a depressão, estabelecendo como metas, quer o aumento da capacidade de reconhecimento desta perturbação pelos clínicos gerais, quer a diminuição dos seus custos directos e indirectos.

1.2 - Classificação da Depressão

Se se aceitarem as classificações feitas até agora, ver-se-á que foram descritos mais de cem tipos depressivos que se supõem diferentes uns dos outros.

Assim sendo, a depressão pode ser classificada de acordo com a causa, com a presença ou não de um componente genético (história familiar), com os sintomas e com a gravidade do quadro.

Mas, convém realçar as classificações internacionais, adoptadas pela OMS, por corresponderem ao que de mais actual é utilizado no diagnóstico, na pesquisa, na indicação da medicação mais acertada e no prognóstico mais previsível.

De acordo com o DSM-IV (2004), para ser caracterizado como depressão, este conjunto de sintomas deve estar presente, no mínimo, por duas semanas e causar prejuízo significativo na vida social e/ou ocupacional do pessoa. A depressão é classificada dentro das Perturbações de Humor, a saber:

- Perturbações unipolares (Perturbação Depressiva *Major* e Distímica);
- Perturbações bipolares (Perturbação Bipolar I e Bipolar II).

Já para a CID-10, a depressão organiza-se dentro das Perturbações Afectivas, e dependendo da forma como os sintomas são experimentados, deve ser classificada em três graus: leve, moderado ou grave.

Saber se um estado depressivo típico é leve, moderado ou grave é apenas uma questão da intensidade com a qual se apresentam os episódios depressivos. Saber também se o momento é uma ocorrência única na vida da pessoa ou, ao contrário, se ele se repete, dependerá da frequência com que se apresentam estes episódios depressivos. Assim, o que define o tipo de depressão são as características dos episódios depressivos. O tipo de episódio pode ser: Depressivo; Maníaco; Misto (Ballone, 2005).

Cabe destacar que a Depressão *Major*, se caracteriza pela existência de, pelo menos, cinco dos sintomas abaixo descritos, incluindo Humor deprimido ou diminuição de interesse ou de prazer:

1. Humor deprimido;
2. Diminuição do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as actividades;
3. Diminuição ou aumento do apetite ou do peso;
4. Insónia ou hipersónia;
5. Agitação ou lentificação psicomotora;
6. Fadiga ou perda de energia;
7. Sentimentos de desvalorização ou de culpa excessivos;
8. Dificuldade de concentração ou indecisão;
9. Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio.

A depressão pode ser bipolar ou unipolar e a causa, por sua vez, pode ser reactiva ou endógena, sendo frequente a combinação entre ambas. Em relação à distinção de depressão unipolar e bipolar podemos considerar que a depressão unipolar se usa para designar aquela

que ocorre isolada, sem associação com doença maníaca. Por outro lado, a depressão bipolar, os episódios de depressão e de mania ocorrem de forma alternada ou em conjunto. Alguns doentes com perturbação unipolar são casos potenciais de doença bipolar ainda não revelada.

Coimbra de Matos (2001) distingue três noções importantes no estudo da depressão:

1. Depressão reactiva ou **depressibilidade** - capacidade para se deprimir e fazer o trabalho de luto.
2. **Depressão patológica** - a qual nem sempre atinge o grau psicótico da melancolia, a sua problemática é expressa pela natureza narcísica dos laços objectais que sustentam a depressão: o objecto é investido pela *libido narcísica*, tratando-se de um objecto narcísico, o que se repercute numa intolerância e susceptibilidade intensa à perda do amor e da protecção desse objecto. A angústia caracteriza-se pelo facto de o sujeito sentir que, ao perdê-lo, de forma real ou imaginária, se destaca e se afasta de uma parte essencial de si mesmo, uma vez que o objecto é um prolongamento do próprio Ego – depressão narcísica. A desfeita narcísica provoca um sentimento de humilhação e de raiva, que desencadeia, por sua vez, uma atitude de afastamento ou abandono do objecto de amor (de investimento narcísico, mais do que libidinal), instalando-se um estado depressivo no sujeito, que tende para a cronicidade. Esta depressão não é causada por uma perda accidental, não tem o tom do afecto do luto nem a culpabilidade da depressão melancólica ou do luto patológico. Trata-se de uma dor psíquica, de uma “ferida” que corrói a auto-imagem e a auto-estima. Baseia-se em relações objectais predominantemente narcísicas e é quase sistematicamente uma reactivação de uma depressão infantil (se não tiver havido perdas afectivas na infância, a auto-estima será suficientemente forte e consolidada).
3. **Depressividade** ou depressão narcísica - condição psíquica de certo abatimento, algum desespero e dificuldade de investimento da acção, resultante de uma excessiva submissão ao objecto e nostalgia do objecto idealizado perdido.

De facto, o autor explicita que nos sujeitos depressivos, há um objecto primário controlador, mas bastante admirado pelo sujeito por ser caloroso, solícito e dedicado; deste sistema relacional, resulta a formação de um supereu precoce e esmagador da actividade espontânea do indivíduo e uma relação de idealização e de amor, a qual impede toda a tentativa de o expulsar da mundo interno, pois esse objecto é reassegurador do narcisismo do sujeito e propulsor de uma auto-afirmação sem limites em relação ao mundo e aos outros.

Assim, encontramos nestes sujeitos uma relação de submissão e apreço com um supereu esmagador e um ideal do eu megalómano, já que o eu está numa identificação alienante com o objecto. Este objecto tem como traços característicos o masoquismo (exibindo o seu estatuto e

condição de vítima) e a ambivalência (atitude de protecção e afecto contrastando com sentimentos de saturação emocional e rejeição).

Em termos fenomenológicos (Coimbra de Matos, 2001) pode dizer-se que o abatimento e o sentimento de inferioridade são os dois sintomas essenciais da depressão. Assim, é útil distinguir a depressão simples (em que só se observa uma diminuição da vitalidade) da depressão de inferioridade (em que os sentimentos de inferioridade se tornam mais visíveis) e da depressão de culpa (em que predominam os sentimentos de culpa, resultantes do esmagamento do eu pelo introjecto maligno). Embora se possam distinguir estes três tipos de depressão, na prática estão entrelaçados, podendo ser mais ou menos evidentes consoante o caso concreto.

Wilkinson et al. (2003) evidenciam que 15 % dos doentes deprimidos graves cometem o suicídio. Contudo, os anti depressivos, muitas vezes tomados em overdoses, raramente estão implicados, ou seja, as overdoses de antidepressivos são responsáveis por, apenas, 5 % de todos os suicídios.

Segundo Hallstrom e McClure (2000), a maioria dos doentes deprimidos admite alguma ideação suicida, porém o importante é o nível de ideação. Por exemplo, se o doente tiver planos e já estiver a agir em conformidade, como calcular a dose letal de medicação e tomar medidas no sentido de a obter, estando somente à espera de um acontecimento que proporcione as condições ideais, para completar o seu acto, estamos em presença de um risco de suicídio muito elevado.

Na verdade, é consensual que a detecção precoce destes fenómenos, designadamente o reconhecimento da interdependência entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida, contribuirá para uma intervenção oportuna e preventiva. Assim sendo, o suporte social assume destacada importância, por favorecer a adaptação às situações adversas e stressantes, prevenindo riscos mais elevados, inclusive o suicídio.

2 - Suporte Social

O suporte social, medido através de conceitualizações objectivas e subjectivas, carece de precisão na sua definição, pois os instrumentos que o medem podem variar em consequência de definições adoptadas para a sua construção, bem como das suas dimensões. O suporte social, é, geralmente, descrito por aspectos estruturais (tamanho do grupo, frequência de contacto, participações em actividades e instituições sociais) e funcionais (percepção do apoio afectivo e satisfação das necessidades), havendo, no entanto, outras formas que o caracterizam tais como: competência pessoal, comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, estratégias para encarar e ultrapassar situações stressantes, percepção de controlo, sensação de estabilidade e bem-estar psicológico, entre outros (Keeling, Price, Jones & Harding; McNally & Newman; Nath, Borkowski, Whitman & Schellenbach, cit. in Baptista, Baptista & Torres, 2006). Por outro lado, há evidências de que o suporte social é considerado como um factor de redução de impacto de episódios stressantes e diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, transtornos ansiosos e esquizofrenia, podendo também estar associados ao desenvolvimento, tratamento e prognóstico desses problemas (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, cit. in Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Para Kessler et al. (cit. in Ribeiro, 1999), o suporte social é caracterizado pelos mecanismos aos quais as relações interpessoais protegem as pessoas dos efeitos prejudiciais do stress. O suporte social é, pois, uma variável muito abrangente, englobando um grande conjunto de componentes e de aspectos, com recurso a procedimentos de avaliação muito diversos.

O suporte social pode ser definido como: “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al, cit. in Ribeiro 1999, p. 127). Como afirmam Dunst e Trivette (cit. in Ribeiro, 1999), o suporte social define-se como o recurso que a pessoa tem ao seu dispor, quer dos sujeitos, quer das unidades sociais, como por exemplo a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Nesta conformidade, Cohen e McKay (cit. in Ribeiro, 1999) distinguem vários tipos de suporte social, nomeadamente, suporte social psicológico (fornecimento de informação) e não psicológico (suporte social tangível).

Cramer, Henderson e Scott (cit. in Ribeiro, 1999), por seu lado, fazem a distinção entre suporte social “percebido”, em que o individuo percebe como disponível se necessitar dele, e

suporte social “recebido”, em que o suporte social foi recebido por alguém. Segundo estes mesmo autores também há o suporte social “descrito”, referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte, e o suporte social “avaliado”, em que há uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou como tendo servido de ajuda.

Singer e Lord (cit. in Ribeiro, 1999), referem que o suporte social pode ser: informacional, emocional ou material, e em termos de quem o fornece pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos; pode ser formal, fornecido por organizações e associações de que são exemplo os grupos religiosos, ou pode ser ainda do tipo profissional, em termos de consulta ou terapia.

A noção genérica de suporte social tem sofrido contributos e transformações diversas, de onde se destacam os de Freud (quando se refere ao processo transferencial), Melanie Klein e seguidores (com a ideia de “pais introjectados” na teoria das relações objectais) e Bowlby (no que diz respeito ao “attachment” e às experiências de separação).

De facto, as primeiras definições de suporte social referiam-se, mais especificamente, a uma dimensão do “cuidar emocional”. Moss (cit. in Ribeiro (1999), definiu suporte como um sentimento subjectivo de pertença, de ser aceite, amado e querido.

Weiss, em 1974, advogou a existência de seis factores a beneficiar nas relações sociais: vinculação (no sentido que Bowlby lhe deu); afiliação (com base no reconhecimento de interesses e situações partilhadas, podendo desenvolver-se sentimentos de aferição, respeito e lealdade); fornecimento de ajuda (inspirado no sentido de compromisso, investimento e responsabilidade para com quem se percebe como sendo mais necessitado); colaboração (caracterizada por um compromisso partilhado a fim de atingir certo objectivo, proporcionando uma conjugação de esforços); aliança persistente (baseada no sentimento de identificação, frequentemente associado a sentimentos de obrigação de ajudar o outro e direito de ser ajudado quando necessário, mantendo laços de ligação subjectivos); e, a obtenção de ajuda (relação percebida como tendo mais conhecimento, que é procurada como fonte de orientação).

Numa perspectiva comunicacional, o suporte social é concebido como o processo interaccional ou comunicativo entre pessoas, susceptível de transmitir um sentimento de ser válido e apreciado pelos outros (Burlison, 1994), desempenhando várias funções enquadradas em duas dimensões fundamentais: “a facilitação da resolução de problemas, de diferentes ordens e complexidade, e o sentimento provocado por um vínculo empático, capaz de transmitir a sensação do Eu, da pessoa ser compreendida e aceite por quem fornece o suporte. Segundo esta perspectiva o suporte social não pode ser mais do que uma força ou pressão

externa exercida sobre a pessoa. Nesta linha de pensamento, deve ser perspectivado como um processo desenvolvimental e interactivo entre o sujeito e o seu sistema de vínculos relacionais (Newcomb, 1990). A rede de relações sociais é construída ao longo de uma vida, através da reciprocidade criada entre as características pessoais e os contactos sociais, mantendo-se ou ajudando-se, por via de transacções relacionais.

Nesta perspectiva desenvolvimentista a forma mais primitiva e vital de suporte social, encontra-se reflectida nos vínculos precoces e fenómenos relacionais entre a mãe e o recém-nascido, ou seja, o suporte social primário da criança, e solução para todas as necessidades, é a própria mãe.

Assim, para Sarason e col. (cit. in Ribeiro, 1999), a percepção de suporte social é basicamente um fenómeno cognitivo, o qual representa um ponto de vista abstracto e impressionista do mundo social, e é influenciado por diferenças individuais e pela qualidade das relações precoces, particularmente com figuras parentais.

Na realidade, a abordagem do suporte social surge, essencialmente, com as investigações epistemológicas (Cassel, 1976), tendo como pressuposto o facto de que os vínculos sociais produzem um efeito importante e significativo na saúde física e mental, assim como bem-estar geral. Comprovou-se, actualmente, que o suporte social está associado a uma diminuição da sintomatologia psicopatológica (revisões efectuadas por House e col., 1988, por Kessler e col., 1992) e favorece uma adaptação às situações particularmente difíceis e stressantes.

Através das investigações de Harlow, desvelou-se a importância dos primeiros sistemas vincutivos, assim como o desejo de estabelecer novas ligações, diferenciando-se esta componente humana como um poderoso mecanismo adaptativo. Esta ideia é sustentada pelo facto de a espécie humana viver ao longo de dois milhões de anos em grupos. Deste modo, a perspectiva de Durkeim, ao associar a coesão social com as taxas de suicídio, mostra que as relações sociais desempenham uma função critica para o bem-estar social.

É consensual que a rede de amigos tem uma progressão crescente até à adolescência, período em que assume uma importância e influência quase rival com a familiar. Variados estudos (Dias, 1984) documentam este período particular da vida, onde o grupo social de pares adquire um simbolismo determinante, em que as relações de amizade são construídas e as subculturas criadas se constituem como fontes de suporte social.

De uma forma menos formal, porém, igualmente importante em termos do relacionamento social, deparamo-nos, no adolescente, com um leque único e restrito de amizades intensas como fonte primária de suporte social, capaz de incluir alguém identificado como “melhor amigo”. Esta vivência que se constitui como uma experiência de intensidade

comparável às primeiras relações familiares, poder-se-á reflectir no sistema de suporte social estabelecido mais tarde no percurso da vida. Nesta perspectiva, o estudo do suporte social torna-se uma componente essencial na iniciação, manutenção e dissolução de todos os tipos de relações pessoais, merecendo uma atenção e investigação cuidadosa e detalhada.

Mas, Vilhjalmsson (1994) e Henly (1997) advogam que nos adolescentes, a principal fonte de suporte são os pais. Também Ribeiro (1994), no seu estudo, para a população portuguesa em geral, verificou que o suporte social mais importante é a família.

Kessler (1985), por seu lado, verificou que o suporte social pode proteger as pessoas em risco de subseqüentes perturbações mentais. Concluiu ainda que, a maioria dos jovens quando estão bem inseridos no grupo de amigos (social), no qual estabelecem uma relação de proximidade e de apoio mútuo, têm menor probabilidade de desenvolver uma depressão em relação aos jovens que não têm suporte social do seu grupo.

Igualmente, o estudo realizado por Claudino et. al sobre a relação entre o suporte social e a depressão nos jovens universitários, no ano lectivo 2004/2005, revelou que, a maioria destes, quando inseridos num determinado grupo de amigos, com os quais estabelecem uma relação de proximidade e de apoio mútuo, podem apresentar uma menor probabilidade de desenvolver depressão relativamente às pessoas que não têm suporte social por parte dos membros do seu grupo.

Para minimizar o risco de depressão é necessária a existência de suportes sociais como a família, o grupo de amigos e a escola, que são de valor significativo para o adolescente. Assim, quanto menor for a intimidade que o adolescente tiver com aqueles que o rodeiam, bem como menor for a satisfação com a família, com a amizade e a participação nas actividades sociais, maior será a depressão sentida, uma vez que as bases para o seu bem-estar estão, de certa forma, afectadas.

3 - Suicídio, Tentativa de Suicídio e Para-suicídio

Suicídio

Ao longo dos tempos, tem-se operado uma mudança do pensamento da sociedade em relação ao suicídio. Segundo Prats (cit. in Sampaio, 1991) “não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o significado após a morte” (p. 29).

David Hume (cit. in Sampaio, 1991), no seu trabalho “Sobre o Suicídio”, apresenta o primeiro texto que exprime o comportamento autodestrutivo, o qual não era considerado um pecado em casos de dor, vergonha, miséria ou doença, mas este tema só se expande no final do século XIX e início do século XX.

Três autores são considerados os pioneiros do tema do suicídio, designadamente: Emile Durkheim, Sigmund Freud, Kuma e Menninger.

Durkheim, no seu estudo, realça a importância dos factores sociais na génese do impulso suicida, enquanto os estudos de Freud (1881) e Kuma (1939), particularmente na obra “Luto e Melancolia”, bem como os de Menninger, expressam, sobretudo, a dimensão interna do gesto suicida.

Para Durkheim (cit. in Sampaio, 1991), o suicídio é conceptualizado como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia produzir esse resultado”. Neste conceito, coloca-se a questão da intencionalidade e o estado de consciência do gesto suicida, levando a reconhecer que podem existir “estados psíquicos sem consciência”, colocando assim no centro da questão da consciência de decisão sobre o próprio gesto autodestrutivo. Melhor dizendo, Durkheim chama a atenção para o facto de a ideia de morte não estar presente da mesma forma, em todos os gestos autodestrutivos.

Sampaio (1991) complementa a ideia ao definir o suicídio como um fenómeno complexo e multideterminado, sendo, inclusive, muitas vezes paradoxal. Considerado como um acto individual, o suicídio surge, muitas vezes, carregado de um grande significado relacional, na medida em que o suicida pode, com a sua atitude, pretender matar-se, pedir ajuda ou agredir alguém.

Toda a conduta autodestrutiva é bastante carregada de ambivalência, uma vez que o suicida quer viver e morrer ao mesmo tempo.

De facto, o gesto suicida pode ter diversos significados, sendo eles, por exemplo, o da morte como refúgio, o desejo de vingança, a tentativa de identificação com o objecto de amor perdido, a destruição de uma parte de si próprio, sentida como incontrolável ou mesmo o triunfo sobre as limitações humanas (Sampaio, 2002).

De acordo com Fisher e Shaffer (cit. in Sampaio, 1991), consideram-se essencialmente três modelos explicativos do suicídio:

- a) *Modelo Psicológico* – o suicídio é visto como o resultado de um conflito interno da pessoa;
- b) *Modelo Nosológico* – o suicídio está relacionado com uma doença individual;
- c) *Modelo Sociológico* – o suicídio é encarado como o comportamento previsível que se segue a uma determinada posição da pessoa na sociedade e na situação vital.

Assim sendo, factores de risco, de doença mental (especialmente perturbações depressivas), actos auto-agressivos intencionais recentes, precauções para prevenir a descoberta, premeditação e ausência de factores precipitantes são sempre questões às quais se deve dar muita importância.

O suicídio é, pois, caracterizado como autodestruição provocada por um acto executado pelo sujeito, com intenção de pôr termo à vida.

Nesta linha de pensamento, Shneidman (cit. in Sampaio, 2002), entende o suicídio como um acto de psicologia total e profundamente inserido na condição humana. Para este autor, o suicídio é visto como um gesto consciente de auto-aniquilação, que revela um mal-estar multidimensional de uma pessoa em sofrimento, que encara a morte como a melhor solução. Descreveu os “dez aspectos mais comuns do suicídio”, sendo eles:

1. O propósito comum do suicídio é procurar uma solução;
2. O objectivo comum do suicídio é a interrupção da consciência;
3. O estímulo comum do suicídio é a dor psicológica intolerável;
4. O factor de stresse comum no suicídio é a frustração de necessidades psicológicas;
5. A emoção comum no suicídio é o desespero-abandono;
6. O estado cognitivo comum no suicídio é a ambivalência;
7. O estado perceptivo comum no suicídio é a restrição;
8. A acção comum no suicídio é a evasão;

9. O acto interpessoal comum no suicídio é a comunicação de intenção;
10. A regra comum no suicídio é a incompatibilidade com padrões de vida duradouros.

Segundo Wilkinson et al. (2003), 1 % dos doentes que cometem actos auto-agressivos tentam o suicídio no ano seguinte a esse acto e 10 % cometem o suicídio num espaço de tempo mais longo.

Na verdade, o acto suicida situa-se entre as três principais causas de morte para pessoas com idade entre 15 e 34 anos e entre as cinco principais causas de mortalidade na faixa dos 15 aos 19 anos (Bertolote & Fleischmann; Mann; Shaffer & Pfeffer; WHO, cit. in Borges & Werlang, 2006)

Com base em dados da Organização Mundial de Saúde, pode afirmar-se que as taxas de suicídio são mais elevadas em pessoas com idade inferior a 45 anos.

Em relação aos adolescentes, os índices de suicídio têm aumentado significativamente, principalmente em países como a Austrália, o Canadá, o Kuwait, a Nova Zelândia, o Sri Lanka e o Reino Unido (Hagedorn & Omar; WHO, cit. in Borges & Werlang, 2006).

Existe um grupo com um elevado risco de suicídio: jovens psicóticos que aparentemente estão a recuperar e a recobrar o *insight*. O maior risco verifica-se quando esses jovens atingem uma recuperação parcial, já que é nesta fase que o seu nível de energia aumenta, mas o nível de desespero permanece, sendo que esta combinação de factores os torna particularmente vulneráveis.

Não obstante o facto de a depressão ser o mais frequente dos problemas psíquicos associados ao suicídio nos adolescentes, não se pode concluir que seja causa exclusiva do comportamento suicidário. De facto, Ladame (cit in. Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001) afirma que apesar de os sintomas depressivos serem um bom indicador das ideias de suicídio, existem outros indicadores a ter em conta para prever o risco de suicídio, uma vez que menos de 20% dos que pensam em suicídio fazem uma tentativa. Ou seja, em cada cinco sujeitos que pensam no suicídio, quatro não passam ao acto. A frequência dos comportamentos suicidários é particularmente elevada entre os 15 e 19 anos, período em que se agudiza a fase fundamental de autonomia do jovem face à família, se consolida a identidade sexual e o desempenho escolar (Santos & Sampaio, 1997).

O suicídio é, na actualidade, considerado um grave problema de saúde pública, pelo que se defende a importância da colaboração interdisciplinar na sua abordagem, não sendo aceitável a tese do psiquiatra Equirol, a qual dizia que os suicidas eram totalmente alienados, necessitando de tratamento psiquiátrico. O suicídio, na sua complexidade, dispõe do apoio de

investigações de diversas proveniências, que vai desde o técnico de Saúde Mental ao sociólogo ou antropólogo, unidos em colaboração permanente.

Tentativa de Suicídio

A tentativa de suicídio é um acto deliberado em que a pessoa tem por objectivo pôr termo à vida, mas que, por diversas razões, não é consumado (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Deus, 2000; Campos & Leite, 2003; Silva, 1992; Lopes, Barreira & Pires, 2001). Como já se disse, o suicídio, por seu lado, é um acto deliberado com o objectivo de pôr termo à sua própria vida, porém concretizado. A diferença reside, única e exclusivamente no facto de o objectivo de pôr termo à vida ser conseguido (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

Sampaio (1991) considera a existência de quatro tipos principais para as tentativas de suicídio na adolescência:

- *Apelo* – em que existe um pedido de ajuda por parte do adolescente;
- *Desafio* – em que o adolescente, através do seu gesto, contesta a autoridade parental;
- *Fuga* – em que o adolescente se isola a nível familiar e social, excluindo o confronto com os outros;
- *Renascimento* – em que há o desejo de morrer para nascer de forma diferente, podendo dizer-se que o adolescente se quer matar mas não quer morrer.

Para Litman (cit. in Sá & Werlang, 2007) existem estádios no desenvolvimento da intenção de suicídio, que se iniciam, na maior parte das vezes, com a ideia de morte, a qual se desloca para o desenvolvimento de um plano, que é objecto de ensaios realísticos ou imaginários, terminando numa acção autodestrutiva exitosa. Essa acção letal fatal, segundo Shneidman (cit. in Sá & Werlang, 2007), deve ser considerada como um acto intencional individual, em que a pessoa se sente atormentada por uma dor psicológica insuportável, cuja solução é encontrada na autodestruição.

Um factor importante, descrito por Neuringer (1967), relacionado com a rigidez cognitiva das pessoas que faziam tentativas de suicídio, foi o pensamento dicotómico, baseado no referencial de Edwin Shneidman.

A dicotomização do pensamento é considerada um extremo em que o objecto é observado como totalmente bom ou totalmente mau. A permanência no extremo negativo do pensamento dicotómico poderá levar a situações letais, ou seja, como não são percebidas

alternativas, a situação é considerada irreversível, persistindo a ideia de escapar através do acto suicida (Shneidman, cit. in Sá & Werlang, 2007).

Segundo Wilkinson et al. (2003), os doentes que cometem tais actos, foram sujeitos a um incremento acentuado na semana anterior, de acontecimentos de vida recentes, tais como: discussões com o companheiro ou cônjuge, família ou amigos; episódios de doença física do próprio; presença de uma pessoa nova em casa; doença de um familiar; problemas com exames; comparência iminente em tribunal; dificuldades de vária ordem, nomeadamente, com os filhos, a saúde e o álcool; com economias e o trabalho.

Para-suicídio

Menninger (1938), terá sido dos primeiros investigadores a estudar o fenómeno do para-suicídio, acto que pode causar danos ou mesmo a própria morte, em que não há, por parte da pessoa, a intenção deliberada de o fazer. Engloba igualmente os comportamentos de auto-mutilação (ou de auto-agressão), no sentido de uma autolesão deliberada (Coleman et al.; Saraiva, cit in. Saraiva, 1999).

Assim sendo, o para-suicídio difere da tentativa de suicídio e do próprio suicídio na intencionalidade do acto. No para-suicídio encontramos comportamentos tais como: consumo de substâncias psicoactivas, vivência de uma sexualidade não controlada ou em relações de risco, escolha de alguns desportos “demasiado perigosos”, adopção de comportamentos arriscados, nomeadamente a condução em excesso de velocidade, tornando o adolescente propício a distrações ou acidentes, alteração na maneira de agir ou de vestir, nos comportamentos alimentares com alteração súbita de peso, etc. Segundo Hallstrom e McClure (2000), cerca de 1 % a 2 % dos para-suicidas matam-se dentro de um período de dois anos, correspondendo a uma taxa de morte cinquenta a cem vezes superior à da população em geral. A taxa definitiva de morte de para-suicidas pode atingir os 20 %, não sendo por isso isenta de riscos.

3.1 - Ideação Suicida na Adolescência

Kerhof e Arensman (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) consideram a ideação suicida como um pensamento passageiro, uma representação mental de uma solução ou saída possível, entre outras, para um problema, uma fantasia romântica ou um pesadelo ocasional. A ideação suicida não implica a passagem ao acto suicida, mas a mesma não deve ser desprezada ou ignorada, muito pelo contrário, sendo os comportamentos suicidários matéria complexa multideterminada, não podem reduzir-se a abordagens do tipo causa-efeito.

Sabe-se que a adolescência é, muitas vezes, caracterizada por um momento evolutivo de intensos conflitos e mudanças, podendo o adolescente recorrer a comportamentos violentos, impulsivos ou suicidas na busca de uma solução para os seus problemas.

O sentimento de que não vale a pena viver tem um aparecimento geralmente lento, fazendo parte dos pensamentos suicidas. Mais tarde, os doentes começam a pensar que seria um “alívio adormecerem e nunca mais acordarem, ou morrerem ou serem mortos subitamente”, pelo que as preocupações com a morte aumentam e tornam-se persistentes. As ideias sobre o suicídio progridem para os métodos possíveis de o concretizar, o que culmina na tentativa de suicídio ou mesmo no próprio suicídio.

Pode verificar-se que a ideação suicida se refere aos pensamentos de autodestruição ou a ideias suicidas englobando desejos, atitudes ou planos que a pessoa tem para pôr fim à própria vida. Ideação suicida é um pensamento, isto é, “uma função cognitiva superior caracterizada fenomenologicamente por intenções e significados, ou antes, por intenções significativas” (Pio-Abreu & Fonseca, cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006, p.377) podendo ser definida “num plano intencional, referido ao consciente, mas também numa perspectiva arquetipal de algo mais específico, referida ao plano não consciente” (Marques-Teixeira, cit. in Oliveira, A., Carvalho, A. et al., 2006, p.377).

Em psicologia (Doron & Parot, 2001, p. 396) a ideação suicida é definida como “o processo de formação de ideias nas perspectivas filosóficas clássicas, em que as distinções entre sensações e ideias, ou ideias e actos, tinham um lugar central”. Van Heeringen et al. (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) consideram a ideação suicida, numa definição mais lata, como a “ocorrência de quaisquer pensamentos acerca dum comportamento autodestrutivo, independentemente da presença, ou não, de intenção de morrer” (p. 378). Ideação suicida na qual “o individuo se pensa a si próprio enquanto agente da sua morte” (Jacobs et al., cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006, p. 378); “do planeamento suicida no qual o doente já se detém na elaboração dos detalhes do seu acto suicida como, por exemplo, o método, o local, o horário e eventualmente, o desfecho e consequências” (Meleiro & Bahls cit in Oliveira, Carvalho et al., 2006, p.378).

Segundo Ferreira e Castela (1999), a ideação suicida pode denotar pensamentos e cognições sobre o acabar com a sua própria vida, podendo ir, num crescente hierárquico, desde pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre formas de cometer o suicídio. Estamos em presença de comportamentos autodestrutivos que fazem parte de um *continuum* (que sugere um possível gradiente de severidade), que devem ser encarados com a mesma atenção, revelando informações importantes quando analisados.

Nesta óptica, Castela (1994) considera o comportamento suicida como um espectro comportamental.

A ideação suicida pode ser vista como um estágio preliminar de outros comportamentos suicidas e, conseqüentemente, como um precursor de comportamentos suicidas mais severos, pois, embora a ideação não esteja presente em todos os jovens que atentam sobre a sua vida, encontra-se presente numa grande maioria, tal como nos indica a análise feita por Sampaio e Santos (1997) das consultas do Núcleo de Estudos sobre o Suicídio (NES).

Para ajudar a evitar tentativas de suicídio ou mesmo o suicídio, a identificação precoce destas ideias é fundamental.

Assim, na avaliação das intenções suicidas pode recorrer-se a perguntas por ordem crescente de importância, designadamente (Barrios, Everett, Simon & Brenner; Flechner; Werlang & Botega, cit. in Wilkinson et al., 2003):

- “O doente considera que a vida não merece ser vivida?”
- “Deseja adormecer e nunca mais acordar?”
- “Deseja morrer subitamente ou sofrer um acidente que lhe tire a vida com rapidez?”
- “Existem preocupações relativas à morte e ao acto de morrer?”
- “Tem vagos pensamentos sobre o suicídio?”
- “Os pensamentos do doente centram-se em métodos de suicídio?”
- “O doente tem planos para cometer o suicídio?”

Os mesmos autores afirmam que as questões acima mencionadas não precipitam o suicídio, devendo ser colocadas com frontalidade e sem grandes rodeios.

De facto, sabe-se que os jovens que sistematicamente pensam, ameaçam, tentam ou concretizam o suicídio, estão a revelar, uma falha nos seus mecanismos adaptativos, de modo que tais situações são percebidas não somente na adolescência, mas em qualquer idade, como uma tentativa de alívio da dor e do sofrimento psíquico.

Embora a ideação suicida tenha uma correlação positiva com o risco suicida (Mann et al., cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) e tenha uma maior frequência de gestos para-suicidas (Saraiva, 1999), podemos verificar que apenas 1 % das pessoas com ideação suicida cometerão o suicídio (Shea, cit. in. Oliveira, Carvalho et al., 2006).

O estudo da ideação suicida irá permitir a consolidação de conhecimentos sobre a prevenção e a intervenção de uma forma mais eficaz, sendo uma forma de aceder aos padrões de evitamento das condutas suicidas.

Estudos sobre Ideação Suicida

A explanação de diversos estudos, no âmbito da ideação suicida na adolescência é de primordial importância na compreensão deste fenómeno, e, conseqüentemente, da variável em estudo.

O estudo de De Wilde e Kienhorst (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006), com uma amostra de 1700 adolescentes com humor deprimido, revelou que têm uma probabilidade de 2.5 vezes maior de tentativa de suicídio aqueles que relataram ideação suicida em qualquer altura da vida e 3.3 vezes maior no subgrupo que referiu ter tido pensamentos suicidas no mês precedente.

Hirschfeld e Russell (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) afirmam que um terço da população geral terá ideação suicida em algum momento das suas vidas. Diamond (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) aponta valores mais preocupantes (14 %), mas muito aquém dos 65 % referenciados por Hoiness (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006). Segundo Soares (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) existe uma prevalência de ideação suicida na população em geral variando entre os 3.3 % e os 14.7 %.

O estudo de Carvalho e Pimental (2003) observou uma prevalência de ideação suicida de 17 % em doentes que possuem Perturbação de Pânico, de 52 % em doentes com Depressão *Major* e de 31 % num grupo que apresentava Perturbação de Pânico e Depressão *Major* em co-morbilidade. A Depressão *Major* foi de 2.5 vezes superior ao encontrado para o Distúrbio de Pânico. Weissman e colaboradores (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) provaram o contrário, ou seja, que existe um risco significativamente superior de ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas com perturbação de pânico quando comparados com outras patologias, tais como as afectivas

Linehan e Laffaw (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) com os seus estudos concluíram que 30 % da população em geral já consideraram seriamente o suicídio.

Num estudo sobre a ideação suicida, Man (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) demonstrou que, na adolescência, as mulheres apresentam maiores taxas de ideação suicida quando comparadas aos homens (quatro vezes mais para ideação suicida e três vezes mais para tentativa de suicídio). Apresenta como explicação possível para este fenómeno, o facto de as raparigas manifestarem maiores índices de depressão (principalmente depressão moderada) que os rapazes (Reinhez et al.; Goldman & Beardslee; Stewart et al.; Allison, Roeger, Martin, & Keeves; Edwards & Holden; Esposito & Clum; Heskett, Ding, & Jenkins; Chen, Lee, Wong, & Kaur) (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006).

Outros estudos no âmbito da tentativa do suicídio, tanto no que se refere à população geral como à clínica, também sugerem que a depressão é um factor preponderante na ideação

suicida dos adolescentes. Hauenstein (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) refere que o diagnóstico de Depressão *Major* é bastante comum na adolescência, aumentando assim os riscos de ideação suicida. Com esta evidência, Carlson e Cantwell (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) admitem que a ideação suicida, por sua vez, pode servir de parâmetro da severidade de depressão.

Importa diferenciar entre pensamentos acerca de morte, genéricos, recorrentes ou não, e nos quais o doente pensa a morte enquanto um alívio, uma saída, vendo-a frequentemente como um “sono prolongado” e não necessariamente como um fim irrevogável (Dalgarrondo, cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006).

No que respeita a Portugal, Sampaio e cols. (2003) encontraram uma prevalência de 34.4 % de ideação suicida numa amostra de 822 jovens de escolas secundárias de quatro regiões (Lisboa, Santarém, Guimarães e Évora).

Também, Borralho (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006), num estudo efectuado a uma população de 234 estudantes da cidade de Lisboa entre os 15 e os 21 anos, revelou que 48.8 % das raparigas já desejou morrer, enquanto 35.6 % pensou mesmo suicidar-se. Já em relação aos rapazes, as percentagens foram, respectivamente, de 19.1 % e 25.3 %.

Esposito e Clum (cit. in Oliveira, Carvalho et al., 2006) numa população de 73 adolescentes com idades entre os 14 e 18 anos com problemas emocionais e comportamentais em contexto escolar, encontraram relatos de ideação suicida actual em 56 % desses adolescentes. Do total, 74 % preenchiam critérios reveladores de um distúrbio psiquiátrico qualquer, sendo o diagnóstico de Depressão *Major* o mais prevalente (40 % do total da amostra). Dizem ainda que estão intimamente associados a ideias suicidas, factores ligados à desagregação social, tais como: o isolamento social, o divórcio, a ausência de companheiro, o desemprego e a pobreza, as perturbações psiquiátricas (com predomínio das perturbações afectivas, psicóticas, de abuso de substâncias e de personalidade, relativamente às perturbações ansiosas e orgânicas).

4 - Objectivos e Hipóteses

Dada a importância que os comportamentos suicidários assumem nos adolescentes, e pelo facto de o suicídio ter aumentado significativamente, principalmente em países da Europa, bem como por se situar entre as três principais causas de morte para pessoas com idade entre 15 e 34 anos e entre as cinco principais causas de mortalidade na faixa dos 15 aos 19 anos, torna-se pertinente a análise dos fenómenos que lhes estão associados (Bertolote & Fleischmann; Mann; Shaffer & Pfeffer; WHO) (cit. in Borges & Werlang, 2006).

Este estudo tem por objectivos verificar se os jovens universitários do primeiro ano do ensino superior, afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem terão uma maior sintomatologia depressiva, terão menor satisfação com o suporte social e mais pensamentos suicidas do que os não deslocados. Averiguar também a relação entre a ideação suicida, a depressão e a satisfação com o suporte social.

Em face dos objectivos, e de acordo com a revisão de literatura construíram-se as seguintes hipóteses:

H1: Os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem estão mais deprimidos do que aqueles que não tiveram de abandonar a sua terra de origem;

H2: Os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem têm uma menor satisfação com o suporte social do que aqueles que, para frequentarem o ensino superior não tiveram a necessidade de sair de casa.

H3: Os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem apresentam uma maior ideação suicida do que aqueles que estudam na sua terra de origem;

H4: Os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem que apresentam maior insatisfação com o suporte social, apresentam também maior nível de sintomatologia depressiva.

H5: Os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem que apresentam maior insatisfação com o suporte social, apresentam também maior a ideação suicida.

H6: Os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem que apresentam maior nível de sintomatologia depressiva, apresentam também maior ideação suicida.

5 - Método

5.1 - Amostra

A amostra em estudo abrange 150 estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos, de ambos os sexos, a frequentar o primeiro ano do ensino superior de uma universidade de Lisboa, no ano lectivo 2007-2008. A selecção dos sujeitos obedeceu a um conjunto de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram incluídos, no estudo, os jovens estudantes a frequentar a universidade, com idades compreendidas entre os 18 e 21 anos, inclusive. Foram excluídos todos os jovens que não preencheram correctamente os questionários, pelo que a amostra final ficou reduzida a 147. O tipo de amostra é por conveniência.

Como se pode observar na tabela 1 (Anexo I – *Output 1*), a qual diz respeito à idade e ao género dos sujeitos em estudo, as maiores percentagens correspondem ao sexo feminino (67.3 %) e aos 18 anos de idade (30.6 %). Contudo, aproximadamente, 50.0 % dos sujeitos possuem 19 e 20 anos, com percentagem idêntica para cada uma destas idades.

A média de idades é de 19 anos, com um desvio padrão de 1 ano (Anexo I – *Output 2*).

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos por idade e género

Idade	Género	Masculino	Feminino	Total
		%	%	%
18		12.9	17.7	30.6
19		6.1	19.7	25.9
20		7.5	17.7	25.2
21		6.1	12.2	18.4
Total		32.7	67.3	100.0

$SD = 1.09$

$M = 19.31$

Para simplificar a variável “quem é a família”, optou-se por englobar numa só categoria, denominada “familiares”, os elementos da família que não pertenciam à família nuclear, nomeadamente, tios, avós, primos. Quanto ao tipo de relação com a família, revelada pelos sujeitos, decidiu-se agrupar os tipos de relação *boa* e *muito boa* sob a designação de *satisfatória*; os tipos *muito má*, *má* e *nenhuma* numa categorização designada de *não satisfatória*.

Na amostra em estudo (quadro 1), 54.4 % dos sujeitos afirmam que provêm de *Lisboa*, 68.7 % que possuem *família* nesta mesma cidade, sendo a maioria (40.1 %) *pais e/ou irmãos e/ou outros familiares* e que o tipo de relação entre eles é *boa* (44.9 %) ou *muito boa* (21.8 %). Há 31.3 % de sujeitos que dizem não ter *ninguém* de família em Lisboa.

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos pela origem e dados familiares

Origem e Dados familiares	Total %
<i>Origem</i>	
Lisboa	54.4
Fora de Lisboa	45.6
Total	100.0
<i>Família em Lisboa</i>	
Sim	68.7
Não	31.3
Total	100.0
<i>Quem é a família*</i>	
Pais e/ou Irmãos e/ou Familiares	40.1
Irmãos	6.1
Familiares	10.9
Irmãos e Familiares	10.9
Ninguém	31.3
Total	100.0
<i>Relação com a família</i>	
Muito Má	0.7
Má	1.4
Boa	44.9
Muito Boa	21.8
Nenhuma	31.3
Total	100.0

*- 1 missing

5.2 - Instrumentos de Medida

Neste estudo quantitativo, utilizaram-se três escalas: o Inventário da Depressão de Beck (BDI) (Anexo II), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo III) e o Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Anexo IV).

Num primeiro passo, procedeu-se a uma reflexão dos vários itens da Escala de Satisfação do Suporte Social, que levou a uma pequena alteração no item 5, por um lado, para garantir uma compreensão unívoca dos seus itens e, por outro, para tornar a escala adequada ao contexto cultural português. Por consequência, o número de itens original foi alterado de

15 para 19. Ainda antes de se proceder à aplicação propriamente dita dos instrumentos, a ESSS foi aplicada aos meus colegas na sala de aula, com o objectivo de verificar se havia unanimidade na compreensão dos vários itens da própria escala e daquele que posteriormente foi alterado. Após a realização deste pré-teste e de se ter efectuado as necessárias alterações, procedeu-se à aplicação dos instrumentos que visavam dar resposta às questões de investigação do estudo.

5.2.1 - Inventário de Depressão de Beck

O **Inventário de Depressão de Beck** (BDI), traduzido e adaptado por Cláudio (1990), consiste numa escala com 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (Beck *et al.*; Gotlib; Oliver e Simmons; Tanaka-Matsumi e Kameoka; Louks *et al.*, cit. in Gorestein e Andrade, 2002). De acordo com Beck *et al* (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objectivos do estudo. Para amostras de jovens com transtorno afectivo o "Center for Cognitive Therapy" (Beck *et al.*, 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave. Já para amostras não diagnosticadas as directrizes são diferentes. Steer (comunicação pessoal) e Kendall *et al.* (cit. in Gorestein e Andrade, 2002) referem que valores acima de 15 são para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para as pessoas com valores acima de 20, preferencialmente, com diagnóstico clínico concomitante.

Características Psicométricas do BDI

Foi desenvolvida uma matriz de correlações para os itens da escala BDI. Observou-se um coeficiente KMO de .89. O teste de esfericidade de *Bartlett* ($X^2(210) = 1473,31; p < .0001$) é significativo (Anexo I – *Output 3*). De acordo com os resultados obtidos, os valores próprios da matriz de correlações e da percentagem da variância total explicada, há evidência de um factor.

Tal como na análise de Beck, referente à sintomatologia depressiva nos jovens tendo por base o BDI, o scree teste evidenciou um único factor significativo (Anexo I -*Output 4*). Por tal motivo, e uma vez que os estudos consultados foram tratados com um único factor, adoptou-se o mesmo procedimento, ou seja, tratando a escala como uma medida global.

A consistência interna revelou-se elevada, pois o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .91 (Anexo I – *Output 5*).

5.2.2 - Escala de Satisfação com o Suporte Social

A **Escala de Satisfação com o Suporte Social** (ESSS), desenvolvida por Wethington e Kessler (1986), foi validada para a população portuguesa por Ribeiro (1999). É constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões ou factores:

- O primeiro factor, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15), com obtenção de uma consistência interna de 0.83.
- O segundo factor, denominado “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (1, 4, 5, 6), os quais têm uma consistência interna de 0.74.
- O terceiro factor, designado “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (9, 10, 11), que têm uma consistência interna de 0.74.
- O quarto factor, intitulado “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais realizadas. Inclui três itens (2, 7, 8), sendo a consistência interna de 0.64.

A escala total possui uma consistência interna de 0.85. A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens; a nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou subescala. Na cotação é atribuído o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. São excepção os itens invertidos, que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15. A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

Características Psicométricas da ESSS

No que diz respeito à ESSS, verificou-se um coeficiente KMO de .79, indicando uma análise factorial média. O teste de esfericidade de *Bartlett* ($X^2(171) = 1330,23; p < .0001$) é significativo, mostrando a existência de correlação entre as variáveis (Anexo I – *Output 6*). Assim sendo, prosseguiu-se com a análise factorial aos 19 itens da escala.

No quadro 2 (Anexo I – *Output 7*) são apresentados os valores próprios e a variância explicada.

Quadro 2 – Valores próprios da matriz de correlações e variância explicada da ESSS

	Valor próprio	% da variância	% da variância acumulada
1	5.63	29.64	29.64
2	2.90	15.27	44.92
3	1.81	9.53	54.45
4	1.35	7.09	61.53
5	1.08	5.67	67.20
6	.97	5.11	72.31

Apesar de se observarem 5 factores com valores próprios superiores a um (Anexo I – *vd. Output 7*), pode depreender-se a existência de um quebra no quarto factor. Assim, serão considerados 4 factores, que explicam 61.53 % da variância.

Na ESSS (Anexo I – *vd. Output 7 e Output 8*), obtiveram-se quatro factores, sendo que o primeiro, explica, aproximadamente, 29.6 % da variância, e é constituído por itens que exprimem a “satisfação com os amigos”: 4, 5, 12, 14 e 15. Note-se que os três últimos itens são coincidentes com a escala adaptada e traduzida por Ribeiro. Os itens 4 e 5, para Ribeiro, foram incluídos no factor “intimidade”.

Um segundo factor, denominado “intimidade”, explica, aproximadamente, 15.2 % da variância, correspondendo aos itens: 1, 3, 6, 8, 16, 17, 18. Os itens 1 e 6 são coincidentes com o autor supracitado, sendo o item 8 incluído nas “actividades sociais” e o item 3 no factor da “satisfação com amigos”.

O terceiro factor relativo às “actividades sociais” explica, aproximadamente, 7% da variância factorial e inclui os itens: 2, 7, 13, sendo que os primeiros dois factores estão, igualmente, incluídos por Ribeiro, no factor das “actividades sociais”, porém, este autor contempla o item 13 no factor “satisfação com os amigos”.

Um quarto factor, “satisfação com a família” explica, aproximadamente, 9.5 % da variância e os seus itens são: 9, 10, 11 e 19. Neste, todos os itens são igualmente incluídos, pelo autor, neste mesmo factor da “satisfação com a família”.

Quadro 3 – Solução factorial dos 19 itens da ESSS

Itens	Factores			
	1	2	3	4
1 - Por vezes sinto-me só no mundo e sem qualquer apoio.		.53		
2 - Não saio com os meus amigos tantas vezes quantas eu gostaria.			.73	
3 - Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.		.56		
4 - Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	.81			
5 - Nas situações de emergência, em que necessito de apoio, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	.81			
6 - Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.		.64		
7 - Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam (por exemplo, ir ao cinema, ao café, a uma discoteca, etc.).			.61	
8 - Gostava de participar mais em actividades de organizações (por exemplo clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).		.41		
9 - Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.				.42
10 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.				.75
11 - Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.				.79
12 - Estou satisfeito com a relação que tenho com os meus amigos.	.81			
13 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.			.79	
14 - Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	.54			
15 - Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	.81			
16 - Os meus amigos não me convidam tantas vezes quantas eu gostaria para ir ao cinema, ao café, etc.		.76		
17 - Frequentemente estou sozinho em casa porque os meus amigos têm sempre muito que fazer.	.84			
18 - Frequentemente ligo para os meus amigos e estes mostram-se indisponíveis a maior parte das vezes.		.74		
19 - Sinto a falta do convívio familiar (por exemplo, jantar com todos à mesa).				.67

A consistência interna da escala global revelou-se boa, pois o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .85 (Anexo I – *Output 9*).

Como se pode observar no quadro 4, a análise por subescala mostrou que: em relação à “satisfação com os amigos”, o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .85 e todos os itens possuem uma correlação item-restante elevada; quanto à “intimidade”, o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .78, sendo que todos os itens possuem correlações iguais ou superiores a .72; na subescala “actividades sociais” o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .72 e todos os itens possuem correlações iguais ou superiores a .53; e na “satisfação com a família” o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .68, tendo os seus itens correlações iguais ou superiores a .46 (Anexo I – *Outputs 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17*).

Quadro 4 – Alfa de *Cronbach* das subescalas da ESSS

Subescala	Alfa <i>Cronbach</i>
Satisfação com os Amigos	.85
Intimidade	.78
Actividades Sociais	.72
Satisfação com a família	.68
ESSS Global	.85

No que concerne à correlação do item-restante da escala global (Anexo I – *Output 18*), a maioria dos itens possui correlações aceitáveis, variando entre os .59 e .37, à excepção dos itens: 8 (.14) e 19 (.29). Pode dizer-se que, na amostra em estudo, estes dois itens têm pouco significado para medir o suporte social. Porém, estes itens foram mantidos, uma vez que, aquando da análise das subescalas a correlação item-restante é elevada (Anexo I – *Output 18*).

A versão final da ESSS, resultante dos procedimentos descritos, será constituída pelos dezanove (19) itens, distribuídos pelas subescalas consideradas (Anexo V).

5.2.3 - Questionário de Ideação Suicida

O **Questionário de Ideação Suicida (QIS)** é um instrumento de medida utilizado para avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes. A versão utilizada foi traduzida e adaptada por Ferreira e Castela (1993/94), correspondente a uma revisão do *Suicide Ideation Questionnaire*. Este questionário é constituído por 30 itens, aos quais são fornecidas sete respostas alternativas – nunca, quase nunca, raramente, às vezes, frequentemente, quase sempre e sempre – sendo cada item cotado de 0 a 6. Deste modo, a pontuação possível de obter neste questionário vai de 0 a 180 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido, maior a frequência de cognições suicidas e vice-versa. O questionário tem itens do tipo “Pensei suicidar-me” e “Pensei na morte”.

Características Psicométricas do QIS

Relativamente à escala da ideação suicida, observou-se um valor de correlação de .90 (KMO). O teste de esfericidade de *Bartlett* ($X^2(435) = 4165,43; p < .0001$) é significativo e o *scree* teste evidenciou um único factor significativo (Anexo I – *Output 19*). Assim, a avaliação da ideação suicida nos jovens far-se-á tendo por base o QIS como uma medida global.

De acordo com os resultados obtidos, os valores próprios da matriz de correlações e a percentagem da variância total explicada há evidência de um factor (Anexo I – *Output 20*).

A consistência interna revelou-se elevada, pois o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .96 (Anexo I – *Output 21*).

5.3 - Procedimento estatístico

A aplicação das escalas foi feita aos alunos do 1º ano de uma faculdade de Lisboa, no fim da aula sem a presença do professor, e ainda aos alunos que estivessem a frequentar a biblioteca desta mesma faculdade. Foram prestados os esclarecimentos indispensáveis ao seu preenchimento, e garantida a confidencialidade das respostas, não tendo os alunos que se identificar, à excepção dos seguintes dados: idade, sexo, local de origem, se possuíam família em Lisboa, quem constituía a família e o tipo de relação existente com esta.

Para tornar mais clara a resposta aos diferentes itens das três escalas, sempre que foi solicitado, foram lidas as perguntas aos jovens e clarificadas quaisquer dúvidas colocadas.

Para o tratamento de dados e posterior análise foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 15.0.

Numa primeira fase, efectuaram-se estudos acerca das características psicométricas dos instrumentos de medida utilizados, como se acabou de ver através da validade e da fidedignidade, com vista a determinar a confiança com que os resultados do estudo podem ser interpretados.

O estudo da fidedignidade foi efectuado através da consistência interna, a qual consistiu do cálculo do coeficiente *alpha* de *Cronbach* do total da escala e das respectivas subescalas (Anexo VI). Este índice de fidedignidade é o mais importante (Nunnally e Bernstein, 1994; Cronbach, 1990), sendo que uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de .80 (Nunnally, 1978; Stevens, 1996), porém, são aceitáveis valores acima de .60 (Ribeiro, 1999).

A correlação item-restante é outra forma comum de se obter informação acerca da consistência interna de uma escala, a qual resulta da correlação entre o respectivo item e a soma da pontuação total do instrumento (sem o respectivo item). A prática de rejeição de itens é efectuada, frequentemente, com base na correlação item-restante já que a eliminação de itens com baixa correlação com o resultado total, é um meio de purificar ou homogeneizar o teste (Anastasi, 1977; Nunnally e Bernstein, 1994).

No presente estudo, considerou-se que se mantinham os itens, que, do ponto de vista conceptual, estariam mais interligados ao conteúdo do modelo teórico dos autores das diferentes escalas.

Uma vez que este estudo se centra na identificação e verificação de relações entre variáveis, a sua análise será descritiva e correlacional.

Para a análise descritiva os resultados serão apresentados com base nomeadamente em medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão).

No sentido de testar as hipóteses serão utilizados testes paramétricos *t-student* e correlação *r Pearson*.

6 – Resultados

Os resultados apresentados neste capítulo referem-se às análises estatísticas efectuadas de forma a responder às hipóteses formuladas. Ainda foram tidos em consideração os dados que complementavam aquela informação.

Depressão e local de origem

No que diz respeito à comparação das médias de sintomatologia depressiva de acordo com o local de origem dos sujeitos, observam-se diferenças estatisticamente significativas ($t(91, 722) = 2.219; p = .029$) (Anexo I – *Output 22*). Na verdade, os estudantes universitários oriundos de *fora de Lisboa* revelam médias mais elevadas ($M = 10.12; SD = 9.59$) (Anexo I – *Output 23*).

Assim se confirma a hipótese de que os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem estão mais deprimidos do que aqueles que não tiveram de abandonar a sua terra de origem (quadro 5).

Quadro 5 – Comparação das médias do BDI de acordo com a origem

Origem	Lisboa (n = 80)		Fora de Lisboa (n = 67)		<i>t de Student</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
BDI	7.28	4.66	10.12	9.59	2.219	91, 722	.029

Optou-se ainda por verificar as médias e o desvio padrão do BDI na amostra global e no respeitante a outras variáveis.

Na amostra, a média obtida no BDI é de 8.57 com um desvio padrão de 7.44 (Anexo I – *Output 24*). De acordo com Beck et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objectivos do estudo. Já que estamos em presença de uma amostra não diagnosticada com transtornos de humor, as directrizes são diferentes. Steer e Kendall et al. (cit. in Gorestein & Andrade, 2002) referem que valores acima de 15 são para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para as pessoas com valores acima de 20, preferencialmente, com diagnóstico clínico concomitante. Assim, podemos verificar que não existe depressão nem disforia.

O quadro seguinte (Anexo I – *Outputs 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31*) expressa as médias e desvio padrão do BDI no respeitante à idade, ao género, à existência de família em Lisboa, à sua constituição e tipo de relação com a família. Observam-se médias de sintomatologia depressiva mais elevadas nos sujeitos com 20-21 anos de idade ($M = 9.77$; $SD = 9.91$), no sexo feminino ($M = 8.65$; $SD = 5.97$) e que referem não ter *família em Lisboa* ($M = 9.18$; $SD = 6.48$). De entre aqueles que afirmam possuir *família em Lisboa*, as médias mais elevadas correspondem aos sujeitos que têm apenas *familiares* ($M = 13.44$; $SD = 14.18$) ou *irmãos e familiares* ($M = 10.06$; $SD = 9.43$).

De facto, verifica-se uma média ligeiramente mais elevada de sintomatologia depressiva nos sujeitos que afirmam ter uma relação *não satisfatória* com a família.

Quadro 6 – Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e as variáveis

Variáveis	BDI	
	M	SD
<i>Idade (anos)</i>		
18-19 (n = 83)	7.65	4.59
20-21 (n = 64)	9.77	9.91
<i>Género</i>		
Masculino (n = 48)	8.42	9.88
Feminino (n = 99)	8.65	5.97
<i>Família em Lisboa</i>		
Sim (n = 101)	8.37	7.85
Não (n = 46)	9.02	6.49
<i>Quem é a família*</i>		
Pais e/ou Irmãos e/ ou Familiares (n = 59)	6.88	4.12
Irmãos (n = 9)	6.56	4.95
Familiares (n = 16)	13.44	14.18
Irmãos e Familiares (n = 16)	10.06	9.43
Ninguém (n = 46)	9.02	6.49
<i>Relação com a família</i>		
Satisfatória (n = 98)	8.42	7.95
Não Satisfatória (n = 49)	8.88	6.35

* 1 Missing

Suporte Social e local de origem

A comparação entre os valores das diferenças das médias, obtida pelo grupo de sujeitos deslocados ou não da sua terra de origem, revela diferenças estatisticamente significativas no suporte social ($t(145) = -4.286; p < .0001$) (Anexo I – *Output 32*). Com efeito, no total da escala, há médias mais elevadas nos sujeitos de *Lisboa*, quando comparados com os provenientes de *fora de Lisboa* ($M = 74.45; SD = 11.16$) (Anexo I – *Output 33*).

Então, confirma-se a hipótese de que os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem têm uma menor satisfação com o suporte social do que aqueles que, para frequentarem o ensino superior, não tiveram a necessidade de sair de casa (quadro 7).

Relativamente às dimensões ou subescalas da ESSS (vd. quadro 7), e ainda no respeitante ao suporte social e local de origem, a comparação entre os valores das diferenças das médias, em ambos os grupos de sujeitos, deslocados ou não da sua terra de origem, revela diferenças estatisticamente significativas na satisfação com os amigos ($t(145) = -4.138; p < .0001$), na intimidade ($t(145) = -3.518; p < .0001$) e na satisfação com a família ($t(145) = -3.659; p < .0001$) (Anexo I – *Output 34*). À semelhança do que se verifica na escala global, as médias mostraram-se mais elevadas nos sujeitos de *Lisboa*, quando comparados com os provenientes de *fora de Lisboa* (Anexo I – *Output 35*).

Quadro 7 – Comparação das médias da ESSS de acordo com a origem

Origem ESSS	Lisboa (n = 80)		Fora de Lisboa (n = 67)		<i>t de Student</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ESSS Global	74.45	11.16	66.48	11.32	-4.286	145	.0001
Satisfação com os Amigos	21.51	3.61	18.78	4.41	-4.138	145	.0001
Intimidade	27.50	4.94	24.33	6.00	-3.518	145	.001
Actividades Sociais	9.88	3.50	9.81	2.95	-.128	145	.899
Satisfação com a família	15.56	3.45	15.57	3.10	-3.659	145	.0001

Pretendeu-se ainda verificar as médias e o desvio padrão da ESSS na amostra global e no tocante a outras variáveis.

Quanto à ESSS total, a média é de 70.82 e o desvio padrão de 11.88 (Anexo I - vd. *Output 24*). A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Então, os resultados obtidos levam a supor que estes sujeitos têm uma boa percepção de suporte social.

No que concerne às subescalas, a da intimidade destaca-se com uma média de 26.05 (Anexo I- *vd Output 24*).

O quadro 8 (Anexo I – *Outputs 36, 37, 38, 39, 40 e 41*) permite depreender que as médias de satisfação com o suporte social são ligeiramente superiores nas idades mais jovens (18-19 anos), quer no instrumento total ($M = 71.94$; $SD = 11.09$), quer nas diversas subescalas. Quanto ao género, as médias mais elevadas registaram-se nos sujeitos do sexo masculino no ESSS total ($M = 71.17$; $SD = 11.04$) e nas subescalas de satisfação relativas à intimidade ($M = 26.85$; $SD = 5.09$) e às actividades sociais ($M = 10.04$; $SD = 3.08$). No entanto, o sexo feminino apresentou médias ligeiramente superiores ao sexo masculino, nas subescalas relativas à satisfação com os amigos ($M = 20,37$; $SD = 4.22$) e com a família ($M = 14.86$; $SD = 3.48$).

À semelhança da questão anterior, o facto de possuir família em Lisboa, também mostrou médias mais elevadas em todas as subescalas e no ESSS total ($M = 73.34$; $SD = 11.74$). A subescala da *intimidade* obteve as médias mais altas tanto nos sujeitos que revelaram ter como os que revelaram não ter família em Lisboa. As médias de satisfação com o suporte social revelaram-se mais elevadas nos sujeitos que dizem ter família em Lisboa tais como: *Pais e/ou Irmãos e/ou Familiares* ($M = 75.14$; $SD = 10.46$). O facto de aqueles não possuírem *ninguém*, conduziu à obtenção do valor mais baixo de satisfação com o suporte social na escala total ($M = 65.28$; $SD = 10.28$).

Quanto ao tipo de relação com a família, evidenciam-se as médias mais elevadas na relação designada por *satisfatória*, em todas as subescalas e no ESSS total ($M = 73.26$; $SD = 11.74$).

Quadro 8 – Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e as variáveis

<i>Variáveis</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Satisfação com os Amigos</i>	<i>Satisfação com a Intimidade</i>	<i>Satisfação com as Atividades Sociais</i>	<i>Satisfação com a Família</i>	<i>Total Suporte Social</i>
<i>Idade (anos)</i>						
18-19 (n = 83)		M = 20.54 SD = 3.94	M = 26.40 SD = 5.83	M = 9.88 SD = 3.07	M = 15.12 SD = 3.00	M = 71.94 SD = 11.09
20-21 (n = 64)		M = 19.91 SD = 4.54	M = 25.61 SD = 5.43	M = 9.80 SD = 3.50	M = 14.05 SD = 3.86	M = 69.36 SD = 12.77
<i>Género</i>						
Masculino (n = 48)		M = 20.04 SD = 4.23	M = 26.85 SD = 5.09	M = 10.04 SD = 3.08	M = 14.23 SD = 3.32	M = 71.17 SD = 11.04
Feminino (n = 99)		M = 20.37 SD = 4.22	M = 25.67 SD = 5.89	M = 9.75 SD = 3.34	M = 14.86 SD = 3.48	M = 70.65 SD = 12.32
<i>Família em Lisboa</i>						
Sim (n = 101)		M = 21.09 SD = 4.02	M = 27.08 SD = 4.94	M = 9.90 SD = 3.53	M = 15.27 SD = 3.52	M = 73.34 SD = 11.74
Não (n = 46)		M = 18.46 SD = 4.09	M = 23.80 SD = 6.48	M = 9.72 SD = 2.55	M = 13.30 SD = 2.83	M = 65.28 SD = 10.29
<i>Quem é a família*</i>						
Pais e/ou Irmãos e/ou Familiares (n = 59)		M = 21.69 SD = 3.39	M = 28.05 SD = 4.12	M = 9.98 SD = 3.57	M = 15.41 SD = 3.39	M = 75.14 SD = 10.46
Irmãos (n = 9)		M = 22.89 SD = 2.37	M = 25.11 SD = 6.70	M = 9.33 SD = 4.36	M = 12.67 SD = 3.46	M = 70.00 SD = 12.45
Familiares (n = 16)		M = 19.25 SD = 5.15	M = 24.69 SD = 5.53	M = 10.56 SD = 3.35	M = 15.00 SD = 3.95	M = 69.50 SD = 13.56
Irmãos e Familiares (n = 16)		M = 19.56 SD = 4.90	M = 26.94 SD = 5.48	M = 9.19 SD = 3.35	M = 16.37 SD = 2.830	M = 72.06 SD = 10.29
Ninguém (n = 46)		M = 18.46 SD = 4.09	M = 23.80 SD = 6.48	M = 9.72 SD = 2.55	M = 13.30 SD = 2.83	M = 65.28 SD = 10.29
<i>Relação com a família</i>						
Satisfatória (n = 98)		M = 21.05 SD = 4.07	M = 27.03 SD = 4.91	M = 9.87 SD = 3.56	M = 15.31 SD = 3.48	M = 73.26 SD = 11.74
Não Satisfatória (n = 49)		M = 18.69 SD = 4.07	M = 24.10 SD = 6.53	M = 9.80 SD = 2.55	M = 13.35 SD = 2.95	M = 65.94 SD = 10.69

* - 1 Missing

Ideação suicida e local de origem

A análise do teste *t-student* (quadro 9) permite concluir que não existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos. O facto de os sujeitos se encontrarem afastados ou não do seu contexto familiar não influencia as médias da ideação suicida ($t(145) = -568$; $p = .571$) (Anexo I – *Output 42*). Por tal motivo, não se confirma a hipótese de que os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem apresentem uma maior ideação suicida do que aqueles que estudam na sua terra de origem.

No entanto, os estudantes provenientes de *Lisboa* são os que apresentam médias mais elevadas de ideação suicida ($M = 11.12$; $SD = 12.61$) (Anexo I – *Output 43*).

Quadro 9 – Comparação das médias do QIS de acordo com a origem

Origem	Lisboa (n = 80)		Fora de Lisboa (n = 67)		<i>t de Student</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
QIS	11.12	12.61	9.91	13.27	-568	145	.571

Em relação ao QIS, a média é de 10.57 e o desvio padrão de 12.89 (Anexo I – *vd Output 24*). Uma vez que a pontuação possível de obter neste questionário vai de 0 a 180 pontos, e que quanto maior o escore obtido, maior a frequência de cognições suicidas e vice-versa, podemos verificar que, na amostra, a frequência de cognições suicidas é baixa.

O quadro seguinte (Anexo I – *Outputs 44, 45, 46, 47, 48 e 49*) resume as médias da ideação suicida nas diferentes variáveis. No que diz respeito à idade, a média é ligeiramente mais elevada nos sujeitos mais novos (18-19 anos) ($M = 10.63$; $SD = 12.68$). Na análise por género, as raparigas revelam médias ($M = 11.66$; $SD = 14.02$) de ideação suicida mais elevadas do que os rapazes.

Também se verificam médias mais elevadas nos sujeitos que possuem *família em Lisboa*, sendo esta constituída apenas por *familiares*, como sejam tios ou avós ($M = 13.94$; $SD = 15.68$).

Os sujeitos cuja relação foi considerada *satisfatória* apresentam uma média ligeiramente mais elevada de ideação suicida ($M = 10.83$; $SD = 12.40$).

Quadro 10 – Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e as variáveis

Variáveis	QIS	
	M	SD
<i>Idade (anos)</i>		
18-19 (n = 83)	10.63	12.68
20-21 (n = 64)	10.50	13.25
<i>Género</i>		
Masculino (n = 48)	8.33	9.92
Feminino (n = 99)	11.66	14.02
<i>Família em Lisboa</i>		
Sim (n = 101)	10.98	12.56
Não (n = 46)	9.67	13.68
<i>Quem é a família*</i>		
Pais e/ou Irmãos e/ ou Familiares (n = 59)	10.59	11.92
Irmãos (n = 9)	10.33	8.11
Familiares (n = 16)	13.94	15.68
Irmãos e Familiares (n = 16)	10.50	14.22
Ninguém (n = 46)	9.67	13.68
<i>Relação com a família</i>		
Satisfatória (n = 98)	10.83	12.40
Não Satisfatória (n = 49)	10.06	13.93

* - 1 missing

Suporte social e sintomatologia depressiva

Quanto à correlação do suporte social com a sintomatologia depressiva, o resultado do coeficiente de correlação r de *Pearson* (quadro 11) confirma a hipótese formulada de que os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem que apresentam maior insatisfação com o suporte social, apresentam também maior nível de sintomatologia depressiva ($r = -.449$; $p < .0001$) (Anexo I – *Output 50*).

Quadro 11 – Correlação da ESSS com o BDI

Suporte Social	Sintomatologia Depressiva	
	$r = -.449$	$p < .0001$

Suporte social e ideação suicida

O resultado do coeficiente de correlação r de *Pearson* (quadro 12) confirma a hipótese de que quanto maior a insatisfação com o suporte social, maiores são os níveis de ideação suicida ($r = -.282; p < .0001$) (Anexo I – *Output 51*).

Quadro 12 – Correlação da ESSS com o QIS

<i>Suporte Social</i>	<i>Ideação suicida</i>	
	$r = -.282$	$p < .0001$

Sintomatologia depressiva e ideação suicida

O resultado do coeficiente de correlação r de *Pearson* (quadro 13) confirma a hipótese de que quanto maior é o nível de sintomatologia depressiva, maior é a ideação suicida ($r = -.338; p < .0001$) (Anexo I – *Output 52*).

Quadro 13 – Correlação da BDI com o QIS

<i>Sintomatologia Depressiva</i>	<i>Ideação Suicida</i>	
	$r = .338$	$p < .0001$

7 - Discussão e Conclusões

O comportamento suicidário constituiu desde sempre uma importante causa de morte em todo o mundo, nomeadamente entre os jovens, sendo uma das complicações mais graves da doença psiquiátrica *major* não tratada.

O interesse pelo comportamento humano, pela doença psiquiátrica e pela necessidade de intervenção neste fenómeno transcultural foi crescendo, e foi levando a reconhecer a sua natureza complexa e convergente de factores sociais, psicológicos, económicos, demográficos e biológicos. Com vista a organizar hierarquicamente estes vários factores de risco assume particular relevância, pelo seu valor preditivo, a Doença Psiquiátrica e em especial as Perturbações do Humor.

Para melhor compreensão dos fenómenos em estudo, sintomatologia depressiva, suporte social e ideação suicida, tentando sempre estabelecer relações entre eles e nunca esquecendo as conceitualizações dos vários estudiosos, é importante uma reflexão após a apresentação e a análise dos resultados.

De acordo com a primeira hipótese do estudo - os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem estão mais deprimidos do que aqueles que não tiveram de abandonar a sua terra de origem -, através da aplicação do teste *t-student*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(91, 722) = 2.219; p = .029$) de **sintomatologia depressiva** entre o grupo de sujeitos afastados da sua terra de origem e o grupo que reside em Lisboa, pelo que se concluiu que os jovens universitários afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem possuem maior sintomatologia depressiva.

Foi possível verificar que as médias de sintomatologia depressiva mais elevadas correspondem aos sujeitos com 20-21 anos de idade, do sexo feminino e aos oriundos de fora de Lisboa. Em relação às idades, conclui-se que estes resultados vão ao encontro do estudo realizado pelo Claudino, et al., *Depressão e Suporte Social em adolescentes e jovens-adultos*, em que o grupo etário entre os 19 e os 21 anos apresenta um **Índice de Depressão de Beck** com resultado médio mais elevado que o grupo etário entre os 16 e os 18 anos. Para estes autores, tais resultados derivam do facto de os jovens adultos manifestarem maiores níveis de depressão motivados por uma maior pressão exercida por parte de todo o meio envolvente,

assim como para o alcance dos seus próprios objectivos, uma vez que lhes são exigidas certas responsabilidades e criadas algumas expectativas acerca do seu comportamento, por vezes, difíceis de atingir. Fleming (1997) lembra ainda que, a prolongada permanência no seio familiar faz com que o processo de transição da dependência para a autonomia se transforme numa etapa longa da vida dos jovens, bem como numa etapa de grande intensidade sentimental, podendo, frequentemente, levar a uma conflitualidade relacionada com a separação física dos pais e a saída de casa.

Em relação ao género, sendo a média de sintomatologia depressiva mais elevada no sexo feminino, também está de acordo com o estudo destes mesmos autores, com a justificação provável de as raparigas serem mais susceptíveis de demonstrar os seus sentimentos e de sofrerem mais com determinadas situações. Fleming (1997) fundamenta este facto por as raparigas serem mais obedientes, repercutindo-se na dificuldade em se tornarem autónomas. Este autor ainda acrescenta o facto de as raparigas serem mais dóceis, mais capazes de se conformar com as expectativas dos adultos, enquanto os rapazes desafiam as expectativas adultas, assim como a autoridade.

Contudo, outros autores como Braconnier e Marcelli (cit. in Claudino et al.) explicam que assimetria entre os sexos pode ser explicada pela influência hormonal, uma vez que, sendo a puberdade uma fase decisiva, existem várias diferenças no desenvolvimento dos sistemas endócrinos femininos e masculinos, acentuando-se nas raparigas a vulnerabilidade e as perturbações afectivas.

Do mesmo modo, de acordo com a segunda hipótese - os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem têm uma menor satisfação com o **suporte social** do que aqueles que, para frequentarem o ensino superior, não tiveram a necessidade de sair de casa -, através da aplicação do teste *t-student*, existem diferenças estatisticamente significativas ($t(145) = -4.286; p < .0001$), entre o grupo de sujeitos afastados da sua terra de origem e o que reside em Lisboa. Assim se concluiu que os jovens universitários afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem apresentam menor satisfação com o suporte social.

Relativamente às dimensões ou subescalas da ESSS, a comparação entre os valores das diferenças das médias, dos grupos de sujeitos deslocados ou não da sua terra de origem, revela diferenças estatisticamente significativas na satisfação com os amigos, com a intimidade e com a família. Com efeito, as médias mais elevadas observam-se nos sujeitos de *Lisboa*, quando comparados com os provenientes de *fora de Lisboa*.

De seguida, utilizou-se a variável suporte social, igualmente, relacionada com as variáveis de caracterização.

Observam-se médias de satisfação com o suporte social mais elevadas nas idades dos 18-19 anos, quer no instrumento total, quer nas diversas subescalas.

Quanto ao género, as médias de satisfação mais elevadas registaram-se nos sujeitos do sexo masculino na escala total; estes resultados conciliam novamente com os do estudo de Claudino et al., pressupondo que os estudantes do sexo masculino têm maior suporte social por se desapegarem mais da família criando, assim, laços mais fortes com o seu grupo de pares e exprimirem, de certa forma, o desejo de alargar e diferenciar o seu espaço familiar, enquanto as raparigas procuram mais rapidamente a autonomia interna, passando só mais tarde a sentir a necessidade de exteriorizar esses sentimentos, criando laços fora do círculo familiar.

Convém realçar ainda, as médias de satisfação com o suporte social nas subescalas relativas à intimidade e às actividades sociais, mais elevadas neste mesmo sexo. Porém, no sexo feminino as médias relativas às subescalas de satisfação com os amigos e com a família apresentam-se ligeiramente superiores às do sexo masculino.

Segundo Vieira (2006), os indivíduos com maior satisfação no suporte íntimo e familiar apresentam maiores níveis de saúde mental, menores índices de stresse, maior bem-estar psicológico, menor ansiedade e depressão, maior capacidade de controlo emocional e maior capacidade de afecto positivo, o que acentua a importância quer do apoio familiar quer do apoio dos pares nesta fase de transição.

Quando se compara a origem dos sujeitos, há médias de satisfação de suporte social mais elevadas nos sujeitos de Lisboa, quando confrontados com os provenientes de “fora de Lisboa”, quer no total da escala, quer nas subescalas. A análise da satisfação com a intimidade, quando comparada com as restantes subescalas, foi a que revelou a média mais elevada tanto nos sujeitos que revelaram ter como os que revelaram não ter família em Lisboa.

Uma outra variável em estudo, possuir família em Lisboa, também revelou médias de satisfação com o suporte social mais elevadas em todas as subescalas e no instrumento total. Quanto à constituição da família, as médias revelaram-se mais elevadas nos sujeitos, cuja família é constituída por: *Pais e/ou Irmãos e/ou Familiares*. De facto, os sujeitos que expressaram não possuir *ninguém* em Lisboa, obtiveram os valores mais baixos de satisfação com o suporte social na escala total. No que respeita ao tipo de relação estabelecida com a família, evidenciam-se as médias mais elevadas na relação designada por *satisfatória*, em todas as subescalas e no ESSS total.

Pode concluir-se ainda que, a subescala relativa à intimidade obteve pontuações de média mais elevadas em todas as variáveis em análise, enquanto a subescala das actividades sociais evidenciou sempre as pontuações mais baixas.

Já no respeitante à **ideação suicida**, para testar a terceira hipótese - os estudantes universitários do primeiro ano afastados do seu ambiente familiar, da sua terra de origem apresentam uma maior ideação suicida do que aqueles que estudam na sua terra de origem -, a análise do teste *t-student* revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos ($t(145) = -568$; $p = .571$). Assim sendo, o facto de os estudantes se encontrarem afastados do seu meio familiar e da sua terra de origem não determina a presença de mais pensamentos suicidas quando comparados com aqueles que não tiveram de se deslocar.

Quanto às médias da ideação suicida, no que diz respeito à idade, observou-se uma média ligeiramente mais elevada nos sujeitos mais novos (18-19 anos). Um estudo sobre a prevalência de ideação suicida nos adolescentes, realizado nos EUA por Turvey, Stromquist, Kelly, Zwerling, e Merchant (cit. in Borges & Werlang, 2006), revelou que dos 1617 adolescentes, 8,2% com 18 ou mais anos, apresentaram ideação suicida.

No presente estudo, e no que concerne ao género, as raparigas revelaram médias de ideação suicida mais elevadas. Em estudos relativos ao género e ideação suicida, Man (cit. in Borges & Werlang, 2006) demonstrou que, no período da adolescência, as raparigas apresentam maiores taxas de ideação suicida quando comparadas aos rapazes (quatro vezes mais para a ideação suicida). De facto, há evidência de que as raparigas revelam maiores índices de depressão (principalmente depressão moderada) do que os rapazes, o que, possivelmente, explica o aumento da ideação suicida (Reinhez et al.; Goldman & Beardslee; Stewart et al.; Allison, Roeger, Martin, & Keeves; Edwards & Holden; Esposito & Clum; Heskett, Ding, & Jenkins; Chen, Lee, Wong, & Kaur, cit. in Borges & Werlang, 2006).

Curiosamente, ao contrário daquilo que seria esperado, os sujeitos originários de Lisboa apresentam médias mais elevadas de ideação suicida, assim como os que possuem família em Lisboa, sendo esta constituída apenas por *familiares*, como sejam tios ou avós. Também se averiguou que os sujeitos cuja relação foi considerada *satisfatória* apresentaram uma média ligeiramente mais elevada de ideação suicida.

No que concerne à quarta hipótese, através da correlação r de *Pearson*, verificou-se que quanto maior a insatisfação com o suporte social, maiores são os níveis de sintomatologia depressiva ($r = -.449$; $p < .0001$).

No estudo realizado por Claudino et al., em que também se relacionaram as variáveis suporte social e depressão, verificou-se que quanto maior o Índice de Depressão de Beck, menor é o suporte social, sendo os valores obtidos estaticamente significativos, o que levou estes autores a pensar que quanto menor for a intimidade que o adolescente tiver com aqueles que o rodeiam e quanto menor for a satisfação com a família, com os amigos e a participação nas actividades sociais, maior será o nível de sintomatologia depressiva, uma vez que as bases para o bem-estar do jovem estão, de certa forma, afectadas.

Relativamente à quinta hipótese, o resultado do coeficiente de correlação r de *Pearson* ($r = -.282$; $p < .0001$), revelou que quanto maior a insatisfação com o suporte social, maiores são os níveis de ideação suicida.

Igualmente, o resultado do coeficiente de correlação r de *Pearson* confirma a sexta hipótese de que quanto maior é o nível de sintomatologia depressiva, maior é a ideação suicida ($r = -.338$; $p < .0001$).

Stewart et al. (cit. in Borges & Werlang, 2006) demonstraram que as pontuações do Inventário de Depressão de Beck (BDI) explicam 33 % da variância de ideação suicida na adolescência. Conforme foi referido anteriormente, quanto maior a insatisfação com o suporte social, maiores são os níveis de sintomatologia depressiva e, conseqüentemente, maiores são os níveis de ideação suicida. Por este motivo, vários estudiosos sobre a temática do suicídio, tanto no que se refere à população geral como à população clínica, também estimam que a depressão seja um importante factor, o qual está envolvido com a predição de ideação suicida em adolescentes (Beck, Brown, & Steer; Beck, Steer, & Grisham; Burge & Lester; Feijó; Gutierrez, Muehlenkam, Konick, & Osman; Hendin; Hovey & King; Joiner et al.; Kisch, Leivo, & Silverman; Konick & Gutierrez; Kumar & Steer; Maris et al.; McGee, Williams, & Nada-Raja; Nugent & Williams; Sampson & Mrazek; Schotte & Clum; Shaffer & Pfeffer; Thompson, Moody, & Eggert; Wong, Stewart, Ho, Rao, & Lam; Yang & Clum) (cit. in Borges & Werlang, 2006). Especificamente sobre a depressão *major*, Hauenstein (cit. in Borges & Werlang, 2006) menciona que este diagnóstico é bastante comum na adolescência, aumentando os riscos de ideação suicida. Dessa forma, a ideação suicida, segundo Carlson e

Cantwell (cit. in Borges & Werlang, 2006), pode servir como um parâmetro da severidade de depressão.

Krause, Liang e Yatomí (cit. in Batista, Batista & Dias, 2001) sugerem que as desordens psicológicas, particularmente, a sintomatologia depressiva, pode ser provocada pela insatisfação do adolescente com o suporte fornecido pelo seu grupo social. Na verdade, Rubin et al. (cit. in Batista, Batista & Dias, 2001) referem que os relacionamentos sociais construtivos com os membros da família e amigos, podem desencadear sentimentos de bem-estar no adolescente, prevenindo o risco de depressão.

8 - Considerações Finais

Ao longo do trabalho, surgiram algumas limitações e alguns aspectos que poderiam ter sido abordados de outro modo, os quais serão expressos, para que em futuras investigações não se incida nesses equívocos.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, concretamente nas variáveis de caracterização, com uma série de questões fechadas, o que desde aí, já constituiu limitação, deveria ter incluído, não só o “local de origem”, mas também o local onde o estudante se encontrava nesse momento a viver; na realidade um estudante pode ser originário do Porto, por exemplo, e ter vindo viver para Lisboa, muito cedo com a família. Esta foi uma questão que os sujeitos sempre colocaram no decorrer do preenchimento dos questionários à qual, desde logo, foi explicado que seria importante distinguir o facto de eles estarem a viver em Lisboa com a família ou se a sua família estaria longe.

De notar, ainda, que a literatura aponta para a existência de diferenças significativas entre os géneros, o que deveria ter sido objecto de análise no presente estudo.

Outra limitação foi a dificuldade na obtenção do tamanho da amostra pretendida, uma vez que havia estudantes do primeiro ano da Faculdade com idade superior à faixa etária determinada para o presente estudo. Ainda se pode apontar o facto de ter sido um estudo realizado apenas numa faculdade de Lisboa, com uma amostra por conveniência, o que supõe que a interpretação dos resultados seja cautelosa. Desta forma, seria pertinente englobar jovens de várias faculdades e uma amostra de maior dimensão.

9 - Referências Bibliográficas

Almeida, N (2005). *Ideação Suicida em Estudantes do Ensino Superior*. Acedido em 23 de Março de 2008, em: http://www.spsuicidologia.pt/biblioteca/artigos_dt.php?artigoID=16.

Ballone, G. (2005). *Depressão*. Acedido em: 3 de Janeiro de 2008, em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=299&sec=26>.

Baptista, M. N., Baptista, Adriana S. D. e Torres, E. C. R. (2008). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psicologia*. **7 (1)**: 39-48. Acedido em 15 de Maio de 2008, em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1676-7314.

Baptista, M. N., Baptista, Adriana S. D. e Dias, R. R. (2008). Estrutura e suporte familiar como factores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. prof.*. **21 (2)**: 52-61. Acedido em 14 de Junho de 2008, em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1414-9893.

Beck, A. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Zahar. Rio de Janeiro.

Borges, V. R. e Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, **7 (2)**: 195-209. Acedido em 3 de Janeiro de 2008, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a04.pdf>

Carvalho, S. e Pimentel, P. (2003). Ideação Suicida e Tentativas de Suicídio em Doentes com Perturbação de Pânico. *Psiquiatria Clínica*. **24(1)**: 47-54.

Claudino, J., Cordeiro, R., Arriaga, M.. *Depressão e Suporte Social em adolescentes e jovens adultos*. Acedido em 14 de Fevereiro de 2008, em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/14.pdf>.

Claudino, J., Cordeiro, R., Arriaga, M.. *Suporte Social e Comportamentos Aditivos em adolescentes e pré-universitários*. Acedido em: 14 de Fevereiro de 2008, em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2007/pdfs/06.pdf>.

Cláudio, V. (1990). *O processo de esquecimento na depressão*. Comunicação apresentada no II Colóquio de Psicologia Clínica, ISPA.

Coimbra de Matos (2001). *A Depressão Climepsi*. Lisboa.

Dias, M. G. F. e Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Doro, R. e Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. 1º edição, Climepsi. Lisboa.

Ferreira, J.A. e Castela, M.C. (1999). Questionário da Ideação Suicida (QIS). In: M.R. Simões, M.M., Gonçalves e L.S., Almeida (eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, (Vol. II) (pp. 123/130). Sistemas Humanos e organizacionais, Lda. Braga.

Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia – o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (2ª ed.). Edições Afrontamento. Porto.

Frances, A. e Ross, R. (2004). Casos Clínicos. *DSM-IV-TR - Guia para o diagnóstico diferencial*. Climepsi. Lisboa.

Gorestein, C., Andrade, L. (2002). *Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português*. Acedido em: 12 de Dezembro de 2007, em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm>.

Gouveia-Pereira, M. (1995). *A percepção do papel de grupo de pares nas tarefas de desenvolvimento em adolescentes e pais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. ISPA. Lisboa.

Hallstrom, C. e McClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão, perguntas e repostas*. Climepsi. Lisboa.

Ladame, F. et al. (1995). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson.

Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Climepsi. Lisboa.

Mendes, R., Vieira, M., Horta, M., Oliveira, R. A. (2003). Risco de suicídio em condutores adolescentes. *Análise Psicológica*, **4(XXI)**: 465-474. Acedido em 3 de Fevereiro de 2008, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n4/v21n4a05.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, (Vol. I): Prioridades. Lisboa.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, (Vol. II): Orientações estratégicas. Lisboa.

Ministério da Saúde (2006). *A Depressão*. Acedido em 4 de Março de 2008, em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressa.o.htm>

Nunnally, Jum e Bernstein, Ira H. (1994). *Psychometric Theory*. 3th ed.. McGraw-Hill. United States of America.

Oliveira, A., Amâncio, L. e Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, **19 (4)**: 509-521. ISSN 0870-8231.

Oliveira, A., Carvalho, A. et al. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Suicidiologia. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra.

Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*. **3: XVII**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. Acedido em: 12 de Dezembro de 2007, em: <http://paisribeiro.googlepages.com/esss.pdf>

Sá, D. e Werlang, B. S. (2007). Homicídio seguido de suicídio em Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, **24(2)**: 181-189. Acedido em 3 de Janeiro de 2008, em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200005&lng=entarget=blanktarget=blank&nrm=iso&tlng=entarget=blanktarget=blank

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Caminho. Lisboa.

Sampaio, D. (2002). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psicologica*, 31, 85-92.

Sampaio, D. *et al.* (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII): 139-155.

Sani, A. I. (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, XLI (180): 849-864. Acedido em 4 de Abril de 2008, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n180/n180a07.pdf>

Santos, N. e Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3): 187-194.

Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Quarteto. Coimbra.

Shneidman, E. S. (1999). Perturbation and lethality: a psychological approach to assessment and intervention. In D. G. Jacobs. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp.83-97). San Francisco: Jossey-Bass.

Shneidman, E. S. (2001). This I Believe In *Comprehending Suicide: Landmarks in 20th Century Suicidology* (pp.199-203). Washington, DC: American Psychological Association.

Wilkinson, G., Moore, B. e Moore, P. (2003). *Tratar a Depressão*. Climepsi. Lisboa

Anexos

ANEXO I – *Outputs* da análise estatística

Output 1 - Distribuição dos sujeitos por idade e género

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	Masculino
Idade	18	Count	19	26	45
		% of Total	12,9%	17,7%	30,6%
	19	Count	9	29	38
		% of Total	6,1%	19,7%	25,9%
	20	Count	11	26	37
		% of Total	7,5%	17,7%	25,2%
	21	Count	9	18	27
		% of Total	6,1%	12,2%	18,4%
Total		Count	48	99	147
		% of Total	32,7%	67,3%	100,0%

Output 2 – Média, desvio padrão, mínimo e máximo da idade dos sujeitos

N	Valid	147
	Missing	0
Mean		19,31
Median		19,00
Std. Deviation		1,097
Minimum		18
Maximum		21

Output 3 - Coeficiente KMO e teste esfericidade de Bartlett para o BDI

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,893
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1473,312
	df	210
	Sig.	,000

Output 4 - Variância Explicada para o BDI

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8,632	41,104	41,104	6,176	29,408	29,408
2	1,689	8,044	49,148	4,145	19,740	49,148
3	1,128	5,372	54,520			
4	1,042	4,964	59,484			
5	,869	4,139	63,622			
6	,841	4,005	67,627			
7	,772	3,675	71,302			
8	,725	3,452	74,754			
9	,653	3,111	77,864			
10	,620	2,950	80,814			
11	,571	2,720	83,534			
12	,536	2,552	86,086			
13	,449	2,136	88,222			
14	,428	2,040	90,262			
15	,398	1,894	92,157			
16	,360	1,715	93,872			
17	,331	1,578	95,450			
18	,325	1,546	96,996			
19	,239	1,136	98,132			
20	,215	1,025	99,158			
21	,177	,842	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Output 5 - Consistência Interna do BDI

Cronbach's Alpha	N of Items
,908	22

Output 6 - Coeficiente KMO e teste esfericidade de Bartlett para a ESSS

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,792
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1330,232
	df	171
	Sig.	,000

Output 7 - Variância Explicada para a ESSS

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,632	29,644	29,644	3,743	19,702	19,702
2	2,902	15,272	44,916	3,613	19,015	38,717
3	1,811	9,531	54,447	2,218	11,675	50,392
4	1,346	7,085	61,532	2,117	11,140	61,532
5	1,077	5,668	67,199			
6	,971	5,109	72,309			
7	,751	3,955	76,263			
8	,737	3,877	80,141			
9	,574	3,020	83,160			
10	,543	2,858	86,019			
11	,485	2,552	88,570			
12	,428	2,255	90,825			
13	,362	1,906	92,731			
14	,312	1,640	94,371			
15	,257	1,354	95,724			
16	,248	1,304	97,029			
17	,225	1,185	98,214			
18	,185	,974	99,188			
19	,154	,812	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Output 8 - Solução Factorial com rotação Ortogonal Varimax
Rotated Component Matrix(a)

	Component			
	1	2	3	4
ss1	,176	,526	,054	,051
ss2	-,064	,405	,727	,062
ss3	,179	,564	,388	,146
ss4	,805	,171	,000	,002
ss5	,806	,132	,028	,043
ss6	,357	,638	-,142	-,067
ss7	-,010	,398	,614	-,142
ss8	-,236	,410	,130	-,052
ss9	,534	,020	-,019	,423
ss10	,135	-,044	,326	,748
ss11	,376	-,005	,083	,786
ss12	,812	,102	,200	,229
ss13	,257	,011	,794	,308
ss14	,535	-,011	,466	,300
ss15	,811	,164	,088	,042
ss16	,077	,755	,230	,008
ss17	,106	,838	,131	,039
ss18	,142	,735	,136	,124
ss19	-,207	,471	-,149	,669

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a Rotation converged in 8 iterations.

Output 9 - Consistência Interna da ESSS

Cronbach's Alpha	N of Items
,851	19

Output 10 - Consistência Interna para a Subescala Satisfação com os Amigos

Cronbach's Alpha	N of Items
,853	5

Output 11 – Correlação Item-Restante para a Subescala Satisfação com os Amigos

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ss4	,658	,829
ss5	,684	,819
ss12	,803	,794
ss14	,524	,860
ss15	,729	,813

Output 12 - Consistência Interna para a Subescala Intimidade

Cronbach's Alpha	N of Items
,783	7

Output 13- Correlação Item-Restante para a Subescala Intimidade

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ss1	,439	,769
ss3	,534	,750
ss6	,467	,767
ss8	,239	,809
ss16	,647	,728
ss17	,731	,717
ss18	,619	,739

Output 14 - Consistência Interna para a Subescala Satisfação com as Actividades Sociais

Cronbach's Alpha	N of Items
,719	3

Output 15 - Correlação Item-Restante para a Subescala Satisfação com as Atividades Sociais

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ss2	,616	,529
ss7	,484	,697
ss13	,526	,648

Output 16- Consistência Interna para a Subescala Satisfação com a Família

Cronbach's Alpha	N of Items
,681	4

Output 17 - Correlação Item-Restante para a Subescala Satisfação com a Família

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ss9	,383	,664
ss10	,517	,580
ss11	,696	,456
ss19	,301	,726

Output 18 - Correlação item-restante para a ESSS

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ss1	66,98	127,705	,408	,845
ss2	67,78	124,117	,471	,843
ss3	67,16	123,685	,593	,837
ss4	66,94	127,030	,462	,843
ss5	66,70	127,745	,462	,843
ss6	67,26	124,960	,438	,844
ss7	67,49	126,717	,400	,846
ss8	67,62	135,237	,135	,858
ss9	66,82	130,160	,379	,846
ss10	67,37	129,741	,367	,847
ss11	67,14	128,242	,436	,844
ss12	66,67	128,112	,590	,839
ss13	67,33	125,689	,504	,841
ss14	66,96	127,848	,495	,842
ss15	66,54	129,948	,515	,842
ss16	67,07	125,645	,533	,840
ss17	66,85	126,183	,580	,838
ss18	66,71	127,562	,550	,840
ss19	67,29	130,863	,290	,851

Output 19 - Coeficiente KMO e teste esfericidade de Bartlett para a Ideação Suicida

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,900
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4165,430
	df	435
	Sig.	,000

Output 20 - Variância Explicada para o QIS

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,493	51,642	51,642	15,493	51,642	51,642
2	1,881	6,268	57,910	1,881	6,268	57,910
3	1,394	4,646	62,556	1,394	4,646	62,556
4	1,326	4,419	66,976	1,326	4,419	66,976
5	1,069	3,562	70,538	1,069	3,562	70,538
6	1,033	3,444	73,982	1,033	3,444	73,982
7	,930	3,099	77,081			
8	,853	2,842	79,923			
9	,729	2,430	82,354			
10	,622	2,072	84,425			
11	,531	1,771	86,196			
12	,515	1,717	87,913			
13	,456	1,519	89,432			
14	,419	1,398	90,830			
15	,362	1,208	92,038			
16	,328	1,093	93,131			
17	,309	1,031	94,162			
18	,246	,821	94,984			
19	,208	,692	95,676			
20	,203	,676	96,352			
21	,188	,627	96,979			
22	,158	,527	97,506			
23	,155	,518	98,024			
24	,124	,415	98,439			
25	,112	,374	98,813			
26	,102	,339	99,153			
27	,079	,263	99,416			
28	,072	,241	99,657			
29	,060	,199	99,855			
30	,043	,145	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Output 21 - Consistência Interna para o QIS

Cronbach's Alpha	N of Items
,961	30

Output 22- T-Test para sintomatologia depressiva

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total Depressão	Equal variances assumed	10,013	,002	2,345	145	,020	2,844	1,213	,447	5,242
	Equal variances not assumed			2,219	91,722	,029	2,844	1,282	,299	5,390

Output 23 - Médias para a sintomatologia depressiva

Group Statistics

Origem		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total Depressão	Fora de Lisboa	67	10,12	9,585	1,171
	Dentro de Lisboa	80	7,28	4,661	,521

T-TEST GROUPS=Origem (1 2)
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=Total Depressão
 /CRITERIA=CI(.9500)

Output 24 - Distribuição das médias e desvio padrão do BDI, ESSS e QIS

		Total Depressão	ESSS Amigos	ESSS Intimidade	ESSS Actividades. Sociais	ESSS Família	Total Suporte Social	Total Ideação Suicida
N	Valid	147	147	147	147	147	147	147
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		8,57	20,27	26,05	9,84	14,65	70,82	10,57
Median		7,00	21,00	27,00	10,00	15,00	70,00	6,00
Std. Deviation		7,436	4,208	5,652	3,251	3,430	11,881	12,887
Minimum		1	6	8	3	7	44	0
Maximum		58	25	35	15	20	95	67

Output 25 - Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e idade

18-19 Anos	N	Valid	83
		Missing	0
	Mean		7,65
20-21 Anos		Std. Deviation	4,589
	N	Valid	64
		Missing	0
	Mean		9,77
		Std. Deviation	9,909

Output 26 - Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e género

Masculino	N	Valid	48
		Missing	0
	Mean		8,42
	Std. Deviation		9,875
Feminino	N	Valid	99
		Missing	0
	Mean		8,65
	Std. Deviation		5,966

Output 27- Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e a origem dos sujeitos

Fora de Lisboa	N	Valid	67
		Missing	0
	Mean		10,12
	Std. Deviation		9,585
Dentro de Lisboa	N	Valid	80
		Missing	0
	Mean		7,28
	Std. Deviation		4,661

Output 28 - Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e a existência ou não de família em Lisboa

Família Lisboa		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sim	TotDepressao	101	1	58	8,37	7,851
	Valid N (listwise)	101				
Não	TotDepressao	46	2	28	9,02	6,493
	Valid N (listwise)	46				

Output 29 - Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e “quem é a família”

Quem é a Família Agrupada (5Grupos)		N	Mean	Std. Deviation
.	TotDepressao	1	4,00	.
	Valid N (listwise)	1		
1	TotDepressao	59	6,88	4,119
	Valid N (listwise)	59		
3	TotDepressao	9	6,56	4,953
	Valid N (listwise)	9		
4	TotDepressao	16	13,44	14,175
	Valid N (listwise)	16		
5	TotDepressao	16	10,06	9,427
	Valid N (listwise)	16		
6	TotDepressao	46	9,02	6,493
	Valid N (listwise)	46		

Output 30 - Distribuição das médias e desvio padrão do BDI e o tipo de relação com a família

Muito má	N	Valid	1
		Missing	0
	Mean		3,00
Má	N	Valid	2
		Missing	0
	Mean		8,50
	Std. Deviation		2,121
Boa	N	Valid	66
		Missing	0
	Mean		8,71
	Std. Deviation		8,740
Muito boa	N	Valid	32
		Missing	0
	Mean		7,81
	Std. Deviation		6,082
Nenhuma	N	Valid	46
		Missing	0
	Mean		9,02
	Std. Deviation		6,493

Output 31- Distribuição das médias e desvio-padrão do BDI e o tipo de relação com a família agrupada

Não Satisfatória	N	Valid	49
		Missing	0
	Mean		8,88
	Std. Deviation		6,353
Satisfatória	N	Valid	98
		Missing	0
	Mean		8,42
	Std. Deviation		7,949

Output 32 - T-Test para a satisfação com o suporte social

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total Suporte Social	Equal variances assumed	,001	,981	-4,286	145	,000	-7,972	1,860	-11,649	-4,296
	Equal variances not assumed			-4,281	139,788	,000	-7,972	1,862	-11,655	-4,290

Output 33 - Médias para a satisfação com o suporte social

Origem		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total Suporte Social	Fora de Lisboa	67	66,48	11,320	1,383
	Dentro de Lisboa	80	74,45	11,158	1,248

T-TEST GROUPS=Origem(1 2)
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=Total Suporte Social
 /CRITERIA=CI(.9500).

Output 34 - t teste do suporte social e subescalas com o local de origem

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SSTotAmigos	Equal variances assumed	3,486	,064	-4,138	145	,000	-2,736	,661	-4,043	-1,429
	Equal variances not assumed			-4,066	127,296	,000	-2,736	,673	-4,068	-1,405
SSTotIntimidade	Equal variances assumed	1,115	,293	-3,518	145	,001	-3,172	,901	-4,953	-1,390
	Equal variances not assumed			-3,458	127,774	,001	-3,172	,917	-4,986	-1,357
SSTotSociais	Equal variances assumed	3,570	,061	-,128	145	,899	-,069	,540	-1,137	,999
	Equal variances not assumed			-,130	144,993	,897	-,069	,532	-1,121	,983
SSTotFamília	Equal variances assumed	2,598	,109	-3,659	145	,000	-1,995	,545	-3,073	-,918
	Equal variances not assumed			-3,694	144,282	,000	-1,995	,540	-3,063	-,928
TotSupSocial	Equal variances assumed	,001	,981	-4,286	145	,000	-7,972	1,860	-11,649	-4,296
	Equal variances not assumed			-4,281	139,788	,000	-7,972	1,862	-11,655	-4,290

Output 35 - Médias do suporte social e subescalas

Group Statistics					
	Origem	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SSTotAmigos	Fora de Lisboa	67	18,78	4,410	,539
	Dentro de Lisboa	80	21,51	3,607	,403
SSTotIntimidade	Fora de Lisboa	67	24,33	5,996	,733
	Dentro de Lisboa	80	27,50	4,935	,552
SSTotSociais	Fora de Lisboa	67	9,81	2,950	,360
	Dentro de Lisboa	80	9,88	3,502	,392
SSTotFamilia	Fora de Lisboa	67	13,57	3,096	,378
	Dentro de Lisboa	80	15,56	3,449	,386
TotSupSocial	Fora de Lisboa	67	66,48	11,320	1,383
	Dentro de Lisboa	80	74,45	11,158	1,248

Output 36 - Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e idade

Idade Agrupada			ESSS Amigos	ESSS Intimidade	ESSS Actividades. Sociais	ESSS Família	Total Suporte Social
18-19 Anos	N	Valid	83	83	83	83	83
		Missing	0	0	0	0	0
	Mean	20,54	26,40	9,88	15,12	71,94	
	Std. Deviation	3,939	5,829	3,066	2,998	11,094	
20-21 Anos	N	Valid	64	64	64	64	64
		Missing	0	0	0	0	0
	Mean	19,91	25,61	9,80	14,05	69,36	
	Std. Deviation	4,538	5,427	3,501	3,860	12,772	

Output 37 - Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e género

Sexo			ESSS Amigos	ESSS Intimidade	ESSS Actividades. Sociais	ESSS Família	Total Suporte Social
Masculino	N	Valid	48	48	48	48	48
		Missing	0	0	0	0	0
	Mean	20,04	26,85	10,04	14,23	71,17	
	Std. Deviation	4,227	5,086	3,080	3,321	11,040	
Feminino	N	Valid	99	99	99	99	99
		Missing	0	0	0	0	0
	Mean	20,37	25,67	9,75	14,86	70,65	
	Std. Deviation	4,215	5,892	3,342	3,479	12,319	

Output 38 - Distribuição das médias e desvio-padrão da ESSS e origem

Origem			ESSS Amigos	ESSS Intimidade	ESSS Actividades. Sociais	ESSS Família	Total Suporte Social
Fora de Lisboa	N	Valid	67	67	67	67	67
		Missin g	0	0	0	0	0
	Mean		18,78	24,33	9,81	13,57	66,48
	Std. Deviation		4,410	5,996	2,950	3,096	11,320
Dentro de Lisboa	N	Valid	80	80	80	80	80
		Missin g	0	0	0	0	0
	Mean		21,51	27,50	9,88	15,56	74,45
	Std. Deviation		3,607	4,935	3,502	3,449	11,158

Output 39 - Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e a existência ou não de “família em Lisboa”

Família Lisboa		N	Mean	Std. Deviation
Sim	SSTotAmigos	101	21,09	4,015
	SSTotIntimidade	101	27,08	4,937
	SSTotSociais	101	9,90	3,534
	SSTotFamília	101	15,27	3,515
	TotSupSocial	101	73,34	11,744
	Valid N (listwise)	101		
Não	SSTotAmigos	46	18,46	4,092
	SSTotIntimidade	46	23,80	6,476
	SSTotSociais	46	9,72	2,553
	SSTotFamília	46	13,30	2,827
	TotSupSocial	46	65,28	10,293
	Valid N (listwise)	46		

Output 40 - Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e “quem é a família”

Quem é a Família Agrupada (5Grupos)		N	Mean	Std. Deviation
.	SSTotAmigos	1	23,00	.
	SSTotIntimidade	1	28,00	.
	SSTotSociais	1	11,00	.
	SSTotFamilia	1	17,00	.
	TotSupSocial	1	79,00	.
	Valid N (listwise)	1		
	1	SSTotAmigos	59	21,69
SSTotIntimidade		59	28,05	4,121
SSTotSociais		59	9,98	3,574
SSTotFamilia		59	15,41	3,394
TotSupSocial		59	75,14	10,463
Valid N (listwise)		59		
3		SSTotAmigos	9	22,89
	SSTotIntimidade	9	25,11	6,698
	SSTotSociais	9	9,33	4,359
	SSTotFamilia	9	12,67	3,464
	TotSupSocial	9	70,00	12,450
	Valid N (listwise)	9		
	4	SSTotAmigos	16	19,25
SSTotIntimidade		16	24,69	5,534
SSTotSociais		16	10,56	3,346
SSTotFamilia		16	15,00	3,950
TotSupSocial		16	69,50	13,555
Valid N (listwise)		16		
5		SSTotAmigos	16	19,56
	SSTotIntimidade	16	26,94	5,483
	SSTotSociais	16	9,19	3,351
	SSTotFamilia	16	16,37	3,181
	TotSupSocial	16	72,06	13,815
	Valid N (listwise)	16		
	6	SSTotAmigos	46	18,46
SSTotIntimidade		46	23,80	6,476
SSTotSociais		46	9,72	2,553
SSTotFamilia		46	13,30	2,827
TotSupSocial		46	65,28	10,293
Valid N (listwise)		46		

Output 41 - Distribuição das médias e desvio padrão da ESSS e o tipo de "relação com a família"

Relação Família (Agrupada)			ESSS Amigos	ESSS Intimidade	ESSS Atividades Sociais	ESSS Família	Total Suporte Social
Não Satisfatória	N	Valid	49	49	49	49	49
		Missing	0	0	0	0	0
	Mean		18,69	24,10	9,80	13,35	65,94
	Std. Deviation		4,073	6,530	2,549	2,948	10,693
Satisfatória	N	Valid	98	98	98	98	98
		Missing	0	0	0	0	0
	Mean		21,05	27,03	9,87	15,31	73,26
	Std. Deviation		4,070	4,908	3,563	3,480	11,741

Output 42 - T-Test para a ideação suicida

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total Ideação Suicida	Equal variances assumed	,003	,954	-,568	145	,571	-1,215	2,139	-5,442	3,013
	Equal variances not assumed			-,565	137,766	,573	-1,215	2,149	-5,463	3,034

Output 43 - Médias para a ideação suicida

Origem		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total Ideação Suicida	Fora de Lisboa	67	9,91	13,271	1,621
	Dentro de Lisboa	80	11,12	12,613	1,410

T-TEST GROUPS=Origem(1 2)
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=Total ideação suicida
 /CRITERIA=CI(.9500)

Output 44 - Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e idade

18-19 Anos	N	Valid	83
		Missing	0
	Mean		10,63
	Std. Deviation		12,683
20-21 Anos	N	Valid	64
		Missing	0
	Mean		10,50
	Std. Deviation		13,246

Output 45 - Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e o género

Masculino	N	Valid	48
		Missing	0
	Mean		8,33
	Std. Deviation		9,917
Feminino	N	Valid	99
		Missing	0
	Mean		11,66
	Std. Deviation		14,021

Output 46 - Distribuição das médias e desvio-padrão do QIS e a origem

Fora de Lisboa	N	Valid	67
		Missing	0
	Mean		9,91
	Std. Deviation		13,271
Dentro de Lisboa	N	Valid	80
		Missing	0
	Mean		11,13
	Std. Deviation		12,613

Output 47 - Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e a existência ou não de “família em Lisboa”

Família Lisboa		N	Mean	Std. Deviation
Sim	Total ideação suicida	101	10,98	12,558
	Valid N (listwise)	101		
Não	Totideaçsuicida	46	9,67	13,681
	Valid N (listwise)	46		

Output 48 - Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e “quem é a família”

Quem é a Família Agrupada (5Grupos)		N	Mean	Std. Deviation
.	Totideaçsuicida	1	,00	.
	Valid N (listwise)	1		
1	Totideaçsuicida	59	10,59	11,924
	Valid N (listwise)	59		
3	Totideaçsuicida	9	10,33	8,109
	Valid N (listwise)	9		
4	Totideaçsuicida	16	13,94	15,678
	Valid N (listwise)	16		
5	Totideaçsuicida	16	10,50	14,222
	Valid N (listwise)	16		
6	Totideaçsuicida	46	9,67	13,681
	Valid N (listwise)	46		

Output 49 - Distribuição das médias e desvio padrão do QIS e o tipo de "relação com a família"

Não Satisfatória	N	Valid	49
		Missing	0
	Mean		10,06
	Std. Deviation		13,928
Satisfatória	N	Valid	98
		Missing	0
	Mean		10,83
	Std. Deviation		12,401

Output 50 - Correlação de *Pearson* para a satisfação com o suporte social e a sintomatologia depressiva

		Total Suporte Social	Total Depressão
Total Suporte Social	Pearson Correlation	1,000	-,449**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	147,000	147
Total Depressão	Pearson Correlation	-,449**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	147	147,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=Total Suporte Social Total Depressão
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Output 51- Correlação de *Pearson* para a satisfação com o suporte social e a ideação suicida

		Total Suporte Social	Total Ideação Suicida
Total Suporte Social	Pearson Correlation	1,000	-,282**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	147,000	147
Total Ideação Suicida	Pearson Correlation	-,282**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	147	147,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=Total Suporte Social Total ideação suicida
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE
```

Output 52 - Correlação de *Pearson* para a sintomatologia depressiva e a ideação suicida

		Total Depressão	Total Ideação Suicida
Total Depressão	Pearson Correlation	1,000	,338**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	147,000	147
Total Ideação Suicida	Pearson Correlation	,338**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	147	147,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo II - Inventário da Depressão de Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

Não há respostas erradas nem correctas. Não deixe questões em branco. Este questionário será confidencial e anónimo. Seja o mais sincero possível.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não Consigo suportar.

2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
2 Sinto que não tenho nada a esperar.
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
1 Sinto que falhei mais do que um individuo médio.
2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
3 Sinto que sou um completo fracasso.

4. 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.
1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).
1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Sinto que mereço ser punido(a).
3 Sinto que estou a ser punido(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Eu odeio-me.

8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11. 0 Não me irrita mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar adormecer.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.
Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos.
Sim__ Não__
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupe-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Idade: _____

Sexo: F__ M__

Local de origem: _____

Tem família em Lisboa: S__N__

Quem são a família: Irmãos __

Avós __

Tios __

Outros __

Que tipo de relação tem com ela: Muito Má __

Má __

Boa __

Muito Boa __

Anexo III - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A seguir vai encontrar uma lista com várias afirmações. Leia atentamente e assinale com uma cruz a resposta que melhor expresse a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem qualquer apoio.					
2. Não saio com os meus amigos tantas vezes quantas eu gostaria.					
3 Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.					
4 Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
5 Nas situações de emergência, em que necessito de apoio, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
6 Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
7 Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam (por exemplo, ir ao cinema, ao café, a uma discoteca, etc.).					
8 Gostava de participar mais em actividades de organizações (por exemplo clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).					
9 Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.					
10 Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
11 Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.					
12 Estou satisfeito com a relação que tenho com os meus amigos.					

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
13 Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
14 Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
15 Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.					
16 Os meus amigos não me convidam tantas vezes quantas eu gostaria para ir ao cinema, ao café, etc.					
17 Frequentemente estou sozinho em casa porque os meus amigos têm sempre muito que fazer.					
18 Frequentemente ligo para os meus amigos e estes mostram-se indisponíveis a maior parte das vezes.					
19 Sinto a falta do convívio familiar (por exemplo, jantar com todos à mesa).					

Anexo IV - Questionário de Ideação Suicida (QIS)

A seguir vai encontrar uma lista de pensamentos que algumas pessoas costumam ter. Leia com atenção e assinale a resposta que melhor expresse os seus pensamentos.

	Nunca	Quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
1. Pensei que seria melhor não estar vivo.							
2. Pensei suicidar-me.							
3. Pensei na maneira como me suicidaria.							
4. Pensei quando me suicidaria.							
5. Pensei em pessoas a morrerem.							
6. Pensei na morte.							
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.							
8. Pensei em escrever um testamento.							
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							
12. Desejei estar morto.							
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							

	Nunca	Quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto (a).							
16. Desejei ter coragem para me matar.							
17. Desejei nunca ter nascido.							
18. Pensei que se tivesse uma oportunidade me suicidaria.							
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.							
20. Pensei em matar-me mas não o faria.							
21. Pensei em ter um acidente grave.							
22. Pensei que a vida não valia a pena.							
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.							
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocupar-se comigo.							
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo (a) ou morto (a).							
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.							
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.							

	Nunca	Quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
29.Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.							
30.Desejei ter o direito de me matar.							

Contactos: Hospital Santa Maria – Avenida Prof. Egas Moniz, Lisboa. Telefone (geral): 21 790 12 00;
Tel./fax (directo): 21 780 51 37. e-mail: info@tu-importas.com.

Anexo V - Versão final da ESSS

Versão Final da ESSS

Subescala	Descrição do item
Satisfação com os Amigos	<p>4 - Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer</p> <p>5- Nas situações de emergência, em que necessito de apoio, tenho várias pessoas a quem posso recorrer</p> <p>12- Estou satisfeito com a relação que tenho com os meus amigos.</p> <p>14 - Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.</p> <p>15 - Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.</p>
Intimidade	<p>1 - Por vezes sinto-me só no mundo e sem qualquer apoio. Não saio com os meus amigos tantas vezes quantas eu gostaria.</p> <p>3 - Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria</p> <p>6 - Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.</p> <p>8 - Gostava de participar mais em actividades de organizações (por exemplo clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).</p> <p>16 - Os meus amigos não me convidam tantas vezes quantas eu gostaria para ir ao cinema, ao café, etc.</p> <p>17 - Frequentemente estou sozinho em casa porque os meus amigos têm sempre muito que fazer.</p> <p>18 - Frequentemente ligo para os meus amigos e estes mostram-se indisponíveis a maior parte das vezes.</p>
Actividades sociais	<p>2 - Não saio com os meus amigos tantas vezes quantas eu gostaria.</p> <p>7 - Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam (por exemplo, ir ao cinema, ao café, a uma discoteca, etc.).</p> <p>13 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos</p>
Satisfação com a família	<p>9 - Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.</p> <p>10 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.</p> <p>11 - Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.</p> <p>19 - Sinto a falta do convívio familiar (por exemplo, jantar com todos à mesa)..</p>

Anexo VI – Propriedades Psicométricas das escalas

Para a validade de *constructo*, que consiste em validar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida, recorreu-se à análise factorial em componentes principais (ACP), seguida de rotação ortogonal pelo método *varimax*, a qual proporciona informação acerca dos valores próprios, da quantidade da variância explicada por cada factor e das saturações de cada variável em cada factor.

A adequação desta técnica às variáveis que constituem cada uma das escalas foi avaliada através do coeficiente *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), o qual compara as correlações simples com as parciais observadas. Um KMO próximo de um indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores perto de zero indicam que a análise factorial não deverá ser prosseguida, já que existe uma correlação fraca entre as variáveis.

Valores do *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO)

KMO	Análise factorial
1 – 0,9	Muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Média
0,6 – 0,7	Razoável
0,5 – 0,6	Má
< 0,5	Inaceitável

Como critério para a retenção do factor (critério de *Kaiser*), os itens das escalas foram analisados factorialmente utilizando valores próprios com um mínimo de um. Além deste critério, baseando-se no princípio da descontinuidade (Bryman, 1993), utilizou-se o teste gráfico proposto por Cattell, o qual é considerado mais fidedigno.

Foram testadas diferentes estruturas factoriais, e especificamente na ESSS, na extracção dos factores, foi tida em consideração a perspectiva teórica subjacente e os resultados de análises factoriais realizadas. Considerou-se que a saturação dos itens nas respectivas subescalas seria superior a .30, pois o pressuposto básico, de acordo com *Cronbach* (1990), é o de que correlações altas no mesmo factor indicam que os itens estão a medir algo em comum.