



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Ansiedade social e ideação e comportamento suicida em
estudantes universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Carina de Castro Vale

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Ansiedade social e ideação e comportamento suicida em estudantes universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Carina de Castro Vale

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Berta Maria
Marinho Rodrigues Maia**

Agradecimentos

Ao finalizar o meu percurso académico, não poderia deixar de agradecer a quem, direta ou indiretamente, me ajudou nesta caminhada tão importante da minha vida. Foi um caminho cheio de desafios, algumas incertezas, alguns percalços, mas sobretudo de muitas alegrias. Foram cinco anos de muito esforço e dedicação, mas que sem o apoio das pessoas mais importantes não teria sido tão fácil.

Obrigada,

À Prof.^a Doutora Berta Maia, minha orientadora, pela orientação, apoio, disponibilidade, conhecimentos transmitidos e acompanhamento prestado ao longo de todo o percurso.

Aos meus pais, por todo o esforço e dedicação, e pela oportunidade que me deram de poder realizar um sonho. Sem vocês nada disto seria possível, por isso, dedivo-vos esta conquista.

Ao meu irmão, Pedro, por sempre acreditar em mim, pela força, pelo incentivo e pelo amor que sempre me transmitiu. Apesar dos muitos quilómetros que nos separam, e de não acompanhares o meu percurso de perto, sei que estás orgulhoso de mim.

Ao Daniel, por ser o meu maior companheiro nesta caminhada, por ter estado sempre ao meu lado, por todas as palavras de incentivo e por acreditar sempre em mim. Esta, é uma vitória nossa!

A toda a minha família, por todas as palavras de força.

Às minhas amigas de coração, Liliana e Marlene, que sempre estiveram ao meu lado e nunca me deixaram desistir. Partilhamos esta caminhada juntas. Tiveram sempre as palavras certas para mim e nunca me falharam. Levo-vos comigo para a vida!

Agradeço do fundo do coração a todos os que percorreram este caminho comigo!

Resumo

O sofrimento emocional, como a depressão, raiva e ansiedade, está relacionado com os comportamentos suicidas entre os jovens adultos. A ansiedade social ou fobia social está associada a dificuldades no funcionamento psicológico e nos relacionamentos sociais, e vários estudos indicam que a prevalência desta condição em estudantes universitários é comum e está relacionada com um conjunto de variáveis sociais e psicológicas, entre elas a ideação suicida. Dada a escassez de estudos na população portuguesa, pretende-se com este estudo compreender a relação da ansiedade e evitamento em situações sociais e de desempenho na ideação e comportamento suicida numa amostra de estudantes universitários portugueses. A amostra foi constituída por 235 estudantes universitários portugueses, com idades entre os 18 e os 25 anos (idade média = 20.03), que preencheram um questionário sociodemográfico, a Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Interação Social e de Desempenho e dois itens que avaliam a ideação e a tentativa de suicídio. O sexo feminino apresenta pontuações médias superiores nos níveis de distress/ansiedade e de evitamento. Verifica-se ainda uma percentagem mais elevada referente à ideação suicida no sexo feminino em relação à tentativa de suicídio. A ansiedade e o evitamento social correlacionam-se positiva e significativamente com a tentativa de suicídio. Estes resultados ainda que preliminares, dão-nos conta da relação existente entre a ansiedade social e a ideação e comportamento suicidário. Importa que no futuro sejam conduzidos estudos longitudinais, que ajudem a nortear planos de prevenção e/ou intervenção.

Palavras-chave: ansiedade social; ideação e comportamento suicida; estudantes universitários

Abstract

Emotional distress, such as depression, anger and anxiety, is related to suicidal behaviors among young adults. Social anxiety or social phobia is associated with difficulties in psychological functioning and social relationships, and several studies indicate that the prevalence of this condition in college students is common and is related to a set of social and psychological variables, including suicidal ideation. Given the scarcity of studies in the Portuguese population, this study aims to understand the relationship of anxiety and avoidance in social situations and performance in the ideation and suicidal behavior of a sample of Portuguese university students. The sample consisted of 235 Portuguese university students, aged between 18 and 25 years (average age = 20.03), who completed a sociodemographic questionnaire, the Anxiety and Avoidance Scale in Situations of Social Interaction and Performance and two items that evaluate ideation and suicide attempt. Females have higher mean scores on distress/anxiety and avoidance levels. There is also a higher percentage of female suicidal thoughts than suicide attempts. Anxiety and social avoidance positively and significantly correlate with attempted suicide. These preliminary results, however, show us the relationship between social anxiety and suicidal ideation and behavior. In future, longitudinal studies should be conducted to help guide prevention and/or intervention plans.

Keywords: social anxiety; suicidal ideation and behavior; university students

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico.....	3
Ansiedade Social.....	3
Ideação e Comportamento Suicida.....	6
Ansiedade Social e Ideação e Comportamento Suicida	10
Metodologia	12
Objetivos.....	12
Hipóteses	12
Desenho do Estudo.....	12
Procedimentos.....	13
Análise Estatística	13
Amostra	14
Instrumentos e medidas	15
Questionário sociodemográfico.....	15
Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003).	15
Itens sobre ideação e comportamento suicida.	16
Resultados.....	17
Análise estatística descritiva.....	17
Testes de diferenças.	18
Correlações.	19
Discussão dos Resultados.....	20
Conclusão.....	24
Anexos	26
Referências bibliográficas.....	30

Índice de Anexos

Anexo A: Pedido de autorização aos coordenadores de curso e aos docentes	27
Anexo B: Questionário sociodemográfico	28
Anexo C: Itens sobre ideação e comportamento suicida	29

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 235).....	15
Tabela 2 Medidas descritivas relativas à ansiedade social (EAESDIS) (N = 235).....	17
Tabela 3 Pontos de corte da ansiedade social (EAESDIS) (N = 235).....	17
Tabela 4 Medidas descritivas relativas à ideação e comportamento suicida (N = 235).....	18
Tabela 5 Diferenças de sexo na ansiedade social (EAESDIS) (N = 235)	18
Tabela 6 Diferenças de sexo na ideação e comportamento suicida (N = 235)	19
Tabela 7 Correlação entre ansiedade social (EAESDIS) e ideação e comportamento suicida (N = 235).....	19
Tabela 8 Diferenças entre pontos de corte na ansiedade social (EAESDIS) e na ideação e comportamento suicida (N = 235).....	20

Lista de Abreviaturas

APA – *American Psychiatric Association*

DGS – Direção Geral de Saúde

EAESDIS – Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

Introdução

A saúde mental dos estudantes universitários tem sido alvo de preocupação nos últimos anos (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010), sendo que as perturbações de ansiedade estão entre as perturbações mentais mais comuns (Davidson, Wingate, Grant, Judah, & Mills, 2011), com uma prevalência ao longo da vida de 12,5% e uma prevalência anual de 7,6%, afetando cerca de 5% a 7% da população geral, surgindo, muitas vezes, acompanhadas de outras perturbações comuns nos jovens (Hamilton, Potter, Olin, Abramson, Heimberg, & Alloy, 2016; Klemanski, Curtiss, McLaughlin, & Nolen-Hoeksema, 2016; La Greca, Ehrenreich, Mufson, & Chan, 2016). Os estudos epidemiológicos e descritivos sobre ansiedade social têm-se estendido aos estudantes universitários, sendo considerados como um dos grupos mais vulneráveis (Black et al., 2015; Cárdenas, Castillo & Camargo, 2011; Cejudo & Fernández, 2015).

O primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2009), realizado no âmbito da atividade *World Mental Health Survey Initiative*, comprovou que Portugal apresenta das taxas de prevalência mais elevadas de perturbações mentais na Europa (DGS, 2017). O registo de perturbações mentais tem vindo a aumentar desde 2011, nomeadamente no que se refere às perturbações de ansiedade. (DGS, 2017).

O sofrimento emocional, como a depressão, raiva e ansiedade, está relacionado com os comportamentos suicidas entre os jovens e adultos (Hooven, Snedker, & Thompson, 2012; Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Baldwin, 2001). É nesta fase que os jovens estruturam a sua identidade, constituindo uma etapa de desenvolvimento que exige mudanças ao nível social, familiar, físico e afetivo, provocando maiores níveis de ansiedade, o que poderá levar ao aumento do risco de problemas emocionais como sintomas depressivos e ideação suicida (Hooven et al., 2012). A ansiedade é considerada patológica quando começa a existir um nível a partir do qual a ansiedade é sentida como dolorosa, dominadora e até mesmo paralisante ou bloqueadora do pensamento e do comportamento (Figueredo & Barbosa, 2008).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017) o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte a nível mundial, sendo a 3ª causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, principalmente nos países em desenvolvimento. De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 (DGS, 2017), a ideação suicida está relacionada com pensamentos e cognições, sob a forma de desejo ou plano para cometer o suicídio, para pôr fim

à vida, no entanto estes pensamentos e cognições podem surgir sem que o objetivo seja concretizado (DGS, 2017).

O objetivo principal deste estudo é compreender a relação da ansiedade e do evitamento social na ideação e comportamento suicida. O presente estudo está dividido em duas partes, sendo que na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico sobre o tema e a segunda parte é dedicada à parte metodológica, resultados e discussão.

Enquadramento Teórico

Ansiedade Social

Portugal é considerado um dos países da Europa com maior percentagem de doenças mentais como as perturbações de ansiedade. Estas últimas, de acordo com a DGS (2017), afetam 22,9% das pessoas. Em Portugal é nos jovens entre os 18 e os 34 anos que se verifica uma maior prevalência da doença mental, estimando-se que cerca de metade tenham, pelo menos, uma perturbação mental (DGS, 2017). Knappe, Sasaqawa e Creswell (2015, *cit in* Morán, Azpilicueta, & Cupani, 2019) constataram a partir dos seus estudos epidemiológicos que a perturbação de ansiedade social é a segunda perturbação mais comum de todas as incluídas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014).

Em determinado momento da vida, todos nós vivenciamos algum tipo de ansiedade, no entanto é importante distinguir a ansiedade normal da ansiedade patológica. A ansiedade normal refere-se às circunstâncias do momento e é vista como um acontecimento que acompanha naturalmente o estímulo para lidar com uma situação específica, por outro lado, a ansiedade patológica surge quando a manifestação começa a ser mais frequente, intensa e persistente do que a ansiedade normal, interferindo na qualidade de vida do indivíduo (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

As fobias estão entre as perturbações de ansiedade mais comuns (Figueredo & Barbosa, 2008), destacando-se a perturbação de ansiedade social como a que integra os medos patológicos mais limitantes. Na perturbação de ansiedade social, o indivíduo sente medo ou ansiedade, ou evita interações e situações sociais que envolvam a possibilidade de ser observado. De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2014) Estas incluem interações sociais como encontros com pessoas desconhecidas, situações em que possa estar a ser observado a comer ou a beber e em que tenha de desempenhar tarefas perante outros. É diagnosticada fobia social quando a fuga, o medo ou a antecipação ansiosa interferem de forma significativa na rotina diária, no funcionamento ocupacional ou na vida do indivíduo, ou se causa sofrimento acentuado no próprio (APA, 2014).

O termo ansiedade social ou fobia social refere-se ao medo ou ansiedade intensos em situações sociais nas quais o indivíduo possa ser escrutinado pelos outros (APA, 2014), provocando nervosismo ou desconforto devido ao medo que a pessoa tem ao realizar alguma coisa em que possa ser ridicularizada, humilhada, e julgada, ou seja, avaliada de forma negativa pelos outros. No entanto, nem todos reagem da mesma forma às situações, algumas pessoas

podem sentir-se incomodadas e desconfortáveis em situações relacionadas com o trabalho, e ficam mais confortáveis em situações casuais como encontros sociais (Boer, 1997).

Na perturbação de ansiedade social existem inúmeras variáveis associadas, e falar em público é dos medos sociais mais prevalentes (Tillfors & Furmark, 2007). De forma geral, este medo provoca uma tendência maior para o abandono escolar, uma vez que a exposição oral de conteúdos é uma atividade frequente durante o percurso escolar (Tillfors & Furmark, 2007), pois o evitamento dessas situações leva à desistência por ser mais difícil evitar tarefas que implicam serem avaliados. Indivíduos com perturbação de ansiedade social podem formar dois subtipos de fobia: a fobia social de desempenho, que diz respeito aos indivíduos que sentem receio em situações de desempenho social como falar em público, comer ou ser observado; e fobia social de interação, que se refere aos indivíduos que receiam situações de interação com os outros como conviver com desconhecidos ou participar em grupos (Pinto-Gouveia, 2000; APA, 2014).

Marks e Gelder (1966) usaram o conceito de fobia social para descrever uma situação clínica, onde o principal aspeto era o medo excessivo de ser observado em situações de desempenho social como escrever, comer ou falar em público. Estudos epidemiológicos e amostras clínicas comprovam que a fobia social se desenvolve cedo na vida do indivíduo, frequentemente antes ou durante a adolescência (Marks & Gelder, 1966; Pinto-Gouveia, 2000), e 90% dos casos de ansiedade social pode surgir até aos 25 anos de idade (Santos, 2016), e indicam que a fobia social apresenta grande impacto funcional negativo, tanto social, educacional e ocupacional (Santos, 2016).

Alguns fatores podem contribuir para que se desenvolvam estados de ansiedade social mais grave. Os sintomas de ansiedade social podem estar diretamente relacionados com vulnerabilidades temperamentais, destacando-se os elevados níveis de comportamento de evitamento, baixos níveis na habilidade de aproximação/abordagem, e medos em relação à avaliação negativa (Rodebaugh et al., 2017). De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a ansiedade social pode ainda estar relacionada com fatores ambientais sendo que não existe uma relação causal entre estas e taxas aumentadas de maus tratos na infância ou com outras adversidades psicológicas de início precoce. Finalmente, importa referir os fatores genéticos e fisiológicos, isto é, traços que predispõem os indivíduos à perturbação como o caso de uma criança com uma grande inibição comportamental estando mais suscetível a influências ambientais como a ansiedade social modelada através dos pais (APA, 2014). No que se refere às taxas por sexo, são equivalentes ou ligeiramente mais elevadas para o sexo masculino em amostras clínicas (APA, 2014), no entanto, outros estudos revelam pontuações mais elevadas

de ansiedade social no sexo feminino em amostras não clínicas (Caballo, Arias, Salazar, Irurtia, & Hoffmann, 2015; Dell’Osso et al., 2015; Morán, Azpilicueta, & Cupani, 2019).

As teorias cognitivas sobre a ansiedade social definem a cognição, ou seja, o significado que se dá a situações sociais, como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção desta perturbação (Rapee & Heimberg, 1997; Vagos, Pereira, & Beidel, 2010). Desta forma, a ansiedade social é caracterizada por um círculo vicioso, que se inicia na ativação de crenças centrais negativas em relação ao próprio desempenho social, derivadas de altos padrões sociais autoimpostos, e manifestadas por pensamentos automáticos negativos (Vagos et al., 2010). Esta ativação cognitiva provoca afeto negativo e apreensão social, bem como um enviesamento no processamento de informação, o que interfere na qualidade da resposta da pessoa em eventos sociais, diminuindo a eficácia social e reforçando as crenças de incapacidade social (Vagos et al., 2010). O uso de estratégias de evitamento produz um círculo vicioso, isto é, o evitamento conduz a uma maior ansiedade favorecendo a manutenção da perturbação (Spurr & Stopa, 2003). Quanto mais evitamos uma determinada situação, mais aumentamos as nossas reações negativas, o que gera ainda mais medo e ansiedade. Segundo esta perspetiva, a ansiedade está associada a representações internas perceptuais, que funcionam como elementos importantes na manutenção de crenças presentes na fobia social (Hofmann, 2000). Um indivíduo com fobia social tem tendência a fugir do convívio com outras pessoas e provoca várias restrições na sua vida diária, tanto a nível do seu desenvolvimento pessoal como a nível profissional (Figueredo & Barbosa, 2008).

No que respeita às estruturas cognitivas, indivíduos que sofrem de ansiedade social apresentam esquemas interpessoais negativos, caracterizados por uma representação negativa de si próprios e dos outros. O indivíduo com ansiedade social representa-se como frágil, vulnerável, diferente, incapaz de organizar a sua vida individualmente e deseja agradar aos outros (Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006).

As características cognitivas e comportamentais da fobia social ajudam a explicar a relação com o baixo apoio social percebido, isto é, indivíduos com fobia social tendem a ser mais sensíveis a avaliações negativas e a interpretar de forma negativa situações sociais ambíguas, o que poderá influenciar negativamente o modo como estes indivíduos percebem o apoio que recebem (Stopa & Clark, 2000).

Alguns dados evidenciam que as pessoas que mais necessitam de tratamento na fobia social são as que menos procuram ajuda (Ruscio et al., 2008). Normalmente, o motivo que leva a pessoa à primeira consulta não são os medos sociais, mas sim as queixas comórbidas de depressão, pânico e abuso de álcool ou ansiolíticos. Muitos destes indivíduos encaram os

sintomas e dificuldades da fobia social como sendo uma característica de personalidade ou timidez, o que pode justificar a procura tardia de tratamento (Pinto-Gouveia, 2000).

Ideação e Comportamento Suicida

Segundo a OMS (2017), o comportamento suicida constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial, pois o suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens e jovens adultos com idades entre os 15 e os 29 anos (OMS, 2017) e suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (DGS, 2017). O número anual de suicídios ronda atualmente o milhão, ou seja, cerca de metade de todas as mortes violentas registadas no mundo, estimando-se que, em 2020, esse número atinja 1,5 milhões (DGS, 2017). Estima-se que cada pessoa que comete o suicídio já tenha história de tentativas de suicídio anteriores (Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017). Segundo Frankel (1994, *cit in* Comtois, 2002) cerca de 47% dos indivíduos que cometeram suicídio já tinham uma história prévia de suicídio.

O suicídio é considerado um grave problema de saúde pública a nível nacional e mundial (OMS, 2017), e está entre as principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Souza et al., 2010). As taxas de suicídio entre adolescentes e jovens adultos têm vindo a aumentar significativamente ao longo dos últimos anos (OMS, 2017) e os jovens têm vindo a ser considerados um grupo vulnerável e com risco aumentado para estes comportamentos (Barros, Coutinho, Araújo, & Castanha, 2006; Kokkevi, Rotsika, Arapaki, & Richardson, 2010).

Podemos definir o suicídio como um ato voluntário cometido por alguém que tem intenção de pôr fim à própria vida (Durkheim, 1996) e que cause lesão à própria pessoa, independentemente do grau de gravidade (Moreira & Bastos, 2015). O ato suicida provoca fortes sentimentos em simultâneo, pois o indivíduo procura pôr fim à própria vida ao mesmo tempo que deseja pedir ajuda. A decisão de cometer o suicídio é uma forma de fugir ao sofrimento profundo que o indivíduo sente, apesar deste não ser o desejo inicial que a pessoa tem, mas sim uma alternativa imediata (Moreira & Bastos, 2015).

De acordo com Correia e Paulino (2013, *cit in* Façanha, 2013), o comportamento suicida é classificado em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado.

A ideação suicida refere-se a pensamentos com intenção de pôr fim à própria vida sob a forma de desejo e/ou plano, sem que seja cometido o ato suicida, ou seja, são pensamentos que surgem como o agente para o suicídio e que podem variar no seu grau de gravidade, dependendo da intensidade e frequência com que os pensamentos ocorrem, e da especificidade

dos planos de suicídio e do nível da intenção suicida (Borges & Werlang, 2006; Palmer & Connelly, 2005). É considerado o primeiro fator de risco para o suicídio, sendo que quando está presente de forma persistente, há maior probabilidade de evoluir para comportamentos fatais (Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro, & Façanha, 2012).

A tentativa de suicídio refere-se à intenção de colocar fim à própria vida, mas que por algum motivo não foi conseguido e não chegou a ser concretizado (Santos, 2016), isto é, há uma premeditação, uma intenção de morte, mas que por algum motivo o indivíduo não consegue alcançar esse fim (Santos, 2016).

O suicídio consumado corresponde ao ato intencional de autoagressão que resulta na morte (Madeira, 2017). O termo intencionalidade é de extrema importância para se distinguir a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. No caso de uma tentativa de suicídio, o objetivo seria a morte, mas por algum motivo não foi concretizado. No caso do suicídio consumado o objetivo não seria a morte, pois a ideia é pedir ajuda (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Saraiva, 2010; Teixeira, 2010).

Existem ainda outros comportamentos de risco, conhecidos como comportamentos autodestrutivos indiretos, em que indivíduo não tem consciência plena da sua intenção suicida, como condução perigosa, comportamentos sexuais de risco, consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (Diekstra, 1993; Madeira, 2017).

De acordo com a literatura, existem estudos que consideram que o sexo feminino apresenta ideação suicida mais frequente do que o sexo masculino (Azevedo & Matos, 2014), associadas frequentemente a perturbações de humor e de ansiedade, aumentando as tentativas de suicídio. Por outro lado, o sexo masculino apresenta um risco três vezes superior para cometer o suicídio (DGS, 2017), no sentido em que os métodos utilizados são mais violentos e eficazes (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). No estudo de Forteza, Lira, Gutiérrez e Echeagarray (2003), a taxa de prevalência de tentativa de suicídio foi mais elevada nas mulheres (16.6%, $n = 71$) do que nos homens (6.6%, $n = 33$), o que confirma os resultados obtidos num estudo de Lee e Bae (2015), cujas taxas de prevalência de ideação e comportamento suicida são mais frequentes no sexo feminino. Num estudo com estudantes universitários portugueses ($N = 366$), 12% revelaram pensamentos suicidas, com uma manifestação cíclica em 2,6% desses alunos (Pereira & Cardoso, 2017). Vários estudos correlacionam a ideação suicida com um maior risco de tentativas de suicídio e com o suicídio consumado (Suominen et al., 2004; Vidal, Gontijo, & Lima, 2013), o que mostra que a história de ideação suicida, principalmente quando existem tentativas de suicídio prévias, tem sido considerada como preditor de suicídio (Magalhães et al., 2014; Santos, Ulisses, Costa, Farias, & Moura, 2016). No estudo de Brás, Jesus e Carmo

(2016), os resultados revelaram pontuações mais elevadas na ideação suicida comparativamente à tentativa de suicídio. Estes resultados sugerem que o risco de suicídio não é muito elevado, o que seria de esperar tendo em conta que se trata de uma amostra não clínica.

Para reduzir o impacto global do suicídio é importante identificar os fatores de risco que predizem pensamentos e comportamentos suicidas (Bentley et al., 2016). As causas do suicídio são complexas e envolvem inter-relações entre fatores psicológicos, biológicos, sociais e ambientais no contexto de experiências pessoais negativas ao longo da vida, agravadas, muitas vezes, por dificuldades pessoais (OPP, 2013). Quando estão presentes vários fatores negativos há uma maior probabilidade para comportamentos autolesivos e atos suicidas (DGS, 2017).

Os fatores de risco e de proteção do suicídio são consistentes a nível mundial, no entanto existem algumas variações culturais (Maris, 2002; Wang, Li, Liu, Li, & Huang, 2017). Os fatores de risco constituem-se como elementos com uma grande probabilidade de desencadear ou de estarem associados ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado (Benincasa & Rezende, 2006). Podem ser proximais ou distais, isto é, os proximais estão ligados ao ato suicida e servem como desencadeadores, mas não são suficientes para cometer o suicídio; os fatores distais são constituídos como base onde se estrutura o comportamento suicida aumentando a vulnerabilidade dos fatores de risco proximais (Meleiro, 2010, *cit in* Medeiros, 2012). Por outro lado, os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou extinguem o impacto do risco (Benincasa & Rezende, 2006).

A tentativa de suicídio é uma das alternativas ao suicídio para pessoas que não encontram solução para os seus problemas (Pereira, Wilhelm, Koller, & Almeida, 2018), nomeadamente indivíduos excluídos do contexto familiar, com sentimentos de autodesvalorização ou incapazes de lidar com a realidade (Costa & Spies, 2014).

Além das perturbações mentais, existem características da personalidade que podem ser consideradas como fatores de risco ou de proteção, assim como outros fatores de risco para o comportamento suicida como a ansiedade, introversão, agressividade, impulsividade, desesperança, perfeccionismo, pessimismo e sentimento de culpa (Borge et al., 2010).

Os principais fatores de risco são os fatores individuais, socioculturais e situacionais. Os fatores individuais associam-se às características sociodemográficas como a idade, o sexo, o estado civil, profissão ou área de residência. Os fatores socioculturais estão relacionados com o estigma, valores culturais e atitudes, isolamento social, difícil acesso aos cuidados de saúde e influência dos média. Quanto aos fatores situacionais, estão relacionados o desemprego, o acesso a meios letais, e acontecimentos de vida negativos (DGS, 2017). O sofrimento emocional está relacionado com os comportamentos suicidas dos jovens (Hooven et al., 2012; King et al.,

2001), e um dos principais fatores de risco do suicídio em jovens adultos são os comportamentos suicidas que experienciaram na adolescência, essencialmente, tentativas de suicídio (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; Hooven et al., 2012; Johnson et al., 2002). Tentativas de suicídio anteriores tornam mais provável que haja uma resposta suicida a um evento precipitante contemporâneo (Fergusson et al., 2005; Fergusson et al., 2000; Hooven et al., 2012).

Segundo a APA (2014), os fatores de risco podem ser modificáveis ou não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles que são passíveis de sofrerem alterações devendo ser identificados no sentido de direcionar a tomada de decisões sobre a intervenção e planejamento, como por exemplo a depressão, ansiedade, desesperança, o uso de substâncias, a intoxicação e o acesso a meios letais. Os fatores de risco não modificáveis são a idade, o sexo e a história de tentativas de suicídio prévias.

Sobre o suicídio nos jovens, (Avanci, Pedrão, & Júnior, 2005; Borges & Werlang, 2006; Espinoza-Gómez et al., 2010; Kokkevi et al., 2010; Toro, Paniagua, González, & Montoya, 2009; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005), alguns autores destacam como fatores de risco a história de suicídios na família, acontecimentos de vida marcantes como negligência e maus tratos na infância, divórcios/separações, dificuldades escolares, conflitos interpessoais e problemas de relacionamento, separação de amigos, morte de pessoas significativas, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, presença de acontecimentos stressantes ao longo da vida, fraco suporte social, sentimentos de solidão, suicídio de um membro da família, conflito em relação à orientação sexual, baixo autoconceito, baixa autoestima, problemas de saúde, dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar.

Os fatores protetores diminuem o risco de suicídio, por fortalecerem as estratégias para lidar com os problemas e ajudarem a diminuir a probabilidade do indivíduo desenvolver comportamentos suicidas (DGS, 2017). São identificados como fatores de proteção os fatores individuais, familiares e sociais (DGS, 2017). Quanto aos fatores individuais, está associada a capacidade de resolução de problemas e conflitos, iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida (DGS, 2017). Os fatores familiares dizem respeito ao bom relacionamento familiar, o suporte e apoio de familiares, bem como as relações de confiança. Como fatores sociais são identificados o ter emprego, fácil acesso aos serviços de saúde, os valores culturais e a pertença a uma religião (DGS, 2017).

Wasserman (2001, *cit in* Medeiros, 2012) propôs quatro esferas de indicadores de proteção: estilos cognitivos e características de personalidade; modelo familiar; fatores culturais e sociais; e fatores ambientais. Relativamente aos estilos cognitivos e características de personalidade, estes incluem a capacidade de resolver problemas e conflitos, iniciativa para pedir ajuda, noção do valor pessoal, abertura a novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais e empenho em projetos de vida (Medeiros, 2012). O modelo familiar envolve um bom suporte familiar e padrões de vinculação seguros. Quanto aos fatores culturais e sociais, estes implicam adotar valores e tradições culturais específicos; boa relação com amigos, colegas e vizinhos; integração social, como participação em atividades desportivas, religiosas e sociais. Por último, os fatores ambientais estão relacionados com a adoção de uma alimentação equilibrada, bons padrões de sono, luz solar e ambiente sem drogas (Medeiros, 2012).

Ansiedade Social e Ideação e Comportamento Suicida

A ansiedade social está quase sempre associada a dificuldades no funcionamento psicológico e nos relacionamentos sociais. Se nos referirmos à ansiedade patológica em geral, vários estudos indicam que a prevalência desta condição em estudantes universitários e adolescentes é comum e está relacionada com um conjunto de variáveis sociais e psicológicas, entre elas a ideação suicida (Bayram & Nazan, 2008; Bhasin, Sharma, & Saini, 2010; Eisenberg et al., 2007; Shah & Kataria, 2010 *cit in* Pereira & Cardoso, 2017).

A idade crítica para as tentativas de suicídio, em indivíduos com elevados níveis de ansiedade está entre os 17 e os 23 anos (Raposo, Soares, Silva, Fernandes, & Teixeira, 2016). Os jovens com perturbações de humor que tenham tentado o suicídio, apresentam frequentemente ataques de pânico, níveis de ansiedade elevados, fraca concentração, insónia, perda de prazer e interesse por atividades e sentimentos de desesperança. Há, por isso, um maior risco de suicídio no que diz respeito às perturbações de ansiedade (Bertolote, Fleishmann, Leo, & Wasserman, 2004).

A entrada no ensino superior é um acontecimento importante para qualquer estudante, caracterizado por várias mudanças e desafios para o seu desenvolvimento, além de aumentar crises que provocam stress e ansiedade (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley, & Audin, 2006). Este período de desenvolvimento, envolve uma maior suscetibilidade para a ocorrência de comportamentos suicidas (Pereira, 2011). Para muitos estudantes, uma das maiores dificuldades da entrada na universidade está associada à saída de casa dos pais; partilhar casa com pessoas desconhecidas; dar resposta às expectativas dos pais; manter relacionamentos à distância com pessoas significativas; gestão orçamental; necessidade de integração no grupo de pares;

dificuldades na gestão do tempo; privação do sono; responsabilidades domésticas; preocupação em terminar o curso e ingressar o mundo do trabalho (Silveira, Norton, Brandão, & Roma-Torres, 2011).

Os acontecimentos de vida negativos podem impedir a satisfação de necessidades emocionais importantes e levar ao suicídio. É importante que o indivíduo perceba a intensidade do seu impacto. Quando estes acontecimentos negativos acontecem frequentemente e têm um impacto muito negativo, as cognições tendem a deteriorar-se e o indivíduo reage com ansiedade e pânico, em vez de procurar estratégias de *coping* eficazes (Wasserman, 2001, *cit in* Medeiros, 2012). A severidade de sintomas ansiosos como medo, preocupações exageradas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração aumentam o risco de suicídio (Bertolote et al., 2004). Prieto e Tavares (2005) encontraram a presença de várias experiências adversas ou stressoras em indivíduos que já tinham tentado o suicídio, tais como situações de violência física e sexual, negligência e privação na infância e na adolescência, identificaram alguns indicadores clínicos como preditores de suicídio como a história de tentativas de suicídio, o grau de intenção suicida, o tipo de método escolhido e a acessibilidade, a presença de armas de fogo em casa, a ausência de suporte social, a depressão e a história familiar de suicídio e a impulsividade (Prieto & Tavares, 2005).

Relativamente aos fatores sociodemográficos que estão associados ao suicídio, na maior parte dos países, é mais frequente o um homem cometer um ato suicida do que as mulheres, contudo, pode variar de país para país (Costa, 2010). Estudos mostram que indivíduos que tentam suicídio são mais propensos a serem diagnosticados com perturbação de ansiedade, do que aqueles que não tentaram suicídio (Bentley et al., 2016).

Sareen et al. (2005) analisaram um conjunto de perturbações de ansiedade como a fobia social, a fobia específica e a perturbação de ansiedade generalizada, associadas aos comportamentos suicidas, e concluíram que cerca de 52% dos indivíduos com ideação suicida tinham pelo menos uma perturbação de ansiedade. O mesmo aconteceu com cerca de 64% dos indivíduos que tinham história prévia de tentativas de suicídio. Todas as perturbações analisadas estavam relacionadas com o comportamento suicida. Os dados relativos à ansiedade social, indicaram que cerca de 25% e 28% dos indivíduos com ideação suicida e com tentativas de suicídio, respetivamente, sofrem desta perturbação. Nos pacientes com fobia social, o risco de suicídio aumenta quando há comorbidade com outras perturbações de ansiedade e com perturbação depressiva major. As perturbações de ansiedade podem ser comórbidas com a depressão (Cummings, Caporino, & Kendall, 2014), aumentando, assim, o risco de suicídio (Ramsawh et al., 2014). O evitamento em situações que causam ansiedade e o

comprometimento psicossocial estão associados ao aparecimento de depressão (Wittchen, Kessler, Pfister, Höfler, & Lieb, 2000), que se associa a pensamentos e comportamentos suicidas (Kamath, Reddy, & Kandavel, 2007).

Alguns estudos, com o objetivo de analisar o efeito da ansiedade no desenvolvimento do comportamento suicida indicam que o risco de tentativa de suicídio aumenta com a frequência de comportamentos autolesivos, ou seja, quanto mais elevados os níveis de ansiedade, maior será a vulnerabilidade para cometer o suicídio (Beaudoin et al., 2018; Wester, Ivers, Villalba, & Henson, 2016).

Neste sentido, iremos explorar o papel entre a ansiedade e evitamento social e a ideação e tentativa de suicídio.

Metodologia

Objetivos

O objetivo principal desta investigação é compreender a relação da ansiedade social e da ideação e comportamento suicida. Serão também analisadas as diferenças de sexo nos níveis de ansiedade social e de ideação e comportamento suicida.

Hipóteses

Os objetivos de estudo definidos deram origem às seguintes hipóteses:

H₁: Esperam-se pontuações mais elevadas no sexo feminino nos níveis de ansiedade social comparativamente ao sexo masculino.

H₂: Esperam-se pontuações mais elevadas no sexo feminino nos níveis de ideação e tentativa de suicídio comparativamente ao sexo masculino.

H₃: São esperadas pontuações mais elevadas de ideação suicida comparativamente à tentativa suicida.

H₄: É esperada uma correlação positiva entre ansiedade social e ideação e comportamento suicida.

Dada a falta de estudos a diferenciar as subescalas distress/ansiedade e evitamento e os respetivos pontos de corte, não foram elaboradas hipóteses nesse sentido.

Desenho do Estudo

Este estudo é realizado a partir de uma abordagem quantitativa, de natureza transversal, com um único momento para a recolha de dados.

Procedimentos

Depois de obtidas as autorizações necessárias para condução do estudo foram requeridos os horários das diferentes turmas, sendo que posteriormente foram solicitadas as autorizações juntos dos coordenadores de curso e dos docentes para aplicação dos instrumentos em cada turma (Anexo A). A data da aplicação dos questionários em sala de aula foi definida em consenso com os docentes de cada unidade curricular, fora da época de avaliações, no início do 2º semestre. No momento da recolha de dados, foram apresentados os objetivos do estudo e distribuídos os consentimentos informados onde constavam informações sobre a confidencialidade, anonimato e participação voluntária. O preenchimento dos questionários durou cerca de 60 minutos, uma vez que o protocolo integrava outras escalas que foram usadas por colegas também a desenvolver a sua dissertação. Como critérios de inclusão definiu-se que os sujeitos deveriam ter idade entre os 17 e os 25 anos e ter nacionalidade portuguesa.

Só participaram nesta recolha alunos do 1º ano uma vez que os alunos dos anos subsequentes já haviam participado em anos anteriores. Desde modo, o nosso *N* integra alunos cujas recolhas de dados foram asseguradas nos anos letivos 2017/2018 e 2018/2019, e ainda alunos da Universidade de Coimbra. Ainda que o conjunto dos questionários fosse respeitante a 369, neste estudo usámos apenas as respostas dos sujeitos que preencheram na totalidade os instrumentos e medidas integrados neste estudo.

Análise Estatística

Após a recolha de dados procedeu-se à introdução das respostas numa base de dados do programa *IBM SPSS Statistics 23*, para serem depois analisados e discutidos, através de análises estatísticas descritivas, testes de diferenças e análise de correlações.

Para obter as pontuações médias da EAESDIS e dos itens do suicídio recorreu-se a análises estatísticas descritivas, através de medidas de tendência central (média) e de dispersão (percentagens e desvio padrão), que nos permitem descrever um conjunto de dados recolhidos de forma sucinta. As medidas de tendência central consistem num conjunto de medidas que descrevem o centro da distribuição dos valores de uma variável (Martins, 2011). As medidas de dispersão são medidas adicionais para descrever dados que nos indicam o quanto os valores individuais da variável estão próximos ou afastados do centro da sua distribuição (Martins, 2011).

Foi utilizado o teste T para amostras independentes para comparar as pontuações de distress/ansiedade e de evitamento entre os estudantes do sexo masculino e do sexo feminino. O teste T para amostras independentes permite perceber se existem diferenças estatisticamente

significativas nas pontuações médias dos dois grupos em comparação (Pallant, 2011). Os testes paramétricos fazem suposições sobre a população da amostra e a natureza dos dados. Assim, pressupõe-se que a população em estudo apresente homogeneidade na amostra uma distribuição normal (Pallant, 2011).

Para verificar se existem diferenças de sexo entre a ideação e a tentativa de suicídio foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. Este teste permite testar a independência entre linhas e colunas de uma tabela de contingência que cruza duas variáveis nominais, ou uma variável nominal e outra ordinal, entre as quais se pretende perceber se existe uma associação (Martins, 2011). Este teste compara as frequências observadas ou as proporções de casos que ocorrem em cada uma das categorias com os valores esperados caso não haja uma associação entre as duas variáveis (Pallant, 2011). Quando existe uma tabela de dois por dois, isto é, duas categorias em cada variável, como é o caso neste estudo, é-nos dado um valor de correção adicional, conhecido como o valor de correção de Yates para continuidade. Um dos pressupostos adicionais para a utilização deste teste, é que a frequência esperada em qualquer célula deve ser cinco ou mais. Desta forma, são esperadas frequências de cinco ou acima de cinco. Numa tabela de dois por dois, é recomendável que a frequência esperada seja pelo menos 10. Se numa tabela de dois por dois este pressuposto não for cumprido, deve ter-se em conta o valor obtido no teste de probabilidade exato de Fisher (Pallant, 2011).

Para analisar a relação entre ansiedade social e o suicídio foi utilizado o coeficiente de correlação Ponto Bisserial. Este teste consiste num teste de associação adequado para analisar a relação entre uma variável intervalar e uma variável nominal dicotómica, isto é, uma variável nominal que assuma apenas dois valores (Martins, 2011). É usado para verificar a natureza, ou seja, a força e a direção, das relações que existem entre determinadas variáveis (Fortin, 1999). Foram analisadas as direções das correlações significativas e a magnitude dos coeficientes segundo os critérios de Cohen (1988 *cit in* Pallant, 2011) onde um coeficiente entre .10 e .29 é considerado baixo, um coeficiente entre .30 e .49 é considerado moderado e um coeficiente entre .50 e 1.0 é considerado elevado. Na nossa amostra, o valor de *phi* é de efeito muito pequeno segundo os critérios de Cohen (1988 *cit in* Pallant, 2011).

Amostra

A amostra (Tabela 1) é constituída por 235 sujeitos de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 20.03$, $DP = 1.67$), dos quais 189 (80.4%) são do sexo feminino, sendo que a maioria dos participantes está solteiro ($n = 234$, 99.6%) e

frequenta cursos da área de Humanidades ($n = 211$, 89.8%). No que diz respeito à escolaridade, é possível verificar que a maioria frequenta o 1º ano de licenciatura ($n = 106$, 23.9%).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 235)

Variável	Grupo	<i>n</i>	%
Estado civil	Solteiro(a)	234	99.6
	União de facto	1	0.4
Ano de escolaridade	Licenciatura	1º ano	106
		2º ano	55
		3º ano	49
	Mestrado	1º ano	9
		2º ano	11
Curso	Ciências	24	
	Humanidades	211	

Instrumentos e medidas

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos e medidas: questionário sociodemográfico (Anexo B); a Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS; Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003) e dois itens para avaliar a ideação suicida e a tentativa de suicídio (Anexo C).

Questionário sociodemográfico.

O questionário sociodemográfico é constituído por um conjunto de itens relativos às características pessoais dos sujeitos, como o sexo, idade, ano de escolaridade, curso e estado civil.

Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003).

A EAESDIS é uma escala de autorresposta que avalia o desconforto e o evitamento em situações sociais. Esta escala foi desenvolvida a partir da *Liebowitz Social Anxiety Scale* (Liebowitz, 1987) que avalia os graus de ansiedade em situações de interação social e de desempenho social. Pinto-Gouveia et al. (2003) acrescentaram novas situações seleccionadas

através de entrevistas clínicas com pacientes com ansiedade social (Pinto-Gouveia et al., 2003). A EAESDIS é composta por 44 itens que representam situações de desempenho e de interação social e ainda duas linhas em branco onde o sujeito pode referir duas situações que lhe provoquem desconforto e/ou ansiedade, que não foram mencionadas nos itens anteriores.

Para cada item o sujeito faz uma avaliação do desconforto/ansiedade que sente a partir de uma escala tipo *Likert* variando de 1 a 4, em que 1 significa “Nenhum”, 2 “Ligeiro”, 3 “Médio” e 4 significa “Severo” (e.g. Apresentar oralmente um trabalho), e também do grau de evitamento em determinadas situações com uma escala semelhante de 1 a 4, em que 1 equivale a “Nunca” e 4 a “Quase Sempre” (e.g. Pedir uma informação a uma pessoa desconhecida). Assim, existem duas subescalas: a da distress/ansiedade e a de evitamento, sendo possível calcular dois índices, o Índice de Distress/Ansiedade e o Índice de Evitamento. As pontuações totais para cada subescala podem variar entre 44 e 176, calculadas através da soma dos 44 itens. Quanto mais elevados os valores obtidos em cada uma das subescalas, maior o nível de ansiedade social e maior o nível de evitamento das situações. As características psicométricas desta escala revelaram que há uma consistência interna na subescala de distress/ansiedade elevada com um alfa de *Cronbach* de .95 numa amostra não clínica, e na subescala de evitamento a consistência interna apresenta um valor de .94. Os 44 itens que constituem a escala evidenciam correlações item-total iguais ou superiores a .30 na subescala de distress/ansiedade, na amostra não clínica, tal como se verificou na subescala de evitamento. As duas subescalas possuem uma boa fidelidade temporal e capacidade de discriminação entre os indivíduos que têm a perturbação de fobia social e indivíduos da população em geral (Pinto-Gouveia et al., 2003). Apesar de esta escala não ter sido criada para ser usada como um instrumento de diagnóstico os autores sugeriram pontos de corte que nos permitem discriminar entre população não clínica e fobia social. Deste modo, para a subescala distress/ansiedade e para a subescala evitamento foram sugeridos os pontos de corte de 115 e 105, respetivamente (Pinto-Gouveia et al., 2003). No presente estudo, o alfa de *Cronbach* encontrado foi de .94 na subescala de distress/ansiedade e .93 na subescala de evitamento.

Itens sobre ideação e comportamento suicida.

A ideação e comportamento suicida foi avaliada através de 2 itens, de resposta dicotómica (sim/não), a saber: 1) “alguma vez pensou frequentemente na morte, desejou estar morto ou pensou em acabar com a vida” - ideação suicida; 2) “alguma vez tentou matar-se” - tentativa de suicídio.

Resultados

Análise estatística descritiva.

Pontuações médias na ansiedade social (EAESDIS).

Foram encontradas pontuações médias mais elevadas na subescala de distress/ansiedade (Tabela 2).

Tabela 2

Medidas descritivas relativas à ansiedade social (EAESDIS) (N = 235)

	\bar{X}	DP	Min-máx	Min-máx teórico
Distress/Ansiedade	93.24	21.35	45-158	44-176
Evitamento	85.51	19.60	46-140	44-176

Considerando os pontos de corte da EAESDIS (Tabela 3) definidos para cada uma das subescalas observa-se uma percentagem maior de evitamento (19.6%) comparativamente ao nível de distress/ansiedade (17.4%). As pontuações acima de 115 na subescala distress/ansiedade e de 105 na subescala do evitamento podem ser indicadores de fobia social.

Tabela 3

Pontos de corte da ansiedade social (EAESDIS) (N = 235)

	Ponto de corte	n	%
Distress/Ansiedade	<115	194	82.6
	>115	41	17.4
Evitamento	<105	189	80.4
	>105	46	19.6

Pontuações médias na ideação e comportamento suicida.

Verifica-se uma percentagem mais elevada no que se refere à ideação suicida (18.7%) comparativamente ao comportamento suicida (3.8%). A maioria dos sujeitos (81.3%) nunca teve pensamentos suicidas, no entanto, 3.8% já tentou matar-se (Tabela 4).

Tabela 4

Medidas descritivas relativas à ideação e comportamento suicida (N = 235)

	<i>n</i>	%
Ideação suicida		
Sim	44	18.7
Não	191	81.3
Comportamento suicida		
Sim	9	3.8
Não	226	96.2

Testes de diferenças.***Diferenças de sexo na ansiedade social (EAESDIS).***

Como se percebe na Tabela 5, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre estudantes do sexo masculino e feminino em ambas as subescalas da EAESDIS, ou seja, o sexo feminino apresenta pontuações médias superiores nos níveis de distress/ansiedade ($M = 95.78$, $DP = 20.69$) e de evitamento ($M = 78.41$, $DP = 20.25$).

Tabela 5

Diferenças de sexo na ansiedade social (EAESDIS) (N = 235)

	Masculino		Feminino		<i>T test</i>		
	\bar{X}	<i>DP</i>	\bar{X}	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Distress/Ansiedade	82.80	21.04	95.78	20.69	233	-3.80	.001
Evitamento	78.41	20.25	87.23	19.03	233	-2.77	.006

Diferenças de sexo na ideação e comportamento suicida.

Na Tabela 6, o teste de Qui-Quadrado para independência com correção de Yates, indica que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo e a ideação suicida $X^2(1, n = 235) = 1.012$, $p = .314$, $phi = -.066$. O valor corrigido é de .633 com um nível de significância associado de .43. Relativamente ao sexo e ao comportamento suicida, não existe uma diferença estatisticamente significativa $X^2(1, n = 235) = 3.677$, $p = .055$, $phi = -.125$. O valor corrigido é de 2.218 com um nível de significância associado de .14.

Tabela 6

Diferenças de sexo na ideação e comportamento suicida (N = 235)

Sexo	Ideação suicida			Comportamento suicida		
	<i>n</i>	sim	não	<i>n</i>	sim	não
Masculino	46	11	35	46	4	42
Feminino	189	33	156	189	5	184

Correlações.***Correlações entre ansiedade social (EAESDIS) e ideação e comportamento suicida.***

Ao analisar a relação entre ansiedade e evitamento social e a ideação e o comportamento suicida encontramos (Tabela 7) uma correlação positiva estatisticamente significativa e de baixa magnitude entre a subescala distress/ansiedade e ideação suicida ($r_{pb} = .18^{**}$) e comportamento suicida ($r_{pb}=.14^*$). A subescala evitamento só se mostrou correlacionada, positiva e significativamente com a tentativa de suicídio ($r_{pb}=.18^{**}$).

Tabela 7

Correlação entre ansiedade social (EAESDIS) e ideação e comportamento suicida (N = 235)

	Ideação suicida		Comportamento suicida	
	r_{pb}	<i>p</i>	r_{pb}	<i>p</i>
Distress/Ansiedade	.18**	.005	.14*	.024
Evitamento	.09	.135	.18**	.006

** A correlação é significativa no nível 0.01; * A correlação é significativa no nível 0.05

Diferenças entre pontos de corte na ansiedade social (EAESDIS) e nos itens do suicídio.

Na Tabela 8, o teste de Qui-Quadrado para independência com correção de Yates, indica que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre distress/ansiedade e a ideação suicida $X^2(1, n = 235) = 3.629, p = .057, phi = .124$. O valor corrigido é de 2.838 com um nível de significância associado de .092. Também não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre o evitamento e ideação suicida $X^2(1, n = 235) = .342, p = .559, phi = .038$. O valor corrigido é de .140 com um nível de significância associado de .708. Relativamente à subescala distress/ansiedade e ao comportamento suicida, não existe uma diferença estatisticamente significativa $X^2(1, n = 235) = 1.640, p = .200, phi = .084$. O valor corrigido é de .693 com um nível de significância associado de .405. Quanto ao evitamento e ao comportamento suicida também não se verifica uma diferença estatisticamente significativa

$X^2(1, n = 235) = 3.677, p = .055, phi = .125$. O valor corrigido é de 2.218 com um nível de significância associado de .136.

Tabela 8

Diferenças entre pontos de corte na ansiedade social (EAESDIS) e na ideação e comportamento suicida (N = 235)

		Distress/ansiedade			Evitamento		
		<i>n</i>	<115	>115	<i>n</i>	<105	>105
Ideação suicida	sim	44	21	12	44	34	10
	não	191	162	29	191	155	36
Comportamento suicida	sim	9	6	3	9	5	4
	não	226	188	38	226	184	42

Discussão dos Resultados

O principal objetivo deste estudo consistiu em compreender a relação entre a ansiedade social e a ideação e comportamento suicida.

No que se refere à ansiedade social, as pontuações médias encontradas no nosso estudo são mais elevadas na subescala distress/ansiedade em relação à subescala evitamento, à semelhança do que se verifica no artigo de validação da escala para a população não clínica (Pinto-Gouveia et al., 2003). Considerando os pontos de corte definidos por Pinto-Gouveia et al. (2003) para cada subescala, verificou-se que 17.4% dos indivíduos apresentaram níveis acima do ponto de corte na subescala distress/ansiedade e 19.6% na subescala evitamento. Num estudo de Wilson (2005) com estudantes universitários, o autor utilizou três questões relativas à fobia social em que os participantes deveriam responder numa escala de zero a nove, sendo que uma pontuação igual ou superior a seis pontos indicaria a presença dessa perturbação. Com este ponto de corte, o autor obteve uma prevalência de 30%, no entanto, ao optar pelo valor sete como ponto de corte, a prevalência de fobia social desceu para 18%. Torna-se importante destacar que 7% dos estudantes pontuaram no nível máximo da escala, ou seja, no número nove, o que vai de encontro a dados obtidos por Shah e Kataria (2010 *cit in* Pereira & Cardoso, 2017) que obtiveram uma prevalência de fobia social de 20%, sendo que em 70% dos casos a sintomatologia se manifestava de forma moderada, em 24% de forma severa e em 6% de forma muito severa.

No que respeita às pontuações médias para ideação e comportamento suicida, foi possível verificar no nosso estudo que 18.7% dos sujeitos referiu já ter tido pensamentos

suicidas ao longo da vida, e 3.8% já tentou suicidar-se. Estes resultados são semelhantes aos obtidos num estudo realizado com estudantes da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro (Pereira, 2011), cuja análise da presença de ideação suicida ao longo da vida demonstra que 12.6% dos sujeitos já teve, pelo menos uma vez na vida, vontade de morrer. No entanto, são valores que se diferenciam dos obtidos noutros estudos, onde a prevalência de ideação suicida ao longo da vida é de 43% (Tyssen, Vaglum, Gronvold, & Ekeberg, 2001), 26% e 35% (Eskin, Voracek, Stieger, & Altinyazar, 2011). Por outro lado, no mesmo estudo, 5.5% dos sujeitos afirmam já ter tentado suicidar-se (Pereira, 2011), o que vai ao encontro de outros estudos onde se verifica uma prevalência de tentativa de suicídio menor comparativamente à ideação suicida. Em várias investigações, a prevalência de tentativa de suicídio encontrada foi de 8% (Tyssen et al., 2001), 5.8% e 2.2% (Eskin et al., 2011). Tyssen et al. (2001), num estudo em estudantes noruegueses encontraram uma prevalência de 43% dos sujeitos com pensamentos suicidas. Estes resultados podem estar associados à falta de controlo, aos traços de personalidade, ao estado civil, nomeadamente ser solteiro, a acontecimentos de vida negativos e a perturbações de ansiedade e depressão. Por sua vez, o estudo de Eskin et al. (2011) com estudantes turcos, permitiu verificar que 26% dos sujeitos apresentou ideação suicida, e noutro estudo com estudantes austríacos, apresentavam 35% de pensamentos suicidas. Relativamente à tentativa de suicídio, no mesmo estudo, os autores verificaram que nos estudantes turcos a prevalência foi de 5.8% e nos estudantes austríacos foi de 2.2% (Eskin et al., 2011). Quando falamos em tentativa de suicídio a taxa de prevalência tende a diminuir, o que suporta a ideia do nosso estudo, em que pensamentos suicidas mais graves é, normalmente, experienciado por um número mais reduzido de sujeitos. O facto do estudo de Eskin et al. (2011) apresentar taxas de prevalências mais baixas pode estar associado aos estereótipos que os estudantes interiorizam levando-os a assumir esses pensamentos, ou seja, se têm ideias suicidas são vistos como fracos perante os outros (Pompili, Mancinelli, & Tatarelli, 2003).

Quanto às diferenças de sexo na ansiedade e evitamento social (H_1), verificam-se pontuações mais elevadas no sexo feminino, quer na subescala distress/ansiedade, quer na subescala evitamento, o que vai ao encontro de estudos realizados anteriormente (Grant et al., 2005). Estes resultados podem estar associados ao facto das mulheres apresentarem um maior número de medos sociais e ataques de pânico (Xu et al., 2012), revelam mais ansiedade quando entrevistadas, quando falam com figuras de autoridade ou em reuniões de trabalho e quando realizam exames importantes, comparativamente aos homens (Altemus, Sarvaiya, & Epperson, 2014). De acordo com o DSM-5, na perturbação de ansiedade social, as taxas mais elevadas são observadas no sexo feminino na população geral (APA, 2014), no entanto, noutros estudos

foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, verificando-se pontuações mais elevadas no sexo feminino (Caballo, Arias, Salazar, Irurtia, & Hoffmann, 2015; Dell’Osso et al., 2015; Morán, Azpilicueta, & Cupani, 2019).

Relativamente às diferenças de sexo na ideação e tentativa de suicídio (H₂), os dados do nosso estudo corroboram os resultados obtidos noutros estudos (Eskin et al., 2011; Inácio, 2018; Tyssen et al., 2001; Raposo et al., 2016), uma vez não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e ideação e tentativa de suicídio. No entanto, existem outros estudos que contrariam este resultados ao considerar que o sexo feminino apresenta ideação suicida mais frequente do que o sexo masculino (Azevedo & Matos, 2014), associada a perturbações de humor e de ansiedade, aumentando as tentativas de suicídio, no entanto, as taxas de suicídio são mais elevadas nos homens em todos os países do mundo (Rodríguez, Medina, & Cardona, 2013 *cit in* Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017), exceto na China (Lester, 2009 *cit in* Pereira, 2011). No estudo de Forteza, Lira, Gutiérrez e Echeagarray (2003), a taxa de prevalência de tentativa de suicídio foi mais elevada nas mulheres (16.6%, $n = 71$) do que nos homens (6.6%, $n = 33$), o que confirma os resultados obtidos num estudo de Lee e Bae (2015), cujas taxas de prevalência de ideação e tentativa de suicídio são mais frequentes no sexo feminino, no entanto, os homens apresentam um risco três vezes superior para cometer o suicídio (DGS, 2017). Estas diferenças entre sexo podem estar associadas ao desenvolvimento de comportamentos suicidas, isto é, apesar do sexo feminino recorrerer a atos suicidas com o intuito de obter afeto, as tentativas de suicídio efetuadas pelos sexo masculino associam-se a condutas agressivas e autodestrutivas. Assim, embora as mulheres revelem uma maior percentagem de tentativas de suicídio, a maioria das vítimas são homens (Lee & Bae, 2015).

Vários estudos correlacionam a ideação suicida com um maior risco de tentativas de suicídio e com o suicídio consumado (Suominen et al., 2004; Vidal, Gontijo, & Lima, 2013), o que mostra que a história de ideação suicida, principalmente quando existem tentativas de suicídio prévias, tem sido considerada como preditor de suicídio (Magalhães et al., 2014; Santos, Ulisses, Costa, Farias, & Moura, 2016). No estudo de Brás, Jesus e Carmo (2016), os resultados revelaram pontuações mais elevadas na ideação suicida comparativamente à tentativa de suicídio (H₄), tal como se verifica no presente estudo, cujos resultados apontam percentagens mais elevadas de ideação comparativamente à tentativa suicida. Estes resultados sugerem que o risco de suicídio não é muito elevado, o que seria de esperar tendo em conta que se trata de uma amostra não clínica.

Enquanto alguns estudos indicaram que apesar da ansiedade ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos suicidas, não desempenham um papel

determinante para ser um preditor significativo (Beaudoin et al., 2018), outros sugerem que a ansiedade (como a perturbação de pânico, perturbação de ansiedade social e perturbação de ansiedade generalizada) é um fator de risco estatisticamente significativo na ideação e tentativa de suicídio (Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2008). Tal como no estudo de Nock et al. (2009), a ansiedade revela-se preditor dos comportamentos autolesivos e de tentativa de suicídio, pois os autores sugerem que a ansiedade leva a um comportamento suicida, enquanto a depressão revela ser preditor de ideação suicida, pois está associada aos pensamentos suicidas.

No que concerne à relação entre ansiedade e evitamento social e ideação e tentativa de suicídio (H₄), podemos verificar que os resultados do nosso estudo vão ao encontro do estudo de Sarren et al. (2005), onde o comportamento suicida foi relacionado com um conjunto de perturbações de ansiedade, verificando-se uma associação entre ansiedade e a ideação e a tentativa de suicídio. Os autores verificaram que 52% da amostra com ideias suicidas e 64% que já tentaram suicidar-se apresentavam ansiedade social, estando presente em 25% dos sujeitos com ideação suicida (Sareen et al., 2005). Também no estudo de Gallagher, Prinstein, Simon e Spirito (2014), os resultados indicam que indivíduos diagnosticados com fobia social apresentaram níveis mais elevados de ideação suicida. A fobia social está associada a um défice ao nível a saúde física, psicológica e de relacionamentos pessoais (Shah & Kataria, 2010 *cit in* Pereira & Cardoso, 2017). Se nos referirmos à ansiedade patológica em geral, inúmeros estudos indicam que a prevalência em estudantes universitários e adolescentes é comum e está relacionada com um conjunto de variáveis sociais e psicológicas, entre elas a ideação suicida (Bayram & Nazan, 2008; Bhasin et al., 2010; Claudino & Cordeiro, 2006; Eisenberg et al., 2007; Tyssen et al., 2001). No âmbito dos comportamentos suicidas, as perturbações de ansiedade estão associadas a tentativas de suicídio, sendo identificadas como fatores que aumentam o comportamento suicida (Carvalho, Motta, Sousa, & Cabral, 2017). Estudos recentes apontam a ansiedade como um fator preditor de ideação e tentativa de suicídio (Bentley et al., 2016).

Estes resultados podem estar associados a aspetos negativos que levam a sentimentos de fracasso tanto ao nível individual, como familiar e social, e conseqüentemente, predispor os jovens à ideação ou tentativa de suicídio. Desta forma, diversos estudos (Carvalho et al., 2017; Foster et al., 2017; Sim, Adrian, Zeman, Cassano, & Friedrich, 2009) enfatizam a importância dos vínculos sociais e familiares, relacionamentos de suporte que possam minimizar o risco de ansiedade e depressão, atuando como fatores protetores contra os pensamentos suicidas. Assim, pode considerar-se que quanto mais elevados os níveis de ansiedade, depressão e stress, maior o risco de comportamentos autolesivos. No entanto, não existe unanimidade na literatura no

que respeita à associação entre ansiedade e os níveis de ideação ou tentativa de suicídio. Lee e Bae (2015) referem que a ansiedade se desencadeia pela presença de pensamentos suicidas, o que significa que jovens que apresentam tentativas prévias de suicídio apresentam níveis mais elevados de ansiedade.

Conclusão

O presente estudo permitiu explorar a relação entre a ansiedade social e a ideação e comportamento suicida. Foi possível confirmar uma relação positiva entre distress/ansiedade e a ideação e tentativa de suicídio. Quanto ao evitamento, existe uma relação com a tentativa de suicídio, no entanto, não está relacionado significativamente com a ideação suicida.

A ansiedade é considerada como um fator de risco importante no suicídio, além de estar implicada em diversas teorias proeminentes do suicídio como o modelo cognitivo de suicídio de Beck. Segundo este modelo, quando um esquema suicida é ativado, a ansiedade pode servir como uma expressão da fixação da atenção ao suicídio que interage com a falta de esperança para aumentar o risco de cometer o suicídio (Wenzel & Beck, 2008).

Vários estudos apontam que diversos fatores familiares como um funcionamento familiar equilibrado e relações familiares saudáveis estão associados a uma menor ideação suicida, no entanto, fatores individuais em níveis elevados como ansiedade e depressão estão relacionados com a ideação suicida.

A ideação suicida e o risco de suicídio são questões muito importantes na saúde e bem-estar dos jovens, tendo em conta a complexidade destes comportamentos. A ideação suicida é um dos fatores mais importantes para se compreender o risco de suicídio, tal como se verificou neste estudo. A ansiedade é também um fator importante para identificar e prevenir o comportamento suicida, devido aos níveis elevados de pensamentos associados.

Ao longo do estudo foram encontradas algumas limitações, nomeadamente o facto de a amostra ser maioritariamente do sexo feminino, e o facto da aplicação dos instrumentos ter sido realizada em contexto de sala de aula, o que poderá ter condicionado as respostas. Futuramente, será pertinente estudar através de estudos longitudinais estes construtos numa amostra mais representativa generalizando os resultados aos estudantes universitários portugueses.

No que respeita a implicações para a prática, as questões associadas à ideação e tentativa de suicídio devem ser levadas em consideração, nomeadamente realizar ações de prevenção dadas as elevadas taxas de prevalência, através das redes de apoio sociais e familiares. Para se poder estimar o risco de suicídio e se poder atuar de uma forma preventiva, é importante e necessário fazer uma avaliação dos fatores protetores e de risco para estes comportamentos

(Gonçalves et al., 2011). A prevenção do suicídio consiste principalmente no reforço dos fatores de proteção e na redução dos fatores de risco (Gonçalves et al., 2011).

Concluindo, este estudo torna-se pertinente no sentido de compreender a relação entre ansiedade social e evitamento nas questões relacionadas ao suicídio no contexto universitário, pois é um contexto particularmente importante, em que os estudantes passam por determinadas situações que tendem a causar ansiedade, além do suicídio ser um comportamento complexo, principalmente nesta faixa etária.

Anexos

Anexo A:

Pedido de autorização aos coordenadores de curso e aos docentes

Cara Prof. Doutora,

Somos um grupo de alunas do 2º ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde que no âmbito da UC de Dissertação tem que desenvolver um trabalho de investigação sob a orientação da Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia. O nosso estudo versa sobre os padrões de uso da internet e os seus correlatos psicossociais. Neste sentido vimos solicitar que nos ceda cerca de 30 minutos da sua aula no dia 26 de fevereiro às 11h na sala 1.1.

Muito gratas pela atenção,

Anexo B:

Questionário sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

Idade _____

Sexo: Masculino

Feminino

Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a)

Viúvo (a)

Nacionalidade _____

Curso _____

Anexo C:

Itens sobre ideação e comportamento suicida

As questões que se seguem são sobre suicídio. Por favor, responda fazendo um círculo na opção que mais se aplica a si ou indicando a informação solicitada.

1. Alguma vez pensou frequentemente na morte, desejou estar morto(a) ou pensou em acabar com a vida? Sim Não
2. Alguma vez tentou matar-se? Sim Não

Referências bibliográficas

- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Avanci, R. C., Pedrão, L. J., & Júnior, M. L. C. (2005). Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 535-9.
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191.
- Barros, A. P. R., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Castanha, A. R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 19-28.
- Bayram, N., & Nazan B. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667–672. doi: 10.1007/s00127-008-0345-x.
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective factors in the inuit population of nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(144), 1–15. doi: 10.3390/ijerph115010144.
- Benincasa, M., & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 93-110.
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30-46.
- Bertolote, J. M., Fleishmann, A., Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 25(4): 147–155. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.147.
- Bhasin, S. K., Sharman, R., & Saini, N. K. (2010). Depression, Anxiety and Stress among Adolescent Students Belonging to Affluent Families: A School-based Study. *Indian Journal of Pediatrics*, 77, 161-165. doi: 10.1007/s12098-009-0260-5.

- Boer, J. A. (1997). Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *Clinical Review*, 315, 796–800.
- Borge, F., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., ... & Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 87-99.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 105, 25–33.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 195-209.
- Black, J. J., Clark, D. B., Martin, C. S., Kim, K. H., Blaze, T. J., ... & Chung, T. (2015). Course of alcohol symptoms and social anxiety disorder from adolescence to young adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1008-1015.
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., & Hofmann, S. G. (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: The Social Anxiety Questionnaire for adults. *Psychological Assessment*, 27(3), 997-1012.
- Carvalho, C. B., Motta, C., Sousa, M., & Cabral, J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39, 252-262.
- Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedad. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Cejudo, R., & Fernández, A. (2015). Fobia social: Un fenómeno incapacitante. *Revista Electrónica de Psicología*, 18(2), 836-851.
- Comtois, K. A. (2002). A Review of Intervention to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53(9), 1138-1144.
- Cooke, R., Bewick, B. M., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students.

- British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 505-517. doi: 10.1080/03069880600942624.
- Costa, C. B., & Spies, P. C. (2014). Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 78-95.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio - revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 140, 816–845. doi:10.1037/a0034733.
- Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (1999). Ansiedade social e auto-representações: Contributo dos esquemas precoces mal-adaptativos e dos esquemas cognitivos interpessoais. *Psychologica*, 21, 5-25.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em Enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium*, (32), 197-210.
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R., & Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(8), 842-855.
- Diekstra, R. F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 371, 9-20.
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Pini, S., Carpita, B., Carlini, M., Mengali, F., ... & Massimetti, G. (2015). The influence of gender on social anxiety spectrum symptoms in a sample of university students. *Revista di Psichiatria*, 50(6), 295-301.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Durkheim, E. (1996). *O Suicídio: Estudo sociológico*. (6a edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534–542. doi:10.1037/0002-9432.77.4.534.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 813-823. doi: 10.1007/s00127-010-0254-7.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, & O. A., Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52(3), 213-219.
- Façanha, J. D. N. (2013). *Avaliação do risco de suicídio - contributos para a validação do índice NGASR para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 983–993. doi:10.1017.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39.
- Ferraz, M. F., & Pereira, A. S. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saúde de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3(2), 149-164.
- Figueredo, L. Z. P. & Barbosa, R. V. (2008). Fobia social em estudantes universitários. *ConScientiae saúde*, 7(1), 109-115. doi: 10.5585.
- Forteza, C. G., Lira, L. R., Gutiérrez, M. A. C., & Echeagarray, F. A. W. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Foster, C. E., Horwitz, A., Thomas, A., Opperman, K., Gipson, P., ... & King, C. A. (2017). Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Children & Youth Services Review*, 81, 321-331.
- Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social Anxiety Symptoms and Suicidal Ideation in a Clinical Sample of Early Adolescents: Examining Loneliness and Social Support as Longitudinal Mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 871-883. doi:10.1007/s10802-013-9844-7.
- Grant, B. F., Hasim, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., ... & Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351-1361.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Hamilton, J. L., Potter, C. M., Olino, T. M., Abramson, L. Y., Heimberg, R. G., & Alloy, L. B. (2016). The temporal sequence of social anxiety and depressive symptoms following interpersonal stressors during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 495-509.
- Hawton, K., Saunders, K. A. S., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, (379), 2373-2389.
- Hofmann, S. G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 717-725.
- Hooven, C., Snedker, K. A. & Thompson, E. A. (2012). Suicide risk at young adulthood: continuities and discontinuities from adolescence. *International Sociological Association*, 44(4), 524-547. doi: 10.1177/0044118X11407526.
- Inácio, M. I. S. (2018). *Ideação suicida em jovens-adultos com diferentes níveis de risco suicida: um estudo comparativo*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59, 741-749.
- Kamath, P., Reddy, Y. C. J., & Kandavel, T. (2007). Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1741-1750. doi:10.4088/JCP.v68n1114.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., ... & Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicide ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2016). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2), 206-219.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 21(6), 694-698. doi:10.1093.

- La Greca, A. M., Ehrenreich-May, J., Mufson, L. & Chan, S. (2016). Preventing adolescent social anxiety and depression and reducing peer victimization: Intervention development and open trial. *Child and Young Care Forum*, 45(6), 905-926.
- Lee, J. Y., & Bae, S. M. (2015). Intra-personal and extra-personal predictors of suicide attempts of South Korean adolescents. *School Psychology International*, 36(4), 428–444. doi: 10.1177/0143034315592755.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Baldwin, C. L. (2001). Diferenças de gênero nas tentativas de suicídio da adolescência ao início da idade adulta. *Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente*, 40(4), 427-434. doi: 10.1097/00004583-200104000-00011.
- Liebowitz, M. R. (1987). Liebowitz Social Anxiety Scale. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22,141-173.
- Madeira, A. R. S. (2017). *Razões para viver como fator protetor da ideação suicida em jovens adultos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Algarve.
- Magalhães, A. P. N., Alves, V. M., Comassetto, I., Lima, P. C., Faro, A. C. M., & Nardi, A. E. (2014). Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63, 16-22. doi: 10.1590/0047-20850000000003.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319-326. doi: 10.1016.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Medeiros, M. N. F. (2012). *Risco de suicídio, saúde e estilos de vida - estudo com estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Morán, V. E., Azpilicueta, A. E., & Cupani, M. (2019). Validación del Inventario de Fobia y Ansiedad Social – Forma Breve para universitarios argentinos. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 147-155.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., ... & Williams, D. R. (2009) Cross- National Analysis of the Associations among Mental Disorders and

- Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (19), 509-521.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013). Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio. OPP: Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2013). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [accedido em 17 de outubro de 2019]. Retirado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organização Mundial de Saúde (2017). Saúde mental: prevenção do suicídio [accedido em 28 de junho de 2018]. Retirado de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS*. Australia: Allen & Unwin.
- Palmer, E. J., & Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 164–170. doi: 10.1002/cbm.4.
- Pereira, A. A. G. (2011). *Ideação suicida e fatores associados*. Dissertação de Mestrado, Escola de Ciências Humanas e Sociais, Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Pereira, A. A. G., & Cardoso, F. M. S. (2017). Searching for Psychological Predictors of Suicidal Ideation in University Students. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, 1-8. doi:10.1590/0102.3772e33420.
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(11), 3767-3777.
- Pereira, C. (2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 9(1), 11-23.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). *Da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584. doi: 10.1007/s10608-006-9027-8
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: the social interaction and performance anxiety and avoidance

- scale and the social phobia safety behaviours scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291–311. doi: 10.1017.
- Pompili, M., Mancinelli, I., & Tatarelli, R. (2003). Stigma as a cause of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 183(2), 173-174. doi: 10.1192/bjp.183.2.173-a.
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Ramsawh, H. J., Fullerton, C. S., Mash, H. B., Kessler, R. C., Stein, M. B. ... & Ursano, R. J. (2014). Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *Journal of Affective Disorder*, 161, 116–122. doi:10.1016/j.jad.2014.03.016.
- Raposo, J. V., Soares, A. R., Silva, F., Fernandes, M. G., & Teixeira, C. M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia*, 33(2), 345-354.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Rodebaugh, T. L., Levinson, C. A., Langer, J. K., Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Brown, P., ... & Liebowitz, M. R. (2017). The structure of vulnerabilities for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 250, 297-301. doi: 10.1016/j.psychres. 2017.01.073.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15–28. doi:10.1017/S0033291707001699.
- Santos, J., Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. A., Cordeiro, R. A. C., & Façanha, R. M. P. S. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, L. F. (2016). Fobia Social em adolescentes: Repercussões Acadêmicas. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(2), 172-184.
- Santos, W. S., Ulisses, S. M., Costa, T. M., Farias, M. G., & Moura, D. P. F. (2016). A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 515-526.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.

- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ... & Stein, M. B. (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249-1257.
- Serrano-Ruiz, C. P., & Olave-Chaves, J. A. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *Revista de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 20(2), 139-147.
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior - Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa - Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 24(2), 247-256.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19(1), 75–91.
- Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., et al. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 562-563. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.562.
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2003). The observer perspective: effects on social anxiety and performance. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1009–1028.
- Stopa, L. & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *PubMed*, 38, 273-283. doi:10.1016/S0005-7967(99)00043-1.
- Teixeira, J. M. (2010). Uma abordagem fenomenológica do suicídio. *Debates Psiquiatria Hoje*, 2(5), 16-21.
- Tillfors, M., & Furmark, T. (2007). Social Phobia in Swedish university students: Prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42(1), 79-86. doi: 10.1007/s00127-006-0143-2.
- Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Facultad Nacional de Salud Publica*, 27(3), 302-308.
- Tosevski, D. L., Milovancevi, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Institute of Mental Health*, 23, 48-52.

- Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, N., & Ekeberg, O. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, *64*(1), 69-79.
- Wang, X., Li, Y., Liu, Z., Li, G., & Huang, Y. (2017). Association of comorbidity of mood and anxiety disorders with suicidal behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 1-35. doi:10.1016/j.jad.2017.11.006.
- Wenzel, A., & Beck, A.T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, *12*, 189–201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Interamerican Journal of Psychology*, *39*(2), 259-266.
- Wester, K. L., Ivers, N., Villalba, J. A., Trepal, H. C., & Henson, R. (2016). The relationship between nonsuicidal self-injury and suicidal ideation. *Journal of Counseling & Development*, *94*, 3-12.
- Wilson, I. (2005). Screening for Social Anxiety Disorder in first year university students. *Australian Family Physician*, *34*(11), 983-984.
- Wittchen, H. U., Kessler, K. C., Pfister, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*(2), 14–23. doi:10.1111/j.0065-1591.2000.acp29-03.x.
- Vagos, P., Pereira, A. & Beidel, D. (2010). Adaptação e validação de uma escala de medida de cognição na ansiedade social. *Avaliação Psicológica*, *9*(3), 393-402.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*, 175-187. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100020.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Prncisvalle, K., Liebowitz, M.R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the National Epidemiologic Sample on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(1), 12-19.