

DM

Fatores de Risco para Ideação Suicida
Um estudo na Região Autónoma da Madeira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Beatriz da Silva e Castro

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, DA SAÚDE E BEM-ESTAR



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

setembro | 2025

Fatores de Risco para Ideação Suicida
Um estudo na Região Autónoma da Madeira
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Beatriz da Silva e Castro
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, DA SAÚDE E BEM-ESTAR

ORIENTAÇÃO
Ana Lúcia dos Santos Faria

COORIENTAÇÃO
José Manuel Borges

***"People do not die by suicide because they do not
want to live.***

They die by suicide because they want to end their suffering."

— Kristen Fuller, M.D

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu agradecimento à Professora Doutora Ana Lúcia Faria, pela orientação exemplar ao longo de todo o percurso desta dissertação. A sua disponibilidade constante, o rigor científico com que analisou cada etapa do presente trabalho, bem como o seu profissionalismo, foram fundamentais para o desenvolvimento desta investigação. Destaco ainda as competências pedagógicas e humanas demonstradas, sempre com um olhar crítico e construtivo, incentivando-me a crescer enquanto estudante e profissional. A sua dedicação foi, sem dúvida, um pilar essencial para a concretização deste projeto.

De igual modo, agradeço ao meu coorientador, Dr. José Manuel Borges, pelo contributo ao longo deste processo. O seu conhecimento científico dentro da área de estudo foi determinante para enriquecer e aprofundar a qualidade desta dissertação. A sua capacidade de acrescentar clareza conceptual e rigor metodológico refletiu-se de forma evidente em diversas fases do trabalho.

Um especial obrigada à minha orientadora de estágio, Dra. Filipa Gomes. A sua colaboração foi fundamental para a concretização desta dissertação, nomeadamente no processo de recolha de dados. Agradeço ainda o apoio constante, a disponibilidade para esclarecer dúvidas e o incentivo prestado, que contribuíram significativamente para o desenvolvimento deste projeto académico.

Concluir esta etapa não seria possível sem o amor e apoio incondicional dos meus pais, aos quais agradeço profundamente. Obrigada, também, às minhas irmãs pela amizade sem reservas; ao David, pelo incentivo desde sempre; e ao meu pequenino, o mais presente companheiro nesta jornada, por ser a mais bonita fonte de motivação.

Resumo: O suicídio é um problema significativo de saúde pública que afeta famílias e comunidades por todo o mundo, superando várias outras causas de mortalidade, como doenças infecciosas e violência. Entre os diversos preditores conhecidos, a ideação suicida assume particular relevância por representar um fator central na transição para comportamentos suicidários consumados. Este estudo teve como objetivo analisar, quais das seguintes variáveis - sintomas depressivos, eventos adversos na infância, estratégias de *coping* e funções executivas - melhor explicam a ideação suicida em uma amostra clínica de indivíduos com ideação suicida, da Região Autónoma da Madeira.

A amostra incluiu 31 participantes recrutados na Consulta de Prevenção do Suicídio do Serviço de Psicologia do SESARAM, E.P.E. (21 com ideação; 10 controlo/sem ideação), utilizando os seguintes questionários e instrumentos de avaliação: Questionário de Dados Demográfico, Escala *Brief COPE*, *Trail Making Test* (TMT), Índice de Risco de Suicídio (IRIS), Inventário de Depressão de *Beck* II (BDI II), Questionário de Experiências Adversas na Infância – Versão Reduzida (ACE).

Os resultados mostraram risco suicidário significativamente superior no grupo experimental (com ideação). Embora não tenham surgido diferenças significativas entre grupos no questionário de EAI, *coping*, sintomas depressivos ou TMT, as análises intra-grupos revelaram que no grupo experimental maior tempo de realização no TMT-B estava associado a maior risco de suicídio. Adicionalmente, um maior número de experiências adversas na infância, relacionou-se com pior desempenho atencional. No grupo de controlo, a adversidade precoce associou-se a estratégias de *coping* focadas na emoção, enquanto estratégias de *coping* orientadas para resolução de problemas surgiram como fator protetor.

Em síntese, os resultados reforçam a importância de integrar variáveis cognitivas, clínicas e contextuais na avaliação do risco suicidário, destacando a flexibilidade cognitiva e o *coping* adaptativo como alvos prioritários de intervenção. Assim, sugere-se a implementação de programas multidisciplinares de prevenção, ajustados ao contexto regional, e a realização de futuros estudos com amostras mais alargadas e representativas.

Palavras-chave: ideação suicida; risco de suicídio; flexibilidade cognitiva; *coping*; experiências adversas na infância; saúde mental; Região Autónoma da Madeira.

Abstract: Suicide is a significant public health concern that affects families and communities worldwide, surpassing several other causes of mortality such as infectious diseases and violence. Among the various known predictors, suicidal ideation is particularly relevant as it represents a central factor in the transition to suicidal behaviours. The present study aimed to examine which of the following variables—depressive symptoms, adverse childhood experiences, coping strategies, and executive functions—best explain suicidal ideation in a clinical sample of individuals with suicidal ideation from the Autonomous Region of Madeira.

The sample included 31 participants recruited from the Suicide Prevention Consultation at the Psychology Service of SESARAM, E.P.E. (21 with suicidal ideation; 10 controls/without ideation), and the following questionnaires and assessment tools were administered: Demographic Data Questionnaire, Brief COPE Scale, Trail Making Test (TMT), Suicide Risk Index (IRIS), Beck Depression Inventory-II (BDI II), and the Adverse Childhood Experiences Questionnaire – Short Form (ACE).

The results indicated significantly higher suicide risk in the experimental group (with ideation). Although no significant group differences were found in ACE, coping, depressive symptoms, or TMT, within-group analyses revealed that, in the experimental group, longer completion time on the TMT-B was associated with higher suicide risk. In addition, a greater number of adverse childhood experiences were related to poorer attentional performance. In the control group, early adversity was associated with emotion-focused coping strategies, whereas problem-solving coping strategies emerged as a protective factor.

In summary, the findings reinforce the importance of integrating cognitive, clinical, and contextual variables in the assessment of suicide risk, highlighting cognitive flexibility and adaptive coping as key targets for intervention. Accordingly, the implementation of

multidisciplinary prevention programmes tailored to the regional context is recommended, alongside future studies with larger and more representative samples.

Keywords: suicidal ideation; suicide risk; cognitive flexibility; coping; adverse childhood experiences; mental health; Madeira Autonomous Region.

Índice

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	3
Abstract.....	4
Lista de Tabelas.....	7
Lista de Acrónimos	8
Introdução	9
Principais conceitos associados à ideação suicida: definições	11
Fatores de Risco para os Comportamento Suicidários	11
Enquadramento teórico	19
Método	24
Participantes	24
Procedimento.....	25
Instrumentos de Avaliação Psicológica.....	26
Resultados	29
Discussão	37
Limitações.....	44
Estudos Futuros.....	45
Conclusão	45
Referências	47
Anexos	57
A	57
B	59
C	62
D	67
E	69
F.....	71
G	74

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos grupos experimental e de controlo.....	30
Tabela 2. Dados Clínicos e Fatores de Risco dos grupos experimental e de controlo.....	32
Tabela 3. Pontuação total obtida nos instrumentos de avaliação psicológica (apresentados por Medianas e Intervalos de Interquartis) nos grupos experimental e de controlo.....	34
Tabela 4. Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> (r_s) e respetivos valores de significância (p) entre variáveis de <i>coping</i> , ACEs e ideação suicida nos grupos experimental e de controlo.....	36

Lista de Acrónimos

ACEs – *Adverse Childhood Experiences* (Experiências Adversas na Infância)

BDI II – *Beck Depression Inventory* (Inventário da Depressão de Beck)

DGS – Direção-Geral da Saúde

DREM – Direção Regional de Estatística da Madeira

FE - Funções Executivas

GC – Grupo de Controlo

IMV – *Integrated Motivational-Volitional Model* (Modelo Integrado Motivacional-Volitivo)

INE – Instituto Nacional de Estatística

MM – *Motivational Moderators* (Moderadores Motivacionais)

MV – *Volitional Moderators* (Moderadores Volitivos)

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

RAA – Região Autónoma dos Açores

RAM – Região Autónoma da Madeira

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

TMT – *Trail Making Test*

TSM – *Threat-to-Self Moderators* (Moderadores de Ameaça ao Self)

Introdução

O suicídio constitui um fenómeno complexo e multifacetado, cuja compreensão tem evoluído ao longo do tempo, integrando diversas perspetivas disciplinares. O termo “*suicide*” surge na língua inglesa no séc. XVII com origem no latim *suicidium*, composto por *sui* (“de si mesmo”) e *caedere* (“matar”), que significa “ato de matar a si mesmo” (Oxford English Dictionary. *n.d*).

A abordagem clássica de Émile Durkheim (1897/2009) conceptualiza o suicídio como um reflexo da organização social, sendo influenciado pelo grau de integração e regulação a que o indivíduo está sujeito. Segundo Durkheim, diferentes tipos de suicídio (egoísta, altruísta, anómico e fatalista) decorrem da relação entre o indivíduo e a esfera social. Posteriormente, a psicologia clínica enfatiza os processos internos associados à experiência suicida, destacando-se o contributo de Edwin Shneidman (1993), que define o suicídio como uma tentativa de aliviar uma dor psicológica intensa e insuportável, designada por *psychache*. Esta dor decorre de necessidades psicológicas frustradas e de sofrimento emocional profundo.

Neste enquadramento, a ideação suicida surge como uma preocupação crescente no domínio da saúde pública, sendo reconhecida como um dos principais preditores do comportamento suicida consumado (Organização Mundial de Saúde, 2021). Estima-se que, anualmente, cerca de 800.000 pessoas morram por suicídio por todo o mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos (Ordem Psicólogos Portugueses, 2023), superando em número de óbitos outras causas significativas, como a malária, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o cancro da mama, conflitos armados e homicídios (OMS, 2021).

As taxas de suicídio variam substancialmente entre regiões e países. Em termos globais, África apresenta a taxa mais elevada (11.2 por 100 mil habitantes), seguida da Europa (10.5) e do Sudeste Asiático (10.2). No entanto, é no continente africano que se observa o caso mais significativo: Lesoto, país situado na África Austral, registou a maior taxa de suicídio do mundo, com 87.5 mortes por 100 000 habitantes em 2019. Já na Europa, a taxa de suicídio padronizada por idade, no mesmo ano, foi de 10.5 por 100 000 habitantes,

situando-se acima da média global (9.2). Os homens foram desproporcionalmente mais afetados, com uma taxa de 17.1 por 100 000, em contraste com 4.6 por 100 000 nas mulheres. Entre os países europeus, a Lituânia apresentou a taxa mais elevada da região, com 20.2, valor que quase duplica a média a nível europeu (OMS, 2021). Em Portugal, embora estime-se um decréscimo na prevalência do suicídio nos últimos anos, o país continua a apresentar a taxa mais elevada do sul da Europa. Pelo menos três pessoas morrem por suicídio todos os dias, no entanto, presume-se que o número real possa ser superior, uma vez que muitos casos não são devidamente registados. (Dattani et al., 2022; OPP, 2021).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2022), foram registados 9.7 suicídios por 100 mil habitantes, com uma prevalência significativamente superior nos homens (15.5) em comparação com as mulheres (4.4). Sendo as regiões do Alentejo e do Algarve as que apresentaram maiores taxas de mortalidade por lesões auto-lesivas intencionalmente, com 21 e 15.3 por 100 mil habitantes, respetivamente. Seguindo-se a Região Autónoma dos Açores (RAA), com 12.4, e a Região Autónoma da Madeira (RAM), com 7.9 (INE, 2022). Na RAM, em 2022, registaram-se 27 óbitos por esta causa, representando uma redução de 16% face ao ano anterior. Os concelhos do Funchal e de Santa Cruz contabilizaram o maior número de casos, 14 (13 homens e uma mulher) e 9 (oito homens e uma mulher) respetivamente. Não se verificaram ocorrências de suicídio nos concelhos de São Vicente e Porto Moniz (Direção Regional Estatística Madeira, 2022).

O estudo dos fatores de risco para a ideação suicida na RAM justifica-se cientificamente pela elevada relevância do suicídio como problema de saúde pública (OPP, 2021) e pela necessidade de compreender determinantes precoces de comportamentos suicidários, sendo a ideação um dos seus principais preditores (OMS, 2021). As características geográficas, sociais e culturais da região, como isolamento e presença de estigma face à saúde mental podem constituir fatores que contribuem para o desenvolvimento de ideação suicida (Santana et al., 2015; Oexle et al., 2015; Wyllie et al., 2025).

Principais conceitos associados à ideação suicida: definições

Para permitir uma análise mais aprofundada dos comportamentos suicidários, procede-se à descrição de alguns conceitos-chave relacionados. A *ideação suicida* refere-se à presença de pensamentos persistentes sobre morte voluntária. Existe num espectro de intensidade, que tem início com um desejo de morrer, sem método, plano ou intenção definidos, e pode progredir para ideação suicida ativa, envolvendo um plano elaborado e intenção de agir. Está fortemente associada a tentativas e mortes por suicídio, sendo um fator de risco importante para tentativas futuras (Han et al., 2016); a *intenção suicida* diz respeito ao grau de determinação e à expectativa de uma pessoa em agir com base nos seus pensamentos suicidas, associada à convicção de que as suas ações planeadas culminarão na sua morte (Freedenthal, 2008; Harriss et al., 2005); o *comportamento autolesivo* define-se pela prática intencional de causar dano físico ao próprio corpo, muitas vezes sem intenção de suicidar-se, com a finalidade de atenuar o sofrimento psicológico intenso. Entre os exemplos mais comuns incluem-se cortes, queimaduras, ingestão de substâncias, ou bater em si próprio ou em objetos (OMS, 2019); a *tentativa de suicídio* caracteriza-se por um comportamento auto-lesivo com o objetivo, implícito ou explícito, de provocar a própria morte. Por fim, *suicídio*, define-se como a morte resultante de uma ação deliberada realizada pela própria pessoa, com a intenção de pôr fim à sua vida (OPP, 2024).

Fatores de Risco para os Comportamento Suicidários

A compreensão dos fatores de risco para os comportamentos suicidários, entre os quais a ideação suicida, é fundamental para uma resposta eficaz em prevenção. Estes fatores resultam da interação dinâmica entre características individuais, influências socioculturais e circunstâncias situacionais, que, quando acumulados, aumentam a vulnerabilidade à ideação ao longo do contínuo suicidário. Desta forma, uma resposta eficaz na prevenção do suicídio assenta, essencialmente, na identificação dos diferentes fatores de risco relevantes ao contexto, seguida da implementação de intervenções adequadas que contribuam para a sua mitigação. Os comportamentos suicidários não resultam, por norma, de uma causa única, sendo que nenhum fator isolado ou episódio de tensão, por si só, é suficiente para explicar

um ato suicida. Mais comumente é a combinação de vários fatores de risco, atuando de forma acumulada, que acabam por aumentar a vulnerabilidade do indivíduo a estes comportamentos. Por outro lado, a presença de múltiplos fatores de risco não significa que um indivíduo irá necessariamente cometer suicídio (OMS, 2023). Neste sentido, importa distinguir e compreender as diferentes categorias de fatores de risco identificadas na literatura.

Individuais

Os fatores individuais dizem respeito a características pessoais e históricas que afetam a vulnerabilidade de cada pessoa aos comportamentos suicidários.

Sociodemográficos. A *idade* é um fator determinante. Em Portugal, embora o suicídio represente a segunda principal causa de morte entre os jovens dos 15 aos 29 anos, são os indivíduos com mais de 70 anos que constituem o grupo mais vulnerável a cometer suicídio. Na Região Autónoma da Madeira, os adultos entre os 55 e os 64 anos constituem a faixa etária com maior registo de óbitos por lesões auto-provocadas intencionalmente (OMS, 2021; 2024; DREM, 2022). O *género* é outro fator importante: os homens apresentam um risco de suicídio cerca de três vezes superior ao das mulheres. Este fenómeno tem sido associado a fatores *stressores*, como dificuldades financeiras, problemas conjugais e traços individuais como a impulsividade. Além disso, os homens tendem a utilizar métodos com um nível de letalidade superior, como armas de fogo, em situações de crise, aumentando a probabilidade de consumar o ato. Por outro lado, são as mulheres quem mais manifestam pensamentos de morte e registam um maior número de tentativas de suicídio. Esta disparidade é frequentemente designada como o “paradoxo do género” e poderá refletir as diferenças nas normas e expectativas sociais entre homens e mulheres, assim como uma menor presença de ideação suicida reportada pelos homens (Fowler et al., 2022; Richardson et al., 2021; Griffin et al., 2022). É, também, o género feminino que mais procura apoio psicológico na consulta de Prevenção de Suicídio na RAM (Alves et al., 2024). No que diz respeito ao *estado civil*, as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas apresentam maior suscetibilidade ao suicídio

comparativamente com as casadas. O risco revela-se mais elevado durante o processo de separação conjugal, sendo particularmente acentuado após o divórcio. De acordo com Naess e colaboradores (2021), o suporte social associado à relação conjugal pode atuar como um fator protetor contra o suicídio. A *profissão* constitui igualmente um fator relevante na vulnerabilidade ao suicídio. Trabalhadores rurais, operários e profissionais da construção civil, frequentemente sujeitos a condições de trabalho precárias, como dificuldades económicas e ausência de acesso adequado a serviços de saúde mental, apresentam um risco mais elevado de suicídio quando comparados com profissionais que ocupam posições de direção ou funções que requerem níveis mais elevados de escolaridade. No entanto, a evidência científica indica que os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, também estão entre os grupos com maior risco de ideação suicida, acentuando-se na presença de sintomatologia depressiva e *burnout* (Virtanen, M. et al., 2018; Menon et al., 2020).

Histórico Psiquiátrico. As *perturbações mentais* são fatores de risco significativos para comportamentos suicidários, estando presentes em cerca de 9 em cada 10 casos de suicídio. A presença de comorbilidade entre duas ou mais perturbações aumenta consideravelmente esse risco. A depressão, a perturbação bipolar, a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, e as perturbações de personalidade, assim como a ansiedade e o uso de substâncias aumentam o desespero e a perda da capacidade de lidar com o sofrimento e, conseqüentemente, da ideação e comportamento suicida (Direção Geral de Saúde, 2020); Bruffaerts et al., 2019). Sendo que é a depressão constitui o fator de risco mais significativo, estimando-se que entre 15 a 20% dos indivíduos com quadros depressivos graves venham a morrer por suicídio (DGS, 2020). De acordo com um estudo regional, realizado por Alves e colaboradores (2024), sobre o perfil da população que frequenta a Consulta de Psicologia de Prevenção do Suicídio, a perturbação de humor depressivo representa mais de metade dos participantes (51%). De igual modo, 200 dos 400 jovens, entre os 12 e 21 anos, que procuraram apoio psicológico na “Consulta do Jovem”, apresentaram um quadro depressivo (Instituto de Administração de Saúde, 2019). O *consumo abusivo de álcool e outras*

substâncias é, também, um fator de risco significativo para o suicídio, estando frequentemente associado a perturbações psiquiátricas como a depressão. Neste sentido, o consumo de substâncias contribui para a desinibição, impulsividade e redução do juízo crítico, aumentando a probabilidade de comportamentos suicidários, mesmo na ausência de um diagnóstico formal de Perturbação por Uso de Substâncias (DGS, 2020). Para Oliveira e colaboradores (2020) o consumo de álcool aumenta o risco de tentativa de suicídio, sobretudo entre os homens. É importante destacar que, ao longo do ciclo vital, na RAM, a prevalência de consumo de álcool na população com idade entre os 15 e os 74 anos, é de 71.2% (Balsa et al., 2023). De igual modo, o *histórico de doença mental em contexto familiar*, sobretudo o histórico de suicídio constitui outro fator de risco (Bruffaerts et al., 2019). A transmissão intergeracional do comportamento suicida resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo que a evidência científica aponta para uma contribuição maioritariamente genética. Estudos realizados com gémeos, famílias e em contexto de adoção revelam que aproximadamente 45 % do risco de suicídio consumado pode ser atribuído a fatores genéticos (Mirkovic et al., 2016). Análises comportamentais genéticas mais recentes, como a de O'Reilly e colaboradores (2020), indicam que até cerca de 70 % da associação entre comportamento suicida em pais e filhos é explicada por fatores genéticos, enquanto os restantes 30 % são atribuídos a fatores ambientais, como a exposição direta ao comportamento suicida parental, o ambiente familiar disfuncional ou o histórico de psicopatologia parental aumentando assim o risco de suicídio na descendência: filhos de mães que tentaram ou cometeram suicídio apresentaram risco superior de comportamento suicida (O'Reilly et al., 2020). No entanto, no estudo regional de Alves e colaboradores. (2024), sobre o perfil do utente da Consulta de Psicologia de Prevenção do Suicídio da RAM, 93% dos participantes não apresentam prevalência de histórico familiar de comportamentos suicidários.

Défices nas Funções Executivas. A literatura revela que dificuldades em funções cognitivas como a inibição, a flexibilidade cognitiva e a tomada de decisão estão associadas a níveis elevados de risco de suicídio em adultos, podendo limitar a capacidade de resposta

adaptativa em momentos de crise (Bredemeier & Miller, 2015). Em consonância, Rieira-Serra et al. (2023), num estudo longitudinal que acompanhou adultos com Perturbação Depressiva Major durante 12 meses, concluíram que dificuldades persistentes na tomada de decisão, no controlo de impulsos, no planeamento espacial e na memória de trabalho estão associados, de forma consistente, à ideação suicida e a tentativas subsequentes. De forma convergente, o estudo de Navya et al. (2023) reforça a relevância dos défices nas funções executivas como fator de risco para a ideação suicida em indivíduos com perturbação depressiva. Os autores compararam dois grupos clínicos, com e sem ideação suicida, e observaram que o grupo com ideação suicida apresentou níveis significativamente mais elevados de erros de perseveração e um maior número de erros em tarefas de inibição cognitiva. Além disso, a flexibilidade cognitiva foi significativamente menor no grupo com ideação, indicando uma menor capacidade de flexibilidade cognitiva.

Comportamentos auto-lesivos e tentativas de suicídio anteriores. Este é outro fator de risco importante, sendo que a existência de tentativas de suicídio anteriores é um dos preditores mais significativos para o risco de suicídio (Franklin et al., 2016). Um estudo realizado nas ilhas de São Miguel e Santa Maria, nos Açores, com uma amostra de 53 participantes, com doença psiquiátrica, entre os 14 e os 29 anos, demonstrou que os comportamentos auto-lesivos e a ideação suicida ocorrem com elevada frequência. Especificamente, 69.8% da amostra referiu já ter experienciado ideação suicida e 58.5% afirmou já ter praticado comportamentos auto-lesivos e, na sua origem, foi possível identificar fatores como o auto-criticismo e a impulsividade. O estudo revelou que níveis elevados de auto-crítica, particularmente sentimentos de rejeição em relação a si próprio, estão fortemente associados tanto à presença de comportamentos auto-lesivos quanto à ideação suicida. Em relação à impulsividade, verificou-se que também desempenha um papel relevante na ocorrência de comportamentos auto-lesivos, embora com menor associação face ao auto-criticismo (Medeiros, 2016).

Doenças físicas e incapacitantes. A presença de doenças físicas, associadas a défices funcionais, à alteração da imagem corporal e dor crónica são um fator de risco importante.

De acordo com uma análise prospetiva em pacientes com dor crónica, entre 18% a 50% apresentam ideação suicida, reforçando a relação entre sofrimento físico e risco suicida (Campbell et al., 2015).

Socioculturais

Seguidamente, abordam-se os fatores socioculturais que se referem a influências contextuais e ambientais que moldam a perceção, o comportamento e o acesso a recursos relacionados com a saúde mental e o risco de ideação suicida.

Estigma. Está associado ao diagnóstico de doença mental constitui um importante fator de risco uma vez que pode levar a pessoa a vivenciar episódios de preconceito e discriminação, dificultando a procura de apoio, aumentando assim o nível de risco de suicídio (Oexle et al., 2015; Wyllie et al., 2025). Adicionalmente, Lin e colaboradores (2024) evidencia que, entre homens gays e bissexuais, tanto o estigma percebido como o internalizado exercem efeitos adversos na saúde mental, e que a solidão desempenha um papel de mediação face ao suicídio. Ou seja, o estigma sexual não atua isoladamente, mas é fortalecido por processos de isolamento social que elevam ainda mais o risco suicidário.

Barreiras no acesso aos cuidados de saúde. As dificuldades no acesso aos cuidados de saúde podem impedir que indivíduos em risco de suicídio recebam o tratamento adequado, seja por motivos financeiros, geográficos, físicos ou pessoais. Esta limitação reduz a probabilidade de procurarem os serviços apropriados, de serem identificados pelos profissionais de saúde e de receberem a intervenção necessária (OMS, 2024). Por outro lado, a evidência demonstra que cerca de 70% dos indivíduos que morreram por suicídio consultaram o seu médico assistente no mês que antecedeu a sua morte (DGS, 2020), o que destaca a importância de uma avaliação atenta e eficaz por parte dos profissionais de saúde.

Exposição ao suicídio através dos media. A influência dos *media* pode afetar as taxas de suicídio, especialmente nos primeiros 60 dias após a divulgação de um caso. Observa-se um aumento proporcional dos comportamentos suicidários e auto-lesivos quando há elevada exposição mediática, sobretudo se forem apresentados detalhes sobre o método utilizado e

se a vítima for uma figura pública, podendo levar a um aumento de 8% a 18% no número de suicídios, e elevar entre 18% e 44% a probabilidade de ocorrência de suicídios pelo mesmo método (Niederkrötenhaler et al., 2020). Este fenómeno de mimetização é igualmente corroborado pela literatura portuguesa, que identifica padrões semelhantes de contágio após a exposição mediática de casos de suicídio (Ribeiro & Granado, 2023).

Ruralidade e Isolamento Social. Constituem fatores de risco geográficos e contextuais que potenciam a ideação suicida e o comportamento suicidário. Este risco é intensificado por condições como o isolamento, a degradação socioeconómica e a limitação no acesso a apoio social e a intervenções precoces (Santana et al., 2015). Neste sentido, o isolamento social é reconhecido como um fator de risco transversal para a ideação suicida, afetando diferentes grupos etários, desde adolescentes até idosos. A nível internacional, estudos como os de Puyané e colaboradores (2025) e Salari e colaboradores (2025) evidenciam que a solidão e o isolamento em pessoas idosas estão fortemente associados à ideação suicida, enquanto Meehan e colaboradores (2025) demonstram que a baixa coesão comunitária e o fraco envolvimento social agravam esse risco. Esta relação não se restringe à população mais velha: estudos nacionais mostram que jovens adultos portugueses que vivem sozinhos apresentam níveis mais elevados de ideação suicida (Vasconcelos-Raposo et al., 2016). A nível regional, verifica-se uma escassez de estudos específicos sobre esta temática, o que limita o conhecimento aprofundado sobre a realidade local.

Situacionais

Os fatores situacionais dizem respeito a circunstâncias específicas ou experiências de vida que, ao ocorrerem em determinados contextos, podem aumentar a vulnerabilidade ao suicídio. Abaixo descrevem-se alguns destes fatores.

Acesso aos meios letais. É um fator amplamente reconhecido na compreensão e prevenção do suicídio, dado que a escolha do método influencia significativamente a letalidade e o desfecho da tentativa. Em Portugal, os métodos suicidários mais utilizados incluem o enforcamento, estrangulamento e sufocação, responsáveis por 50.7% dos casos, seguidos

pelo uso de armas de fogo (9.3%), ingestão de substâncias tóxicas (9.2%) e precipitação de locais elevados (8,0%). Quando analisadas as diferenças de género, observa-se que os homens recorrem com maior frequência a armas de fogo (11.5%), enquanto as mulheres apresentam uma maior prevalência de auto-intoxicação (17.8%) (OPP, 2024). A nível regional, o método mais frequente é a ingestão medicamentosa, responsável por 44% dos casos, seguido pela precipitação, que representa 32% das ocorrências (Alves et al., 2024). Intervenções que restringem o acesso a meios letais, como a instalação de barreiras em pontes e a regulação de pesticidas, resultam em reduções significativas nas taxas de suicídio, sem aumento compensatório em outros métodos (Pirkis et al., 2015).

Experiências adversas na infância (ACEs). São reconhecidas como fatores de risco significativos para a ideação suicida ao longo da vida. A meta-análise de Baldini e colaboradores (2025) revelou uma forte associação entre ACEs e comportamentos suicidas em pessoas com perturbações psiquiátricas como Depressão Major, destacando o abuso sexual como o fator de maior risco. Adicionalmente, Chu e colaboradores (2017) demonstraram que experiências precoces de rejeição e negligência, frequentemente associadas a situações de abuso físico, contribuem para a perceção de se sentir um fardo para os outros e para o sentimento de não pertença, ambos fortemente ligados à ideação suicida. Quando associados à capacidade adquirida para o suicídio, estes fatores aumentam também o risco de tentativas. Serebriakova e colaboradores (2025) reforçam esta evidência ao mostrarem que os maus-tratos na infância estão fortemente associados à ideação e tentativa de suicídio na idade adulta. O estudo identificou que o impacto negativo é parcialmente mediado por sentimentos de derrota e de aprisionamento psicológico. De forma semelhante, Stansfeld e colaboradores (2016), num estudo longitudinal, verificaram que a exposição a três ou mais adversidades na infância estava associada a um aumento expressivo da ideação suicida na meia-idade. Os autores observaram que este risco se mantinha mesmo após o controlo de fatores como perturbações da ansiedade na adolescência e eventos de vida adversos na idade adulta, evidenciando o impacto duradouro das ACEs ao longo do ciclo de vida. Estes resultados são reforçados por Silveira & Pereira

(2023), num estudo com adultos lusófonos, em que se identificou o abuso sexual, a negligência emocional e o histórico familiar de doença mental como preditores significativos de ideação suicida. Lund e colaboradores (2022) destacam que os efeitos negativos das ACEs no indivíduo podem ser intensificados na presença de défices no funcionamento executivo. Os autores observaram que adultos com histórico de adversidade em idade precoce apresentavam menor desempenho em domínios como a memória de trabalho, a flexibilidade cognitiva e o controlo inibitório, especialmente quando coexistiam perturbações do humor ou da personalidade. Esta combinação parece aumentar a vulnerabilidade à ideação suicida, ao comprometer a regulação emocional e a capacidade de resolução de problemas em contextos de stresse, favorecendo padrões cognitivos mais rígidos (Lund et al., 2022; Bredemeier & Miller, 2015).

Enquadramento teórico

A ideação suicida surge da interação entre fatores psicológicos, biológicos, ambientais e socioculturais. A transição da ideação para o comportamento suicidário pode ser compreendida à luz de diferentes modelos teóricos que procuram explicar os mecanismos subjacentes a este fenómeno (Harmer et al., 2024b).

Um dos contributos mais influentes neste domínio foi a Teoria Interpessoal do Suicídio, proposta por Joiner (2005), que introduziu a ideia de que a ideação suicida resulta da interação entre o sentimento de não pertença e a perceção de se sentir um fardo para os outros. Contudo, segundo o autor, a presença destes fatores não é suficiente para a ocorrência de uma tentativa de suicídio, exigindo também uma capacidade adquirida, desenvolvida através da habituação à dor e à superação do medo da morte.

Apesar da relevância deste modelo, abordagens mais recentes têm procurado uma explicação mais abrangente e empiricamente sustentada para o comportamento suicidário. É nesse contexto que se enquadra o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV), proposto por O'Connor e Kirtley (2018) (Figura 1), cuja estrutura integra fatores biológicos, psicológicos, sociais e contextuais, permitindo compreender a ideação suicida como um processo dinâmico

influenciado por vulnerabilidades prévias, eventos de vida stressantes e moderadores motivacionais. Para além disso, o IMV revela particular adequação ao presente estudo por integrar dimensões que foram avaliadas empiricamente, como a adversidade precoce, a sintomatologia depressiva, as estratégias de coping e o funcionamento executivo, oferecendo assim um enquadramento coerente para interpretar a forma como estes fatores contribuem para a formação da ideação.

O presente modelo descreve o processo de desenvolvimento da ideação até à concretização do comportamento suicida, adotando uma perspetiva biopsicossocial. De acordo com os autores, um dos elementos centrais é o sentimento de aprisionamento (*entrapment*), que surge quando o indivíduo sente que está numa situação de sofrimento insuportável, sem saída visível ou estratégias eficazes para resolver os seus problemas. Neste sentido, o suicídio é conceptualizado como uma tentativa de fuga desse estado de desespero, surgindo como a única solução percebida para atenuar a dor psicológica.

O modelo IMV engloba três fases: a pré-motivacional, a motivacional e a volitiva, cada uma composta por variáveis específicas que influenciam o risco suicidário de forma progressiva, num contínuo dinâmico e contextual. Segundo os autores, as variáveis presentes nas fases iniciais afetam e modelam o risco ao longo das fases subsequentes, sendo por isso crucial uma abordagem diferenciada em termos de avaliação e intervenção consoante a etapa em que o indivíduo se encontra (O'Connor & Kirtley, 2018).

A fase pré-motivacional remete ao contexto individual e ambiental que antecede o surgimento da ideação suicida. Esta fase é composta por uma tríade de fatores: diátese, ambiente e eventos de vida. As diáteses incluem vulnerabilidades biológicas, genéticas e cognitivas, como por exemplo, alterações na regulação da serotonina, traços de perfeccionismo socialmente prescrito - caracterizado pela perceção de que os outros têm expectativas irrealisticamente elevadas - ou esquemas cognitivos negativos. Os fatores ambientais e relacionais incluem pobreza, exclusão social, discriminação, desigualdade socioeconómica, impacto de mudanças socioculturais rápidas (e.g. recessões económicas), experiências adversas na infância (e.g. negligência, abuso ou perda parental) podendo estar

associadas a alterações epigenéticas, desequilíbrios na regulação do cortisol e à formação disfuncional de vínculos de apego. Os eventos de vida stressantes, que podem surgir em qualquer etapa da vida (e.g. fracassos interpessoais ou académicos), funcionam frequentemente como precipitantes que interagem com as vulnerabilidades pré-existentes. Esta fase fornece, assim, a base sobre a qual se constrói o risco psicológico, influenciando os processos que ocorrem nas fases seguintes do modelo (O'Connor & Kirtley, 2018).

A fase motivacional diz respeito ao desenvolvimento da ideação e intenção suicida. Inicia-se frequentemente com a experiência de falhas, rejeição ou humilhação, contribuindo para o aumento do sentimento de *entrapment* psicológico — a sensação de estar preso numa situação intolerável sem capacidade de fuga. Esta perceção pode ter origem em fontes internas, como pensamentos negativos persistentes, ou externas, como experiências sociais adversas, aumentando na presença de fatores como perfeccionismo socialmente prescrito, pessimismo e afeto negativo, sendo frequentemente acompanhada por agitação emocional. A relação entre sentimentos de derrota e *entrapment* é particularmente sensível à presença de Moderadores de Ameaça ao Self (TSM), como dificuldades na resolução de problemas, vieses na memória autobiográfica ou ruminação tipo *brooding*, que dificultam a capacidade de reestruturação cognitiva e resolução dos problemas de forma adaptativa (O'Connor & Kirtley, 2018).

A transição do *entrapment* para a ideação suicida é mediada Moderadores Motivacionais (MM), que regulam a probabilidade de o sentimento de *entrapment* evoluir para intenção suicida. Quando presentes fatores como: razões para viver; pensamento positivo sobre o futuro; capacidade de definir e seguir objetivos; conexão e sentimento de pertença, podem funcionar como elementos protetores. Pelo contrário, a sensação de sentir-se um fardo para os outros, a ausência de suporte social e a diminuição da resiliência aumentam o risco de o indivíduo considerar o suicídio como única solução. Além disso, atitudes menos negativas — explícitas ou implícitas — face ao suicídio ou à morte, também podem facilitar a sua contemplação como alternativa viável quando o sentimento de *entrapment* se instala (O'Connor & Kirtley, 2018).

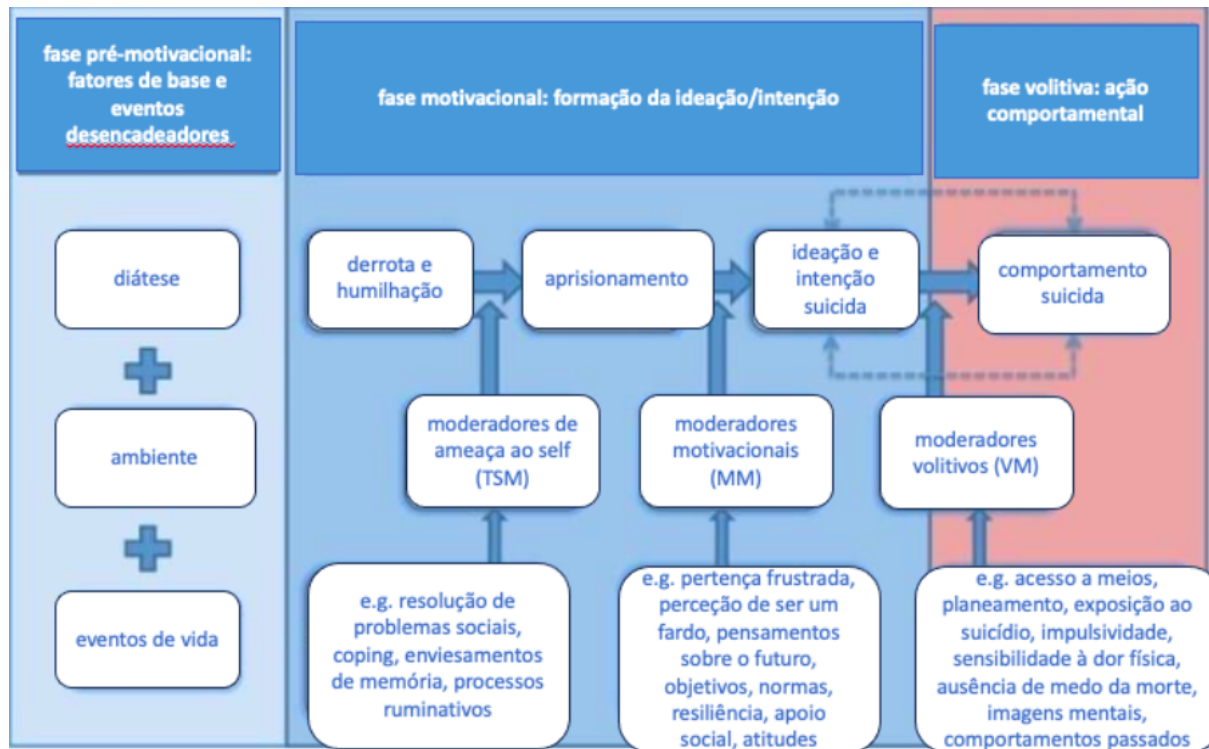
Por fim, a fase volitiva do modelo IMV descreve o processo que conduz a ideação à ação suicida, ou seja, da intenção ao comportamento concreto. Esta transição não é automática e depende da presença de Moderadores Volitivos (VM), que podem facilitar ou inibir a execução do ato. O modelo salienta que sentimentos como o aprisionamento, embora fortemente associados à ideação, não são suficientes para prever a ação. É, sim, na presença de VMs que esta transição torna-se mais provável (O'Connor & Kirtley, 2018).

Os VMs designam-se por fatores como: o acesso a meios letais, a exposição ao comportamento suicidário de outras pessoas como familiares ou amigos que pode aumentar a probabilidade de imitação, normalizar o ato ou torná-lo cognitivamente mais acessível em momentos de crise. De forma semelhante, a exposição a representações inadequadas do suicídio nos meios de comunicação, especialmente quando romantizado, pode intensificar o risco entre indivíduos mais vulneráveis. A impulsividade é outro fator importante, associando-se a dificuldades de regulação emocional e tomada de decisão sob stress. Assim como, a existência de um plano de suicídio elaborado. Outro VM emergente é a presença de imagens mentais vívidas relacionadas com o suicídio (*flash forwards*), em que o indivíduo se visualiza a morrer ou já morto. Estas imagens funcionam como um ensaio cognitivo do comportamento, tornando a sua execução mais provável (O'Connor & Kirtley, 2018).

E ainda, o histórico de comportamentos auto-lesivos ou tentativas de suicídio anteriores também constitui um preditor robusto da repetição do comportamento. Em certos casos, a perceção de controlo pessoal elevado sobre o ato suicida, interpretada como um sinal de capacidade adquirida para o suicídio, pode levar à execução direta do comportamento, mesmo sem passar pelas fases de intenção ou planeamento descritas no modelo (O'Connor & Kirtley, 2018).

Figura 1

Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) do comportamento suicida (Adaptado para português de O'Connor & Kirtley, 2018).



Este estudo pretende analisar as correlações entre a ideiação suicida e as seguintes variáveis: experiências adversas na infância; estratégias de *coping*; risco de suicídio; sintomatologia depressiva e funções executivas. Adicionalmente, procura determinar se a realidade da RAM se coaduna com a literatura existente nesta área, identificando os fatores que melhor explicam a ideiação suicida. Para o efeito, procura-se responder a quatro questões de investigação:

Questão de Investigação 1 (Q1): Há uma correlação positiva entre a sintomatologia depressiva (avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck – BDI II) e o risco de suicídio (avaliado pelo IRIS) sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a um maior risco de suicídio?

Questão de Investigação 2 (QI2): Como se relacionam as estratégias de *coping* - resolução de problemas; suporte social e emocional (avaliadas pelo *Brief-COPE*) - com o risco de suicídio (avaliado pelo IRIS)?

Questão de Investigação 3 (QI3): Há uma correlação positiva entre os eventos adversos na infância (avaliada Questionário de Experiências Adversas na Infância – Versão Reduzida (ACE)) e a ideação suicida, sugerindo que os participantes que experienciaram mais eventos adversos na infância têm maior probabilidade em manifestar ideação suicida (avaliado pelo item 9 do BDI II e IRIS)?

Questão de Investigação 4 (QI4): Indivíduos com menor flexibilidade mental (avaliada pelo TMT) apresentam maiores níveis de risco de suicídio (avaliado pelo IRIS) e ideação suicida (avaliado pelo item 9 do BDI II)?

Método

Participantes

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Serviço Regional de Saúde da Madeira (número de referência: S24007830) e decorreu no âmbito da Consulta de Prevenção do Suicídio do Serviço de Psiquiatria do SESARAM, EPE, destinada a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

Inicialmente, foi elaborada uma lista de 50 utentes com base na sua atividade de ideação suicida, de acordo com os critérios definidos pela psicóloga responsável pela consulta. Os utentes foram contactados no âmbito da consulta, tendo-lhes sido apresentados os objetivos e procedimentos da investigação.

Foram definidos como critérios de exclusão: presença de doenças neurológicas, como tumores cerebrais ou paralisia cerebral, que comprometessem a capacidade de compreender as instruções do protocolo de investigação, bem como a recusa em assinar o consentimento informado.

Procedimento

A recolha de dados decorreu entre os meses de dezembro 2024 e maio de 2025, no contexto de consulta, e foi realizada após a formalização do consentimento informado, garantindo o cumprimento dos princípios éticos da investigação.

A avaliação decorreu nos consultórios disponíveis do Serviço, um espaço privado e seguro para o utente e livre de possíveis distrações (Figura 2). Os instrumentos foram aplicados individualmente, em colaboração com a psicóloga responsável pela consulta com a duração entre 20 a 60 minutos, sendo conduzidas ao ritmo de cada participante. Foram realizadas pausas sempre que necessário, assegurando-se, ao longo do processo, a disponibilidade e o consentimento contínuo do utente para prosseguir com a colaboração.

Amostra

Dos 50 utentes, 22 aceitaram participar voluntariamente no estudo. No entanto, apenas 21 participantes foram considerados para análise, uma vez que um dos casos foi excluído por falta de validade nos dados recolhidos. Adicionalmente, foram recrutados 10 utentes sem ideação suicida, provenientes da Consulta de Psicologia para Adultos no Serviço de Psiquiatria do SESARAM, EPE, que constituíram o grupo de controlo com o objetivo de permitir uma comparação entre indivíduos com e sem ideação suicida, contribuindo para uma análise mais robusta dos fatores em estudo.

Figura 2

Consultório de Psicologia do Serviço de Psiquiatria do SESARAM



Instrumentos de Avaliação Psicológica

Foram aplicados os seguintes questionários e instrumentos de Avaliação Psicológica:

Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo A): Este questionário recolhe informação face aos dados demográficos (idade, sexo, nacionalidade), educativos (anos de escolaridade), situação profissional. Recolhe informação sobre histórico de consumo de substâncias (álcool, tabaco entre outros), assim como a presença ou não de sintomatologia depressiva. Reúne também informação acerca das datas de tentativas de suicídio e crises suicidas anteriores (e.g. ideação sem tentativa). Finalmente, são recolhidos dados sobre acesso a métodos letais (e.g. armas, veneno) e curso de aplicação de fitofarmacêuticos (Silveira & Pereira, 2023; Milner et al., 2017).

Escala Brief COPE (Folkman & Lazarus, 1984; Carver, 1997; Ribeiro e Rodrigues, 2004) (Anexo B): A versão original do *Brief COPE* é de Folkman e Lazarus, (1984) e foi adaptada por Carver (1997). A presente escala é a versão reduzida da escala de Estratégias de Enfrentamento do Stresse, validada e adaptada para a população por Ribeiro e Rodrigues (2004). Tem como objetivo avaliar as estratégias de enfrentamento que as pessoas utilizam

perante uma situação de stresse, de um modo breve e mais curto possível e não necessita ser aplicado na sua totalidade, por isso investigadores que se encontrem condicionados pelo tempo, podem utilizar somente algumas escalas, as que forem de encontro ao interesse para essa população específica. Este questionário é uma escala de autorresposta, multidimensional e pode ser utilizado para avaliar, tanto as estratégias de enfrentamento de stresse, como os estilos de enfrentamento. É composto por 14 subescalas, com dois itens cada, num total de 28 itens, onde é pedido ao participante que responda qual costuma ser a sua reação perante diferentes situações de stresse, numa escala do tipo *Likert*, onde as suas respostas variam de 0 (nunca faço isto) a 3 (faço isto muitas vezes) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Trail Making Test (TMT) (Reitan & Wolfson, 2004; Cavaco et al., 2013) (Anexo C):

É um teste neuropsicológico muito utilizado que fornece informação, de uma forma geral, sobre o processamento visual, motor, e funções executivas. É composto por duas partes, a Parte A e a Parte B. O TMT A avalia o tempo, em segundos, necessário para ligar sequencialmente os números de 1 a 25 por ordem crescente, distribuídos aleatoriamente numa folha. A parte A destina-se à avaliação da procura visual e capacidades motora. O TMT B mede, em segundos, o tempo preciso para conectar números e letras por ordem alfabética e crescente, de forma alternada (e.g., a-1, b-2). A parte B reflete a capacidade de alternância cognitiva. O tempo de conclusão da parte B funciona como índice de função executiva. A pontuação de ambas as partes é calculada pelo tempo que o participante demora a completar cada tarefa (Cavaco et al., 2013).

Índice de Risco de Suicídio (IRIS) (Da Veiga et al., 2014) (Anexo D): É um instrumento de avaliação psicométrica do risco de suicídio em indivíduos que ainda não tenham protagonizado um comportamento suicidário recente, construído e validado por Francisco Alte da Veiga, Psiquiatra, e um grupo de outros médicos. É composto por 3 ponderações: sociodemográfica, em que são recolhidos dados como o sexo, idade e religiosidade; contextos que reúne informação sobre isolamento, perda recente marcante, doença física, abuso de álcool ou outras substâncias, doença psiquiátrica grave, história de internamento

psiquiátrico e história familiar de suicídio e esfera suicida, que contempla a história pessoal de comportamentos suicidários e o plano suicida. Cada uma destas traz diferentes itens e uma pontuação total, no final soma-se os valores para se obter o resultado que pode atingir no máximo 20 pontos (Da Veiga et al., 2014).

Questionário de Experiências Adversas na Infância – Versão Reduzida (ACE), (Felitti et al., 1998; Silva e Maia, 2008) (Anexo E): Traduzido para a língua portuguesa por Silva e Maia (2008), da versão original *Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire – ACE*, permite avaliar a ocorrência e frequência de experiências adversas na infância. Trata-se de um instrumento de autorrelato constituído por 77 itens organizado em três tipos de resposta: dicotômica, breve e de escolha múltipla. O instrumento é constituído por três dimensões: experiência contra o indivíduo, ambiente familiar disfuncional e negligência, com as seguintes subescalas: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional. A versão reduzida conta com 17 itens e a sua pontuação (experiências de adversidade na infância) total é o somatório de todas as respostas afirmativas. Considera-se que a experiência de adversidade ocorreu se a pessoa tiver respondido afirmativamente a pelo menos uma das questões da dimensão em análise. Para a adversidade total, somam-se os valores ocorridos em cada uma das dimensões (considerando se ocorreu ou não). As questões correspondem às seguintes experiências de adversidade na infância: Questão 1 e 2: Abuso emocional; Questão 3 e 4: Abuso físico; Questão 5 e 6: Abuso sexual; Questão 7 e 8: Negligência emocional; Questão 9 e 10: Negligência física; Questão 11: Divórcio ou separação parental; Questão 12, 13 e 14: Exposição a violência doméstica; Questão 15: Abuso de substâncias no ambiente familiar; Questão 16: Doença mental ou suicídio e Questão 17: Prisão de um membro da família.

Inventário de Depressão de Beck (BDI II) (Beck e Brown, 1996; Martins e Coelho, 2000) (Anexo F): A versão original foi desenvolvida por Beck e Brown (1996) e adaptada para a população portuguesa por Martins e Coelho (2000). A escala é composta por 21 questões

e avalia a presença e a gravidade da sintomatologia depressiva em adolescentes a partir dos 13 anos e adultos, com respostas de 0 a 3 consoante a intensidade dos sintomas descritos. Os itens do BDI referem-se a: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sentimento de fracasso; 4) insatisfação; 5) culpa; 6) punição; 7) autoaversão; 8) autoacusações; 9) ideias suicidas; 10) choro; 11) irritabilidade; 12) retraimento social; 13) indecisão; 14) mudança na autoimagem; 15) dificuldade de trabalhar; 16) insónia; 17) fatigabilidade; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas; 21) perda da libido.

Análise de dados

Todas as análises estatísticas foram efetuadas através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 27. Os dados sociodemográficos foram analisados através de estatística descritiva (médias, frequências e percentagens). Devido ao tamanho reduzido das amostras, utilizaram-se testes não paramétricos: o teste *U* de *Mann-Whitney* para amostras independentes para comparar o grupo experimental e de controlo; e o Coeficiente de Correlação de *Spearman* para analisar a relação entre as variáveis em estudo.

Resultados

A amostra deste estudo é constituída por dois grupos: o grupo experimental (N = 21) e o grupo de controlo (N = 10). O grupo experimental apresenta uma média de idade de 45.29 anos (DP = 15.28) em que o género feminino é predominante (85.7%), sendo 14.3% dos participantes do género masculino. Em relação aos anos de escolaridade, a média é de 9.19 anos (DP = 2.9), o equivalente, ao 9.º ano de escolaridade. Face à localidade, a maioria dos participantes reside no Funchal (81%), seguindo-se o concelho de Santa Cruz (9.5%). No que diz respeito à profissão, os participantes distribuem-se igualmente pelas categorias de administrativos (19%), serviços e vendas (19%) e profissões elementares (19%). Quanto à

situação profissional, 38.1% encontram-se no ativo, enquanto 19% estão de baixa médica e 19% se encontram reformados por invalidez.

De forma semelhante, o grupo de controlo apresenta uma média de idade de 44.60 anos (DP = 13.51), observando-se, de igual modo, uma maior prevalência do género feminino (90%), comparativamente a 10% de participantes do género masculino. A média dos anos de escolaridade é de 9.69 anos (DP = 3.5). Face à localidade, 60% dos participantes vivem no Funchal e 10% no concelho de Santa Cruz. Relativamente à profissão, 40% pertencem à categoria de profissões elementares. Por fim, quanto à situação profissional, 50% dos participantes encontram-se no ativo, enquanto 30% estão de baixa médica (Tabela 1).

Tabela 1

Dados sociodemográficos apresentados por Médias e Desvio Padrão

	Experimental (n=21)	Controlo (n=10)
Idade	45.29 (15.28)	44.60 (13.51)
Género	Masculino= 14.3%; Feminino = 85.7%	Masculino = 10%; Feminino = 90%
Escolaridade	9.19 (2.9)	9.69 (3.5)
Localidade	Funchal = 81%; Santa Cruz = 9.5%	Funchal = 60%; Santa Cruz = 10%

Profissão	Administrativos = 19%	Elementares = 40%
	Serviços e Vendas = 19%	
	Elementares = 19%	
Situação Profissional	No ativo = 38.1%	No ativo = 50%;
	Baixa médica = 19%	Baixa médica = 30%
	Reforma por Invalidez =	
	19%	

No grupo experimental, a ideação média no Item 9 avaliado pelo BDI II foi baixa ($M = 0.66$; $DP = 0.63$). Na variável “Crise de Ideação Sem Tentativa” observou-se uma média superior ($M=1.67$; $DP=0.97$), sugerindo que os participantes vivenciaram a última crise de ideação sem tentativa entre os últimos 6 e 24 meses. A média de tentativas de suicídio foi de 0.52 ($DP = 0.75$), indicando baixa frequência. Em relação à medicação, a maioria dos participantes (85.7%) está medicada, enquanto 14.3% não toma qualquer medicação. Face ao diagnóstico médico, destaca-se que 66.7% dos participantes apresenta perturbação depressiva, sendo que 71.4% não refere consumo de substâncias. Relativamente ao acesso a meios letais, 23.8% dos participantes afirma ter acesso a pelo menos um método. Importa ainda referir que nenhum participante frequentou o curso de aplicação de fitofarmacêuticos.

No grupo de controlo, a ideação foi, em média, muito baixa (Item 9 do BDI II: $M = 0.30$; $DP = 0.48$), sugerindo predominância de ausência de ideação e apenas alguns casos com ideação ligeira. Todos os participantes (100%) encontram-se medicados e 60% apresentam diagnóstico de perturbação depressiva. A maioria não refere consumo de substâncias (80%) e não tem acesso a meios letais (80%). Tal como no grupo experimental, nenhum participante frequentou o curso de aplicação de fitofarmacêuticos (Tabela 2).

Tabela 2*Dados Clínicos e Fatores de Risco dos grupos experimental e de controle*

	Experimental (n=21)	Controlo (n=10)
Ideação (BDI II Item 9)	0.66 (0.63)	0.3 (0.48)
Crise de Ideação Sem Tentativa (6 a 24 m)	1.67 (0.97)	-
Tentativas	0.52 (0.75)	-
Psicofármacos	Sim = 85.7% Não = 14.3	Sim = 100%
Diagnóstico Médico	Perturbações Depressivas = 66.7%	Perturbações Depressivas = 60%
Consumo Substâncias	Sem consumos = 71.4%	Sem consumos = 80%
Acesso a Meios Letais	Sim = 23.8% Não = 76.2 %	Sim = 20% Não = 80 %
Curso de Fitofarmacêuticos	Não = 100%	Não = 100%

A presente tabela apresenta os valores medianos e a dispersão interquartílica das variáveis avaliadas no grupo experimental ($N = 21$) e de controlo ($N=10$). No grupo experimental, verifica-se uma mediana elevada de experiências adversas na infância (ACE; $Mdn = 5$, $IQ = 2-11$), sugerindo que a maioria dos participantes vivenciou múltiplos eventos traumáticos em idade precoce. O risco de suicídio (IRIS; $Mdn = 6$, $IQ = 3,50-9,50$) apresenta também uma amplitude considerável, com valores que indicam risco relevante em parte significativa da amostra. A pontuação total no *Brief COPE* ($Mdn = 40$, $IQ = 32-47$) revela a utilização de diversas estratégias de *coping*. No *Trail Making Test*, a parte B apresenta um tempo de execução mais elevado ($Mdn = 93.00$, $IQ = 62-207$) e maior número de erros ($Mdn = 3.50$, $IQ = 0-5$), sugerindo dificuldades na flexibilidade mental. Já a parte A apresenta um tempo mais curto ($Mdn = 30.00$) e menor presença de erros ($Mdn = 0.00$). Por fim, os níveis de sintomatologia depressiva (BDI II; $Mdn = 28.00$, $IQ = 22-34,50$) situam-se no nível de gravidade moderada a grave.

Em relação ao grupo de controlo, as experiências adversas na infância apresentam uma mediana inferior ao grupo experimental, embora com valores semelhantes ($Mdn = 4.50$, $IQ = 2.75-7.25$), sugerindo a presença de alguns eventos adversos. O risco de suicídio, avaliado pelo IRIS, revela mediana baixa ($Mdn = 2.50$, $IQ = 1-5.25$), compatível com o baixo risco clínico na maioria dos participantes. A pontuação total no *Brief COPE* ($Mdn = 42$, $IQ = 37.25-50.25$) indica o uso variado de estratégias de *coping*, com valores próximos aos do grupo com ideação suicida. No *Trail Making Test*, a Parte B apresenta tempo de execução mais elevado ($Mdn = 107$ segundos, $IQR = 52.50-166$) e número moderado de erros ($Mdn = 2$, $IQ = 0-5$), enquanto a Parte A mostra um tempo mais curto ($Mdn = 34.50$ segundos, $IQ = 22.75-58.75$) e poucos erros ($Mdn = 0$, $IQ = 0-2$), refletindo desempenho relativamente preservado na atenção sustentada e flexibilidade cognitiva. Os níveis de sintomatologia depressiva (BDI II; $Mdn = 22.50$, $IQ = 9.75-42.25$) apresentam-se heterogéneos, variando de níveis ligeiros a graves, consoante os participantes.

Tabela 3

Pontuação total obtida nos instrumentos de avaliação psicológica (apresentados por Medianas e Intervalos de Interquartis) nos grupos experimental e de controlo

	Experimental (n=21)	Controlo (n=10)	<i>MW</i>	<i>P</i>
ACE	5 (2-11)	4.50 (2.75-7.25)		
IRIS	6 (3.50-9.50)	2.50 (1-5.25)	57.50	0.043
Brief Cope	40(32-47)	42 (37.25-50.25)		
TMT A Erros	0 (0-1)	0 (0-2)		
TMT A Tempo	30 (23.50 – 46.50)	34.50 (22.75–58.75)		
TMT B Erros	3.50 (0-5)	2 (0-5)		
TMT B Tempo	93 (62-207)	107 (52.50-166)		
BDI II	28 (22-34.50)	22.50 (9.75-42.25)		

Neste sentido, aplicou-se o teste de Mann-Whitney que indicou que existem diferenças significativas (em negrito) entre os grupos no índice de risco de suicídio, avaliado pelo IRIS, com o grupo com experimental a apresentar valores superiores ao grupo de controlo [Grupo IS: *Mdn* = 6 IQR = 3.50–9.50; Grupo Controlo: *Mdn* = 2.50, *IQR* = 1–5.25 ($U = 57,50$, $Z = -2,02$, $p = .043$, $r = 0.36$)]. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o ACE Total, ACE (Número de Eventos), *Brief COPE* (total e respetivas subescalas), TMT A, TMT B, BDI II (total e subescalas) ou Item 9 (todos $p > .05$).

Aplicou-se o presente teste às subvariáveis do ACE Total e, de igual modo, não se revelaram diferenças significativas entre os grupos (todas $p \geq .098$; p exatas $\geq .286$), incluindo abuso emocional/físico/sexual, negligência emocional/física, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, doença mental/suicídio, divórcio/separação parental e prisão de membro familiar.

Na Tabela 4 a idade apresenta uma associação negativa com os anos de escolaridade ($r_s = -0.444$; $p = 0.044$) e positiva com o risco de suicídio (IRIS) ($r_s = 0.474$; $p = 0.030$) e com o tempo no TMT B ($r_s = 0.508$; $p = 0.022$), sugerindo que participantes mais velhos tendem a ter menos anos de escolaridade, maior risco de suicídio e menor flexibilidade mental. Em contrapartida, a idade associa-se negativamente aos sintomas cognitivos depressivos (BDI II Cognitivo; $r_s = -0.544$; $p = 0.011$), indicando que, neste grupo, participantes com mais idade tendem a apresentar níveis inferiores de sintomatologia cognitiva depressiva.

No domínio executivo, verificou-se uma associação positiva de magnitude moderada entre o número total de ACEs e o número de erros cometidos no TMT A ($r_s = 0.441$; $p = 0.045$), sugerindo que maior adversidade precoce está associada com um desempenho atencional menos preciso. Adicionalmente, observou-se que tempos de execução de maior duração no TMT A associam-se a uma maior pontuação no *Brief COPE Total* ($r_s = 0.523$; $p = 0.015$), indicando que participantes com menor flexibilidade mental recorrem a um conjunto mais alargado de estratégias de coping. No TMT B, o tempo de realização correlaciona-se positivamente com o IRIS ($r_s = 0.465$; $p = 0.039$) e negativamente com o ACE ($r_s = -0.450$; $p = 0.046$). No domínio da depressão e *coping*, identificou-se uma associação negativa de nível moderado entre a subescala afetiva do BDI II e o *coping* focado na resolução de problemas ($r_s = -0.440$; $p = 0.046$), indicando que participantes com maior orientação para estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas tendem a apresentar níveis inferiores de sintomatologia afetiva. Em contrapartida, observou-se uma associação positiva de nível moderado a elevado entre a subescala somática do BDI-II e a procura de suporte (*Brief COPE – Suporte*; $r_s = 0.517$; $p = 0.017$), sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia somática estão associados a uma maior mobilização de apoio social.

Por fim, observou-se uma associação negativa de nível moderado entre o número de meses desde a última crise e a ideação suicida (Item 9 do BDI II) ($r_s = -0.555$; $p = 0.009$), indicando que crises mais recentes estão associadas a níveis superiores de ideação.

No grupo de controlo, verifica-se uma associação positiva de magnitude elevada entre as experiências adversas na infância e a utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção

($r_s = 0.694$, $p = 0.026$), indicando que níveis mais elevados de adversidade precoce tendem a estar associados a uma maior frequência de estratégias orientadas para a emoção. Por outro lado, identificou-se uma associação negativa de magnitude elevada entre o *coping* focado na resolução de problemas e a ideação suicida (Item 9 do BDI II; $r_s = -0.688$, $p = 0.028$), sugerindo que níveis mais elevados de *coping* orientado para a resolução de problemas encontram-se associados a níveis mais baixos de ideação suicida.

Tabela 4

Coeficientes de correlação de Spearman (r_s) e respectivos valores de significância (p) entre variáveis sociodemográficas, clínicas, neuropsicológicas e de coping nos grupos experimental e de controlo

				Experimental (n=21)		Controlo (n=10)	
				r_s	p	r_s	p
Idade	Anos			-0.444	.044		
	de Escolaridade						
	IRIS			0.474	0.03		
	TMT B (Tempo)			0.508	.022		
	BDI II (Cognitivo)			-0.544	.011		
TMT	A	Erros	ACE	0.441	.045		
			Total				
		Tempo	Brief COPE	0.523	.015		
	B	o	Total				
			Tempo	ACE	-0.45	.046	
		o	Total				

		IRIS	0.465	.039
BDI II	Afetivo	<i>Brief</i> COPE	-0.44	.046
		Problemas		
	Somático	<i>Brief</i> COPE	0.517	.017
		Suporte		
	Item 9	Crise	-0.555	.009
		(Ideação		
		Sem		
		Tentativa)		
<i>Brief</i>	Emoções	ACE	0.694	.0
COPE		Total		2
				6
	Problemas	BDI II	-0.688	.0
		(Item		2
		9)		8

Discussão

De forma global, os resultados não confirmaram a maioria das hipóteses inicialmente formuladas, revelando apenas evidência parcial em linha com o esperado. Tal poderá dever-se às características metodológicas, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra ($n = 31$), que limitou o poder estatístico e dificultou a deteção de diferenças significativas entre grupos. Além disso, a homogeneidade clínica entre os grupos terá atenuado contrastes como por exemplo, a presença de sintomatologia depressiva relevante em ambos os grupos, associada ao facto de grande parte dos participantes se encontrar em acompanhamento clínico e medicados. Outro aspeto a considerar prende-se com a complexidade inerente a este fenómeno, reconhecido como multifatorial e dependente da interação dinâmica entre

variáveis individuais, cognitivas e contextuais. Assim, a ausência de resultados plenamente consistentes com a literatura não significa falta de associação, mas reflete antes as limitações metodológicas do estudo e a complexidade multifatorial do suicídio. Neste sentido, a discussão prossegue com a análise das questões de investigação que orientaram o presente estudo.

Questão de Investigação 1 (Q11): Há uma correlação positiva entre a sintomatologia depressiva (avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck – BDI II) e o risco de suicídio (avaliado pelo IRIS) sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a um maior risco de suicídio?

No presente estudo, a Q11 não foi confirmada, uma vez que não se observaram correlações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva, avaliada pelo BDI II, e o risco de suicídio (avaliado pelo IRIS). Este resultado contrasta com a literatura que identifica a depressão como um dos principais fatores de risco para a ideação e o comportamento suicidário, estando presente em cerca de 90% dos casos de suicídio, estimando-se ainda que entre 15 a 20% dos indivíduos com quadros depressivos graves venham a morrer por suicídio (DGS, 2020; Braffaerts et al., 2019). De forma convergente, meta-análises recentes reforçam que a depressão é um dos preditores mais consistentes de ideação suicida em adultos, tanto em amostras comunitárias como clínicas; por exemplo, Cai e colaboradores (2021) verificaram que indivíduos com Perturbação Depressiva Major apresentaram uma probabilidade 14 a 25 vezes superior de manifestar ideação suicida no último ano ou nas duas semanas anteriores à avaliação, quando comparados com o grupo de controlo, indivíduos sem diagnóstico. De forma semelhante, Riera-Serra e colaboradores (2023) demonstraram que em adultos diagnosticados com perturbações depressivas, a gravidade da depressão, sobretudo quando associada a elevados níveis de desespero, constitui um dos preditores mais consistentes não apenas de ideação suicida, mas também de tentativas de suicídio e de morte por suicídio.

A discrepância entre os resultados obtidos e a literatura pode ter origem, em parte, ao tamanho reduzido da amostra ($n = 31$), o que limita o poder estatístico. Para além disso, a

maioria dos participantes encontrava-se em acompanhamento clínico ativo e medicados (85,7% no grupo com ideação), o que poderá ter atenuado a expressão da ideação suicida, refletindo-se numa baixa média no Item 9 do BDI II ($M = 0.66$; $DP = 0.63$). De forma semelhante, também no grupo de controlo a presença de sintomatologia depressiva foi expressiva (BDI II: $Mdn = 22.5$), estando todos os participantes medicados e 60% com diagnóstico de depressão. Esta presença semelhante de características clínicas em ambos os grupos, nomeadamente a presença de depressão e o acompanhamento psicológico e farmacológico, poderá ter reduzido o contraste esperado entre os grupos.

Esta interpretação é consistente com evidência proveniente de ensaios clínicos que demonstram que o tratamento antidepressivo e o acompanhamento regular reduzem a intensidade da ideação suicida em adultos, sendo que a combinação com terapia cognitiva potencia essa redução, com diminuições adicionais de 9 a 17% nos níveis de ideação suicida em comparação com a toma, de forma isolada, da medicação (Khazanov et al., 2021). De igual modo, Zainal e colaboradores (2024), referem que a combinação de medicação e psicoterapia está associada a uma menor probabilidade de tentativa de suicídio ou necessidade de recorrer a cuidados psiquiátricos urgentes.

Do ponto de vista teórico, a ausência de correlação significativa pode ser compreendida à luz do Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) (O'Connor & Kirtley, 2018) uma vez que a depressão, embora constitua um fator de vulnerabilidade na fase pré-motivacional, não é suficiente por si só para originar ideação suicida. De acordo com este modelo, a progressão para a fase motivacional requer a presença de sentimentos de *entrapment* e de moderadores motivacionais, como a perceção de ser um fardo ou a pertença social frustrada. Assim, a existência de acompanhamento clínico e farmacológico na maioria da amostra poderá ter funcionado como um fator protetor, mitigando o impacto dos sintomas depressivos e prevenindo a sua tradução em níveis significativos de ideação suicida.

Neste sentido, apesar da ausência de significância estatística neste estudo, a sintomatologia depressiva mantém-se clinicamente relevante e deve ser cuidadosamente

monitorizada na avaliação e prevenção do risco suicidário em consonância com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (2020).

Questão de Investigação 2 (QI2): Como se relacionam as estratégias de *coping* - resolução de problemas; suporte social e emocional (avaliadas pelo *Brief COPE*) - com o risco de suicídio (avaliado pelo IRIS)?

De igual modo, a QI2 não se confirmou: não se observaram associações diretas e estatisticamente significativas entre as subescalas do *Brief COPE* (resolução de problemas; suporte social e emocional) e o risco de suicídio. Também não foram encontradas diferenças entre os grupos no *Brief COPE* ($p > .05$), apesar de o grupo com ideação apresentar risco de suicídio significativamente superior ($Mdn = 6$ vs. 2.5)

À luz do IMV de O'Connor & Kirtley (2018), o percurso até aos pensamentos suicidas é faseado: a acumulação de *stressores* e vulnerabilidades favorece o surgimento de sentimentos de derrota e de *entrapment*, que, por sua vez, impulsiona a ideação suicida. O *coping* atua numa fase que antecede esta cadeia e funciona como um moderador dessa passagem: estratégias adaptativas como resolução de problemas, suporte social e emocional tendem a restaurar o sentido de controlo e reduzir o sentimento de *entrapment* e, com isso, a diminuir a ideação. O que pode ser verificado nos resultados deste estudo: melhores estratégias de resolução de problemas associaram-se a menos sintomas afetivos (BDI II Afetivo: $r_s = -.440$; $p = .046$) e, no grupo de controlo, a menos ideação (Item 9: $r_s = -.688$; $p = .028$), o que sugere um efeito protetor do *coping* ativo sobre o mal-estar e os pensamentos suicidas. Estes resultados corroboram o trabalho de Höller e colaboradores (2021), num estudo longitudinal, com duração de 12 meses, em que doentes psiquiátricos após tentativa ou crise suicida, destacaram o *entrapment* como o indicador mais relevante e prospectivamente associado à ideação. Tal indica que níveis mais elevados de *entrapment* predizem aumentos subsequentes nos pensamentos suicidas entre avaliações, com grande variação intra-individual ao longo do tempo. Estes padrões alinham-se com dados de uma avaliação ecológica momentânea em adultos com depressão major e experiências recentes de ideação e tentativas, mostrando que o *entrapment* prediz o aumento de ideação suicida

em janelas de 3 a 12 horas, atuando ainda como ponte entre derrota e ideação (Van Ballegooijen et al., 2022). Neste sentido, uma meta-análise recente concluiu, de forma consistente, que melhores competências de resolução de problemas estão associadas a menor probabilidade de ideação, tentativas e morte por suicídio (Darvishi et al., 2023). Complementarmente, o suporte social e emocional está consistentemente ligado a menor ideação, menos planos, tentativas e mortes por suicídio (Darvishi et al., 2024).

Questão de Investigação 3 (QI3): Há uma correlação positiva entre os eventos adversos na infância (avaliada Questionário de Experiências Adversas na Infância – Versão Reduzida (ACE)) e a ideação suicida, sugerindo que os participantes que experienciaram mais eventos adversos na infância têm maior probabilidade em manifestar ideação suicida (avaliado pelo item 9 do BDI II e IRIS)?

A QI3 também não foi corroborada: não se observou uma correlação significativamente estatística entre o número de experiências adversas na infância (ACE) e a ideação suicida; além disso, não houve diferenças entre grupos (ideação vs. controlo) nas pontuações do instrumento de ACE ($p > .05$). Contudo, no grupo com ideação verificou-se que maior adversidade precoce associa-se a mais erros no TMT A ($r_s = .441$; $p = .045$), revelando o impacto destas adversidades na atenção e funções executivas. Quanto ao grupo de controlo, as Experiências Adversas na Infância associaram-se a um estilo de *coping* focado na emoção ($r_s = .694$; $p = .026$), enquanto o *coping* orientado para resolução de problemas associou-se negativamente à ideação ($r_s = -.688$; $p = .028$). Os resultados apontam para um efeito indireto destas experiências sobre a ideação: as adversidades precoces tendem a relacionar-se com limitações neurodesenvolvimentais que terão impacto no funcionamento executivo, e com um perfil de *coping* mais centrado na emoção, o que por sua vez, diminui o sentido de controlo, favorecendo sentimentos de derrota e *entrapment*, aproximando a pessoa do surgimento de pensamentos suicidas. Desta forma, nesta amostra, é compreensível não ter surgido uma correlação direta entre as Experiências Adversas na Infância e a ideação, porque o impacto destas experiências manifestou-se sobretudo através do funcionamento executivo e do estilo de *coping*. Estes achados são congruentes com a

evidência já citada por Baldini et al (2025), indicando a presença de uma associação robusta entre ACEs e comportamentos suicidários em perturbações de humor, destacando o abuso sexual como o maior fator de risco. Em consonância com a evidência, em contexto lusófono, Silveira & Pereira (2023) identificaram o abuso sexual, a negligência emocional e história familiar de doença mental como preditores significativos de ideação, reforçando a relevância das ACEs em populações culturalmente próximas da nossa. Do mesmo modo, Chu e colaboradores (2017) evidenciaram que a rejeição e a negligência na infância promovem sentimentos de não-pertença e de fardo percebido, fatores proximais da ideação, e que, quando associados à capacidade adquirida, intensificam a probabilidade de tentativas. De forma complementar, o efeito dos maus-tratos na infância sobre a ideação e tentativas na idade adulta parece ser parcialmente mediado por sentimentos de derrota e aprisionamento (Serebriakova et al., 2025).

No presente estudo, a ligação encontrada entre ACEs e erros atencionais coaduna-se com a revisão de Lund e colaboradores (2022), que associa adversidade precoce a alterações executivos (memória de trabalho, flexibilidade mental, inibição) que comprometem a regulação emocional e a resolução de problemas, favorecendo padrões cognitivos rígidos e uma maior vulnerabilidade ideacional.

Apesar disso, importa salientar que a correlação negativa encontrada entre o TMT B e as ACEs deve ser interpretada com cautela. Este resultado contraria a evidência que associa adversidade precoce a alterações nas funções executivas (Lund et al., 2022) e poderá refletir limitações metodológicas do presente estudo. Nomeadamente, a reduzida dimensão da amostra e a provável influência de *outliers* devido à reduzida dimensão da amostra podem ter distorcido a direção desta associação.

Por outro lado, ao analisar que o menor tempo de realização do TMT-B acontece à custa de um maior número de erros, comparativamente com o grupo de controlo, podemos inferir que mais eventos adversos na infância podem estar relacionados com maiores níveis de impulsividade.

Em síntese, embora não tenhamos detectado uma correlação direta entre as ACEs e a ideação nesta amostra, destacamos que as ACEs tendem a aumentar o risco ao longo da vida e a atuar através de processos cognitivos (funções executivas) e afetivos (sentimento não-pertença; fardo; derrota e *entrapment*), o que ajuda a explicar a ausência de um efeito linear simples nas nossas correlações.

Questão de Investigação 4 (QI4): Indivíduos com menor flexibilidade mental (avaliada pelo TMT) apresentam maiores níveis de risco de suicídio (avaliado pelo IRIS) e ideação suicida (avaliado pelo item 9 do BDI II)?

Verificou-se uma correlação positiva significativa entre o tempo de realização do TMT B e o risco de suicídio (IRIS) ($r_s = 0.465$; $p = 0.039$), confirmando a hipótese. Isto indica que menor flexibilidade cognitiva está associada a maior risco suicidário. Este resultado é consistente com a literatura que aponta a relação consistente entre défices nas funções executivas e risco suicidário, especialmente em populações com perturbações do humor. O TMT B está entre as medidas de FE mais utilizadas sobretudo no que diz respeito à flexibilidade cognitiva, domínio que tem sido implicado na ideação, através de vias como ruminação, dificuldades de resolução de problemas e menor capacidade para alternar de pensamentos automáticos negativos para estratégias mais adaptativas. Assim, é plausível que, maior tempo de realização no TMT B (menor flexibilidade) traduza-se em maior risco de suicídio, constatando que a rigidez cognitiva e funções executivas comprometidas contribuem para a manifestação de ideação suicida (Bredemeier & Miller, 2015). Estes achados, reforçam a importância dos défices nas funções executivas como fator de risco para a ideação em indivíduos com Depressão Major (Navya et al., 2023).

Em conformidade com estes dados, Fernández-Sevillano e colaboradores (2021) evidenciam que indivíduos com Depressão Major, com tentativa recente de suicídio (últimas quatro semanas) apresentam pior desempenho executivo do que indivíduos com tentativas passadas e do que doentes sem histórico de tentativas, mesmo após ajustar idade, sexo, nível de escolaridade, consumo de substâncias e nível de gravidade da depressão. Observou-

se também maior histórico de trauma, incluindo abuso sexual na infância, nos subgrupos com tentativas.

Em complemento, um estudo com doentes psiquiátricos em contexto de internamento por risco de suicídio, mostrou numa primeira avaliação, que três meses após a alta, maior flexibilidade cognitiva associa-se a menos ideação, menos sintomas depressivos e de desesperança. Em termos mecanísticos, a flexibilidade facilita a ruminação e atua no sentido de criar alternativas e recuperar a perceção de controlo; quando é reduzida, padrões automáticos negativos persistem e sustentam a ideação, o que se reflete num risco mais elevado (Novak et al., 2022).

Desta forma, estes dados sustentam que a rigidez cognitiva e défices de controlo executivo e flexibilidade cognitiva são componentes relevantes, reforçado a validade do TMT B como indicador complementar ao índice de risco de suicídio.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. O tamanho reduzido da amostra ($n = 31$), aliado à seleção dos participantes exclusivamente no contexto de consulta de Psicologia no Serviço de Psiquiatria do SESARAM, limita a generalização dos resultados. Além disso, facto de se encontrarem em acompanhamento psicológico e psiquiátrico regular, apresentando um estado clínico globalmente estável e sob tratamento farmacológico, poderá ter influenciado os níveis de sintomatologia e, conseqüentemente, os resultados obtidos. Do mesmo modo, a utilização de instrumentos de autorrelato pode ter introduzido vieses de resposta, como a desejabilidade social. Adicionalmente, em alguns casos, a condição clínica dos participantes comprometeu a realização atempada da avaliação, originando atrasos na recolha de dados. Por fim, a validade de construto do Índice de Risco de Suicídio (IRIS) constitui outra limitação relevante, uma vez que este instrumento baseia-se na escala *SAD PERSONS* que, por sua vez, tem sido criticado por apresentar uma estrutura simplista e clinicamente pouco sensível, o que poderá afetar a precisão da avaliação do risco de suicídio (Runeson et al., 2017).

Estudos Futuros

Neste sentido, recomenda-se que investigações futuras recorram a amostras maiores e mais heterogêneas, de modo a aumentar a validade externa dos resultados e permitir uma compreensão mais abrangente dos fatores associados à ideação suicida. A realização de estudos longitudinais poderá clarificar a evolução temporal da ideação contribuindo para uma compreensão mais precisa do risco suicidário.

Adicionalmente, destaca-se a importância de integrar metodologias qualitativas, com especial enfoque em instrumentos de análise das dinâmicas e relações familiares, como genogramas ou narrativas de história de vida, no sentido de aprofundar o impacto das experiências adversas na infância em contexto familiar. Finalmente, seria importante desenvolver estudos que incluam os restantes arquipélagos pertencentes à Macaronésia como os Açores, Canárias e Cabo Verde, com o objetivo de compreender e comparar o impacto do contexto insular na ideação suicida, identificando semelhanças e diferenças que possam informar estratégias de intervenção mais ajustadas às especificidades regionais.

Conclusão

Em síntese, este estudo permitiu aprofundar a compreensão dos fatores de risco para a ideação suicida na Região Autónoma da Madeira, analisando, de forma comparativa, um grupo com ideação suicida e um sem ideação). Os resultados evidenciaram que os participantes com ideação apresentaram níveis significativamente superiores de risco de suicídio, maior prevalência de perturbações depressivas e maior frequência de experiências adversas na infância, embora estas não se tenham mostrado estatisticamente diferentes entre grupos.

No domínio cognitivo, verificou-se que o grupo com ideação evidenciou maiores dificuldades de flexibilidade mental, com desempenhos mais baixos no TMT B, associação que se revelou significativa com o risco suicidário. Já no grupo de controlo, destacou-se o papel protetor das estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas, que se

associaram a menores níveis de ideação suicida, enquanto níveis mais elevados de adversidade precoce tenderam a relacionar-se com *coping* focado na emoção.

No entanto, apesar de não terem sido encontradas diferenças expressivas em todas as variáveis, os processos de vulnerabilidade diferem entre os grupos: no grupo experimental, a adversidade precoce manifesta-se sobretudo através de alterações nas funções executivas, potenciando sentimentos de derrota e aprisionamento; no grupo de controlo, estratégias de *coping* adaptativas parecem desempenhar um papel protetor contra a ideação.

Estes resultados reforçam a importância de recorrer a práticas clínicas que integrem não apenas sintomas clínicos, mas também dimensões cognitivas, familiares e contextuais. Primeiramente, importa avaliar a flexibilidade mental e impulsividade, combinando o TMT B com outros testes, como por exemplo o Stroop, aliados à observação clínica de rigidez no discurso e comportamento do utente. Além disso, recomenda-se intervenção precoce e multidisciplinar dirigida a aumentar a flexibilidade mental e reduzir a impulsividade (controlo inibitório) com recurso à Terapia Cognitivo-Comportamental, utilizando estratégias como reestruturação cognitiva, treino de resolução de problemas e exercícios de atenção alternada. É, de igual modo, relevante fortalecer o *coping* adaptativo recorrendo a *role-playing* de cenários de crise e técnicas de *mindfulness* no sentido de mudar o foco atencional. Em paralelo, deve manter-se monitorização contínua do risco, mesmo em utentes medicados ou já acompanhados, devido à natureza dinâmica do fenómeno. É igualmente importante, reforçar o suporte social e comunitário, promovendo a (re)integração destas pessoas na vida ativa e relacional, bem como a criação de grupos de família para psicoeducação e de grupos de apoio centrados na prevenção de recaídas e no treino de competências a utilizar durante crises suicidárias.

Deste modo, este trabalho contribui para o avanço do conhecimento científico e para a construção de respostas clínicas ajustadas às especificidades do contexto regional, sublinhando a urgência de estratégias preventivas culturalmente sensíveis, integradas e sustentadas.

Referências

- Alves, A. P., Gomes, F., Fernandes, J., Oliveira, L., Mendes, A., Gouveia, C., Rosa, I., Borges, J. M., Reis, S., Briceño, Y. (2024). Perfil da População Frequentadora da Consulta de Suicídio: Um Estudo da Região Autónoma da Madeira. XX Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.
- Baldini, V., Gottardi, C., Di Stefano, R., Rindi, L. V., Pazzocco, G., Varallo, G., Purgato, M., De Ronchi, D., Barbui, C., & Ostuzzi, G. (2025). Association between adverse childhood experiences and suicidal behavior in affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 68(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2452>
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2023). V *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022: Relatório final*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). <https://sicad.pt/PT/Publicacoes/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=223>
- Bredemeier, K., & Miller, I. W. (2015). Executive function and suicidality: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 170–183. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.005>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., De La Torre, A. E. H., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Stein, D. J., Ennis, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2). <https://doi.org/10.1002/mpr.1764>

- Cai, H., Xie, X., Zhang, Q., Cui, X., Lin, J., Sim, K., Ungvari, G. S., Zhang, L., & Xiang, Y. (2021). Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690130>
- Campbell, G., Darke, S., Bruno, R., & Degenhardt, L. (2015). The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 803–811. <https://doi.org/10.1177/0004867415569795>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Azmi-Naei, B., & Poorolajal, J. (2023). The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 18(10), e0293620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293620>
- Darvishi, N., Poorolajal, J., Azmi-Naei, B., & Farhadi, M. (2024). The Role of Social Support in Preventing Suicidal Ideations and Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, 24(2), e00609. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2024.144>
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., Roser, M., & Ortiz-Ospina, E. (2022). *Suicides*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/suicide>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Prevenção do suicídio nas comunidades*. Programa Nacional de Saúde Mental. <https://www.dgs.pt>

Direção Regional de Estatística da Madeira. (s.d.). *Em Foco – Inquérito Nacional de Saúde*.
<https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/saude-pt/2015-11-11-15-09-27/em-foco-inq-nac-saude.html>

Durkheim, É. (2009). *O suicídio: Um estudo de sociologia* (5.^a ed., M. A. de Azeredo, Trad.).
Editorial Presença. (Obra original publicada em 1897)

Fernández-Sevillano, J., Alberich, S., Zorrilla, I., González-Ortega, I., López, M. P., Pérez, V.,
Vieta, E., González-Pinto, A., & Saíz, P. (2021). Cognition in recent suicide attempts:
Altered executive function. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.701140>

Fowler, K. A., Kaplan, M. S., Stone, D. M., Zhou, H., Stevens, M. R., & Simon, T. R. (2022).
Suicide among Males across the Lifespan: An analysis of differences by known
mental health status. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(3), 419–422.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.02.021>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X.,
Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Risk
factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research.
Psychological Bulletin, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Freedenthal, S. (2008). Assessing the wish to die: A 30-year review of Suicide Intent Scale.
Archives of Suicide Research, 12(4), 277–298.
<https://doi.org/10.1080/13811110802324698>

Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G., & Sharples, J. (2022). The Gender
Paradox: Understanding the role of masculinity in suicidal ideation. *American Journal
of Men S Health*, 16(5). <https://doi.org/10.1177/15579883221123853>

Han, B., Crosby, A. E., Ortega, L. A., Parks, S. E., Compton, W. M., & Gfroerer, J. (2016).
Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–

- 64years in the United States. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 176–186.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.001>
- Harmer, B., Lee, S., Rizvi, A., & Saadabadi, A. (2024, April 20). *Suicidal ideation*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
- Harriss, L., Hawton, K., & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 60–66. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.60>
- Höller, I., Rath, D., Teismann, T., Glaesmer, H., Lucht, L., Paashaus, L., Schönfelder, A., Juckel, G., & Forkmann, T. (2021). Defeat, entrapment, and suicidal ideation: Twelve-month trajectories. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(1), 69–82.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12777>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Khazanov, G. K., Xu, C., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Thase, M. E. (2020). Adding cognitive therapy to antidepressant medications decreases suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 281, 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.032>
- Le, G. H., Wong, S., Haikazian, S., Johnson, D. E., Badulescu, S., Kwan, A. T. H., Gill, H., Di Vincenzo, J. D., Rosenblat, J. D., Mansur, R., Teopiz, K. M., Rhee, T. G., Ho, R., Liao, S., Cao, B., Schweinfurth-Keck, N., Vinberg, M., Grande, I., Phan, L., . . . McIntyre, R. S. (2024). Association between cognitive functioning, suicidal ideation and suicide attempts in major depressive disorder, bipolar disorder, schizophrenia and related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 365, 381–399. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.057>
- Lin, P., Chang, Y., Chen, Y., & Yen, C. (2024). Mediating effect of loneliness on the associations of perceived and internalized sexual stigma with suicide in gay and bisexual men. *Journal of the Formosan Medical Association*.
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2024.08.030>

- Lund, J. I., Boles, K., Radford, A., Toombs, E., & Mushquash, C. J. (2022). A Systematic Review of Childhood Adversity and Executive Functions Outcomes among Adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 37(6), 1118–1132. <https://doi.org/10.1093/arclin/acac013>
- Medeiros, P. M. D. C. (2016). *Autodano e ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.3/3933>
- Meehan, D. E., Clare, P., Grunseit, A., & Merom, D. (2025). Community-level determinants of loneliness and social isolation: a population-based cohort study across younger and older adults. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1526166>
- Menon, N. K., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Linzer, M., Carlasare, L., Brady, K. J. S., Stillman, M. J., & Trockel, M. T. (2020). Association of physician burnout with suicidal ideation and medical errors. *JAMA Network Open*, 3(12), e2028780. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28780>
- Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M. A., Frebourg, T., Cohen, D., & Gerardin, P. (2016). Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00158>
- Navya, K. P., Bose, S., Das, B., & Umesh, S. (2023). Ruminations, cognitive inflexibility, and their relationship with suicidal ideation in depressive disorders: A neuropsychological approach. *Archives of Biological Psychiatry*, 1, 19–24. https://doi.org/10.25259/abp_8_2023

- Næss, E. O., Mehlum, L., & Qin, P. (2021). Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM - Population Health*, 15, 100853. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100853>
- Niederkrötenhaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
- Novak, L. A., Carter, S. P., LaCroix, J. M., Perera, K. U., Neely, L. L., Soumoff, A., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2022). Cognitive flexibility and suicide risk indicators among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 313, 114594. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114594>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., Rössler, W., & Rüsch, N. (2015). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 53–60. <https://doi.org/10.1017/s2045796015001018>
- Oliveira, E. N., Saraiva, L., Furtado, J. P. R. X., Moreira, R. M. M., Lima, G. F., & Lima, L. M. C. (2020). RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Essentia - Revista De Cultura, Ciência E Tecnologia Da UVA*, 21(2). <https://doi.org/10.36977/ercct.v21i2.320>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021, 10 de setembro). *Vamos falar sobre suicídio?* [Documento PDF]. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_diamundialprevencao_suicidio_documento.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Suicide and self-harm* [Relatório técnico]. Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental, OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/333478>
- Organização Mundial da Saúde. (2023, setembro). *Suicide: Questions and answers*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
- Oxford University Press. (n.d.). *Suicide*. In *Oxford English Dictionary*. Retrieved July 22, 2025, from <https://www.oed.com>
- O'Reilly, L. M., Kuja-Halkola, R., Rickert, M. E., Class, Q. A., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2020). The intergenerational transmission of suicidal behavior: an offspring of siblings study. *Translational Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0850-6>
- Pirkis, J., Too, L. S., Spittal, M. J., Krysinska, K., Robinson, J., & Cheung, Y. T. D. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 994–1001. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00266-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00266-7)
- Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (2004). The Trail Making Test as an initial screening procedure for neuropsychological impairment in older children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 281–288. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(03\)00042-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00042-8)
- Ribeiro, E., & Granado, A. (2024). Assessing the quality of suicide reporting in Portugal: 6 case studies of celebrities and non-celebrities over 25 years. *International Review of Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2327391>

- Richard-Devantoy, S., Inja, A., Dicker, M., Bertrand, J., Turecki, G., Orri, M., & Keilp, J. G. (2024). Cognitive control impairment in suicide behaviors: what do we know? A systematic review and meta-analysis of Stroop in suicide behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 372, 358–369. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.009>
- Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276, 113831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- Riera-Serra, P., Gili, M., Navarra-Ventura, G., Del Amo, A. R., Montaña, J. J., Coronado-Simsic, V., Castro, A., & Roca, M. (2023). Longitudinal associations between executive function impairments and suicide risk in patients with major depressive disorder: A 1-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 325, 115235. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115235>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.07.001>

- Scourfield, J., & Evans, R. (2014). Why might men be more at risk of suicide after a relationship breakdown? Sociological insights. *American Journal of Men S Health*, 9(5), 380–384. <https://doi.org/10.1177/1557988314546395>
- Serebriakova, J., Forkmann, T., Teismann, T., Paashaus, L., Schreiber, D., Schönfelder, A., Juckel, G., & Glaesmer, H. (2025). Exploring the impact of child maltreatment on adult suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.019>
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Silveira, D., & Pereira, H. (2023). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Mental Health and Suicidal Behaviors: A Study from Portuguese Language Countries. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(4), 1041–1052. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00540-2>
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Smuk, M., Power, C., Davidson, T., & Rodgers, B. (2016). Childhood adversity and midlife suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 47(2), 327–340. <https://doi.org/10.1017/s0033291716002336>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>
- Van Ballegooijen, W., Littlewood, D. L., Nielsen, E., Kapur, N., & Gooding, P. (2022). The temporal relationships between defeat, entrapment and suicidal ideation: ecological momentary assessment study. *BJPsych Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.68>
- Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A. R., Silva, F., Fernandes, M. G., & Teixeira, C. M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, 33(2), 345–354. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>

Virtanen, M. (2018). Psychosocial job stressors and suicidality: can stress at work lead to suicide? *Occupational and Environmental Medicine*, 75(4), 243–244.

<https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104689>

Wyllie, J. M., Robb, K. A., Sandford, D., Etherson, M. E., Belkadi, N., & O'Connor, R. C. (2025). Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: scoping review. *BJPsych Open*, 11(2).

<https://doi.org/10.1192/bjo.2024.857>

Zainal, N. H. (2023). Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for depressed patients? A rare events meta-analysis.

Psychological Medicine, 54(3), 457–472.

<https://doi.org/10.1017/s0033291723003306>

Anexos

A

DADOS DEMOGRÁFICOS

ID: _____

Sexo _____ Ano de nascimento: _____

Concelho: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Presença de diagnóstico médico? _____

Medicação atual: Antidepressivos _ Ansiolíticos _

Outras: _____

Consumo de substâncias: Álcool _____; Tabaco _____; Outro _____

Datas das tentativas de suicídio anteriores: __/__/__ ; __/__/__ ; __/__/__

Crises suicidas anteriores, i.e., ideação sem tentativa:

Acesso a meios letais – veneno, armas: _____

Curso de aplicação de fitofarmacêuticos: SIM __ NÃO __

Protocolo	Pontuação			
	Questionário de História na Infância (ACE-VR)			
Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Índice de Risco de Suicídio (IRIS)				
Brief COPE				
Trail Making Test A				
Trail Making Test B				

B

Anexo G: Brief COPE

Ribeiro e Carvalho (2004)

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida próprio do processo de envelhecimento.

Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que faz para lidar com as vicissitudes do envelhecimento. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema.

Queremos saber *em que extensão* fez aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido *eficaz* ou não - mas se fez ou não fez isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade.

0-nunca faço isto

1-faço isto por vezes

2-em média é isto que faço

3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer				

comigo				
9- Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

C

Nome: _____

Trail Making Test A

TRAIL MAKING (Parte A)

The diagram shows a grid for the Trail Making Test A. It consists of 25 numbered circles arranged in a roughly rectangular pattern. The numbers are: 1, 1, 1, 2 (top row); 1, 1, 2 (second row); 1, 5, 4, 2 (third row); 1, 6, 1 (fourth row); 1, 7, 1 (fifth row); 8, 2, 3, 2 (sixth row); 1, 1, 1 (seventh row); 1, 9, 11, 2 (bottom row). The word 'INÍCIO' is written above a circle containing the number 1 in the fourth row, and the word 'FIM' is written above a circle containing the number 2 in the seventh row.

Nome: _____

Trail Making Test B

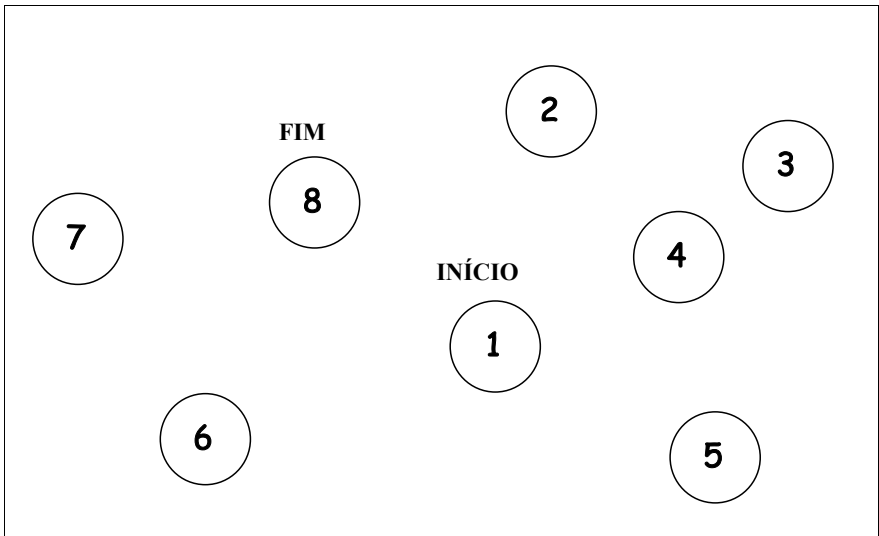
TRAIL MAKING (Parte B)

A rectangular grid for the Trail Making Test B. The grid contains 15 circles arranged in a non-linear pattern. The circles contain the following labels: 'FIM' at the top left, '1' (top left), '9' (top left-center), 'I' (top center), '1' (top right), '8' (middle left), 'B' (middle left-center), '4' (middle center), 'D' (middle right), 'H' (lower middle left), '3' (lower middle center), '5' (lower middle right), 'C' (lower center), '7' (lower center), 'INÍCIO' (lower center), '1' (lower center), 'J' (lower right), '1' (bottom left), 'G' (bottom left-center), '2' (bottom center), 'A' (bottom right-center), 'M' (bottom left-center), '6' (bottom center), 'E' (bottom right-center), 'L' (bottom left), 'F' (bottom center), and '11' (bottom right).

Nome: _____

Trail Making Test A

TRAIL MAKING (Parte A) – EXEMPLO

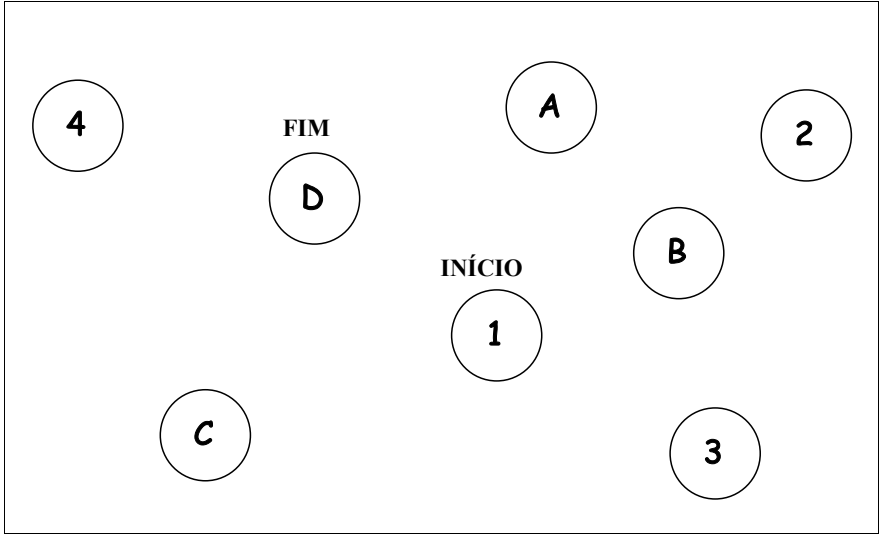


	TEMPO	ERROS
<i>TRAIL A</i>		

Nome: _____

Trail Making Test B

TRAIL MAKING (Parte B) – EXEMPLO



	TEMPO	ERROS
<i>TRAIL B</i>		

D

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
 - **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
 - **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0
- Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto ?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social ?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA• **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos) • **Plano suicida**Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível ?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice **SCORE TOTAL**

E

Questionário de História na Infância

Versão reduzida

(Felitti & Anda, 1998; Versão Portuguesa Maia & Silva, 2007)

Em seguida são apresentadas um conjunto de questões/afirmações que se referem a experiências da infância, ou seja acontecimentos antes dos 16 anos de idade. Responda a todas as questões com a maior sinceridade. O anonimato e confidencialidade estão garantidos.

- | | Sim |
|---|--|
| 1. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa o insultou ou humilhou de forma frequente ou muito frequente? | <input type="checkbox"/> |
| 2. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa agiu de forma que lhe provocou medo de ser fisicamente magoado? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa o puxou, agarrou ou atirou-lhe alguma coisa de forma frequente ou muito frequente? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa alguma vez lhe bateu com força deixando marcas? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Um adulto ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez lhe tocou ou obrigou-o tocar o corpo dela de forma sexualizada? | <input type="checkbox"/> |
| 6. Um adulto ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez tentou ou teve uma relação sexual (oral, anal, vaginal) consigo? | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que ninguém na sua família o amava ou pensava que você era especial ou importante? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente as pessoas da sua família não olhavam umas pelas outras, não se sentiam próximas umas das outras, ou não se apoiavam? | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que não tinha o suficiente para comer, tinha de usar roupas sujas, e não tinha quem o/a protegesse? | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que os seus pais ou adultos que deviam cuidar de si estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar de si ou o/a levar ao médico se fosse necessário? | <input type="checkbox"/> |
| 11. Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se durante a sua infância? | <input type="checkbox"/> |
| 12. Algum dos seus pais foi agarrado, puxado, mordido ou atiraram-lhe algum objecto de forma frequente ou muito frequente? | <input type="checkbox"/> |
| | A sua mãe ou madrasta <input type="checkbox"/> |
| | O seu pai ou padrasto <input type="checkbox"/> |
| 13. Algum dos seus pais foi pontapeado ou batido com algum objecto pelo menos algumas vezes? | <input type="checkbox"/> |
| | A sua mãe ou madrasta <input type="checkbox"/> |
| | O seu pai ou padrasto <input type="checkbox"/> |
| 14. Algum dos seus pais foi batido repetidamente durante alguns minutos ou ameaçado com uma faca ou arma? | <input type="checkbox"/> |
| | A sua mãe ou madrasta <input type="checkbox"/> |
| | O seu pai ou padrasto <input type="checkbox"/> |
| 15. Viveu com alguém que tivesse problemas com álcool ou era alcoólico ou usava drogas? | <input type="checkbox"/> |
| 16. Viveu com alguém que estivesse deprimido, tivesse algum problema psiquiátrico ou tentou suicidar-se? | <input type="checkbox"/> |
| 17. Alguma das pessoas que vivia consigo esteve na prisão? | <input type="checkbox"/> |

F

Nome _____ Estado Civil _____ Idade _____ Sexo _____
 Profissão _____ Escolaridade _____

Instruções: Este questionário possui 21 grupos de afirmações. Leia por favor cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um a frase que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje. Assinale o quadrado que antecede a frase que escolheu. Poderão haver várias frases no mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, no entanto, escolha apenas uma em cada grupo.

<p>1. Tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me triste muitas vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me sempre triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Já não espero que os meus problemas se resolvam.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.</p> <p>3. Fracassos Passados</p> <p><input type="checkbox"/> Não me considero um falhado.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracasei mais vezes do que deveria.</p> <p><input type="checkbox"/> Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me completamente falhado como pessoa.</p> <p>4. Perda de Prazer</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho tanto prazer como antes com as coisas que eu gosto.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não gosto tanto das coisas como costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de Culpa</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto particularmente culpado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me culpado durante o tempo todo.</p>	<p>6. Sentimentos de Punição</p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto que esteja a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que posso vir a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Espero vir a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que estou a ser castigado.</p> <p>7. Auto-Depreciação</p> <p><input type="checkbox"/> Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi confiança em mim próprio.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou desapontado comigo mesmo.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não gosto de mim.</p> <p>8. Auto-Criticismo</p> <p><input type="checkbox"/> Não me critico mais que o habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Critico-me mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Critico-me por todas as minhas falhas.</p> <p><input type="checkbox"/> Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou Desejos Suicidas</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.</p> <p><input type="checkbox"/> Gostaria de me matar.</p> <p><input type="checkbox"/> Matar-me-ia se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p><input type="checkbox"/> Não choro mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Choro mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Choro por tudo e por nada.</p> <p><input type="checkbox"/> Apeteca-me chorar, mas já não consigo.</p>
---	--

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieto.
- Sinto-me mais inquieto que o habitual.
- Estou tão agitado que é difícil parar quieto.
- Estou tão agitado que tenho de me manter a fazer algo.

12. Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- Estou menos interessado pelas coisas ou pelas outras pessoas.
- Perdi a maioria do interesse nas coisas e nas outras pessoas.
- É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

14. Sentimentos de Inutilidade

- Não me considero incapaz / inútil.
- Não me considero tão válido e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- Tenho a mesma energia de sempre.
- Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- Não me sinto com energia para muitas coisas.
- Não me sinto com energia para nada.

16. Alterações no Padrão de Sono

- Não notei qualquer mudança no meu sono.
- Durmo um pouco mais que o habitual.
- Durmo um pouco menos que o habitual.
- Durmo muito mais que o habitual.
- Durmo muito menos que o habitual.
- Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal.
- Estou mais irritável do que o habitual.
- Estou muito mais irritável que o normal.
- Estou irritável o tempo todo.

18. Alterações no Apetite

- Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.
- Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
- O meu apetite é muito menor que o normal.
- O meu apetite é muito maior que o normal.
- Perdi por completo o apetite.
- Anseio por comida o tempo todo.

19. Dificuldades de Concentração

- Concentro-me tão bem como antes.
- Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- Não me sinto mais cansado que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
- Estou demasiado cansado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessado sexualmente que o habitual.
- Sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

G

ACE_Nu m_E vent s	Coeficiente de Correlação	-.0594	.0939*	1.000	-.02132	-.07976	.114	.052	.539*	-.035	-.380	-.377	.056	-.013	.032	.104	-.058	.017	-.015	-.070	
	Sig. (2 extremidades)	.077	.000	.	.0568	.012	.623	.824	.012	.879	.098	.101	.808	.955	.892	.644	.493	.761	.827	.862	
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21
IRIS	Coeficiente de Correlação	.474*	-.251	-.132	1.000	-.157	-.336	-.055	-.137	.039	.119	.308	.465*	.223	-.119	.021	-.088	.168	-.065	.023	
	Sig. (2 extremidades)	.030	.273	.604	.	.498	.136	.814	.554	.865	.607	.186	.039	.332	.393	.929	.434	.466	.264	.847	.829
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21
Brief Cop_e_to tal	Coeficiente de Correlação	.274	-.025	-.091	1.000	.549**	.796**	.597**	.059	.523*	.207	-.006	.074	.043	-.017	-.073	-.014	-.070	-.015	.325	-.026
	Sig. (2 extremidades)	.230	.913	.904	.	.014	.000	.004	.800	.015	.381	.980	.750	.854	.942	.753	.655	.135	.150	.356	.700
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Brief Cop_e_S upor t	Coeficiente de Correlação	.229	-.216	-.074	1.000	.549**	.307	-.006	-.334	.099	-.183	-.293	-.093	.179	.134	-.030	.136	-.032	.167	.501	.077
	Sig. (2 extremidades)	.317	.346	.978	.	.013	.177	.981	.139	.671	.441	.209	.688	.487	.562	.890	.646	.067	.041	.074	.744
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21

TMT B_eros	Coeficiente de Correlação	.44	-.34	-.07	-.38	.03	.20	-.17	.22	.15	-.06	.18	1.00	.75	.08	-.05	-.01	.00	-.01	-.01
	Sig. (2 extremidades)	.05	.13	.07	.09	.11	.38	.44	.34	.52	.94	.42	.00	.00	.72	.82	.41	.88	.80	.58
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
em segundos	Coeficiente de Correlação	.50	-.42	-.05	-.37	.04	-.06	-.29	-.03	.13	.02	.41	.75	1.00	.03	-.09	-.01	.27	-.01	.20
	Sig. (2 extremidades)	.02	.06	.04	.10	.98	.20	.87	.57	.92	.07	.03	.00	.00	.87	.69	.44	.29	.53	.39
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
TMT B_I N_C OM	Coeficiente de Correlação	.25	.05	.03	.05	.07	-.04	.20	-.04	.11	.01	.01	.01	1.00	-.16	-.24	-.01	-.01	-.01	-.01
	Sig. (2 extremidades)	.25	.80	.87	.80	.75	.68	.37	.68	.59	.93	.06	.06	.00	.47	.29	.93	.37	.80	.04
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21
BDI _Ilt otal	Coeficiente de Correlação	-.04	-.07	.02	-.01	-.04	.17	-.33	.36	-.22	.18	-.08	-.03	-.11	1.00	.92	.96	.77	.73	.73
	Sig. (2 extremidades)	.68	.74	.91	.95	.85	.43	.09	.10	.37	.42	.72	.87	.47	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21

Brief Cop e_Pr oble m	Coefic iente de Correl ação	.24	-.059	.09	.114	-.055	.796**	.307	1.000	.246	.261	.351	.223	-.036	.204	-.037	-.360	-.038	-.040	-.013	-.012
	Sig. (2 extre midades)	.291	.798	.686	.623	.008	.177	.281	.253	.119	.346	.879	.375	.098	.109	.109	.109	.109	.109	.109	.109
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Brief Cop e_E moc	Coefic iente de Correl ação	-.085	.352	-.094	.052	-.073	.597**	-.006	.246	1.000	.116	.378	.151	.134	-.093	.362	.264	.368	.096	.343	.095
	Sig. (2 extre midades)	.713	.118	.688	.824	.005	.984	.281	.616	.091	.524	.572	.689	.107	.247	.107	.247	.107	.607	.169	.128
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
TMT A_eros	Coefic iente de Correl ação	-.096	.083	.414	.539*	.053	-.093	-.334	.261	1.000	.116	.250	-.006	.025	.139	-.029	-.088	-.069	-.093	-.036	-.031
	Sig. (2 extre midades)	.679	.722	.045	.012	.808	.139	.253	.616	.272	.978	.916	.547	.376	.704	.704	.704	.704	.704	.704	.704
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
em segu ndos	Coefic iente de Correl ação	.261	-.348	-.011	-.035	.521	.093*	.359	.371	.258	1.000	.118	.410	.019	.185	.240	.029	.029	.275	.160	.167
	Sig. (2 extre midades)	.254	.122	.689	.879	.016	.057	.119	.091	.272	.428	.073	.936	.422	.295	.925	.925	.925	.925	.925	.925
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

inter pret ação	Coefic iente de Correl ação	-. 3 2 4	-.2 27	.0 6 3	.03 2	. 0 2 1	-.0 17	.13 4	-.3 60	.26 4	-.0 88	.24 0	.0 54	.09 4	-.2 41	.9 20	1.0 00	.8 7*	.7 7*	.6 6**	.4 9 0*
	Sig. (2 extre midad es)	.1 5 1	.32 2	.7 8 5	.89 2	. 9 2 9	.94 2	.56 2	.10 9	.24 7	.7 04	.29 5	.8 20	.69 3	.29 2	.0 00	.	.0 0 0	.0 0 0	.0 0 2	.0 2 4
	N	2 1	21	2 1	21	2 1	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	2 1	2 1	2 1	2 1
BDI _II_ Cog	Coefic iente de Correl ação	-. 5 4 4*	.10 8	.1 2 7	.10 4	-. 1 8 0	-.0 73	-.0 32	-.3 68	.36 8	-.0 69	.02 9	-.1 95	-.1 80	-.0 19	.9 06	.81 7**	1. 0 0 0	.6 9*	.5 8*	.3 8 1
	Sig. (2 extre midad es)	.0 1 1	.64 2	.5 8 3	.65 4	. 4 3 4	.75 3	.89 0	.10 1	.10 1	.7 67	.90 2	.4 11	.44 9	.93 7	.0 00	.00 0	.	.0 0 3	.0 1 0	.0 8 9
	N	2 1	21	2 1	21	2 1	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	2 1	2 1	2 1	2 1
BDI _II_ Afe	Coefic iente de Correl ação	-. 0 4 7	-.3 40	-. 1 3 4	-.1 58	. 1 6 8	-.1 04	.10 6	-.4 40*	.09 6	-.2 93	.27 5	.0 53	.27 6	-.2 04	.7 87	.76 7**	.6 9*	1. 0 0 0	.4 8*	.5 2*
	Sig. (2 extre midad es)	.8 3 9	.13 1	.5 6 2	.49 3	. 4 6 6	.65 5	.64 6	.04 6	.67 9	.1 97	.22 8	.8 24	.23 9	.37 5	.0 00	.00 0	.0 0 3	.	.0 2 5	.0 1 0
	N	2 1	21	2 1	21	2 1	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	2 1	2 1	2 1	2 1
BDI _II_ Som	Coefic iente de Correl ação	-. 1 0 1	-.1 71	.1 0 8	.07 1	-. 2 6 7	.32 5	.51 7*	-.1 73	.34 3	-.3 16	.16 0	-.0 60	-.1 46	-.0 56	.7 38	.64 6**	.5 8*	.4 8*	1. 0 0	.1 3 2
	Sig. (2 extre midad es)	.6 6 2	.45 8	.6 4 1	.76 1	. 2 4 2	.15 0	.01 7	.45 3	.12 8	.1 63	.49 0	.8 02	.53 9	.81 0	.0 00	.00 2	.0 1 0	.0 2 5	. 5 9	.5 6 9
	N	2 1	21	2 1	21	2 1	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	2 1	2 1	2 1	2 1

Item 9	Coefficiente de Correlação	-.268	-.169	-.051	-.035	-.062	.067	-.278	.059	-.311	.173	-.130	.201	-.418	.460*	.490*	.381	.552*	.132	1.000	
	Sig. (2 extremidades)	.240	.485	.906	.827	.798	.774	.222	.799	.170	.454	.585	.396	.059	.036	.024	.089	.010	.509	.509	
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Grupo de Controlo

Idade	Coefficiente de Correlação	1.000	.013	-.008	-.054	-.148	.402	.098	-.457	.048	.385	.074	.252	-.351	-.373	-.452	-.356	-.261	-.257	-.263	-.270
	Sig. (2 extremidades)		.971	.766	.891	.691	.250	.787	.184	.894	.271	.849	.513	.319	.288	.190	.313	.540	.073	.087	.053
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anos_Escolaridade	Coefficiente de Correlação	.013	1.000	-.006	-.056	-.238	-.101	-.117	-.170	-.594	-.519	-.595	-.428	.062	.149	.104	.039	.177	.104	.106	.113
	Sig. (2 extremidades)	.971		.645	.872	.491	.782	.747	.638	.070	.124	.091	.250	.865	.681	.775	.915	.747	.747	.747	.747
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BDI _II_ total	Coeficiente de Correlação	-.373	.14918	.318	.420	-.432	-.097	.176	-.250	.520	.356	.006	-.251	-.283	-.522	1.000	.934**	.948*	.911*	.933	.722*
	Sig. (2 extremidades)	.288	.681	.370	.227	.721	.992	.626	.486	.123	.312	.987	.514	.460	.122	.000	.000	.000	.000	.000	.001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	100	100
inter pret ação	Coeficiente de Correlação	-.452	.1044	.334	.397	-.428	-.078	-.020	-.333	.629	.286	.000	-.046	.009	-.373	.934**	1.000	.973*	.934*	.877	.722*
	Sig. (2 extremidades)	.190	.775	.346	.257	.834	.950	.347	.057	.423	1.000	.906	.982	.289	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.016
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	100	100
BDI _II_ Cog	Coeficiente de Correlação	-.456	.039	.442	.455	-.440	-.121	-.084	-.258	.580	.303	-.006	-.267	-.107	-.448	.937**	1.000	.980*	.911*	.844*	.742*
	Sig. (2 extremidades)	.313	.915	.201	.186	.692	.953	.426	.079	.396	.987	.606	.667	.243	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.018
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	100	100
BDI _II_ Afe	Coeficiente de Correlação	-.421	.117	.475	.529	-.438	-.210	-.046	-.453	.537	.413	.085	-.131	.025	-.524	.9312**	1.000	.988*	.910*	.820*	.700*
	Sig. (2 extremidades)	.540	.747	.165	.116	.562	.913	.179	.110	.236	.815	.738	.949	.120	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.005
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	100	100

BDI _II_ Som	Coeficiente de Correlação	-.10	.12	.22	-.04	.18	-.19	.46	.25	-.12	-.19	-.35	-.40	.93	.87	.84	.76	1.00	.53	
	Sig. (2 extremidades)	.08	.77	.74	.53	.91	.60	.78	.17	.47	.73	.61	.37	.24	.03	.00	.00	.00	.01	.11
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10	10
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 9	Coeficiente de Correlação	-.16	.57	.61	-.42	-.14	-.68	.57	.45	.34	.02	.10	-.50	.72	.73	.74	.82	.53	1.00	
	Sig. (2 extremidades)	.23	.65	.05	.18	.75	.02	.08	.11	.33	1.00	.79	.13	.03	.01	.01	.00	.01	.11	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10	10	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).