

Perceção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos

Ana Teresa Sobrinho* / Rui C. Campos*

* Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora

Este trabalho teve como objetivo testar dois modelos de previsão do risco de suicídio que assumem que a depressão medeia a relação entre a frequência e a intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio. Foi controlado o efeito da idade e do género dos participantes. Os dados foram recolhidos em dois momentos diferentes com um intervalo de cinco meses. Participaram 165 jovens adultos (41 homens e 121 mulheres) que responderam ao *Life Experiences Survey*, à Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos e ao Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto. Os dois modelos de equações estruturais testados ajustam-se aos dados de forma satisfatória. A depressão medeia a relação entre a frequência e a intensidade dos acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio. Os resultados são discutidos nas suas implicações para a prática clínica, demonstrando a importância de avaliar a história de vida recente do indivíduo relativamente à percepção que este tem de determinados experiências de vida, dado que estas podem conduzir à depressão que por sua vez aumento o risco suicidário.

Palavras-chave: Acontecimentos de vida negativos, Depressão, Risco de suicídio, Jovens adultos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) o suicídio constitui uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. Em cada ano morre quase um milhão de pessoas por suicídio. É esperado que em 2020 o suicídio atinja uma percentagem de 2.4% do total de mortalidade em todo o mundo. A estes dados acresce que as tentativas de suicídio não consumadas atingem um valor até cerca de 20 vezes superior ao suicídio consumado (Fotti, Katz, Afifi, & Cox, 2006). Na entrada na vida adulta o risco de suicídio exacerba-se (e.g., Hooven, Snedker & Thompson, 2012; Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005; Nock et al., 2008) constituindo a segunda causa de morte em todo o mundo (OMS, 2012).

O aumento do risco de suicídio neste período desenvolvimental (adultícia jovem) pode ter a ver, em grande parte, com a ocorrência de diversos acontecimentos de vida significativos, que podem em alguns indivíduos ter um impacto desestruturante. Quando o indivíduo não consegue manter o equilíbrio interno e um sentimento de bem-estar psicológico em resposta a um aumento do stress, o desenvolvimento de algum tipo de psicopatologia pode ocorrer (e.g., Allam, 2011; Garrouette et al., 2003; Marshal, 2003; O'Donnell, O'Donnell, Wardlaw, & Stueve, 2004), sendo a sintomatologia depressiva muito frequente (e.g., Galambos, Barker, & Krahn, 2006; Mongrain & Zuroff, 1994).

Não são os acontecimentos de vida só por si que podem conduzir a alterações emocionais, mas sim a forma como são percebidos pelo indivíduo. Segundo Sarason, Johnson e Siegel (1978) os

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Rui C. Campos, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Apartado 94, 7002-554 Évora. E-mail: rccampos@uevora.pt

acontecimentos de vida não apresentam por si só uma conotação positiva ou negativa; a conotação depende da percepção que o indivíduo tem dos mesmos. Assim, um mesmo acontecimento poderá constituir-se como um fator de risco para a desorganização mental num determinado indivíduo, enquanto que para outro, poderá não ter um impacto significativo no seu funcionamento. De qualquer forma, o nível de mal-estar será mais intenso quanto mais inesperados e significativos forem os acontecimentos para o indivíduo (Marshall, 2003).

Os comportamentos suicidários podem manifestar-se muitas vezes como uma resposta ao stress provocado por determinados acontecimentos de vida (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Heikkinen et al., 1997; Paykel, Prusoff, & Myers, 1975). Os níveis de stress podem tornar-se excessivamente intensos relativamente aos recursos de que o indivíduo dispõe para fazer face ao mal-estar experimentado e manter o equilíbrio emocional (Allam, 2011; Khan, Mahmud, Karim, Zaman, & Prince, 2008). Quando isto acontece o indivíduo pode não conseguir encontrar uma resposta adaptativa, podendo *desejar morrer* como estratégia de fuga/evitamento do sofrimento psicológico sentido (Campos & Holden, 2015; Coimbra de Matos, 2001).

O presente estudo pretende avaliar o impacto que a percepção dos acontecimentos de vida como negativos pode ter no risco suicidário. Será considerada, quer a frequência de um conjunto de acontecimentos de vida relevantes, quer a sua intensidade.

A investigação empírica (e.g., Allam, 2011; Heikkinen, Aro, & Lönnqvist, 1994; McAuliffe, Corcoran, Keeley, & Perry, 2003) tem identificado acontecimentos de vida que se relacionam de forma sistemática com o risco de suicídio e com a psicopatologia. Pode considerar-se que os acontecimentos de vida negativos constituem uma causa *proximal* para a psicopatologia, em geral, e para a depressão, em particular (e.g., Blatt, 2004). De acordo com Blatt (2004), a depressão resultaria da interação entre fatores internos – fatores de vulnerabilidades – e factores externos – como os acontecimentos de vida negativos. Diversos autores (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999) acrescentam que o valor explicativo dos acontecimentos de vida na etiologia da depressão depende do *stress* experimentado pelo indivíduo, uma vez que o *stress* tem um efeito de ativação dessa vulnerabilidade (Blatt, 2004). Por outro lado, considerável investigação empírica (e.g., Campos, Besser, & Blatt, 2012, 2013; Dixon, Heppner, & Anderson, 1991; Galambos et al., 2006; Yen et al., 2003) tem relacionado a depressão com o risco de suicídio.

De entre os acontecimentos de vida que se associam com o risco de suicídio destacam-se, como mais relevantes em jovens adultos, a ocorrência de mortes ou doenças de familiares e/ou amigos próximos, assim como problemas de saúde do próprio. No trabalho de Fergusson, Woodward e Horwood (2000) com indivíduos que tentaram o suicídio, este tipo de acontecimentos de vida foi referido por 80% dos participantes. Fergusson et al. (2000) referem que este tipo de resultado se deve muito provavelmente ao impacto muito negativo que acontecimentos de carácter não normativo têm na população em estudo, isto é, de acontecimentos não esperados neste período desenvolvimental (Allam, 2011; Marshall, 2003).

Também as alterações na esfera relacional são apontadas como podendo gerar sintomatologia depressiva, devido ao sentimento de perda e separação, podendo contribuir para o risco de suicídio. De entre os aspetos relacionais com maior impacto para o jovem adulto destaca-se o término de relações amorosas (Fergusson et al., 2000); problemas familiares (Fergusson et al., 2000; Linda, Marroquín, & Miranda, 2012); problemas com familiares dos parceiros amorosos (Fergusson et al., 2000; O'Donnell et al., 2004) e a saída de casa dos pais (Fergusson et al., 2000).

As alterações nos hábitos de sono, nomeadamente a diminuição das horas de sono, são relatadas como constituindo uma resposta ao *stress* muito frequente em adolescentes e jovens adultos (Heikkinen et al., 1997). No que respeita aos aspetos académicos, Allam (2011) constatou numa amostra de estudantes do ensino secundário que, independentemente das alterações nesta esfera serem percecionadas como positivas ou negativas, acarretam sempre um aumento dos níveis de *stress*, exigindo ao indivíduo capacidade de resiliência e adaptação para garantir o bem-estar físico

e psicológico. Também os padrões e expectativas sociais parecem influenciar a forma como o indivíduo percebe os acontecimentos que vivencia. Martins (2007) observou, num estudo qualitativo sobre as consequências das dificuldades sexuais em estudantes universitários, que este problema é visto como muito negativo. Pode acontecer que estes jovens experimentem elevados níveis de *stress* e o desejo de morrer, de modo a fugirem do problema com que se deparam (Martins, 2007). O mesmo acontece com a vivência de alterações no nível económico (Fergusson et al., 2000), podendo acontecer que perante a diminuição do poder económico, o jovem adulto possa manifestar comportamento suicida, por não conseguir corresponder às expectativas sociais. Estes aspectos podem ser exacerbados pela perceção de alterações – no sentido da diminuição – nas atividades sociais e na ocupação dos tempos livres (Fergusson et al., 2000). Este tipo de experiências é relatado como tendo impacto no funcionamento do indivíduo, relacionando-se com o risco de suicídio. Esta relação pode ser mediada pela perceção da diminuição do apoio social, o que gera sentimentos de abandono e desorganização emocional (O'Donnell et al., 2004).

Também as alterações nas práticas religiosas podem ter uma relação com o risco de suicídio, ainda que indireta. O aumento destas práticas religiosas pode levar a uma diminuição do risco, devido, principalmente, ao dever moral de preservar a vida e estar pronto a ajudar o outro (Dervic et al., 2004; Garroute et al., 2003; O'Donnell et al., 2004).

Objetivo do estudo

O presente estudo teve como objetivo testar, em jovens adultos, dois modelos de previsão do risco de suicídio com base na frequência de um conjunto de 16 acontecimentos de vida percebidos como negativos (modelo 1, apresentado na Figura 1) e na intensidade desse mesmo conjunto de acontecimentos de vida percebidos negativos (modelo 2, apresentado na Figura 2), e no efeito mediador da depressão. Controlou-se o efeito das variáveis idade e género dos participantes.

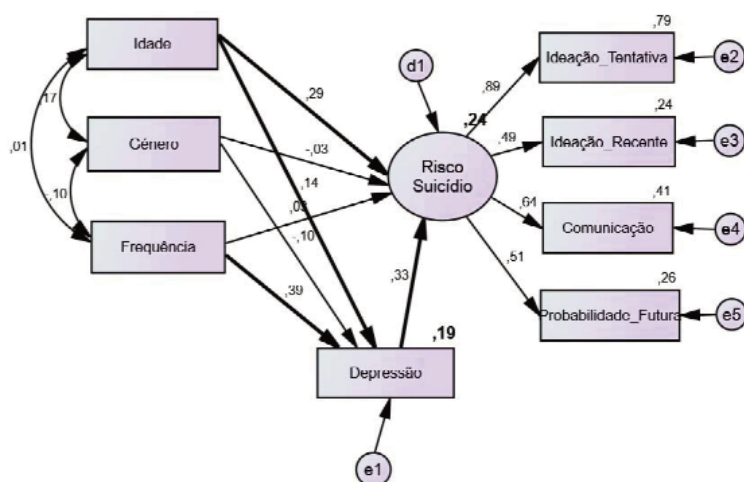


Figura 1. Representação gráfica do modelo 1 testado através da modelação de equações estruturais

O presente estudo pretendeu expandir estudos anteriores que identificaram um conjunto de acontecimentos de vida como um fator de risco proximal/situacional para o suicídio (e.g., Blatt,

2004; Fergusson et al., 2000; Galambos et al., 2006; McAuliffe et al., 2003), avaliando o impacto que a frequência e a intensidade de um conjunto de acontecimentos de vida percebidos como negativos têm no risco de suicídio. Dado que a depressão é uma variável que tem sido associada de forma sistemática ao risco suicidário (e.g., Campos et al., 2012, 2013) e à presença de acontecimentos de vida negativos (e.g., Galambos et al., 2006; Mongrain & Zuroff, 1994), no presente estudo testou-se se a depressão medeia a relação entre acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio, avaliado a partir da história de suicidalidade ao longo da vida.

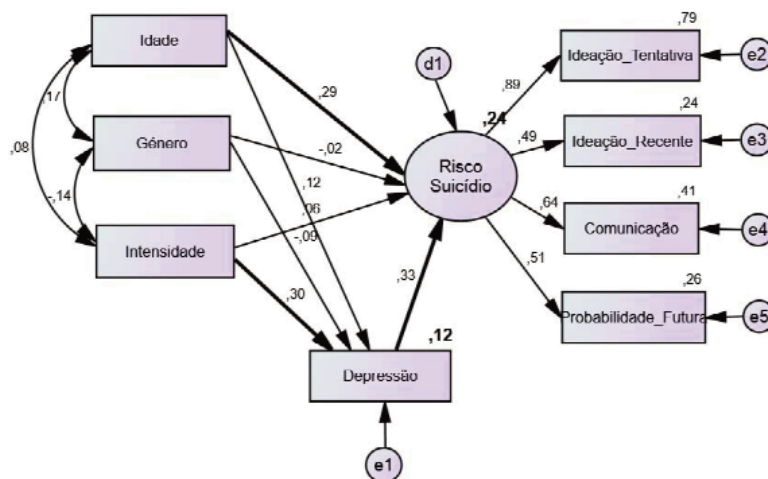


Figura 2. Representação gráfica do modelo 2 testado através da modelação de equações estruturais

Para evitar as dificuldades das metodologias transversais (*cross-sectional*) os dados foram recolhidos em dois momentos distintos com cinco meses de intervalo¹. Este intervalo de tempo foi estabelecido por conveniência e teve a ver com a possibilidade de avaliar os estudantes no início de cada semestre letivo. No momento 1 foi avaliada a depressão e a perceção dos acontecimentos de vida negativos e, no momento 2, cinco meses depois, foi avaliado o risco de suicídio. Espera-se que os modelos de equações estruturais testados se ajustem aos dados de forma satisfatória e que a depressão medeia a relação entre a frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos e risco de suicídio e entre a intensidade dos acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio.

Método

Participantes e procedimento

Participou no presente estudo uma amostra inicial de conveniência composta por 321 estudantes de uma universidade portuguesa, pertencentes a diferentes cursos. No momento 1 de recolha de

¹ Note-se, no entanto, que não se trata de um estudo longitudinal porque a variável dependente não foi avaliada no momento 1.

dados, dos 321 protocolos recolhidos excluíram-se 51 devido a erros de preenchimento/itens omissos, perfazendo um total de 270 participantes. O momento 2 de recolha de dados ocorreu em média 5 meses depois ($M=20$ semanas, $DP=4.4$ semanas). Devido à impossibilidade de emparelhamento dos protocolos recolhidos por incorreta identificação dos sujeitos ou por desistência dos participantes, resultou uma amostra no momento 2 de 205 sujeitos. Destes, 40 foram eliminados devido a erros de preenchimento/itens omissos. Deste modo, a amostra final é composta por 165 participantes, 124 do sexo feminino (75.2%) e 41 do sexo masculino (24.8%) com uma média de idades de 20.23 anos ($DP=3.16$ anos). Trinta e três por cento dos participantes frequentava o primeiro ano, 31.5% frequentava o segundo ano, 16.4% o terceiro ano, 10.9% o quarto ano e finalmente 3.0% frequentava o quinto ano do seu curso.

Os participantes voluntariaram-se a participar depois de assinar um termo de consentimento informado. Todos os protocolos foram recolhidos em contexto de sala de aula em grupo e as instruções foram apresentadas por escrito. A recolha de dados cumpriu todas as diretrizes deontológicas da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Os participantes não foram compensados monetariamente pela sua participação. Os questionários foram apresentados em ordem variável.

Instrumentos de medida

Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R). Este instrumento, desenvolvido por Osman, Bagge, Gutierrez, Konick, Kopper e Barrios (2001), foi utilizado no presente estudo para avaliar o risco suicidário. O QCS-R consiste num breve questionário de auto-resposta constituído por quatro itens de resposta múltipla. Estes itens permitiram medir quatro indicadores clínicos importantes para a avaliação do risco de suicídio: Os itens são: “Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?” (cotado de 1 a 4) que permite avaliar a ideação/tentativas anteriores de suicídio; “Com que frequência pensou matar-se no último ano?” (cotado de 1 a 5) que permite avaliar a ideação recente; “Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?” (cotado de 1 a 3) que permite avaliar a comunicação de intenção suicida; “Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?” (cotado de 0 a 6) que permite avaliar a probabilidade futura de vir a cometer uma tentativa de suicídio. Na versão original o valor de alfa de Cronbach foi de .76. A versão portuguesa (Campos et al., 2013) relevou-se adequada do ponto de vista psicométrico. Neste estudo o alfa de Cronbach para a escala total foi de .71. Os resultados totais podem variar entre 3 e 18 e neste estudo variaram entre 3 e 16. O valor total médio obtido no presente estudo foi de 4.90 ($DP=2.37$). Dezanove por cento da nossa amostra obteve um valor igual ou superior ao ponto de corte de 7 proposto por Osman et al. (2001). Na presente amostra, apenas 3.0% dos participantes indicaram tentativas de suicídio anteriores.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). A CES-D é um instrumento desenvolvido por Radloff (1977) para avaliar sintomas depressivos e que pode ser usado na população geral. Os sujeitos devem indicar a frequência com que experimentaram cada um dos 20 sintomas de depressão durante a última semana numa escala de 4 pontos (de 0 a 3). Os resultados totais podem variar entre 0 e 60. A CES-D apresenta bons níveis de consistência interna e adequada validade (e.g., Eaton, Muntaner, Smith, Tien, & Ybarra, 2004). A CES-D foi adaptado para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2004) e a versão portuguesa apresenta características psicométricas adequadas, com valores de alfa de Cronbach que variam entre .87 e .92 em diferentes amostras. No presente estudo, o coeficiente de alfa de Cronbach foi de .91.

Escala de Avaliação de Acontecimentos de Vida (LES). A LES foi uma escala desenvolvida por Sarason et al. (1978) para avaliar a perceção que os indivíduos têm relativamente a um conjunto

de acontecimentos de vida. A LES apresenta a mais-valia de não atribuir conotação positiva ou negativa aos acontecimentos de vida. Em vez disso, é o sujeito que avalia o impacto mais ou menos negativo ou positivo que tem de cada um dos acontecimentos que correspondem aos itens que a constituem (Sarason et al., 1978). Na versão original os itens podem ser respondidos numa escala de 7 pontos que vai desde o *Muito negativo* (-3 pontos) ao *Muito positivo* (3 pontos). Para além destas 7 opções de resposta, na versão portuguesa foi introduzida uma opção, não pontuável (*Não se aplica*), que permite distinguir acontecimentos que o indivíduo de facto não experimentou das respostas omissas (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003). No presente estudo considerou-se apenas um conjunto de 16 categorias de acontecimentos de vida/itens (veja-se Tabela 1) dos quarenta e sete elencados na LES, que a literatura (e.g., Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Fergusson et al., 2000; Heikkinen et al., 1994; McAuliffe et al., 2003) tem identificado como estando associados ao risco de suicídio. Em termos psicométricos, a escala de acontecimentos de vida cotados como negativos apresenta uma consistência interna de .70 (Sarason et al., 1978; Silva et al., 2003), considerada razoável (Almeida & Freire, 2003; Pestana & Gageiro, 2008). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .66. Utilizaram-se dois índices, um relativo à frequência de acontecimento de vida percebidos como negativos (número dos 16 acontecimentos de vida identificados pelo indivíduo como tendo um impacto negativo) e intensidade (média da pontuação nos itens identificados pelo indivíduo como tendo um impacto negativo).

Tabela 1

Categorias de acontecimentos de vida avaliados no estudo e respetivos itens na Escala de Avaliação de Acontecimentos de Vida (LES)

Categorias de acontecimentos de vida

- Categoria 1. Alterações nos hábitos de sono (item 4)
 - Categoria 2. Morte de um familiar (item 5a, 5b, 5c, 5d, 5f, 5g)
 - Categoria 3. Morte de um amigo próximo (item 8)
 - Categoria 4. Alterações na situação profissional/académica (item 13)
 - Categoria 5. Doença de familiares (item 15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f, 15g, 15h)
 - Categoria 6. Dificuldades sexuais (item 16)
 - Categoria 7. Problemas com a família do(a) namorado(a)/companheiro(a) (item 18)
 - Categoria 8. Alterações no nível económico (item 19)
 - Categoria 9. Problemas familiares (item 20)
 - Categoria 10. Mudança de casa (item 22)
 - Categoria 11. Alterações nas práticas religiosas (item 24)
 - Categoria 12. Alterações na ocupação dos tempos livres (item 29)
 - Categoria 13. Ser vítima de doença/acidente grave (item 35)
 - Categoria 14. Alterações nas atividades sociais (item 36)
 - Categoria 15. Terminar uma relação amorosa (item 45)
 - Categoria 16. Sair de casa pela 1ª vez (item 46)
-

Análise de dados

Como análise preliminar correlacionaram-se as variáveis a incluir no modelo entre si. Em seguida, com o *software* AMOS 21 e através da Modelação de Equações Estruturais (SEM) (Hoyle & Smith, 1994), com estimação pelo método da máxima verosimilhança, testou-se os dois modelos propostos (Figuras 1 e 2). A Modelação por Equações Estruturais permitirá, neste caso, estudar o efeito da frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos (modelo 1) e da

intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos (modelo 2) na variável dependente risco de suicídio, e o efeito mediador da variável depressão. Foi controlado o efeito da idade e do gênero nas relações entre as variáveis estudadas, introduzindo essas duas variáveis como exógenas no modelo, para além das variáveis relativas aos acontecimentos de vida. Foi especificada uma variável latente, risco de suicídio com quatro indicadores – ideação/tentativas de suicídio, ideação recente, comunicação da intenção e probabilidade futura de vir a cometer uma tentativa de suicídio – sendo as restantes variáveis no modelo variáveis observadas.

Foram considerados diversos índices para avaliar o grau de ajustamento do modelo proposto aos dados por comparação com o modelo saturado (o modelo de base que representa o ajustamento perfeito do modelo). Utilizou-se o χ^2 , o χ^2/df , o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) e o *Comparative Fit Index* (CFI). Um modelo em que χ^2/df seja ≤ 3 , CFI seja maior do que 0.90, o RMSEA se situe entre .00 e .08 e o SRMR se situe entre .00 e .10, é considerado aceitável (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999; Maroco, 2007).

Utilizando previamente a análise da regressão múltipla, examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* juntamente com os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de tolerância indicaram a ausência de multicolinearidade. Também se examinou a normalidade das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov Z. Os resultados indicam que algumas das distribuições se afastam da normalidade.

Consequentemente, dado que algumas das variáveis não apresentavam uma distribuição normal, no teste dos modelos através da modelação de equações estruturais (SEM), o método *bootstrapping* (com 5.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) foi usado para testar os níveis de significância (e.g., Mooney & Duval, 1993; Yung & Bentler, 1996). O método de *bootstrapping* também testou a significância dos efeitos indiretos (e.g., MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006).

Resultados

Calcularam-se as correlações bi-variadas entre as variáveis em estudo. A frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos correlacionou-se de forma significativa com a depressão ($r=.40, p<.001$) e com o risco de suicídio ($r=.21, p<.01$). A intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos também se correlacionou de forma significativa com a depressão ($r=.32, p<.001$) e com o risco de suicídio ($r=.18, p<.05$). A depressão correlacionou-se de forma significativa com o risco de suicídio ($r=.35, p<.001$).

O modelo de equações estruturais 1 (veja-se Figura 1) ajusta-se aos dados de forma satisfatória [$\chi^2(14)=527.83, p<.003, \chi^2/df=1.99, CFI=0.94, SRMR=0.051, RMSEA=0.078$]. Este modelo explica 24% da variância do risco suicidário. O modelo 2 (veja-se Figura 2) também se ajusta aos dados de forma satisfatória [$\chi^2(26)=50.13, p<.003, \chi^2/df=1.928, CFI=0.96, SRMR=0.052, RMSEA=0.075$]. O modelo 2 explica igualmente 24% da variância do risco suicidário.

No modelo 1, que testou o efeito da frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos no risco de suicídio, e de acordo com a Tabela 2, verifica-se que a idade se relacionou de forma direta e significativa com o risco suicidário, bem como a depressão. A frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos também se relacionou de forma direta com a depressão. A idade tendeu a relacionar-se de forma significativa com a depressão. Finalmente a frequência de acontecimentos de vida negativos relacionou-se de forma indireta com o risco suicidário. Dado que a frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos se relaciona indirectamente de forma significativa com o risco de suicídio, mas não de forma directa,

apesar de apresentar uma relação directa significativa quando o modelo é testado sem a variável mediadora depressão ($\beta=.17$, $p<.05$), conclui-se que a depressão medeia a relação entre acontecimentos de vida e risco de suicídio.

Tabela 2

Intervalos de confiança e nível de significância dos parâmetros estimados na modelação de equações estruturais para ambos os modelos testados

Trajectoria	Limite inferior	Limite superior	Nível de Significância
Modelo 1			
Idade → Risco de suicídio	.10	.46	.003
Depressão → Risco de suicídio	.08	.61	.010
Frequência → Depressão	.27	.51	.000
Idade → Depressão	.00	.27	.058
<i>Efeito indireto</i>	.04	.26	.007
Frequência → Risco de suicídio			
Modelo 2			
Idade → Risco de suicídio	.09	.45	.002
Depressão → Risco de suicídio	.09	.60	.009
Intensidade → Depressão	.18	.40	.000
<i>Efeito indireto</i>	.03	.20	.006
Intensidade → Risco de suicídio			

Nota. Foi utilizado o método de Bootstrapping com 5.000 amostras para estimação dos parâmetros. Apenas se apresentam os parâmetros relativos às trajetórias que são significativas

No que respeita ao modelo 2, que testou o efeito da intensidade dos acontecimentos de vida percebidos como negativos no risco de suicídio, e de acordo com a Tabela 2, verifica-se que a idade se relacionou de forma directa e significativa com o risco suicidário, bem como a depressão. A intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos também se relacionou de forma directa com a depressão. Finalmente a intensidade de acontecimentos de vida negativos relacionou-se de forma indirecta com o risco suicidário. Dado que a intensidade de acontecimentos de vida percebidos como negativos se relaciona indirectamente de forma significativa com o risco de suicídio, mas não de forma directa, apesar de apresentar uma relação directa significativa quando o modelo é testado sem a variável mediadora depressão ($\beta=.16$, $p<.05$), conclui-se que a depressão medeia a relação entre acontecimentos de vida e risco de suicídio.

Discussão

Esta investigação teve como objetivo testar dois modelos de previsão do risco suicidário em jovens adultos, que incluíram como variáveis preditoras os acontecimentos de vida percebidos como negativos (frequência e intensidade) e a depressão. Foi controlado, o facto do género e da idade. Ambos os modelos se ajustaram aos dados de forma satisfatória.

Os resultados obtidos mostram que a depressão medeia a relação entre a intensidade e a frequência de acontecimentos de vida percebidos como negativos e o risco de suicídio. Em ambos os modelos, também a sintomatologia depressiva e a idade se relacionam positivamente de forma directa com o risco de suicídio.

Estes dados corroboram os resultados de estudos prévios (e.g., Campos et al., 2012; Galambos et al., 2006; Lamis, Malone, Langhinrichsen-Rohling, & Elis, 2010), na medida que confirmam a existência de uma forte relação entre depressão e risco de suicídio. Esta relação é especialmente importante no início da vida adulta, tal como indicam as conclusões de vários trabalhos (e.g., Allam, 2011; Garroutte et al., 2003; Maltsberger, Hendin, Haas, & Lipschitz, 2003; Marshal, 2003; O'Donnel et al., 2004). Esta fase desenvolvimental pode assumir-se como um momento de crise, devido às mudanças vivenciadas pelo jovem adulto e à necessidade de assumir novas responsabilidades e novos papéis (Allam, 2011; Garroutte et al., 2003; Marshal, 2003; O'Donnel et al., 2004).

Os resultados mostram também que os jovens adultos mais velhos estão em maior risco e que quanto mais frequentes e intensos forem os acontecimentos de vida percebidos como negativos maior será o impacto no sofrimento psicológico e consequentemente no risco de suicídio. Não são os acontecimentos de vida em si que são importantes para o risco de suicídio mas sim a forma como o indivíduo os percebe (Marshal, 2003; Sarason et al., 1978) e o impacto que têm do ponto de vista psicológico através do potencial que têm para originar depressão. Ou seja, quanto mais frequentes e intensos do ponto de vista negativo forem os acontecimentos para o indivíduo, maior o risco de desenvolver algum tipo de sintomatologia depressiva que poderá, por sua vez, contribuir para o risco de suicídio.

Perante níveis de *stress* excessivamente intensos em relação aos recursos disponíveis para lhes fazer face (Allam, 2011; Khan et al., 2008), o indivíduo pode não conseguir respostas adaptativas, surgindo a depressão e, consequentemente os comportamentos suicidários como uma forma de pôr termo a um ciclo de sofrimento e dor psicológica.

De acordo com os resultados do presente estudo um conjunto de 16 acontecimentos de vida percecionados como negativos apresenta uma relação com o risco suicidário através do efeito da depressão. Estes acontecimentos de vida relacionam-se com diferentes áreas: a morte de um familiar ou amigo, doença do próprio ou de um familiar, problemas nas relações interpessoais e ainda um conjunto de itens que marcam alterações importantes nas condições de vida do indivíduo ao nível pessoal, social e económico (alterações nos hábitos de sono; alterações na situação profissional/ académica; alterações no nível económico; mudança de casa; alterações nas práticas religiosas; alterações na ocupação dos tempos livres; alterações nas atividades sociais; sair de casa pela primeira vez). Quanto maior o número destes acontecimentos de vida que sejam percebidos como negativos e quando maior a intensidade percebida desse impacto negativo, maior o risco a que o indivíduo pode estar exposto devido ao potencial que essa perceção tem para gerar depressão. Estas relações são tanto mais fortes quanto mais velhos forem os indivíduos.

Limitações, conclusão e implicações clínicas

O presente estudo apresenta algumas limitações. Foi realizado com uma amostra não clínica e utilizou apenas medidas de auto-relato. Estudos futuros deverão tentar replicar os resultados agora obtidos com recurso a amostras clínicas e com metodologias que não apenas as de auto-relato, como são as entrevistas. Outra limitação foi a relativa desproporção entre o número de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino. Finalmente, de referir uma taxa de atrito relativamente elevada.

Os resultados desta investigação vão ao encontro dos resultados de estudos prévios, contribuindo para a compreensão dos comportamentos suicidários nos jovens adultos. Observou-se que as variáveis estudadas se relacionam com o risco de suicídio. Verifica-se que quanto maior a frequência com que o indivíduo experimenta acontecimentos de vida percebidos de forma negativa, bem como quanto mais intenso for o impacto negativo percebido, maior o risco de desenvolver depressão e consequentemente de estar em risco de suicídio.

Os resultados têm implicações para a prática clínica com jovens adultos, demonstrando a relevância da recolha de informação sobre a história de vida do indivíduo, nomeadamente a história recente, dando-se especial atenção à perceção que o indivíduo tem de determinados experiências de vida. Importa não só avaliar a presença de diferentes acontecimentos de vida, mas também, e sobretudo, a forma como o jovem adulto vivenciou tais experiências, que significado lhes atribuiu e que impacto tiveram nele. A avaliação de acontecimentos de vida poderá permitir a identificação de indivíduos que apresentem maior risco e, logo, prevenir a ocorrência de comportamentos suicidários com intervenção psicológica atempada. Os psicólogos devem estando atentos aos níveis de sofrimento psicológico que podem ocorrer como resposta à incapacidade de lidar com determinados acontecimentos de vida, o que pode por sua vez construir um importante fator de risco suicidário (Allam, 2011; Khan et al., 2008).

Referências

- Allam, Z. (2011). Stressfull life events, vulnerable to stress and depression among Eritrean high school students. *IFE Psychologia*, 19, 380-393.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia da educação* (3ª ed. rev.). Braga: Psiquilíbrios.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research*, 16, 44-58. doi: 10.1080/13811118.2012.640583
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 58-74. doi: 10.1080/13811118.2013.748416
- Campos, R. C., & Holden, R. (2015). Testing a theory based model of suicidality in a community sample. *Omega: Journal of Death and Dying*. First published on August 4. doi: 10.1177/0030222815598428
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405. doi: 10.1017/S0033291702006943
- Cheng, A. T. A., Chen, T. H. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365. doi: 10.1192/bjp.177.4.360
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatric*, 161, 2303-2308. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2303
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-56. doi: 10.1037/0022-0167.38.1.51

- Eaton, W. W., Muntaner, C., Smith, C., Tien, A., & Ybarra, M. (2004). The Revised Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (RCES-D). In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological assessment for treatment planning and outcome assessment* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39. doi: 10.1017/S003329179900135X
- Fotti, S. A., Katz, L. Y., Afifi, T. O., & Cox, B. J. (2006). The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 698-703. Retrieved from <http://publications.cpaapc.org/browse/sections/0>
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Krahn, H. J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 42, 350-365. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.350
- Garroutte, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., Manson, S. M., & the AI SUPERPFP Team c1. (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Social Science & Medicine*, 56, 1571-1579. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00157-0
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Heikkinen, M. E., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 65-72. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x
- Heikkinen, M. E., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1997). Recent life events and suicide in personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 373-381. doi: 10.1097/00005053-199706000-00003
- Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2012). Suicide risk at young adulthood: Continuities and discontinuities from adolescence. *Youth & Society*, 44, 524-547. doi: 10.1177/0044118X11407526
- Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: A conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 429-440.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2487-2495. doi: 10.1001/jama.293.20.2487
- Khan, M. M., Mahmud, S., Karim, M. S., Zaman, M., & Prince, M. (2008). Case control study of suicide in Karachi, Pakistan. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 402-405. doi: 10.1192/bjp.bp.107.042069
- Lamis, D. A., Malone, P. S., Langhinrichsen-Rohling, J., & Elis, T. E. (2010). Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31, 118-127. doi: 10.1027/0227-5910/a000012
- Linda, W. P., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and passive problem solving as moderators of the relation between negative life event stress and suicidal ideation among suicide attempters and non-attempters. *Archives of Suicide Research*, 16, 183-197. doi: 10.1080/13811118.2012.695233
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83-104.
- Mallinckrodt, B., Abraham, T. W., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 372-378.

- Maltsberger, J. T., Hendin, H., Haas, A. P., & Lipschitz, A. (2003). Determination of precipitating events in the suicide of psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 111-119. doi: 10.1521/suli.33.2.111.22778
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse?. The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.002
- Martins, P. C. R. (2007). *O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas*. Tese de doutoramento, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., & Perry, I. J. (2003). Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24, 160-167. doi: 10.1027//0227-5910.24.4.160
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depression symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences*, 16, 447-458. doi: 10.1016/0191-8869(94)90071-X
- Mooney, C. Z., & Duval, R. (1993). *Bootstrapping: A nonparametric approach to statistical inference*. Newbury Park, CA: Sage.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Reviews*, 30, 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., & Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal of Community Psychology*, 33, 37-49. doi: 10.1023/B:AJCP.0000014317.20704.0b
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454. doi: 10.1177/107319110100800409
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760210061003
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946. doi: 10.1037/0022-006X.46.5.932
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Experiences Survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, 49-60.
- Yen, S., Shea, M. T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., . . . Morey, L. C. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 375-381. doi: 10.1037/0021-843X.112.3.375

Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp. 195-226). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

This study aimed to test two models of suicide risk prediction that take depression as a mediator in the relationship between the frequency and intensity of life events perceived as negative and the suicide risk. Variables of age and gender were controlled. Data were collected at two different times with an interval of five months. 165 young adults (41 men and 121 women) participated and responded to the Life Experiences Survey, the Center for the Epidemiological Studies of Depression Scale and the Suicide Behaviors Questionnaire Revised. The two structural equation models tested fit the data satisfactorily. Depression mediated the relationship between the frequency and the intensity of life events perceived as negative and the suicide risk. Results are discussed in its implications for clinical practice, demonstrating the importance of evaluating recent life history of individual's and perception that they have relatively to certain life events, as these events can lead to depression which in turn increases suicide risk.

Key words: Negative life events, Depression, Suicide risk, Young adults.

Submissão: 22/04/2015

Aceitação: 30/05/2015

