

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA EM JOVENS ADULTOS  
COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Diana Barbosa de Moraes Ribeiro

**12370**

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de

Mestre em Psicologia  
Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA EM JOVENS ADULTOS  
COM COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

**Diana Barbosa de Moraes Ribeiro**

Dissertação orientada por Professor Doutor Victor Cláudio

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

Dissertação de Mestrado realizada sobre a orientação de Professor Doutor Victor Cláudio, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/ 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por terem sido as minhas verdadeiras fontes de apoio e afecto, sempre inesgotáveis. É a eles que dedico este maravilhoso ano de trabalho e crescimento.

Aos meus avós, Isaura, Alfredo, Adélia e Alice. Porque passados tantos anos as suas memórias ainda me guia o caminho e me fazem acreditar que tudo é possível. Viverão sempre dentro de mim.

Ao Augusto, por saber que eu seria capaz, muito antes de eu o saber.

À Ana de Nazaré Prioste e ao Tiago Vivo Lila, queridos amigos e companheiros de “guerra”. Obrigada pela insistência e pelo apoio incondicional. Obrigada por todas as horas que passaram a ler e a reler o meu trabalho, porque todo esse esforço foi imprescindível para a sua realização. Nunca teria conseguido da mesma forma se não fossem eles a guiarem-me o caminho.

Ao Professor Victor Cláudio, porque graças a ele aprendi que a perseverança é uma das minhas melhores “armas”. Obrigada por toda a crítica, que tornou este trabalho num verdadeiro desafio.

À Professora Maria Emília Marques, por me ter permitido pensar neste trabalho de uma maneira mais pessoal e abrangente. Muito obrigada pela simpatia e disponibilidade demonstrada. Nunca o esquecerei.

À Dra. Nazaré Santos, pela autorização e disponibilidade oferecidas para a realização deste estudo. Muito obrigada por me ter permitido estagiar no NES e, por consequência, mudar a minha vida.

À Dra. Ema Lima das Neves, por ter sido o meu verdadeiro pilar durante este ano, a minha “*mãe*” e uma mulher de valor inestimável. Sem ela este trabalho estaria muito longe de ser finalizado. Nunca será suficiente o número de vezes que diga *obrigada*.

A toda a equipa do NES, em especial ao Professor Daniel Sampaio, pelo apoio, preocupação e aprendizagem constantes, pelo que me ensinaram a fazer e a ser.

À Dra. Filipa Menezes, por me ter ajudado a recolher a amostra para este trabalho e por se ter mostrado sempre interessada e disponível.

Ao Professor Pedro Martins, pelo apoio e conselhos imprescindíveis fornecidos durante o tratamento estatístico dos dados da recolha.

Ao meu namorado, Gonçalo Tomás, por me ter apoiado, mesmo quando eu acreditava que não era capaz, porque nem sempre o caminho foi fácil de ser percorrido. Obrigada por nunca teres desistido de mim... de nós!

Às minhas queridas amigas Ana Catarina Costa, Vânia Fernandes, Visanee Stamtee e Mafalda Costa, por me acompanharem durante longos anos e darem-me sempre coragem para continuar e lutar pelo melhor que tenho em mim.

Ao Manuel de Carvalho, amigo e fonte de inspiração. Com ele todas as coisas simples se tornam mais intensas e saborosas.

À Carla Cardoso e à Inês Leitão, companheiras de seminário, por todo o apoio e disponibilidade. Elas fizeram-me acreditar que era possível, e por isso lhes ficarei eternamente agradecida.

E, por fim, a todos os jovens que aceitaram e participaram neste trabalho. Sem eles, nada disto teria sido possível.

A todos eles, o meu **Muito** obrigada.

## RESUMO

Neste trabalho tivemos como objectivo estudar a comparação de respostas fornecidas através de uma tarefa de memória autobiográfica entre um grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e um grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários, de modo a compreender se haveria diferenças no processo de evocação destas memórias. Para isso utilizámos dois instrumentos de auto-avaliação (BDI e STAI), um sub-teste para controlar o nível verbal dos sujeitos, e uma tarefa de memórias autobiográficas. A nossa amostra foi constituída por 30 sujeitos, 15 com comportamentos suicidários e outros 15 sem este tipo de comportamento. Os resultados obtidos permitiram-nos verificar que: (a) o grupo com sujeitos suicidários evoca mais memórias negativas do que positivas ( $p=0,000$ ); (b) o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários evoca mais memórias negativas quando a palavra estímulo é negativa do que quando é positiva ou neutra ( $p=0,001$ ); (c) o grupo com comportamentos suicidários apresenta uma evocação significativamente superior de memórias categóricas por oposição a memórias alargadas ( $p=0,000$ ); e (d) o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários evoca um número significativamente superior de memórias categóricas quando comparado com o grupo sem comportamentos suicidários ( $p=0,000$ ). Concluimos que existe no grupo com comportamentos suicidários um enviesamento das memórias autobiográficas, a nível estrutural, com maior evocação de memórias categóricas, e a nível de valência, apresentando um processamento e evocação de memórias preferencialmente de conteúdo negativo.

Palavras-chave: Memória autobiográfica; comportamentos suicidários; emoção; depressão

## ABSTRACT

The aim of this study is to assess the comparison of answers supplied in a task of autobiographical memory between a group of subjects with suicidal behaviours and a group of subjects without suicidal behaviour, in way to understand if there would be differences in the process of evocation of these memories. For that we used two instruments of self-evaluation (BDI e STAI), another one to control the verbal level of the subjects, and a task of autobiographical memories. Our sample was constituted by 30 subjects, 15 with suicidal behaviours and other 15 without this type of behaviour. The obtained results allowed us to conclude that: (a) the group with suicidal behaviours evokes more negative memories than positive ( $p=0,000$ ); (b) the group of subjects with suicidal behaviours evokes more negative memories when the word stimulus is negative in comparison when the word stimulus is positive or neuter ( $p=0,001$ ); (c) the group with suicidal behaviours presents a significantly superior evocation of categorical memories of what extended ( $p=0,000$ ); and (d) the group of subjects with suicidal behaviours evokes significantly a bigger number of categorical memories when compared to the group without suicidal behaviours ( $p=0,000$ ). On basis of the obtained results, we confirmed that exists in the group with suicidal behaviours an slant of the autobiographical memories, at structural level, with bigger evocation of categorical memories, and in terms of valence, presenting a processing and evocation of memories mainly of negative content.

Key words: Autobiographical memory; suicidal behaviours; emotion; depression

## ÍNDICE

Introdução.....	6
<b>Capítulo I</b>	
Memória Autobiográfica.....	8
Organização e processos de funcionamento das memórias autobiográficas.....	8
Estratégias de Evocação das Memórias Autobiográficas.....	10
<b>Capítulo II</b>	
O jovem adulto: da adolescência à adultícia.....	14
Vulnerabilidades e comportamentos suicidários.....	15
Aspectos conceptuais dos comportamentos suicidários.....	17
Perspectiva cognitiva nos comportamentos suicidários.....	19
<b>Capítulo III</b>	
Memória Autobiográfica e comportamentos suicidários: estudos experimentais.....	23
<b>Capítulo IV</b>	
Objectivos.....	28
Hipóteses de Investigação.....	29
Método.....	29
Caracterização da Amostra.....	30
Sujeitos Com Comportamentos Suicidários.....	30
Sujeitos Sem Comportamentos Suicidários.....	31
Delineamento.....	33
Instrumentos.....	33
Questionário Sócio-Demográfico.....	33
Tarefa de Memória Autobiográfica.....	34

## II

Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	35
Inventário de Ansiedade Estado e Traço (Forma Y).....	36
Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos.....	38
Procedimento.....	38

### Capítulo V

Análise Dos Resultados.....	41
Análise dos Resultados Obtidos no Sub-teste Verbal WAIS.....	42
Análise dos Resultados Obtidos nos Instrumentos de Avaliação Clínica.....	43
Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	43
Inventário de Ansiedade Estado.....	43
Inventário de Ansiedade Traço.....	44
Análise dos Resultados Obtidos na Tarefa de Memória Autobiográfica.....	45
Análise do Total de Memórias Evocadas.....	45
Análise de Valências de Memórias Evocadas.....	45
Análise das Memórias Evocadas por Agrupamento de Palavras em Valências.....	46
Análise dos Tipos de Memória Evocadas.....	48

### Capítulo VI

Discussão dos Resultados.....	54
-------------------------------	----

### Capítulo VII

Conclusão.....	61
Referências Bibliográficas.....	66
Anexos.....	75



**ANEXOS**

<b>Anexo A:</b> Carta de Autorização para Investigação.....	76
<b>Anexo B:</b> Carta de Consentimento Informado.....	77
<b>Anexo C:</b> Questionário Sócio-Demográfico.....	78
<b>Anexo D:</b> Inventário De Depressão De Beck (BDI).....	79
<b>Anexo E:</b> Inventário De Ansiedade Traço E Estado (Forma Y).....	83
<b>Anexo F:</b> Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos.....	85
<b>Anexo G:</b> Tarefa De Memória Autobiográfica.....	86
<b>Anexo H:</b> Tabelas de Análise Estatística.....	87

**LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1.** Descrição das variáveis de caracterização das amostras de sujeitos com Comportamentos Suicidários e sem comportamentos suicidários .....32
- Tabela 2.** Média, desvio-padrão e significância da diferença das médias dos sujeitos com comportamentos suicidários e sem comportamentos suicidários na WAIS.....42
- Tabela 3.** Média, desvio-padrão e significância da diferença das médias dos sujeitos sem alterações psicopatológicas e com perturbação bipolar no BDI e no STAI Estado e STAI Traço.....44
- Tabela 4.** Média, desvio-padrão e significância da diferença dos factores de análise da Tarefa de Memórias Autobiográficas nos sujeitos com comportamentos suicidários e sujeitos sem comportamentos suicidários.....48
- Tabela 5.** Frequência das memórias categóricas e alargadas para cada palavra estímulo evocadas pelo grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e sem comportamentos suicidários.....50
- Tabela 6.** Frequência dos totais de memórias autobiográficas categóricas e alargadas para cada palavra estímulo evocadas pelo grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e sem comportamentos suicidários .....52
- Tabela 7.** Média, desvio-padrão e significância dos totais de memórias autobiográficas categóricas e alargadas entre os sujeitos com comportamentos suicidários e os sujeitos sem comportamentos suicidários.....53
- Tabela 8.** Significância dos totais de memórias autobiográficas categóricas e alargadas dentro de cada grupo.....53

*"A autodestruição surge após múltiplas perdas,  
fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos,  
rupturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora,  
a tornar impossível olhar para si próprio.*

*O suicídio é uma estratégia,  
às vezes uma tática de sobrevivência quando o gesto falha,  
tudo se modifica em redor após a tentativa.*

*E quando a mão, certa,  
não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo,  
a angústia intolerável cessa naquele momento e,  
quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte.*

*Ou, pelo contrário e talvez mais provável,  
fica-se na dúvida em viver ou morrer,  
a cabeça hesita até ao último momento,  
quer-se partir e continuar cá,*

*às vezes deseja-se morrer e renascer diferente."*

Daniel Sampaio, 2000

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste num estudo experimental confirmatório e está integrado na área cognitiva do estudo das memórias autobiográficas, em geral, e nas memórias autobiográficas e no processo de evocação mnésica de jovens adultos com comportamentos suicidários, em particular. Com este estudo, pretendemos avaliar os processos de evocação mnésica, onde são comparadas as respostas fornecidas a uma tarefa de memória autobiográfica por um grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e outro de sujeitos sem comportamentos suicidários.

O trabalho está organizado em vários capítulos, em que os primeiros três capítulos dizem respeito à revisão de literatura efectuada.

O Capítulo I incide na apresentação de algumas teorias da memória autobiográfica, no que diz respeito à sua organização, processos de funcionamento e estratégias de evocação.

No Capítulo II, enunciamos as características principais dos jovens adultos com comportamentos suicidários

Por último, no Capítulo III, são referidos alguns estudos experimentais que interligam as principais temáticas do presente trabalho: a memória autobiográfica e os comportamentos suicidários.

No Capítulo IV, é apresentado o objectivo deste trabalho e são colocadas as hipóteses, assim como a metodologia deste estudo. Referimos também os participantes, o delineamento experimental utilizado, e os instrumentos utilizados.

O Capítulo V é direccionado à análise dos resultados obtidos na aplicação dos diversos instrumentos, de acordo com o objectivo proposto e com as hipóteses apresentadas.

No Capítulo VI, é apresentada a discussão, onde são enunciados os resultados encontrados e a sua relação com as hipóteses colocadas e com os pressupostos teóricos, referidos inicialmente.

Em último lugar, no Capítulo VII, são expostas as conclusões obtidas através deste trabalho, tendo em conta as hipóteses colocadas. Apresentamos também uma reflexão sobre os avanços possibilitados pelo trabalho de investigação, as limitações encontradas no estudo e eventuais propostas para posteriores investigações.

## CAPÍTULO I

*“Estou só, só como ninguém ainda esteve,  
Oco dentro de mim, sem depois nem antes.  
Parece que passam sem ver-me os instantes  
Mas passam sem que o seu passo seja leve”*

Fernando Pessoa  
(in Oliveira, 2006)

O modelo cognitivo no geral atribui aos comportamentos observáveis um valor de signos cujo estudo permite a inferência de estruturas subjacentes (Doron & Parot, 2001), ou seja, estuda o conjunto dos estados mentais e dos processos psíquicos que fornecem ao sujeito uma representação interna de dados que lhe são externos, com a finalidade de tomada de decisões de acção (Tijus, 2001). Desta forma, a psicologia cognitiva considera o sujeito como um sistema de tratamento de informação, que capta a informação proveniente do mundo exterior, a memoriza, realiza operações com base na informação e transmite a informação ao mundo (Tijus, 2001).

Tendo por base a aplicação do modelo cognitivo às memórias autobiográficas e aos comportamentos suicidários, hipotetizamos que, nos sujeitos com este tipo de comportamento poderá surgir um viés ao nível da evocação das memórias. Perspectiva-se que a sintomatologia depressiva e a desesperança presente em cerca de metade dos indivíduos que apresentam comportamentos suicidários, influa nas memórias autobiográficas, alterando-as.

Pensou-se em estudar estas interacções (memórias autobiográficas e comportamentos suicidários) nos jovens adultos por ser uma fase caracterizada por um período de vulnerabilidades psicológicas (Erickson, 1968, in Almeida, 2006), a que está subjacente uma necessidade de reorganização a nível individual, ocupacional e relacional. A natureza transaccional deste período pode levar os jovens adultos a desenvolver comportamentos de risco e de autodestruição, muitas vezes acompanhados por episódios depressivos. É esta matriz complexa de relações interdependentes que será o objecto de estudo e de reflexão desta investigação.

Muitos estudos conduzidos dentro desta área não distinguem se as alterações ao nível da memória autobiográfica são causada por depressão clínica diagnosticada ou por comportamentos suicidários *per se*. De realçar, o défice de investigação centrado em memórias autobiográficas, em indivíduos desta faixa etária, pelo que este estudo poderá constituir um bom contributo científico para as investigações na área.

## Memórias Autobiográficas

### *1.1. Organização e Processos de Funcionamento das Memórias Autobiográficas*

Quando falamos em memória, referimo-nos aos variados processos e estruturas envolvidas no armazenamento e recuperação de experiências da vida de um sujeito (Davidoff, 2001). Neste sentido, todos os processos de memórias requerem três processos distintos e fundamentais: (1) a codificação, que se refere a todo o processo de preparação de informação para o (2) armazenamento e, por fim, à (3) evocação (recuperação) que ocorre por intermédio da recordação ou do reconhecimento (Davidoff, 2001).

Sendo a memória autobiográfica cerne do trabalho em questão, importa compreender o que alguns autores postularam sobre esta e como a definiram. Em 1997, Badelley definiu memórias autobiográficas como sendo a capacidade que as pessoas têm para recordar a sua vida. Esta ideia é corroborada por Rubin (1986), que postula que a memória autobiográfica é o conjunto de todo o conhecimento que as pessoas têm acerca da sua vida, que se constitui como a base para o seu conceito de *self*, ou seja, que se constitui para uma maior definição da pessoa na sua individualidade. Neste sentido, o autor conceptualiza a memória autobiográfica como altamente organizada, tendendo a preservar o essencial da generalidade dos eventos ou série de eventos, mas raramente os seus detalhes. Este autor postulou três características específicas para as memórias autobiográficas: (1) podem afastar-se da realidade do acontecimento vivenciado, pois se são memórias da vida do sujeito, existe a possibilidade de serem transformadas e reconstruídas; (2) podem conduzir a sobregeneralizações dos aspectos memorizados do que foi experienciado, relacionados com o desenvolvimento do próprio sujeito, devido à sua temporalidade e (3) estando intimamente relacionados com o afecto, as memórias autobiográficas teriam um papel crucial na organização do *self*, e aquele seria fundamental na estruturação, codificação e posterior evocação das memórias autobiográficas. A corroborarem esta ideia, autores como Teasdale e Barnard (1991, 1993) também afirmaram que o estado do humor pode alterar todo o processo mnésico, quer no processo de codificação, quer no processo de evocação. Este ponto das estratégias de evocação das memórias autobiográficas será explorado mais a frente no nosso trabalho.

No entanto, e como em tudo no campo da ciência, as definições sobre a memória autobiográfica e as características que dela advêm têm sofrido diferentes alterações ao longo do tempo. Inicialmente, autores como Hobbes (1651/1952, citado por Cláudio, 2004) consideraram as memórias autobiográficas como cópias das sensações experimentadas num

dado momento, não podendo ser “re-experimentadas” da mesma forma porque vão enfraquecendo com o passar do tempo. Esta teoria, designada por teoria de cópia, foi criticada por autores como Brewer (1986), Barclay (1986) e Cláudio (2004), que a consideraram ser falível, já que toda a percepção é interpretativa e toda a evocação mnésica é interpretação e reinterpretação. Surge, então a questão de como poderíamos considerar as memórias autobiográficas fidedignas, se estas seriam uma reconstrução do acontecimento experimentado? É com base nesta incongruência que surgem as teorias reconstrutivas, que defendem que a evocação de uma memória autobiográfica nunca seria totalmente fiel ao acontecimento original, uma vez que implicaria sempre uma interpretação e imprecisões relativas ao acontecimento passado, conseqüentemente. Neste sentido, Barclay (1986) referiu que as memórias autobiográficas são reconstruções de acontecimentos episódicos passados, através de acção de esquemas do *self*. Os esquemas de *self* são adquiridos pelo processo de esquematização, que ocorre através de uma repetida exposição do sujeito a actividades semelhantes entre si, sendo que a esquematização possibilita a aquisição de estruturas de acção generalizáveis, que ajudem o sujeito a agir e a planear acções futuras. De acordo com o autor, e como as experiências de vida e a forma como as vivenciamos muda ao longo do tempo, as memórias autobiográficas não eram imutáveis, estado sujeitas a inúmeras reconstruções e reinterpretações.

Porém, nem todos os autores concordavam inteiramente com esta teoria, e Brewer (1986) postulou que as memórias autobiográficas recentes podiam ser o resultado de um processo semelhante ao de cópia, sendo que com o passar do tempo, sofreriam uma reconstrução. Como tal, esta teoria, denominada de perspectiva reconstrutivista parcial, reunia aspectos de ambas as teorias: de cópia e reconstrutivista, não considerando as memórias autobiográficas nem como cópia nem como puras e imediatas reconstruções.

No entanto, apesar da discordância entre Barclay (1986) e Brewer (1986), é fundamental ressaltar a importância que ambos os autores atribuíam aos esquemas do *self* na organização das memórias autobiográficas. Brewer (1986) definiu memória autobiográfica como pessoal, i.e., como uma “memória para informações relacionadas com o *self*” (p. 26). Segundo Brewer (1986), o *self* corresponde a uma estrutura mental complexa que inclui o Ego<sup>1</sup>, os esquemas de *self*<sup>2</sup> e alguns tipos de memória de longo prazo, mais especificamente as

---

<sup>1</sup> Entidade consciente que experiencia e que é o foco da experiência fenomenológica do sujeito.

<sup>2</sup> Estruturas cognitivas que contêm conhecimento geral sobre o *self* e que organizam este conhecimento a um nível inconsciente, enviesando a informação que é recolhida pelo indivíduo acerca de si e do meio, e enviesando o próprio processo de evocação.

relacionadas com o ego-self, nomeadamente: 1) *memórias pessoais*, que dizem respeito a um acontecimento que teve somente uma ocorrência, mas que ficou “gravado” na mente do sujeito e que é frequentemente acompanhado por imagens visuais, caracterizando-se por uma forte crença do sujeito na sua veracidade; 2) *memórias pessoais genéricas*, em que há uma memória genérica de um determinado acontecimento da vida do sujeito, que é mais geral que a memória pessoal; 3) *factos autobiográficos*, que remetem para acontecimentos relacionados com o *self* que não têm uma imagem associada.

Brewer (1986) defende igualmente, a existência de oito tipos de memória, que variam quanto ao seu tipo de *input* (Ego-Self, Visuo-espacial, Visuo-temporal e Semântico), quanto às condições de aquisição (uma ou mais ocorrências) e quanto às formas de representação que assumem (memória associada ou não a uma imagem mental). No entanto, dos oito tipos de memória existentes, apenas três constituiriam as memórias autobiográficas (os três tipos de memória acima nomeados).

Constatamos, assim, a existência de uma grande variedade de teorias sobre as memórias autobiográficas e o seu funcionamento, acreditando que o afecto tem um papel fundamental em todo este processo, como já foi anteriormente mencionado (Rubin, 1986). Neste sentido, trataremos agora de fazer uma pequena exposição sobre a evocação das memórias autobiográficas, processo fundamental para o nosso trabalho.

### *1.2 Estratégias de Evocação das Memórias Autobiográficas*

A questão acima explorada da organização das memórias autobiográficas, assume uma grande importância relativamente ao processo de evocação das mesmas e às estratégias que lhe estão subjacentes. Sendo o nosso trabalho a análise de uma tarefa de memórias autobiográficas, importa agora explorar as várias teorias e processos referentes à evocação e as organizações contextuais e disponibilidades de evocação das próprias memórias.

Existem múltiplas teorias explicativas dos processos de evocação. Alguns autores (Mark, Williams e Dritschel, 1992 in Cláudio, 2004) defendem que a evocação surge pelo estabelecimento de objectivos a partir da palavra estímulo, outros (Conway & Rubin, 1993), no entanto, não concordam com esta teoria, defendendo que a evocação seria feita por intermédio de uma pesquisa através da temporalidade e de determinadas temáticas, características da vida dos sujeitos. Autores como Reiser, Black e Kalamarides (1986), postulam uma organização contextual da memória em que, para se evocar uma determinada experiência, é fundamental que o sujeito volte a passar por todo o processo de compreensão



da mesma, ocorrendo assim uma construção interna do contexto em que a experiência ocorreu. Neste modelo os autores propõem três tipos de estratégias de evocação: 1. a descrição do contexto de evocação desencadeado pela tarefa, a partir do qual seria referido o acontecimento; 2. o acesso à memória através de uma categoria; e 3. a evocação de uma experiência diferente, mas com algumas semelhanças. Nestes três tipos de estratégias de evocação apenas uma teria sucesso efectivo: a estratégia de evocação que se refere à procura através do contexto. O que os autores defendem é que através de um novo contexto o sujeito pode aceder à memória da experiência vivida. Este tipo de estratégia é constituído por quatro formas:

(i) o contexto de actividades - as actividades contêm uma série de informações referentes às características das experiências, isto é, se se considerar a informação geral da actividade, esta pode conduzir a uma selecção de “subclasses” de experiências, que podem conduzir à memória da experiência pretendida. Através do contexto da actividade podemos ainda aceder a outras informações pertinentes, tais como, motivação, estratégias utilizadas para a obtenção do objectivo ou outros participantes na experiência;

(ii) estratégia baseada nos objectivos – os autores defendem que, se considerarmos os objectivos concernentes a uma dada experiência, estes podem ser muito úteis na sua evocação. Esta evocação a partir dos objectivos poderia ser efectuada de quatro formas: (a) se a actividade para o acontecimento alvo não fosse conhecida e se considerarmos os objectivos envolvidos estes podem conduzir à actividade – existe portanto um estreitamento do espaço de busca; (b) pode existir a evocação de uma actividade mais específica, através do acesso aos objectivos quando a actividade alvo já fosse conhecida; (c) através de um objectivo motivador, o sujeito poderia aceder ao contexto da actividade alvo; e (d) evocação de várias experiências específicas através da procura de um objectivo específico;

(iii) estratégias baseadas nas pessoas - ao recordar-se das pessoas e acções dessas mesmas pessoas durante uma dada experiência, o sujeito poderá atingir a memória do acontecimento pretendido; e

(iv) estratégias baseadas na dimensão temporal do acontecimento - quando o sujeito evoca a temporalidade do acontecimento, pode aceder não só ao acontecimento, mas também aos objectivos que eram dominantes naquele período de vida ou mesmo à memória das pessoas envolvidas nesse acontecimento.

Mas será que todas as memórias autobiográficas estão disponíveis a evocação da mesma maneira? De acordo com Rubin, Wetzler e Nebes (1986) a resposta é não. Estes autores verificaram que nem todas as memórias estariam de igual modo disponíveis para

evocação, acreditando-se que existiria uma diferenciação temporal no número de memórias autobiográficas evocadas. De acordo com Cláudio (2004), baseando-se no trabalho dos autores referidos anteriormente, os sujeitos evocam mais memórias autobiográficas de acontecimentos recentes, sendo que à medida que as memórias se vão tornando mais antigas, se torna mais difícil evocá-las, isto porque os acontecimentos mais antigos sofrem uma modificação atribucional produzida pela influência do *self* nessas memórias, passando de memórias de situações experimentadas para disposições sentidas (Peterson, 1979; Watson & Dyck, 1984 in Cláudio, 2004). Os autores Rubin, Wetzler e Nebes (1986) afirmaram que a distribuição temporal poderia ser caracterizada pela presença de três fenómenos: (1) a função de retenção – para os 20/30 anos mais recentes da vida do sujeito; (2) amnésia infantil – dificuldade superior ao normal, por parte de sujeitos adultos, em evocar memórias autobiográficas dos primeiros sete anos de vida; e (3) as reminiscências – traduz um aumento inesperado de evocação de memórias mais antigas, em relação a um padrão normal, surgindo entre os 35 e os 40 anos de idade (Vargas, 1990 in Cláudio, 2004). Também é importante referir os trabalhos de Conway e Rubin (1993, in Cláudio, 2004) e Andreson e Conway (1997, in Cláudio, 2004) que observaram um período de reminiscência durante a adolescência, que se poderia dever ao facto de a formação do *self* e o processo de identidade do sujeito se encontrarem em situação mais conflitual. Neste sentido, existem diferenças relativamente aos acontecimentos recordados consoante a idade do sujeito, verificando-se assim alterações nos tipos de estratégias utilizadas.

Importa agora referir os tipos de memórias autobiográficas que podem surgir no processo de evocação das mesmas. Segundo Pillemer (1984, in por Cláudio, 2003), os sujeitos numa tarefa de memórias autobiográficas tendem a fornecer memórias generalizadas, devido ao acesso rápido a diversas informações. A presença de memórias generalizadas na tarefa de evocação de memórias autobiográficas é efectivamente considerada como um erro na sua realização, porque o sujeito tenderia a evocar uma temática associada a um conjunto de eventos e não a um evento específico, como lhe é requerido. Neste sentido, Mark, Williams e Dritschel (1992, in Cláudio, 2004) evidenciam, no seu trabalho, a existência de dois tipos de generalizações possíveis: (a) Memórias categóricas, onde se encontra uma descrição intermédia, sendo necessária uma recordação mnésica inferior, possivelmente associada a uma falha na supervisão da atenção, não possuindo ressonância emocional; e (b) Memórias alargadas, que envolvem uma preocupação com o factor temporalidade em detrimento do factor originalidade, apresentando traços individualizados, como resposta a interpretações emocionais, sendo mais antigas e associadas a uma procura mais diferenciada de material

mnésico. Tendo em conta estes estudos, Cláudio (2004) afirma que o surgimento de memórias alargadas ou específicas estaria relacionado com: (1) a preferência dos sujeitos que, ao escolherem um estilo de evocação, secundarizam outro (memórias categóricas ou alargadas); (2) A valência das palavras utilizadas, que influencia a qualidade das memórias: categórica ou alargada; (3) A idade; (4) A temporalidade: as memórias alargadas estão mais relacionadas com acontecimentos mais antigos e mais frequentes, enquanto que com as memórias categóricas acontece o contrário.

Tendo todos estes dados em conta, vários foram os autores (Cláudio, 2004; Conway & Rubin, 1993) que referiram a importância do processo de evocação para uma melhor compreensão da estrutura das memórias autobiográficas. Estes postularam que, tendo em conta todo o processo de evocação, seria possível subdividir a estrutura geral das memórias autobiográficas em duas estruturas: uma micro estrutura, que seria responsável por englobar os períodos de vida do sujeito e os acontecimentos gerais e específicos da mesma, e uma macro estrutura, que enfocaria as memórias autobiográficas através da vida do sujeito, referindo-se sobretudo a três períodos: o da amnésia infantil, o da reminiscência e o período de perda acentuada das memórias mais antigas.

Constata-se, desta forma, que o facto de uma memória estar mais ou menos disponível para ser evocada, varia consoante a idade da pessoa aquando da codificação e evocação da experiência e consoante o tempo decorrido desde a ocorrência do acontecimento. Já no que respeita ao quão vívida é a memória, este factor, segundo Cohen (1996), é influenciado pela emoção que a memória despoleta, pela importância que assume para o sujeito e pela quantidade de vezes que foi evocada. Como tal, e depois desta reflexão sobre as memórias autobiográficas e as suas estratégias de codificação, retenção e evocação, conseguimos compreender que um conhecimento alargado nestas estruturas de memória irá permitir-nos uma melhor compreensão do modo de funcionamento cognitivo do sujeito. Esta área tem vindo a despertar um grande interesse por parte de investigadores principalmente porque, tendo o humor um papel fulcral no modo de codificação e evocação nas memórias autobiográficas, e compreendido o viés na memória, é possível uma intervenção terapêutica estruturada e eficaz.

No contexto do nosso objecto de estudo far-se-á, seguidamente, uma breve exposição dos comportamentos suicidários nos jovens adultos e do modo como estes influenciam e alteram as memórias autobiográficas.

## CAPÍTULO II

### O jovem adulto: da adolescência à adultícia

As alterações sofridas pela família, com as mudanças sociais provocadas pela industrialização ocidental na transição para o século XX, determinaram o surgimento do conceito *adolescência* (Frazão, 2003; Relvas, 2006; Sampaio, 2000; Sprinthall & Collins, 2003). A adolescência é uma etapa desenvolvimental, que decorre entre a iniciação da maturação das alterações psicobiológicas – puberdade – e a idade adulta<sup>3</sup>, na qual um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida (Sampaio, 2000), ou seja, num conjunto coerente de valores pessoais em relação à carreira, relações e crenças políticas e religiosas (Erikson, 1950, 1968, citado por Grotevant & Cooper, 1985).

Apesar desta dificuldade de conceptualização do período de adolescência (Sprinthall & Collins, 2003), Sampaio (2000) divide a adolescência em três fases que envolvem mudanças distintas: a primeira fase – pré-adolescência – ocorre entre os 11 e os 13/14 anos e corresponde às alterações da puberdade; a segunda fase, a adolescência intermédia, compreende o período entre os 13/14 e os 16/17 anos, e é correspondente à adolescência propriamente dita. Nesta, as tarefas de autonomização são centrais; o adolescente desenvolve os seus pensamentos e valores, passa a atribuir uma maior importância ao grupo de pares heterossexual e luta pela sua privacidade. Na adolescência final – a terceira fase –, entre os 17 e os 21 anos, há a transição para a idade adulta com a consolidação das tarefas da adolescência, a formação da identidade, pela resolução da crise identitária, e a resolução do processo de separação-individuação em relação à família de origem (Alarcão, 2006). Todavia, com o prolongamento dos estudos, acresce o desafio familiar deste processo de separação-individuação (Alarcão, 2006), estando longe de estar terminado no final da adolescência, ocorrendo através de avanços e recuos, nas suas várias dimensões (Almeida, 2006). Neste sentido, na fase de transição da adolescência para a idade adulta, existe um período de organização psíquica, pois é consolidada a organização hierárquica das funções do ego e

---

<sup>3</sup> Todavia, a determinação precisa do início e o fim deste período é controversa, já que o aparecimento da menarca é influenciado por factores de índole sócio-geográfica, o início das ejaculações é um marco de difícil exactidão e não há acontecimentos biológicos que o indiquem o fim desta fase (Sampaio, 2000; Sprinthall & Collins, 2003).

surge um sentimento de unidade do self, acompanhado do reconhecimento do seu self emocional, intelectual, social e sexual (Almeida, 2006).

As mudanças da adolescência podem promover o crescimento positivo e ajustamento, ou podem gerar uma crise que perturbe o desenvolvimento do adolescente (Cruz, Sampaio, Santos, & Narciso, 2007; Gutman & Eccles, 2007) e o leve a experimentar a *dimensão do vazio* (Crepet, 2002), com sentimentos de pessimismo, de perda, de desesperança e stress, podendo determinar ou cooperar para pensamentos ou gestos auto-destrutivos (Cruz et al, 2007).

Neste sentido, importa compreender quais as mudanças que se podem tornar em vulnerabilidades no jovem adulto que levem ao surgimento destes comportamentos suicidários.

### *2.1 Vulnerabilidades e comportamentos suicidários nos jovens adultos*

A transição da adolescência para a idade adulta caracteriza-se por um período de vulnerabilidades psicológicas (Erickson, 1968, citado por Almeida, 2006) que está subjacente a uma necessidade de reorganização a nível individual, ocupacional e relacional, que se inicia, frequentemente, com a conclusão do ensino secundário e a entrada na universidade, sendo que esta última proporciona ao jovem oportunidades diversas de experimentação em vários níveis, a saber, individual e social. Assim, nesta fase do desenvolvimento existem várias tarefas desenvolvimentistas que devem ser realizadas para que o jovem se desenvolva positivamente, designadamente, o desenvolvimento de competências intelectuais e interpessoais; capacidade de gestão de emoções; desenvolvimento de autonomia e maturidade, revelando-se estas na menor dependência funcional e emocional dos cuidadores; desenvolvimento de relações interpessoais de maior intimidade; integração e estabilização da identidade; definição de um projecto de vida; desenvolvimento da integridade, ou seja, um conjunto de valores morais e pessoais (Almeida, 2006; Eccles, Templeton, Barber, & Stone, 2003). Sendo estas tarefas exclusivas desta etapa de desenvolvimento, o jovem pode encontrar dificuldades na resolução destas tarefas que terão como consequência o surgimento de sentimentos de desesperança e desadequação. Deste modo, nesta fase de desenvolvimento, a depressão surge frequentemente associada às tarefas desenvolvimentistas (Almeida, 2006).

Esta ideia também é corroborada por outros autores (Dias & Fontaine, 2001, in Almeida, 2006), que referem que é frequente a existência de depressão na população universitária, estando muitas vezes associada às questões desenvolvimentais do início da

idade adulta e a um baixo rendimento académico, embora estes momentos depressivos sejam transitórios e necessários à elaboração reflexiva das perdas emocionais e resolução das tarefas da adolescência (Sampaio & Santos, 1990, in Almeida, 2006).

Um ponto fundamental reconhecido por autores como Payne e Range (1996), Strange (1998) ou Yang (1995, in Almeida 2006) prende-se com a dificuldade que muitos jovens adultos têm na consolidação da separação psicológica dos pais, sendo fundamental para uma maior adaptação pessoal e, conseqüentemente, um melhor desenvolvimento psíquico. Sendo assim, acredita-se que um dos *handicaps* existentes neste jovens possa ser uma vinculação de base pobre, que leva a uma menor capacidade de adaptação a mudanças interpessoais – típicas e essenciais nesta etapa de desenvolvimento – ficando, assim, susceptíveis a quadros depressivos ou a comportamentos suicidários, reflectindo-se em fracas competências de *coping* (Esposito & Clum, 2003; Harrington, 2001; Kirkcaldy, Eysenck & Siefen, 2004; Zal, 1993; Almeida, 2006).

Outra característica importante dos jovens com pensamentos e comportamentos suicidários remete para a falência das competências sócio-afectivas, representando estes comportamentos estratégias desadaptativas de resolução dos problemas. Deste modo, torna-se claro que estes jovens revelam menor confiança em si próprios e nas suas aptidões e competências, e um padrão comportamental marcado pelo desinvestimento onde é patente um desinvestimento dos problemas, esperando-se que estes se resolvam, por si mesmos, e sem participação activa do jovem.

Do anteriormente referido, pode concluir-se que a auto-estima e o auto-conceito destes jovens são muito baixos ou negativos (Almeida, 2006; Asen, 1998; Esposito & Clum, 2003; Saraiva, 1997; Serra & Pocinho, 2001; Weiner, 1995b). O jovem com pensamentos e comportamentos suicidas sente ter falhado no seu processo de desenvolvimento, razão pela qual desenvolveu uma visão negativa de si próprio, pessimismo insegurança e baixa auto-estima, apresentando também traços de personalidade dependentes e evitantes (Kirkcaldy et al., 2004; Sampaio, 2002b). Neste contexto depressivo, de intensa desesperança e auto-desvalorização, irrompem, frequentemente, sentimentos de que viver não vale a pena, surgindo ideação suicida que pode evoluir para um plano suicida estruturado (Braconnier & Marcelli, 2000a, 2000b; Marcelli, 2002; Sampaio, 2002a; Saraiva, 1997; Serra & Pocinho, 2001). A morte é, então, para estes jovens, uma forma de aliviar os sentimentos negativos, resolver situações difíceis e demonstrar o seu próprio desespero e desamparo (Asen, 1998).

Neste momento, depois de termos compreendido em que contexto é que podiam surgir os comportamentos suicidários e quais as vulnerabilidades existentes nos jovens para que

estes comportamentos emirjam, importa fazer uma breve reflexão sobre o significado destes e a forma como podem ser compreendidos.

## *2.2 Aspectos conceptuais dos comportamentos suicidários*

Na área da Suicidologia, não há consenso quanto às definições de suicídio, tentativa de suicídio e para-suicídio, pelo que se torna importante evidenciar as definições através do presente trabalho. Em parte pela ambivalência do indivíduo que desenvolve comportamentos auto-destrutivos, pautada pela pretensão de abarcar simultaneamente os dois pólos do viver e morrer (Peixoto & Azenha, 2006), a categorização dos comportamentos suicidários torna-se complexa.

O suicídio, definido por Albert Camus (citado por Sampaio, 2002a) como único problema filosófico verdadeiramente sério por estar permanentemente ligado à ideia de vida e de morte e por constituir um dos grandes temas da filosofia de todos os tempos, é entendido como a auto-destruição provocada por um acto executado pelo sujeito, com intenção deliberada de pôr termo à vida (Vaz Serra, 1972). Como se pode constatar, esta definição exclui situações em que o gesto auto-destrutivo adquire outros significados, como no para-suicídio.

Saraiva (2006) conceptualiza o para-suicídio como a “linguagem de um desamparo ou mesmo de uma revolta através do próprio corpo” (p.17), que é em si uma forma de minimizar a angústia da dor psíquica, na ausência de outras estratégias para fazer face a conflitos, fracassos ou perdas. Estes comportamentos representam um jogo transaccional de apelos e manipulações, materializam um conflito de relação nos afectos (patologia de afectos), de ajustamento, de personalidade e de interacção social e familiar (Saraiva, 1997, 1999, 2001, 2001, 2003, 2006, in Saraiva, 2006) e decorrem da conjugação do stress e de vulnerabilidade (genéticas, neurofisiológicas, neurobiológicas, psicológicas e culturais), onde a re-emergência de memórias traumáticas de infância ou da adolescência têm relevo. O comportamento para-suicidário depende da personalidade e da estrutura cognitiva do sujeito e de diversos factores ambientais de protecção e de risco (Saraiva, 2006). Saraiva (citado por Sampaio, 2002a) aponta a rejeição como a característica nuclear a todos os para-suicidas e, neste sentido, refere que os indivíduos com três ou mais condutas auto-destrutivas sentem desamparo e rejeições persistentes, com problemas sociais graves, associados a leituras pessimistas dos outros e do mundo e a sintomatologia depressiva. A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio, no

Hospital de Santa Maria, também sugere que estes adolescentes tenham história de fracassos nas suas tarefas da adolescência e problemas afectivos (Sampaio, 2002a).

No que se refere à tentativa de suicídio, esta define-se como um gesto auto-destrutivo não fatal, isto é, o indivíduo não conseguiu concretizar o objectivo de pôr termo à vida por factores externos a si próprios (Lopes, Barreira & Pires, 2001). A tentativa de suicídio nos jovens representa uma estratégia francamente desadaptativa de lidar com as dificuldades, ocorrendo, frequentemente, num clima de impulsividade em que o jovem se auto-agride. Esta auto-agressão, contudo, não representa apenas um ataque ao próprio corpo, mas também um ataque aos outros ou uma forma de gerar reacções neles. De facto, este gesto surge sempre como uma forma de comunicação quando todas as outras tentativas falharam, adoptando o jovem uma estratégia comportamental para enfrentar dificuldades que não consegue verbalizar e elaborar (Braconnier & Marcelli, 2000a, 2000b; Crepet, 2002; Fernandes, 2001; Laufer, 2000; Marcelli & Braconnier, 2005; Oliveira et al., 2001; Sampaio, 2002a; Saraiva, 1997; Serra & Pocinho, 2001). Estes gestos constituem sempre momentos de crise individual do jovem em que podem ser adoptado uma diversidade de comportamentos de risco, desde o abuso de álcool e substâncias até aos comportamentos de auto-mutilação, podendo culminar numa tentativa de suicídio ou num suicídio propriamente dito.

Desta forma, e pela diversidade da intencionalidade e da significação e pela multiplicidade de variáveis envolvidas (p.e., biológicas, psicológicas e sociais)<sup>4</sup>, os comportamentos suicidários são multideterminados e pluridimensionais (Henriques, 2006; Santos & Neves, 2006) e incluem-se num *continuum* de comportamentos que, progressivamente, apresentam maior gravidade: não suicidas, ideias suicidas, ameaças suicidas, comportamentos para-suicidários, tentativas de suicídio e suicídio (Fleming, 2005, Saraiva, 2006). A morte surge, é fantasiada ou tentada como uma forma de alívio dos sentimentos negativos, de resolução dos problemas considerados como inevitáveis, intermináveis e intoleráveis (Serra, 2001) e de demonstração do desespero (Asen, 1998).

---

<sup>4</sup> Neste contexto, a Sociedade Portuguesa de Suicidiologia – SPS - (2006) aponta que, subjacente aos comportamentos suicidários, esteja um conjunto de factores, que interagem em processos diversos e complexos, e que se combinam de diferentes modos, num contexto específico. Deste modo, alguns destes factores são endógenos, i.e., inerentes à própria personalidade e biografia individual, e outros são sociais e exteriores (Henriques, 2006, Saraiva, 1999). Estes factores reflectem-se na atitude e na intenção suicida com uma ressonância individual, no sentido da impulsividade, hostilidade e manipulação em relação ao meio (Henriques, 2006).



No seguimento destas ideias, podemos afirmar que estes comportamentos correspondem a momentos de crise individual, a um processo ambivalente e paradoxal de procura de mudança no contexto de vida à falência nas tarefas desenvolvimentais, a uma forma de comunicação poderosa (Santos & Neves, 2006). Neste sentido, poderá constituir uma interacção familiar, podendo tornar a sua auto-agressão numa agressão contra os outros, tentar pedir ajuda, apelar a essa mesma ajuda por parte de outros e ainda tentar comunicar um mal-estar individual com sinais evidentes de ruptura (Henriques, 2006). Embora exista uma multiplicidade de significações e motivações subjacentes, os comportamentos auto-destrutivos exprimem sempre dois desejos poderosos: acabar com aquilo que faz sofrer e restaurar a identidade (Santos & Neves, 2006).

### *2.3 Perspectiva cognitiva nos comportamentos suicidários*

Apesar de os comportamentos suicidários serem interpretados através de várias lentes teóricas – modelo psicodinâmico, cognitivo, existencial, desenvolvimentista, sistémico, entre outros – centrar-nos-emos na explicação cognitiva, dado o cariz teórico de base deste trabalho.

De acordo com a perspectiva cognitiva, a tendência suicida reflecte um processo contínuo que vai da ideação suicida à tentativa de suicídio e ao suicídio consumado. Os modelos cognitivos assentam na premissa da interacção entre as formas como os indivíduos pensam, i.e., das suas expectativas, crenças, inferências, esquemas, lembranças e distorções cognitivas, e como se sentem e comportam face aos acontecimentos do seu mundo, subsequentemente. Deste modo e de acordo com Reinecke (2004, in Soeiro, 2006), a origem do comportamento suicida remonta a representações e processos de pensamento distorcidos e desadaptados, aprendidos ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Assim, o suicídio é caracterizado por sentimentos depressivos associados a algumas distorções cognitivas (Freeman & Reineck, 1993, in Saraiva, 2006), como o pensamento dicotómico (tendência para avaliar experiências, desempenhos ou características individuais segundo uma maneira dicotómica e radical), sentimentos de catástrofe (exagero das dificuldades, eventualmente como uma função adaptativa de procura de ajuda ou preparação para o fracasso), abstracção selectiva (tendência para valorizar informações ou experiências de um modo selectivo que suportam as crenças do desespero e não levam em conta outros dados disponíveis que poderiam ser úteis), inferência arbitrária (retirar conclusões na falta de evidências ou em contradição directa com a realidade), maximização ou minimização (tendência a valorizar

excessivamente o significado dos acontecimentos de vida negativos e desvalorizar os positivos), racionalização emocional (confusão entre emoções e realidade), rotulagens (criar uma identidade negativa baseada em erros e imperfeições, como forma extrema de sobregeneralizações), condicionalismos (crenças disfuncionais que adiam ou prejudicam a realização de projectos), desqualificação do positivo, hipergeneralização (generalização a partir de um acontecimento negativo isolado, surgindo a opção do suicídio como razoável), personalização (interpretação de experiências exteriores como se fizessem parte da vivência pessoal), falácia do belo (crença de que tudo na vida tem que ser belo) e pensamento comparado (constante comparação cognitiva com os outros). A presença permanente destas distorções cognitivas, ou erros sistemáticos no processamento de informação, contribui para a preservação da crença da validade das representações negativas da realidade, ou seja, asseguram a coerência de uma visão negativa generalizada (Saraiva, 2006). Neste sentido, podemos fazer um paralelismo com o modelo cognitivo da depressão de Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) que afirma que estas anomalias da cognição incluem um enviesamento excessivamente negativo do processamento de informação relativo ao *self*, ao mundo e ao futuro. Segundo o autor, esta tríade cognitiva constitui um indicador de vulnerabilidade à depressão.

Vários estudos apontam para a rigidez e inflexibilidade de pensamento inerente a indivíduos com comportamentos suicidários. De acordo com Melo e Saraiva (2006), o estilo de pensamento rígido dos sujeitos com comportamentos suicidários provoca uma restrição ao estabelecimento de cenários alternativos, limitando o número de respostas disponíveis à variação de circunstâncias. Estes indivíduos tendem a generalizar um acontecimento negativo, isolando-o de outras situações de vida, e, neste contexto, o suicídio surge-lhes como uma opção razoável. No estudo de Neuringer (1976, in Melo e Saraiva, 2006) demonstrou-se que os indivíduos com comportamentos suicidários, independentemente do seu estado psíquico, têm um pensamento mais rígido e extremista, em comparação com indivíduos sem comportamentos suicidários, pelo que, quando estão insatisfeitos com um determinado acontecimento, têm dificuldade em considerar outras formas para a mudança, conduzindo-os ao sentimento de desesperança. Soeiro (2006) defende que a desesperança, quando é concomitante com um quadro depressivo, funciona como um importante indicador da intenção suicida. Outras investigações sobre a relação entre depressão e o suicídio identificaram a desesperança como uma importante variável mediadora e apontam para o facto de esta funcionar como precursora do suicídio (Beck e al, 1974, Oliveira, 2003, Weishaar & Beck, in Soeiro, 2006). Farber (1968, in Soeiro, 2006) corrobora esta perspectiva,

referindo que o suicídio ocorre quando a perspectiva de vida é encarada com uma ausência de “esperança desesperante” (p. 130). Beck (1979, in Soeiro, 2006), neste sentido, propõe que a motivação do paciente suicida pode variar entre o *desejo de escapar* e o *desejo de comunicar*, sendo que os pacientes com maior índice de desesperança são aqueles nos quais predomina o desejo de escapar.

Neste sentido, tendo a desesperança um papel fulcral na compreensão dos comportamentos suicidários, seguidamente apresentaremos, de uma forma sucinta, a Teoria da Desesperança, com o objectivo de uma maior compreensão e aprofundamento do tema.

O conceito de desesperança (*hopelessness*) surgiu num trabalho desenvolvido em 1973 por Beck, Minkoff, Beck e Bergman, onde os autores identificaram um componente da síndrome da depressão – a desesperança – como sendo um indicador mais forte da intenção suicida do que a própria depressão (Beck & Lester, 1973, Borges, Werlang & Paranhos, 2004, Judith, Tarrier e Gooding, 2008). No mesmo artigo, afirmaram que a desesperança poderá não só explicar a relação entre depressão e suicídio, mas também que as intervenções terapêuticas para aliviar a desesperança podem ser mais prósperas na prevenção do suicídio. Os autores descreveram a desesperança, então, como o desejo de escapar a um problema considerado insolúvel (Beck, Minkoff, Beck & Bergaman, 1973, Wetzel, 1976), onde o sujeito sistematicamente interpreta erroneamente as suas experiências de um modo negativo e antecipa um resultado negativo a qualquer tentativa para alcançar os seus objectivos (Beck, Kovacs & Weissman, 1975).

No seguimento, os comportamentos suicidários poderão ser compreendidos como uma expressão extrema do desejo de fugir do que parecem ser situações ou problemas insuportáveis, onde a desesperança surge como um sinal provável de intenção suicida, mesmo quando a depressão está controlada, uma vez que traduz um pessimismo generalizado em relação ao futuro (Beck et al, 1985, in Saraiva 1999). Podemos, então, afirmar que a desesperança, ao reduzir a capacidade de prever acontecimentos positivos no futuro, constitui um factor chave entre a depressão e os comportamentos suicidários (Melo & Saraiva, 2006), sendo que esta dificuldade concebe uma lentificação na evocação destes mesmos acontecimentos, causando distorções da qualidade das memórias, nomeadamente da sobregeneralização, que cria, não só um défice na resolução de problemas (Pollock & Williams, 2001), como também uma alteração nas memórias autobiográficas (Saraiva, 2006).

A Organização Mundial de Saúde estima que, no ano 2000, a cada 40 segundos ocorria um suicídio e a cada 3 segundos uma tentativa de suicídio, em média; 16% dos portugueses já pensou em matar-se pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses; o suicídio está

entre as três primeiras causas de morte nas pessoas entre os 15 e os 44 anos, e é a segunda de morte nos jovens entre os 15 e os 24 anos; cerca de 90% dos indivíduos que se suicidaram tinham algum tipo de perturbação mental e, na altura, 60% estariam deprimidos (OMS, 2006). Na realidade, tem sido estabelecida uma clara e estreita ligação entre todos os tipos de perturbações do humor e os comportamentos suicidários, pelo que a OMS sugere que a depressão e a sintomatologia que lhe está associada – tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono e da alimentação – devem alertar todos os técnicos para o potencial risco de suicídio (OMS, 2006). No entanto, é fundamental reafirmar, ainda que a depressão esteja frequentemente associada a comportamentos suicidários, estes não devem, contudo, ser resumidos a um sintoma característico da depressão, já que não representam um quadro clínico psiquiátrico e devem ser considerados na sua complexidade e multicausalidade (Marcelli, 1990/2002; Sampaio, 2002). Neste sentido, torna-se fundamental destrinçar a diferença entre sujeitos deprimidos e sujeitos com comportamentos suicidários: na depressão, os pensamentos automáticos negativos estão relacionados com a perda e a privação emocional (Melo & Saraiva, 2006); no entanto para a maioria dos indivíduos com remissão da perturbação depressiva, a flexibilidade cognitiva reaparece e os pensamentos automáticos negativos diminuem; os sujeitos com comportamentos suicidários, por sua vez, apresentam, como características principais: a) o sentimento de desesperança e b) a crença de que as actuais dificuldades são intermináveis, estando estas acompanhadas pela percepção de falta de alternativas e pela sensação de incapacidade de resolução dos problemas e para reconhecer, naqueles que o rodeiam, fonte de apoio e suporte (Melo & Saraiva, 2006). Nestas situações, e tendo em conta Weishaar (1996, in Melo & Saraiva, 2006), a desesperança – enquanto esquema cognitivo relativamente estável que incorpora expectativas negativas –, durante a vivência de um acontecimento negativo, é activada e aumenta o risco de suicídio.

Pelos pressupostos teóricos apresentados, a relação entre a depressão e os comportamentos suicidários parece ter como ponto de conexão a desesperança, já que este sentimento reduz a capacidade para prever acontecimentos positivos importantes ou triviais no futuro e aplica o pessimismo ao imediato (Melo & Saraiva, 2006).

Neste sentido, apresentaremos uma análise de estudos experimentais conhecidos e faremos uma breve reflexão sobre as memórias autobiográficas nos comportamentos suicidários.

### CAPÍTULO III

#### **As memórias autobiográficas nos comportamentos suicidários**

As memórias autobiográficas nos comportamentos suicidários não têm sido tema de muitas investigações científicas. Importa desde já referir que, como em cerca de 60% dos sujeitos com comportamentos suicidários se encontra comorbilidade com uma perturbação depressiva (Saraiva, 2006), muitos são os estudos experimentais onde se verifica uma não distinção dos sujeitos com comportamentos suicidários e os sujeitos clinicamente deprimidos, no que concerne às memórias autobiográficas, não havendo um grande cuidado na análise independente de casa um destes factores. Com isto, podemos reflectir sobre a dificuldade em compreender, nestes estudos, a verdadeira razão do viés nas memórias autobiográficas nestes sujeitos: será pela presença de comportamentos suicidários ou pelo diagnóstico de Depressão? Tentaremos no nosso estudo destrinçar este nó, porém, na grande maioria nos estudos que apresentamos de seguida, esta comorbilidade está presente.

Neste sentido, o estudo de Williams e Broadbent (1986), sobre memórias autobiográficas em sujeitos internados após tentativas de suicídio com diagnóstico de Episódio Depressivo Major, mostra que estes indivíduos registam maior distúrbio emocional, desesperança e viés na velocidade de recuperação de memórias autobiográficas positivas, sendo que descreveram de uma forma geral os acontecimentos, sem atender aos detalhes, especialmente para palavras positivas, para as quais se verificou uma lentificação das respostas. Estando estes sujeitos também deprimidos, uma possível explicação para este acontecimento pode ser encontrada no estudo de Cláudio (2004), que refere existir na depressão, uma relação entre o humor deprimido e a facilitação de acesso a memórias congruentes e uma inibição em aceder a memórias emocionalmente incongruentes, como será o caso das palavras positivas. Neste sentido, podemos falar em perda do enviesamento mnésico positivo nestes sujeitos (Cláudio, 2004), que, dependendo da variação do seu estado de humor, pode ser mais ou menos persistente.

Também Lloyd e Lishman (1975) referidos por Power e Dalgleish (1997), e Kaviani *et al.* (2003), concluíram que sujeitos deprimidos com ideação suicida apresentavam uma maior tendência para recordar memórias negativas, em detrimento das positivas. Estes sujeitos foram também sinalizados como tendo uma menor capacidade para encontrar estratégias para a resolução dos problemas, sendo muitas vezes ineficazes nas estratégias que mobilizam; esta dificuldade foi considerada, pelos autores, superior quando comparada com outros grupos de

sujeitos com doença psiquiátrica (Pollock & Williams, 2001). Neste sentido, vai também o estudo de Williams, Barnhofer, Crane e Beck (2005), que concluiu que esta tendência dos sujeitos deprimidos com tentativas de suicídio em recordarem um maior número de memórias negativas reflectia-se numa maior dificuldade de resolução de problemas e estratégias adaptativas de *coping*, aquando comparados com sujeitos somente deprimidos. Esta ideia foi corroborada por diversos autores, tal como Goddard, Dritschel e Burton (1996), Williams *et al.* (1996), Sidley *et al.* (1999) e Pollock e Williams (2001).

Williams e Dritschel (1988) replicaram o estudo de Williams e Broadbent (1986), acima descrito, e compararam sujeitos que cometeram para-suicídio por intoxicação medicamentosa recentemente, com um grupo recrutado sete meses após o mesmo método. Os autores constataram que ambos os grupos revelaram uma memória autobiográfica genérica, em comparação com um grupo de controlo, ou seja, privilegiaram descrições gerais em detrimento de acontecimentos específicos. Em estudos efectuados por outros autores com sujeitos deprimidos, também se verificaram os mesmos resultados: uma maior tendência em evocar memórias gerais em detrimento de acontecimentos específicos (Cláudio, 2004; Williams *et al.*, 1996; Startup *et al.*, 2001; Leibetseder *et al.*, 2006). Isto é explicado por autores, como Cláudio (2004), através dos processos de evocação de memórias autobiográficas: para a evocação deste tipo de memórias é necessário o sujeito criar um contexto geral, a partir do qual vai procurar um acontecimento específico (tal como referimos anteriormente, no início do nosso enquadramento teórico); o que se passa é que os sujeitos deprimidos apenas fariam a primeira parte do processo, pois se acessem aos acontecimentos específicos, estes estariam ligados a acontecimentos emocionais dolorosos (Gonçalves, 2007). Ou seja, este boicote de busca mnésica pode ser entendido como um mecanismo de defesa que estes sujeitos empregam como forma de não se recordarem de acontecimentos potencialmente dolorosos. Dito isto, compreende-se que nestes sujeitos haja uma maior tendência a evocar memórias categóricas em detrimento das alargadas, uma vez que nas primeiras há uma menor busca mnésica e a descrição dos acontecimentos evocados dá-se a um nível intermédio (Cláudio, 2004; Williams & Broadbent, 1986; Williams, 1996; Williams *et al.*, 2000; Pollock & Williams, 2001).

No seguimento disto, os autores Kuyken e Brewin, (1995), após estudarem mulheres deprimidas com história de abuso sexual, concluíram que a elevada evocação de memórias generalizadas estaria associada à presença de episódios depressivos e comportamentos suicidários, e surgiria como meio para evitar a recordação de acontecimentos traumáticos.

Também autores como Williams (1992, citado por Power e Dalglish, 1997) demonstram não só que sujeitos deprimidos com pensamentos suicidas diferiam do grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas em termos de valência, evocando um maior número de memórias negativas do que positivas, como também tendiam a ter memórias mais generalizáveis do que específicas, dando o exemplo “*Eu estou sempre infeliz*” em vez de “*Eu estive infeliz naquela ocasião*” (p. 292). É de notar que para Williams *et al.* (1996), a sobregeneralização das memórias autobiográficas é considerada uma característica estável perante a sintomatologia depressiva, uma vez que após a recuperação da perturbação afectiva muitos sujeitos continuam a manifestá-la, sendo possível a sua alteração através de um processo psicoterapêutico.

Ainda no âmbito das memórias autobiográficas sobregeneralizadas, os autores Pergher, Stein e Wainer (2004) afirmaram que também estas contribuem para o surgimento ou manutenção de ideação suicida ou outros comportamentos suicidários, uma vez que os défices reais e percebidos quanto à capacidade de resolução de problemas, associados à ruminação, acabam por gerar uma perspectiva de impossibilidade de mudança. De acordo com estes autores, baseando-se nos estudos de Pollock e Williams (2001), quando o indivíduo falha em aceder a memórias específicas, as probabilidades de se estabelecer um processo ruminativo ficam aumentadas e, assim, diminuídos os recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades por eles sentidas. Estas ideias também são partilhadas por Leibetseder *et al.* (2006), afirmando que a redução de memórias autobiográficas específicas poderá ser considerado um factor de vulnerabilidade para o surgimento de futuras perturbações do humor ou mesmo comportamentos suicidários, como é o caso das tentativas de suicídio. Mais recentemente, os autores Swales e Williams (2001), no seu estudo realizado com adolescentes, onde metade do grupo clínico tinha comportamentos suicidários, concluíram que quanto mais deprimidos se encontravam os sujeitos, mais específicas são as suas repostas para palavras – chave negativas e mais gerais para as positivas. Uma explicação para esta diferença pode ser compreendida pelo modelo da perseverança auto-regulatória de Pyszczynski e Greenberg (1987, 1992 in Cláudio, 2004) que preconiza, nos sujeitos deprimidos, a existência de uma perseverança na auto-focalização da atenção nos aspectos negativos e uma desfocalização nos aspectos positivos. Neste sentido, o sujeito faria uma auto-avaliação extremamente negativa de si, das suas vivências e realizações, o que faria com que qualquer dificuldade que surgisse fosse sentida como inultrapassável, não procurando estratégias de superação de obstáculos pela previsão de falhanço. Isto implicaria que o sujeito assumisse como fracasso toda a tentativa de realização e colocaria objectivos elevados e

perfeccionistas, que sendo inatingíveis, levariam de facto ao fracasso. Ora, desta forma, o sujeito reforçaria as suas crenças negativas do *self* (Cláudio, 2004).

No seguimento desta ideia, de acordo com Rasmussen, Connor e Brodie (2008), o factor perfeccionismo influencia, não só o surgimento de comportamentos suicidários como também aumenta a desesperança e a depressão. Desta forma, haverá uma alteração ao nível das memórias autobiográficas dos sujeitos, uma vez que, estando condicionada a forma como o sujeito percebe o mundo e o seu futuro, isto terá repercussões em como este codifica as suas memórias e em como as evoca e avalia. Foi neste sentido que os autores encontraram diferenças ao nível das memórias autobiográficas, quando estudaram sujeitos com comportamentos para-suicidários com elevados valores de perfeccionismo; concluíram que a evocação das memórias se dava a um nível sobregeneralizado nos acontecimentos positivos e não tanto nos negativos, tal como foi anteriormente explicado. Os mesmos autores enfatizam, deste modo, que estando a evocação de memórias autobiográficas condicionada nestes sujeitos, haverá uma dificuldade nas suas estratégias de resolução de problemas, tornando-as ineficazes. Portanto, autores como Evans *et al.* (1992), Kuyken e Brewin (1995) e Sidley, Callam, Welles, Hughes e Whitaker (1999) consideraram que, existindo nos sujeitos com comportamentos suicidários, uma dificuldade em evocar memórias específicas, isto fará com que haja um risco acrescido destes mesmos sujeitos voltarem a repetir o gesto suicidário.

Após esta pequena exposição teórica, e pensando nos estudos de Melo e Saraiva (2006), parece-nos que a desesperança, enquanto factor essencialmente presente nos comportamentos suicidários, pode estar associada a estas alterações qualitativas da memória autobiográfica, constatando-se, não só uma lentificação na evocação de acontecimentos positivos, como distorções na qualidade das memórias, nomeadamente a sobregeneralização. A desesperança poderá, então, explicar a falta de antecipações positivas, uma vez que o sujeito, ao sentir dificuldades para aceder a memórias específicas relacionadas com acontecimentos positivos, terá igual dificuldade em prever e antecipar acontecimentos positivos, sendo que se manterá não só a perda de enviesamento positivo como também se reforçará as crenças negativas do *self*.

No seguimento desta ideia, podemos pensar que a Depressão poderá não ser factor primordial para manutenção do viés das memórias autobiográficas em sujeitos com comportamentos suicidários; outros factores poderão estar presentes nestes sujeitos, como por exemplo a desesperança ou a sintomatologia depressiva associada. Deste modo, pode ser compreendida a dificuldade que os sujeitos com comportamentos suicidários têm em conseguir encontrar estratégias de *coping* e resoluções de problemas adequadas. Haverá,



então, uma tendência em reforçar o esquema mental negativo do *self*, mantendo os esquemas disfuncionais e os comportamentos suicidários como forma possível de resposta face aos acontecimentos.

Desta maneira, e após reflexão dos estudos apresentados anteriormente, torna-se importante estudar as memórias autobiográficas em sujeitos com comportamentos suicidários, sem diagnóstico de Episódio Depressivo Major, com o objectivo de uma melhor compreensão e futura intervenção nestes sujeitos. Deste modo, iremos utilizar no presente trabalho uma Tarefa de Memórias Autobiográficas, que será operacionalizada de dois modos: de acordo com o tipo de memória (categórica - nível de evocação mais intermédio – ou alargada - nível de evocação mais detalhado) e de acordo com a valência da memória (positiva ou negativa). Optámos por utilizar mais dois inventários: BDI e STAI, uma vez que a severidade da depressão e os níveis de ansiedade podem interferir no processo de evocação dos sujeitos. Por fim, e como forma a controlar os níveis de vocabulário de ambos os grupos, aplicámos a WAIS – prova verbal.

## CAPÍTULO IV

### 1. Objectivo

O objectivo central deste estudo é a comparação entre respostas fornecidas a uma tarefa de memória autobiográfica por um grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e por um grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários.

De acordo com alguns estudos apresentados no capítulo anterior, Lloyd e Lishman (1975) referidos por Power e Dalgleish (1997), e Kaviani *et al.* (2003), concluíram que sujeitos com ideação suicida apresentavam uma maior tendência para recordar memórias negativas, em detrimento das positivas. Neste sentido, o estado do humor facilitaria o processo selectivo de toda a informação que é afectivamente congruente com o mesmo estado emocional (Bower, 1981 in Cláudio, 2004). Deste modo, existe nos sujeitos com comportamentos suicidários uma preferência em evocar aspectos negativos, em que todas as experiências passadas são avaliadas pelo sujeito como negativas.

Também de acordo com o enquadramento teórico acima apresentado, existe nos sujeitos com comportamentos suicidários, uma estrutura de hipergeneralização ao nível da evocação das memórias autobiográficas (Williams, 1992, Williams et al., 1996, Pergher, Steins e Wainer, 2004, Melo e Saraiva, 2006), o que quer dizer, que existe uma tendência para uma evocação demasiado generalista de acontecimentos relativos à vida do próprio sujeito. A este carácter geral da memória autobiográfica está ainda associada uma falta de especificidade e o seu carácter difuso e pouco detalhado. Neste sentido, e no seguimento desta ideia, espera-se que os sujeitos com comportamentos suicidários evoquem mais memórias categóricas, onde há uma busca de informação intermédia, do que alargadas, onde a informação é mais detalhada.

## **2. Hipóteses de Investigação**

De acordo com os pressupostos teóricos apresentados aquando do capítulo referente à revisão de literatura, e os pontos referidos anteriormente, colocamos as seguintes hipóteses de investigação:

- 1) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias autobiográficas de conteúdo negativo do que memórias autobiográficas de conteúdo positivo, independentemente da valência do estímulo;
- 2) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias autobiográficas quando a valência do estímulo é negativa, do que quando é positiva ou neutra;
- 3) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias categóricas do que alargadas;
- 4) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias categóricas do que alargadas, comparativamente aos sujeitos sem comportamentos suicidários.

## **3. Método**

### **3.1 Participantes**

No presente estudo, constituíram-se dois grupos, através de uma amostragem não probabilística e intencional de conveniência. A amostra total foi de 30 sujeitos, divididos em dois grupos: Um grupo constituído por 15 sujeitos que estavam a ser acompanhados no Núcleo de Estudos do Suicídio; e um grupo constituído por 15 sujeitos, no qual o principal critério de inclusão foi o da inexistência de qualquer história recente ou passada de alteração psicopatológica e de comportamentos suicidários.

Para a integração dos sujeitos no estudo e em qualquer um dos dois grupos, era igualmente necessário que estes soubessem ler e escrever, e não possuíssem alterações marcadas da acuidade visual.

Procurou-se igualmente que, aquando recolha da amostra, os sujeitos de ambos os grupos estivessem emparelhados entre si, no que diz respeito à sua idade, género e grau de escolaridade. Como tal, após um processo de amostragem não aleatória por conveniência, relativo ao grupo de sujeitos com comportamentos suicidários, procedeu-se a um processo de amostragem emparelhada e objectiva para o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários.

O motivo pelo qual o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários serviu de referência ao grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários para recolha da amostra, e não o contrário, prendeu-se com o facto de estarmos a estudar os comportamentos acima referidos.

### *Sujeitos com comportamentos suicidários*

A amostra de sujeitos com comportamentos suicidários foi constituída por 15 sujeitos que estão a ser acompanhados no Núcleo de Estudos do Suicídio, no Serviço de Psiquiatria do hospital Santa Maria, e foram referenciados por Psiquiatras e Psicólogos, através de recolha de informação variada existente numa ficha de triagem elaborada por técnicos do NES (NES, 1991). A amostra foi recolhida entre Abril e Junho de 2008 no Núcleo de Estudos do Suicídio, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria.

Dado este estudo ser uma replicação daquele realizado por Cláudio (2004), para além dos critérios de diagnóstico referidos, optámos por critérios semelhantes para inclusão na amostra: (1) estarem sem medicação psicofarmacológica ou estarem com medicação estabilizada, (2) estarem a realizar ou não psicoterapia (aqui acrescentamos, que no caso do sujeito estar em psicoterapia, o processo deverá estar a ser realizado num período inferior a 2 anos), (3) deterem um nível de escolaridade básico que permita a compreensão das provas a aplicar (tarefa de memória autobiográfica e instrumentos de avaliação clínica), (4) não possuírem alteração significativa na percepção e acuidade visual e, acrescentamos, (5) estarem a ser acompanhados no NES, (6) não possuírem nenhum diagnóstico de Depressão feita pelos técnicos responsáveis, de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM IV e do IDC-9.

Em termos etários, os sujeitos situaram-se entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 24 anos de idade. A média etária deste grupo foi de 18,67 anos com um DP.= 1,759 – ver Quadro 1.

No que concerne ao género dos sujeitos da amostra, 73,3% são do sexo feminino e 26,7% do sexo masculino – ver Quadro 1.

Relativamente ao estado civil, todos os sujeitos que constituem este grupo eram solteiros (100%).

Quanto às habilitações académicas, constatou-se que a maioria dos sujeitos que constituem o grupo apresentavam estudos até ao 3º ciclo (40%). Os sujeitos que apresentavam estudos até ao secundário constituem, estatisticamente falando, o segundo subgrupo mais representativo da amostra (33,3%). Seguidamente, os sujeitos com habilitações académicas correspondentes ao 2º ciclo correspondiam a 20% da amostra. Por último, a amostra foi constituída por 6,7% de licenciados, não havendo qualquer sujeito com estudos até à 4ª classe (1º ciclo).

No que concerne às profissões exercidas pelos sujeitos da amostra, como o total dos sujeitos eram jovens adultos, classificaram-se as profissões como: *Estudantes; Empregados; Desempregados*. A grande maioria dos sujeitos era estudante (86,6%), sendo os restantes empregados ou desempregados, constituindo 6,7% da amostra, cada um.

Ao analisarmos o Quadro 1, constatamos que todos os elementos da amostra (100%) estavam em psicoterapia na altura da recolha dos dados. De igual modo, verificamos que 60% dos sujeitos estavam sob medicação que visava controlar a depressão.

#### *Sujeitos Sem Comportamentos Suicidários*

A amostra referente a sujeitos sem comportamentos suicidários foi recolhida entre Maio e Julho de 2008, sendo também constituída por 15 sujeitos. Estes sujeitos foram contactados por pessoas externas ao estudo e seleccionados de acordo com os critérios de inclusão : (1) não existir história passada ou presente de alteração psicopatológica, (2) não existir história passada ou presente de consumo de psicofármacos, (3) possuam uma escolaridade básica que permita uma escrita e leitura satisfatórias, (4) não possuam alterações significativas na acuidade visual e, acrescentamos, (5) não tenham qualquer tipo de comportamento suicidário.

A amostra foi recolhida, na sua maioria nas habitações dos participantes (12 dos participantes), ou em habitações de amigos destes (3 dos participantes). Estas diferenças quanto ao local de recolha da amostra podem ter tido influência no processo de evocação mnésica dos sujeitos, pois é possível que, ao evocarem memórias num local onde a possam ter vivido, o processo de evocação tenha sido facilitado.

De acordo com o Quadro 1, todos os sujeitos deste grupo são solteiros, sendo a sua grande maioria estudantes (80%), 13,3% empregados e, por fim, 6,7% de desempregados. É

importante referir que este grupo possuía diferenças nas habilitações académicas aquando comparados com o grupo experimental: 13,3% possuíam estudos até ao 3º ciclo e 53,4% até ao ensino secundário. Por último, 13,3% de licenciados.

**Quadro 1** – Descrição das variáveis de caracterização das amostras de sujeitos com comportamentos suicidários e sem comportamentos suicidários

		Sujeitos com comportamentos suicidários n=15	Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15
Idade		X=18,67 $\sigma = 1,76$	X= 19,07 $\sigma = 1,53$
Sexo	Feminino	73,3%	73,3%
	Masculino	26,7%	26,7%
Medicação	Sim	60%	0%
	Não	40%	100%
Psicoterapia	Sim	100%	0%
	Não	0%	100%
Estado Civil	Solteiros	100%	100%
	Casados	0%	0%
	Divorciados	0%	0%
Habilitações	1º Ciclo	0%	0%
	2º Ciclo	20%	20%
	3º Ciclo	40%	13,3%
	Secundário	33,3%	53,4%
	Licenciatura	6,7%	13,3%
Profissão*	1	86,6%	80%
	2	6,7%	13,3%
	3	6,7%	6,7%

Nota\*- 1 – Estudantes; 2 – Empregados; 3 – Desempregados.

### **3.2 Delineamento**

O presente estudo é de carácter comparativo relativamente a dois grupos: grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários, no que concerne às suas memórias autobiográficas (avaliadas de acordo com o tipo e valência de memória), a partir de uma Tarefa de Memórias Autobiográficas.

### **3.3. Instrumentos**

Para a realização do presente estudo foi necessária a aplicação dos seguintes instrumentos (Ver Anexos): Tarefa de Memória Autobiográfica, elaborada por Cláudio (2004); Questionário Sócio-Demográfico; Inventário da Depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade Estado-Traço (Forma Y); e Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos. Aprofundaremos, de seguida, o objectivo e conteúdo dos instrumentos supracitados, bem como as suas fontes, modo de utilização e características psicométricas.

#### *Questionário Sócio-Demográfico*

O questionário sócio-demográfico utilizado foi construído para a realização deste trabalho, baseado num outro estudo elaborado por Ramos (2006) com a finalidade última de recolher dados que permitissem caracterizar a amostra em função de algumas informações relevantes para o controlo de algumas das variáveis em estudo. Neste questionário, para ambos os grupos, recolhemos informação sobre a idade, estado civil, habilitações literárias e profissão.

No grupo experimental (sujeitos com comportamentos suicidários) adicionámos ainda questões sobre a duração percebida pelo próprio sujeito da sintomatologia referente à patologia, a medicação (portanto, se está ou não a desenvolver terapêutica psicofarmacológica) e processos psicoterapêuticos.

Para o grupo de controlo (sujeitos sem comportamentos suicidários) incluímos ainda questões sobre historial psicopatológico (sendo que se a resposta fosse afirmativa, o sujeito em questão seria posteriormente excluído da amostra).

*Tarefa de Memória Autobiográfica*

A tarefa de memória autobiográfica que utilizámos foi elaborada por Victor Cláudio em 1996, tendo este, amavelmente, permitido a sua utilização. Esta tarefa é constituída por trinta substantivos, dez com valência positiva, dez com valência negativa e dez com valência neutra, dispostos de modo a que não surjam, de forma consecutiva, mais de dois substantivos com uma mesma valência. Segundo Cláudio (2004), esta distribuição falsamente aleatória dos substantivos tem como função o controlo do efeito de contaminação que poderia ocorrer ao nível das memórias autobiográficas, caso existisse uma sequência prolongada de substantivos de valência semelhante.

Os substantivos que constituem a Tarefa de Memória Autobiográfica são, por ordem da sua apresentação: *Alegria, Solidão, Chão, Tristeza, Simpatia, Cadeira, Incolor, Sinceridade, Medo, Honestidade, Inveja, Água, Tempo, Maldade, Solidariedade, Doenças, Lealdade, Caneta, Sapato, Felicidade, Egoísmo, Mentira, Amor, Mesa, Parede, Inteligência, Cinismo, Amizade, Dor, Janela.*

A instrução que era fornecida aos participantes antes de lhes ser mostrado o primeiro substantivo, era a seguinte: “No ecrã, vão aparecer palavras. Quero que leia cada uma das palavras com atenção e relate um acontecimento da sua infância que essa palavra lhe recorde. Não há respostas certas ou erradas, já que os acontecimentos são diferentes para pessoas diferentes”. Posteriormente, e imediatamente antes de cada palavra ser projectada no ecrã, dizíamos aos participantes: “E esta palavra, que acontecimento da sua infância lhe recorda?”.

A instrução em causa é muito similar à utilizada por Cláudio (2004), com a diferença a surgir no facto de, neste trabalho, se pedir aos participantes que recordem um acontecimento ocorrido na sua infância, e não em qualquer período da sua vida, como ocorria no trabalho experimental executado por aquele autor.

Esta Tarefa de Memória Autobiográfica contém ainda um conjunto de cinco substantivos neutros, que têm como propósito permitir ao sujeito o treino da tarefa. Quaisquer dúvidas face às instruções dadas e quanto ao que pretendíamos que os sujeitos fizessem foram satisfeitas durante a aplicação destes cinco substantivos de treino, que eram, por ordem de apresentação: *Sala, Prateleira, Cabelo, Bola, Escova.* Somente após termos a certeza que os participantes compreendiam o que lhes era pedido, é que aplicámos os trinta substantivos da Tarefa de Memória Autobiográfica.

Durante a aplicação da tarefa, caso os sujeitos não fornecessem uma memória relacionada com o substantivo durante o tempo em que este é exposto (um minuto), passávamos para o substantivo seguinte. Do mesmo modo, se os participantes não



enquadrassem temporalmente a(s) suas memória(s) durante o período de exposição do substantivo (um minuto), perguntávamos: “Quando ocorreu o acontecimento que relatou?”. Esta intervenção tinha como objectivo enquadrar temporalmente as memórias narradas pelos participantes, o que também constituiu um factor em análise neste estudo.

A apresentação dos trinta substantivos foi feita num monitor de computador através do programa informático *PowerPoint*. As palavras foram escritas com letras maiúsculas e a preto, num fundo branco. O tipo e tamanho de letra foram os mesmos para os diferentes substantivos (Arial, 44). Cada substantivo esteve exposto no ecrã durante um período mínimo de um minuto, tendo as respostas dos sujeitos sido gravadas em áudio, depois de concedida a devida autorização.

### Instrumentos de Avaliação Clínica

#### *Inventário de Depressão de Beck (BDI)*

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é uma escala de avaliação subjectiva da Depressão, de auto-preenchimento, elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh em 1961 (Cláudio, 2004). Este instrumento tem sido um dos mais utilizados e aceites para mensuração da severidade da Depressão em pacientes diagnosticados, e na sua eventual detecção em pacientes normais (Beck, Steer & Brown, 1996). As bases deste instrumento fundam-se na Teoria da Depressão de Beck (Cláudio, 2004), estando o inventário centrado nas cognições associadas com a Depressão (Groth-Marnat, 1990)

Este instrumento tem sido recorrentemente utilizado em trabalhos diversos que têm testado a sua validade e correlações com outros testes, como sendo a Escala de Depressão de Hamilton (Fernandez-Ballesteros, 1992/1998). Steer, Beck e Garrison (1986) citados por Cláudio (2004) referem mesmo que o “*BDI continua a mostrar um elevado nível de estabilidade e consistência interna em várias populações clínicas e faz a discriminação entre as intensidades da depressão reveladas para amostras de diferentes diagnósticos*” (p. 148).

O BDI é constituído com base nos sintomas descritos pelos pacientes que recorrem a consultas de Psiquiatria e apresentam estados depressivos ou Depressão, propriamente dita. Estas informações foram estudadas e consubstanciadas em 21 itens, que representam sintomas ou atitudes dos sujeitos (Beck, Steer & Brown, 1996), sendo que cada um deles está organizado em séries de afirmações – quatro afirmações por item – em que o sujeito deve escolher aquelas que melhor representam a forma como se sentiu na semana anterior, incluindo o dia da realização do questionário. A cotação varia em função da severidade do

sintoma ou grau de manifestação da atitude, em que o (0) corresponderia à “ausência do sintoma ou não manifestação da atitude” e o (3) à “presença mais acentuada do sintoma ou manifestação mais extrema da atitude” (Cláudio, 2004). Os itens fazem referência a uma série de sintomas ou atitudes que incluem, por exemplo, sentimentos de falha, sentimentos de culpa, irritabilidade, distúrbios do sono, perda de interesse sexual, tristeza, perturbações da auto-percepção, etc (Groth-Marnat, 1990; Fernandez-Ballesteros, 1992/1998; Beck, Steer & Brow, 1996).

O resultado final é obtido através da soma das respostas assinaladas pelos sujeitos, sendo que se o sujeito assinalar mais do que uma em cada grupo, deveremos cotar aquela que tem o valor mais elevado. Assim, o resultado final poderá variar entre 0 e 63: (a) 0 a 9 – Ausência ou Depressão Mínima, (b) 10 a 18 – Depressão Ligeira, (c) 19 a 29 – Depressão Moderada, e (d) 30 a 63 – Depressão Severa (Groth-Marnat, 1990). Este autor faz ainda duas chamadas de atenção para os seguintes resultados: (1) quando o resultado for inferior a 4 pontos, poderá existir uma eventual negação da depressão e (2) quando o resultado for superior a 40 pontos, poderá existir um exagero ou exacerbação da sintomatologia, o que está muitas vezes associado a distúrbios de ordem Histriónica e Limite.

Relativamente à aplicação do BDI, depois de entregue o questionário aos sujeitos, as instruções eram lidas em voz alta, sendo depois questionado ao sujeito se existiam dúvidas. Após este processo o sujeito deveria proceder ao preenchimento do questionário. No fim da aplicação, revimos a prova com o intuito de verificar se todas as questões tinham sido respondidas.

No que concerne às suas qualidades psicométricas, verificamos que o BDI apresenta uma consistência interna alternante entre 0.73 e 0.92 com uma média igual a 0.86. Ainda relativamente à sua consistência interna verificamos que esta é elevada, variando o Coeficiente de Alfa entre 0.81 e 0.86 para populações não-clínicas e clínicas, respectivamente (Groth-Marnat, 1990; Fernandez-Ballesteros, 1992/1998).

No presente estudo utilizámos uma versão do BDI traduzida e não publicada, efectuada por Cláudio em 1990, que foi testada e corrigida numa população de 1500 estudantes do ensino superior (Cláudio, 2004).

#### *Inventário de Ansiedade Estado e Traço (Forma Y)*

O STAI (Forma Y) é um questionário de auto-avaliação, construído por Spielberger (1983), com a finalidade última de avaliar a ansiedade estado (Forma Y-1) e a ansiedade traço (Forma Y-2).

Spielberger *et al.* (1983) distinguem ansiedade estado e ansiedade traço: a primeira corresponderia aos níveis de ansiedade desencadeados por um dado evento num dado momento, sendo estes estados caracterizados por sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, e também pela activação do sistema nervoso autónomo; a segunda, seria definida em função de diferenças relativamente estáveis ao nível da predisposição para a ansiedade, isto é, “*nas diferenças entre os sujeitos ao nível da sua tendência para perceber situações stressoras como sendo ameaçadoras ou perigosas e para responder a essas situações com elevações na intensidade das reacções de ansiedade [estado]*” (p. 1). Segundo os autores, esta última pode ainda reflectir as diferenças individuais ao nível da frequência e intensidade das manifestações passadas dos estados de ansiedade e qual a probabilidade destes serem experimentados no futuro. Desta forma, quanto maior a ansiedade traço, maior a probabilidade de ocorrência de estados de ansiedade perante situações ameaçadoras (Spielberger *et al.*, 1983; Cláudio, 2004; Silva, 2006).

Ao nível da constituição da prova, esta apresenta-se em duas formas distintas: (a) Forma Y-1 para a ansiedade traço e (b) Forma Y-2 para a ansiedade estado, sendo que na prova que utilizámos cada uma das formas estava numa folha distinta. Cada uma das formas é constituída por 20 questões, sendo que é aconselhado que seja passado em primeiro lugar a Forma Y-1 e só depois a Forma Y-2.

A Forma Y-1 apresenta 20 questões sobre estados, sendo que o sujeito deverá assinalar a intensidade do estado (numa escala de 1 a 4) em que se sente no momento exacto da realização da prova. Apesar da instrução estar impressa na prova, realçámos o facto deste primeiro sub-teste ter que ser preenchido em função “da forma como se sente neste momento”.

A Forma Y-2 apresenta também 20 questões, no entanto relativamente a traços, sendo que é pedido aos sujeitos que assinalem o grau de frequência (também numa escala de 1 a 4) com que acontecem as situações apresentadas. Tal como na Forma Y-1, apesar a instrução estar impressa na folha de prova, realçámos o facto de que este segundo sub-teste devia ser respondido em função “da forma como se sente geralmente”.

Tal como já foi referido anteriormente, a cotação de cada item admite de 1 a 4 pontos, sendo 1 o grau mínimo e, 4 o grau máximo (na Forma Y-1 sob a forma de intensidade e na Forma Y-2 sob a forma de frequência). No então, ao nível da Forma Y-1 existem 9 itens e na Forma Y-2 existem 10 itens onde a ansiedade está ausente, sendo que por tal motivo, estes itens deverão ser cotados pela ordem inversa (Silva, 2006).

Em ambas as provas, os resultados finais são obtidos através da soma dos valores assinalados pelos sujeitos ao longo das 20 questões de cada prova, sendo que os resultados finais deverão oscilar entre o mínimo de 20 pontos e o máximo de 80 pontos.

As duas formas do questionário (Y-1 e Y-2) foram impressas em folhas separadas, e antes da sua aplicação, lemos em voz alta as instruções e perguntámos aos sujeitos se tinham alguma dúvida que quisessem colocar. Utilizámos, na realização do nosso estudo, a versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Estado e Traço traduzida por Américo Baptista.

### *Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos*

O sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos (WAIS), traduzido por Leandro de Almeida, foi utilizado para controlarmos o nível verbal da amostra, uma vez que a nossa tarefa experimental é constituída por palavras e as possíveis diferenças acentuadas no nível verbal poderiam ter reflexo nos acontecimentos evocados (Cláudio, 2004).

Este sub-teste é constituído por 40 palavras ordenadas numa ordem crescente de dificuldade, e eram solicitados aos sujeitos sinónimos dessas palavras, sendo a aplicação do teste interrompida ao fim do sexto sinónimo errado.

## **3.4. Procedimento**

### *Procedimento na Recolha de Dados*

Este estudo foi iniciado com o pedido de alguns instrumentos para a sua realização e com o contacto com o Núcleo de Estudos do Suicídio, para colaboração na recolha da amostra.

Foi contactado o Victor Cláudio para o pedido de instrumentos, nomeadamente, o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI Forma Y) e o Inventário de Depressão de Beck. Foram também fornecidas as instruções para a construção em PowerPoint da Tarefa de Memória Autobiográfica.

A recolha de dados referente ao grupo experimental foi realizada em primeiro lugar. As variáveis sexo, idade e habilitações literárias foram desta forma controladas, uma vez que se acredita que estas variáveis possuem um papel fulcral no desenvolvimento dos processos cognitivos e mnésicos dos sujeitos. Procuraram-se sujeitos sem alterações psicopatológicas,

cujos resultados referentes às variáveis referidas anteriormente, fossem semelhantes aos do grupo experimental.

Numa fase de recolha da amostra, foram primeiramente enunciadas informações gerais relativamente aos objectivos, características do estudo e a confirmação de uma confidencialidade total. Em segundo lugar, foram confirmadas as participações, através de uma carta de consentimento informado (anexo B).

De seguida, foram recolhidos alguns dados pessoais, através do Questionário Sócio-Demográfico (anexo C). De seguida foram aplicados, de acordo com a combinação prévia, com o Victor Cláudio, a Tarefa de Memória Autobiográfica (tarefa experimental), que foi aplicada em primeiro lugar, com a finalidade de controlar a evocação mnésica que poderia eventualmente ser influenciada pela aplicação anterior de outro tipo de instrumentos, seguido do Inventário de Depressão de Beck (anexo D), a STAI Forma Y (anexo E), e a WAIS prova verbal (anexo F). As informações para o preenchimento de cada instrumento foram lidas ao sujeito com o objectivo de uma melhor informação e esclarecimento de possíveis questões. Todos os dados obtidos foram recolhidos num único momento.

Os dados do grupo experimental foram recolhidos no Hospital de Santa Maria, em gabinetes autorizados para o estudo. Os sujeitos que participaram no estudo aceitaram com facilidade as instruções e responderam na totalidade a todos os instrumentos.

#### *Procedimento no Tratamento de Dados*

Após a recolha dos dados, estes foram analisados estatisticamente com o recurso ao programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Neste, foram inseridos os dados relativos às duas populações sob estudo e as múltiplas variáveis dependentes estudadas, como o Total de Memórias de Evocadas, ou o Total de Memórias de Positivas, entre outros.

Para a análise da valência das memórias, foram consideradas como memórias positivas todas as memórias que criaram uma ressonância emocional positiva nos sujeitos, ressonância essa que tinha que estar claramente demonstrada no conteúdo da memória evocada. Quanto às memórias negativas, foram integradas nesta categoria todas as memórias que criaram uma ressonância emocional negativa nos sujeitos, demonstrada através do conteúdo da memória evocada ou através de reacções indicadoras da existência de um sentimento negativo associado à memória (como o choro).

Para a classificação das memórias enquanto memórias alargadas ou categóricas, recorreremos aos critérios de Goddard, Dritschel e Burton (1996), segundo os quais uma memória alargada é aquela que se refere a um acontecimento que dura mais de um dia e que tem um início e um fim definidos, podendo esta ser mais geral (“quando eu era criança”) ou mais específica (“quando fiz aquele curso de artes”). As memórias categóricas seriam aquelas que se referem a uma série de eventos repetidos (“quando jogava ténis aos domingos”).

Por último foi realizada uma análise quantitativa e qualitativa dos dados, que é apresentada seguidamente.

## CAPÍTULO V

### Análise dos Resultados

Antes da exposição dos resultados, parece-nos importante descrever, de um modo sucinto, o que foi analisado e de que maneira foi analisada, de forma a permitir uma melhor compreensão do estudo em questão.

Inicialmente, serão apresentadas as médias e desvio-padrão obtidas no sub-teste de Vocabulário da WAIS, e nas tarefas BDI, STAI Traço e STAI Estado, pelos grupos de sujeitos com comportamentos suicidários e sem este tipo de comportamentos, existindo uma subsequente avaliação da normalidade da distribuição, homogeneidade das variâncias e existência de diferenças significativas entre ambos os grupos de sujeitos, no que a estas tarefas diz respeito.

Num segundo momento serão analisados os resultados obtidos na avaliação experimental, realizada através da Tarefa de Memória Autobiográfica. Relativamente a este último ponto, desenvolveremos a análise na seguinte sequência: (1) análise dos resultados totais obtidos em cada palavra estímulo e (2) análise do total de acontecimentos evocados pelos sujeitos constituintes dos dois grupos (4) análise da valência (positiva ou negativa) atribuída aos acontecimentos evocados pelos sujeitos; (5) análise dos totais de acontecimentos evocados pelos sujeitos em função da valência das palavras estímulo (positiva, neutra ou negativa); (6) análise do tipo de memórias autobiográficas evocadas pelos sujeitos em cada grupo e nos dois grupos - tipo categórico ou alargado.

No que concerne o tratamento estatístico utilizado neste estudo, a avaliação da normalidade da distribuição esteve sempre pendente da realização do teste *Kolmogorov-Smirnov* com aplicação da correcção de *Lilliefors*. Quando as variáveis dependentes possuíam uma distribuição normal, utilizámos o Teste de *Levene* para testar a homogeneidade de variâncias. Sempre que estas provaram ser homogéneas, recorreremos à utilização de testes paramétricos, nomeadamente ao teste *t de Student* para 2 amostras independentes, para comparação dos resultados obtidos nas variáveis dependentes pelo grupo dos sujeitos com comportamentos suicidários e pelo grupo dos sujeitos sem comportamentos suicidários. Quando um ou os dois grupos em comparação não seguiam uma distribuição normal, ou quando ambos seguiam uma distribuição normal mas não havia uma homogeneidade de

variâncias, recorreremos a testes não paramétricos, nomeadamente o teste de *Mann-Whitney*, para a comparação dos resultados obtidos nas diferentes variáveis dependentes pelos dois grupos de sujeitos.

A dada altura do tratamento estatístico, tornou-se necessária a comparação dos resultados obtidos em duas ou mais variáveis por um mesmo grupo de sujeitos. Sempre que as variáveis em comparação apresentaram uma distribuição normal e variâncias homogêneas, utilizámos o teste *t de student* para as comparar através de comparações duais. Quando as variáveis não seguiam distribuição normal, recorreremos ao teste de Wilcoxon para comparação entre dois factores para o mesmo grupo.

### 1. Análise dos Resultados obtidos no Sub-teste de Vocabulário da Wais

Como é possível analisar no quadro dois, os sujeitos com comportamentos suicidários apresentaram valores compreendidos entre o mínimo de 6 e o máximo de 46 valores, obtendo uma média ( $X$ ) de 23,73 e um desvio-padrão ( $\sigma$ ) de 12,26.

O grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários apresentou valores compreendidos entre um mínimo de 8 e um máximo de 53 valores. No quadro dois é possível verificar que a média apresentada por este grupo foi de 29,93 e um desvio-padrão de 12,27.

Ao analisar este Sub-teste foi possível verificar uma distribuição normal e homogênea, pelo que se utilizou o teste *t de student* para verificar se existiam diferenças significativas entre os dois grupos de sujeitos. Como o  $p\text{-value}=0,18 > 0,05$ , concluímos que as diferenças entre os dois grupos não são significativas.

**Quadro 2** – Médias, Desvio-Padrão e significância da diferença das médias do sub-teste de Vocabulário obtidas pelos sujeitos com comportamentos suicidários e pelos sujeitos sem comportamentos suicidários

	Sujeitos com comportamentos suicidários n=15		Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15		
	X	$\sigma$	X	$\sigma$	<i>p-value</i>
Vocabulár	23,73	12,26	29,93	12,27	0,18



## 2. Análise dos Resultados Obtidos nas Escalas Clínicas

### 2.1 Inventário da Depressão de Beck (BDI)

Nesta tarefa os sujeitos com comportamentos suicidários apresentaram um valor mínimo de 5 e um máximo de 55 pontos. Tal como podemos analisar no quadro 3 a média apresentada por este grupo foi de 23 pontos e o desvio-padrão de 14,37.

No grupo de sujeitos sem comportamentos auto-agressivos obtiveram valores compreendidos entre um mínimo de 3 e um máximo de 16 valores. A média foi de 7,47 e o desvio-padrão de 3,20.

Embora se tenha comprovado a normalidade para os dois grupo, não foi possível comprovar a homogeneidade, pelo que se utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* que confirmou a existência de diferenças significativas ( $p\text{-value}=0,00<0,05$ ) entre os grupos, ou seja, confirmou-se que a pontuação média obtida pelos sujeitos com comportamentos suicidários era significativamente superior à dos sujeitos sem este tipo de comportamento.

Analisando mais pormenorizadamente os resultados obtidos por ambos os grupos de sujeitos nesta tarefa, constatou-se que 13,3% dos sujeitos com comportamentos suicidários apresentaram valores  $\leq 9$ , pontuação limite para a ausência de depressão de acordo com a tarefa; 40% apresentaram valores entre os 10 e os 18 pontos, pontuação correspondente a uma severidade ligeira da depressão; 13,3% apresentaram valores entre os 19 e 29 pontos, correspondentes a uma severidade média da depressão; e 33,4% apresentaram valores  $\geq 30$ , indicadores de severidade grave da depressão.

Quanto aos sujeitos sem comportamentos suicidários, 86,7% dos sujeitos apresentaram valores  $\leq 9$  e os restantes 13,3% apresentaram valores entre os 10 e os 18 pontos, não existindo, desta forma, nenhum sujeito que tivesse obtido um resultado no BDI correspondente a valores de severidade de depressão média ou grave.

### 2.2 STAI Estado

Na avaliação do questionário de Ansiedade Estado, como é possível analisar no quadro 3, os sujeitos com comportamentos suicidários obtiveram valores compreendidos entre um mínimo de 35 valores e um máximo de 58. A média neste grupo foi de 44,93 e o desvio-padrão de 7,66.

No grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários, os valores apresentaram um mínimo de 30 e um máximo de 48 valores, sendo que a média neste grupo foi de 38,47 e o desvio-padrão de 5,85.

As pontuações obtidas neste questionário seguiram uma distribuição normal e homogênea em ambos os grupos, pelo que se recorreu-se ao teste *t de student*, que confirmou a existência de diferenças significativas ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ) entre os grupos, ou seja, confirmou-se que a pontuação média obtida pelos sujeitos com comportamentos suicidários era significativamente superior à dos sujeitos sem este tipo de comportamento.

### 2.3 STAI Traço

Na avaliação do questionário de Ansiedade Traço, como é possível analisar no quadro 3, verificámos que o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários se distribuem entre um mínimo de 38 e um máximo de 57 valores, obtendo uma média de 49,53 e um desvio-padrão de 5,64. No grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários, analisamos que estes se distribuem entre um mínimo de 28 e um máximo de 51 valores. A média foi de 40,40 e o desvio-padrão de 6,07.

As pontuações obtidas no questionário STAI Traço seguiram uma distribuição normal em ambos os grupos, e como as variâncias eram homogêneas recorreu-se ao teste *t de student*, que confirmou a existência de diferenças significativas ( $t=4,27$  corresponde a um  $p\text{-value}=0,00<0,05$ ) entre os grupos, ou seja, confirmou-se que a pontuação média obtida pelos sujeitos com comportamentos suicidários era significativamente superior à dos sujeitos sem comportamentos suicidários.

**Quadro 3** – Médias, Desvio-Padrão e significância da diferença das médias obtidas pelos sujeitos com comportamentos suicidários e pelos sujeitos sem comportamentos suicidários, no Inventário da Depressão de Beck (BDI), STAI Estado e STAI Traço.

	Sujeitos com comportamentos suicidários n=15		Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15		<i>p-value</i>
	X	$\sigma$	X	$\sigma$	
BDI	23	14,37	7,47	3,20	0,000*
STAI Estado	44,93	7,66	38,47	5,85	0,000**
STAI Traço	49,53	5,64	40,40	6,07	0,000**

Nota. – \*Diferença significativa ( $p < 0,05$ ) no teste de *Mann-Whitney* para as médias obtidas pelos dois grupos da amostra;

\*\*Diferença significativa ( $p < 0,05$ ) no teste de *t de student* para as médias obtidas pelos dois grupos da amostra;

### 3. Análise dos Resultados da Tarefa de Memória Autobiográfica

#### 3.1 Análise do Total de Memórias Evocadas

No Quadro 4 é possível observar múltiplas comparações entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários, no que diz respeito à Tarefa de Memória Autobiográfica. Uma dessas comparações envolve a média do total de memórias evocadas por ambos os grupos de sujeitos, e conforme constatamos no Quadro 4, os sujeitos com comportamentos suicidários apresentaram uma média relativa ao total de memórias evocadas ( $X=23,27$ ;  $\sigma =3,86$ ) inferior à apresentada pelos sujeitos sem este tipo de comportamento ( $X=27,80$ ;  $\sigma =2,57$ ). Sendo esta diferença significativa ( $p\text{-value}=0,001 < 0,05$ ) confirmou-se que a pontuação média obtida pelos sujeitos sem comportamentos suicidários era significativamente superior à dos sujeitos com comportamentos suicidários.

Esta comparação de resultados só foi possível através do teste de *t de student*, aplicado pelo facto da variável Total de Memórias Evocadas possuir variâncias normais e homogéneas.

#### 3.2 Análise das Valências das Memórias Evocadas

Ao compararmos, em termos inter-grupais, os resultados obtidos por ambos os grupos, verificamos que o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários, em relação ao grupo de sujeitos sem este tipo de comportamento, evocou mais memórias negativas ( $X=15,87$ ;  $\sigma =3,74$  por oposição a  $X=13,33$ ;  $\sigma =2,19$ ). Por outro lado, o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários evocou mais memórias positivas aquando comparado com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários ( $X=14,47$ ;  $\sigma =2,45$  por oposição a  $X=7,07$ ;  $\sigma =3,81$ ).

Em ambos os casos foi possível verificar diferenças significativas, pois nas memórias negativas  $t=2,26$  correspondia a um  $p\text{-value}=0,032 < 0,005$  e nas memórias positivas  $p\text{-value} =$

0,000<0,05, isto é, o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários apresenta um número significativamente maior de memórias negativas em comparação ao grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários, enquanto este apresenta um número significativamente superior de memórias positivas quando comparado com o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários.

Na comparação da quantidade de memórias de negativas evocadas pelo grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários e pelo grupo de sujeitos sem este tipo de comportamento, como a variável seguia uma distribuição normal nos dois grupos e as variâncias eram homogêneas, utilizou-se o teste *t de student*.

Para a comparação da quantidade de memórias positivas evocadas pelo grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e pelo grupo de sujeitos sem este tipo de comportamento, utilizou-se novamente o teste de *t de Student*, pois a variável seguia uma distribuição normal em nenhum dos grupos de sujeitos.

Ao nível intra-grupal, conforme se pode observar no Quadro 4, constatou-se que, os sujeitos com comportamentos suicidários evocaram mais memórias de valência negativa do que de valência positiva, sendo a diferença significativa, pois  $p\text{-value}=0,000<0,05$ .

Quanto aos sujeitos sem comportamentos suicidários, estes registaram uma média de memórias positivas superior à média de memórias negativas, embora esta diferença não seja significativa, pois  $p\text{-value}=0,276>0,05$ .

Para estas comparações, entre as médias de evocação de memórias positivas e negativas registadas, recorreremos ao teste de *t de student* para dois factores, visto ambas as variáveis Total de Memórias Negativas Evocadas e Positivas Evocadas seguirem uma distribuição normal nos dois grupos de sujeitos.

### *3.3 Análise das Memórias Evocadas por Agrupamento de Palavras em Valências*

De acordo com o Quadro 4 é possível verificar que os sujeitos sem comportamentos suicidários evocaram um maior número de memórias quando a valência da palavra era negativa, comparativamente ao grupo de sujeitos com comportamentos suicidários ( $X=9,27$ ;  $\sigma=1,44$  por oposição a  $X=8,67$ ;  $\sigma=1,63$ ). Apesar disto, constatou-se que a diferença não era

significativa ( $p\text{-value}=0,122>0,05$  através do teste de Mann-Whitney devido a não ter sido comprovado a homogeneidade de variâncias).

No que se refere às palavras de valência positivas, o grupo que evocou um maior número de memórias foi novamente o grupo sem comportamentos suicidários ( $X=9,27$ ;  $\sigma=1,67$  por oposição a  $X=7,27$ ;  $\sigma=1,71$  do grupo de sujeitos com comportamentos suicidários). Como foram verificados os pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias, utilizámos para a comparação entre os dois grupos o teste paramétrico *t de student*, sendo que este apontou a existência de diferenças significativas ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ) entre os dois grupos em estudo. Tal reflecte que o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários registou uma média significativamente superior de acontecimentos evocados com palavras positivas do que o grupo com estes comportamentos.

Finalmente, no que respeita ao total de acontecimentos evocados com palavras neutras, verificou-se que o grupo que evocou um maior número de memórias foi o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários comparativamente ao grupo de sujeitos com este tipo de comportamentos ( $X=9,00$ ;  $\sigma=1,12$  por oposição a  $X=7,00$ ;  $\sigma=2,57$ ). Como não foram verificados os pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias utilizámos, mais uma vez, o teste *Mann-Whitney*, sendo que este apontou a existência de diferenças significativas ( $p\text{-value}=0,000\leq 0,05$ ) entre os dois grupos em estudo. Isto significa que o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários registou, mais uma vez, uma média significativamente superior de acontecimentos evocados com palavras neutra do que o grupo com estes comportamentos

Terminada a análise dos resultados inter-grupais, passámos à análise dos resultados intra-grupais para os diferentes factores. Realizámos a nossa análise através da comparação entre os totais de acontecimentos evocados com palavras positivas, negativas e neutras dentro de cada grupo, tendo sido utilizado para o efeito, o teste não paramétrico de *Friedman*, isto porque não foram verificados os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias.

De acordo com o Quadro 4 verificamos que, no grupo de sujeitos com comportamentos suicidários, existiram diferenças significativas entre os três factores de estudo, pois  $p\text{-value}=0,001<0,05$ .

No que concerne ao grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários não foram encontradas diferenças significativas entre os três factores, uma vez que  $p\text{-value}=0,774>0,05$ .

**Quadro 4** - Médias, Desvio-Padrão e significância dos factores de análise da tarefa de memória autobiográfica nos sujeitos com e sem comportamentos suicidários

	Sujeitos com comportamentos suicidários n=15		Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15		p-value
	X	$\sigma$	X	$\sigma$	
Total de Memórias Evocadas	23,27	3,86	27,80	2,57	0.001**
Total de Memórias Negativas evocadas	15,87	3,74	13,33	2,19	0.032**
Total de Memórias Positivas Evocadas	7,07●	3,81	14,47	2,45	0.000**
Total de Memórias Evocados em Palavras Negativas	8,67◆	1,63	9,27◆	1,44	0.122*
Total de Memórias Evocadas em Palavras Positivas	7,27◆	1,71	9,27◆	1,67	0.000**
Total de Memórias Evocadas em Palavras Neutras	7,00◆	2,57	9,00◆	1.12	0.000*

Nota: \* - Diferença significativa ( $p \leq 0.05$ ) no teste *Mann-Whitney* entre os grupos para um dado factor;

\*\* - Diferença significativa ( $p \leq 0.05$ ) no teste *t-Student* entre os grupos para um dado factor;

● - Diferenças significativas ( $p \leq 0.05$ ) no teste *t-Student* dentro de cada grupo para dois factores;

◆ - Diferença significativa ( $p \leq 0.05$ ) no teste *Friedman* no grupo para múltiplos factores.

### 3.4 Análise dos Diferentes Tipos de Memória Evocadas

Foi realizada, primeiramente, uma análise das frequências dos dois tipos de memórias – categóricas ou alargadas - para cada palavra estímulo, apresentada no Quadro 5.

Tal como é possível verificar, quando analisados os resultados do grupo de sujeitos com comportamentos suicidários, foi notório um maior número de memórias categóricas do que alargadas. Veja-se: Alegria (M.C.=63,2% e M.A.= 36,8%), Chão (M.C.=83,3% e M.A.=

16,7%), Tristeza (M.C.=81,2% e M.A.= 18,8%), Simpatia (M.C.=55,5% e M.A.= 44,5%), Cadeira (M.C.=66,7% e M.A.= 33,3%), Incolor (M.C.=66,7% e M.A.= 33,3%), Medo (M.C.=52,4% e M.A.= 47,6%), Honestidade (M.C.=100% e M.A.= 0%), Inveja (M.C.=76,9% e M.A.= 23,1%), Água (M.C.=75% e M.A.= 25%), Tempo (M.C.=54,4% e M.A.= 45,5%), Maldade (M.C.=78,6% e M.A.= 21,4%), Solidariedade (M.C.=76,9% e M.A.= 23,1%), Lealdade (M.C.=60% e M.A.= 40%), Caneta (M.C.=54,5% e M.A.= 45,5%), Sapato (M.C.=90,9% e M.A.= 9,1%), Felicidade (M.C.=71,4% e M.A.= 28,6%), Egoísmo (M.C.=66,7% e M.A.= 33,3%), Mentira (M.C.=60% e M.A.= 40%), Mesa (M.C.=90,9% e M.A.= 9,1%), Parede (M.C.=70% e M.A.= 30%), Inteligência (M.C.=66,7% e M.A.= 33,3%), Dor (M.C.=69,2% e M.A.= 30,8%) e Janela (M.C.=100% e M.A.= 0%).

A única palavra encontrada cuja percentagem de memórias categórica era igual à percentagem de memórias alargada foi Sinceridade (M.C.=50% e M.A.= 50%).

Foi verificada apenas, para este grupo, uma frequência maior de memórias alargadas nas seguintes palavras: Solidão (M.C.=33,3% e M.A.= 66,7%), Doenças (M.C.=22,2% e M.A.= 77,8%), Amor (M.C.=20% e M.A.= 80%), Cinismo (M.C.=42,9% e M.A.= 57,1%) e Amizade (M.C.=33,3% e M.A.= 66,7%).

Já no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários foi verificada uma tendência inversa, isto é, tal como podemos analisar através do Quadro 5, existiu um predomínio de memórias alargadas sobre as categóricas. Sendo assim, as palavras onde isto se observou foram: Alegria (M.C.=35,3% e M.A.= 64,7%), Solidão (M.C.=14,3% e M.A.= 85,7%), Simpatia (M.C.=25% e M.A.= 75%), Incolor (M.C.=14,3% e M.A.= 85,7%), Sinceridade (M.C.=31,2% e M.A.= 68,8%), Medo (M.C.=21,4% e M.A.= 78,6%), Água (M.C.=31,2% e M.A.= 68,8%), Tempo (M.C.=38,5% e M.A.= 61,5%), Solidariedade (M.C.=20% e M.A.= 80%), Doenças (M.C.=33,3% e M.A.= 66,7%), Lealdade (M.C.=40% e M.A.= 60%), Sapato (M.C.=43,7% e M.A.= 56,3%), Amor (M.C.=35,7% e M.A.= 64,3%), Inteligência (M.C.=33,3% e M.A.= 66,7%), Cinismo (M.C.=25% e M.A.= 75%), Amizade (M.C.=36,8% e M.A.= 63,2%) e Dor (M.C.=43,7% e M.A.= 56,3%).

Também neste grupo foi encontrado uma palavra cuja percentagem era igual nos dois tipos de memória, categórica e alargada: Felicidade (M.C.=50% e M.A.= 50%).

Finalmente verificamos que as seguintes palavras apresentavam, para este grupo, uma maior frequência de memórias categóricas do que alargadas: Chão (M.C.=61,5% e M.A.= 38,5%), Tristeza (M.C.=53,3% e M.A.= 46,7%), Honestidade (M.C.=60% e M.A.= 40%), Inveja (M.C.=69,2% e M.A.= 30,8%), Maldade (M.C.=70% e M.A.= 30%), Caneta (M.C.=87,5% e M.A.= 12,5%), Egoísmo (M.C.=62,5% e M.A.= 37,5%), Mentira (M.C.=78,6% e M.A.= 21,4%), Mesa (M.C.=58,3% e M.A.= 41,7%), Parede (M.C.=73,3% e M.A.= 26,7%) e Janela (M.C.=58,3% e M.A.= 41,7%).

**Quadro 5** - *Frequência das Memórias Categóricas e Memórias Alargadas para cada palavra estímulo evocadas pelo grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários*

		Sujeitos com comportamentos suicidários n=15	Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15
Alegria	M. Categórica	63.2%	35.3%
	M. Alargada	36.8%	64.7%
Solidão	M. Categórica	33.3%	14.3%
	M. Alargada	66.7%	85.7%
Chão	M. Categórica	83.3%	61.5%
	M. Alargada	16.7%	38.5%
Tristeza	M. Categórica	81.2%	53.3%
	M. Alargada	18.8%	46.7%
Simpatia	M. Categórica	55.5%	25%
	M. Alargada	44.5%	75%
Cadeira	M. Categórica	66.7%	53.8%
	M. Alargada	33.3%	46.2%
Incolor	M. Categórica	66.7%	14.3%
	M. Alargada	33.3%	85.7%
Sinceridad e	M. Categórica	50%	31.2%
	M. Alargada	50%	68.8%
Medo	M. Categórica	52.4%	21.4%
	M. Alargada	47.6%	78.6%
Honestidad e	M. Categórica	100%	60%
	M. Alargada	0%	40%



Inveja	M. Categórica	76.9%	69.2%
	M. Alargada	23.1%	30.8%
Água	M. Categórica	75%	31.2%
	M. Alargada	25%	68.8%
Tempo	M. Categórica	54.5%	38.5%
	M. Alargada	45.5%	61.5%
Maldade	M. Categórica	78.6%	70%
	M. Alargada	21.4%	30%
Solidarieda	M. Categórica	76.9%	20%
de			
	M. Alargada	23.1%	80%
Doenças	M. Categórica	22.2%	33.3%
	M. Alargada	77.8%	66.7%
Lealdade	M. Categórica	60%	40%
	M. Alargada	40%	60%
Caneta	M. Categórica	54.5%	87.5%
	M. Alargada	45.5%	12.5%
Sapato	M. Categórica	90.9%	43.7%
	M. Alargada	9.1%	56.3%
Felicidade	M. Categórica	71.4%	50%
	M. Alargada	28.6%	50%
Egoísmo	M. Categórica	66.7%	62.5%
	M. Alargada	33.7%	37.5%
Mentira	M. Categórica	60%	78.6%
	M. Alargada	40%	21.4%
Amor	M. Categórica	20%	35.7%
	M. Alargada	80%	64.3%
Mesa	M. Categórica	90.9%	58.3%
	M. Alargada	9.1%	41.7%
Parede	M. Categórica	70%	73.3%
	M. Alargada	30%	26.7%
Inteligênci	M. Categórica	66.7%	33.3%
a			
	M. Alargada	33.3%	66.7%
Cinismo	M. Categórica	42.9%	25%
	M. Alargada	57.1%	75%
Amizade	M. Categórica	33.3%	36.8%
	M. Alargada	66.7%	63.2%
Dor	M. Categórica	69.2%	43.7%

	M. Alargada	30.8%	56.3%
Janela	M. Categórica	100%	58.3%
	M. Alargada	0%	41.7%

Para uma melhor análise dos dados, elaborou-se o Quadro 6 onde se observa as frequências de memórias categóricas e alargadas totais para cada um dos grupos.

Podemos verificar, no grupo de sujeitos com comportamentos suicidários, uma prevalência superior de memórias categóricas (64,3%) em relação às memórias alargadas (35,8%).

No grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários foi verificada uma tendência inversa, isto é, existe uma prevalência superior de memórias alargadas (54,3%) sobre as categóricas (45,7%).

**Quadro 6 - Frequências dos totais de memórias autobiográficas categorias e alargadas para o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários**

	Sujeitos com comportamentos suicidários n=15	Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15
Total de Memórias Categóricas	64.3%	45.7%
Total de Memórias Alargadas	35.8%	54.3%

Posteriormente analisámos a existência ou não de diferenças significativas entre os totais de memórias categóricas e memórias alargadas em dois momentos: (1) análise dos valores inter-grupais para verificação das diferenças entre os dois tipos de memória dentro de cada grupo e (2) análise dos valores intra-grupais para verificação de diferenças entre as memórias categóricas e alargadas entre os dois grupos.

No que se refere à análise inter-grupal, foi possível verificar que existiam diferenças significativas para os diferentes factores entre os dois grupos em estudo. Assim, analisando o Quadro 7, podemos afirmar que o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários apresentou significativamente mais memórias categóricas do que o grupo sem este tipo de comportamento ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ). Da mesma forma, também podemos afirmar que o

grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários apresentou um número significativamente superior de memórias alargadas, aquando comparado com o grupo com comportamentos suicidários ( $p\text{-value}=0,000<0,05$ ). Estes resultados foram feitos através do teste de *t de student*, uma vez que se verificaram os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias.

**Quadro 7** – Médias, Desvio-Padrão e significância dos totais de memórias categóricas e alargadas entre os sujeitos com comportamentos suicidários e os sujeitos sem comportamentos suicidários.

	Sujeitos com comportamentos suicidários n=15		Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15		<i>p-value</i>
	X	$\sigma$	X	$\sigma$	
Total de memórias categóricas	14,80	2,833	14,03	1,98	0,000*
Total de memórias alargadas	8,27	2,74	15,33	3,24	0,000*

Nota: \* - Diferença significativa ( $p \leq 0.05$ ) no teste de *t de student* para cada um dos factores dentro de cada grupo.

No que se refere à análise intra-grupal, e acordo com o Quadro 8 verificamos que, dentro de cada grupo, existem diferenças significativas em relação aos totais de memórias categóricas e alargadas, ou seja, o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários apresentou significativamente mais memórias categóricas do que alargadas, enquanto que o grupo sem comportamentos suicidários apresentou significativamente mais memórias alargadas do que categóricas (sendo  $p\text{-value}=0,000<0,05$  e  $p\text{-value}=0,025<0,05$ ). Esta comparação dos resultados foi possível através do teste *t de student*, uma vez que se verificaram os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias, como acima foi descrito.

**Quadro 8** - Significância dos totais de memórias categóricas e alargadas dentro de cada um dos grupos

	Sujeitos com comportamentos suicidários n=15	Sujeitos sem comportamentos suicidários n=15

	<i>p-value</i>	
Total de memórias categóricas	0,000*	0,025*
Total de memórias alargadas		

Nota: \* - Diferença significativa ( $p \leq 0.05$ ) no teste *t-Student* para cada um dos factores dentro de cada grupo.

## CAPÍTULO VI

### Discussão dos Resultados

O objectivo central deste estudo é a observação e análise das respostas fornecidas a uma Tarefa de Memória Autobiográfica por sujeitos com comportamentos suicidários em comparação com sujeitos sem este tipo de comportamento. Para o efeito, no capítulo dedicado à Revisão de Literatura, apresentámos uma série de pressupostos teóricos e estudos experimentais sobre a Memória Autobiográfica e os Comportamentos Suicidários, que nos permitem, neste capítulo, a discussão dos resultados obtidos em função desses mesmos pressupostos e estudos experimentais.

Recordemos, então, antes de mais, as hipóteses experimentais colocadas: (1) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias autobiográficas de conteúdo negativo comparativamente a memórias autobiográficas positivas, independentemente da valência do estímulo; (2) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias autobiográficas quando a valência do estímulo é negativa, do que quando é positiva ou neutra; (3) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias categóricas do que alargadas; (4) Os sujeitos com comportamentos suicidários evocam mais memórias categóricas do que alargadas, comparativamente aos sujeitos sem comportamentos suicidários.

Antes de nos dedicarmos à discussão dos dados relativos à Tarefa de Memória de Autobiográfica, vamos referir os resultados obtidos nas escalas de avaliação clínica.

Ao analisar o sub-teste verbal da escala de Wechsler para adultos - **WAIS**, conclui-se que, apesar de a média no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários ser mais elevada do que no grupo com comportamentos suicidários, esta diferença não é significativamente superior ( $p=0,18 > 0,05$ ). Neste sentido, podemos afirmar que, aparentemente, não houve

qualquer diferença significativa na capacidade de vocabulário em nenhum dos grupos; não havendo diferenças acentuadas ao nível verbal, à partida, as diferenças qualitativas e/ou quantitativas dos acontecimentos evocados que possam surgir não estarão relacionadas com uma alteração do conhecimento de significado das palavras da Tarefa de Memórias Autobiográficas, mas sim com outros factores discutidos de seguida no presente trabalho.

Verificámos que, efectivamente, os sujeitos com comportamentos suicidários apresentam índices de severidade de depressão significativamente superiores aos sujeitos sem manifestação psicopatológica ( $p=0,00$ ). O **BDI** apresenta assim uma boa capacidade de discriminação de sintomas de depressão entre os dois grupos. O resultado dos sujeitos com comportamentos suicidários situa-se nos valores de depressão moderada ( $X=23$ ), contrariamente ao resultado dos sujeitos sem comportamentos suicidários ( $X=7,47$ ), que equivalente a ausência ou depressão mínima. No entanto, sublinhamos aqui, que tal escala, o Inventário de Depressão de Beck (**BDI**), vem medir a severidade da depressão e não detectar a sua existência, neste sentido, podemos afirmar que o que o **BDI** detecta são possíveis estados depressivos existentes no sujeito. Assim, verificámos que os sujeitos com comportamentos suicidários apresentavam índices de severidade da depressão significativamente superiores aos sujeitos sem este tipo de comportamento.

No que respeita ao Inventário de Ansiedade Estado e Traço (**STAI**- Forma Y), verificámos, também, a existência de diferenças significativas entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e o grupo de sujeitos sem estes comportamentos: quer ao nível da Ansiedade Estado ( $p=0,00$ ), quer ao nível da Ansiedade Traço ( $p=0,00$ ), o grupo com comportamentos suicidários apresenta valores significativamente superiores aos obtidos pelo grupo de controlo.

Com estes resultados podemos reflectir que, ao nível da ansiedade estado, a diferença pode ser justificada por um conjunto de factores. Primeiramente, o efeito avaliativo nos sujeitos com comportamentos suicidários poderá ter tido uma influência muito maior em relação ao grupo de controlo, uma vez que a relação com o experimentador e a expectativa de um bom resultado na avaliação pode ter sido geradora de ansiedade no momento (Cláudio, 2004). Outra justificação para esta diferença poderá prender-se com o ambiente onde cada grupo fez a sua recolha – o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários no Hospital de Santa Maria, e o grupo de sujeitos sem este tipo de comportamento em casa. Neste sentido, o local da recolha pode ter tido influência no processo de evocação mnésica dos sujeitos, pois é possível que, ao evocarem memórias num local familiar onde viveram parte desta, o processo de evocação tenha sido facilitado. Avançamos, para já, que esta desigualdade foi por nós

considerada uma limitação no nosso estudo. Uma outra justificação para as diferenças surgidas nos níveis de ansiedade estado pode ser referente às próprias características da crise suicidária em si: poderão ter existido sujeitos em plena crise suicidária que, sendo transitória, despoleta grandes sentimentos de ansiedade, angústia, perda de controlo e impulsividade, característicos desta mesma crise.

No que se refere às diferenças apuradas ao nível da ansiedade traço, podemos afirmar que estas podem ser justificadas, de acordo com diversos autores (Freeeston, Ladoucer, Thibodeau & Gagnon, 1991; Rachman, 1978; Salkovskis & Harrisson, 1984 in Güete Tur, 2006) pelo facto de, nos sujeitos com comportamentos suicidários, as experiências serem sentidas como intoleráveis, caracterizadas por um alto nível de percepções e sensações negativas que atingem um grau intolerável de angústia, surgindo, deste modo, o suicídio como uma forma de escape a este mal-estar.

Deste modo, os altos níveis de ansiedade, tanto estado como traço, estão associados a pensamentos intrusivos, entre os quais se incluem a morte e o suicídio, devido a sensações de desconforto e perda de controlo.

Relativamente aos resultados apresentados na Tarefa Experimental, estes serão seguidamente analisados de acordo com as hipóteses colocadas anteriormente. Estas hipóteses são analisadas por alguns estudos, nos quais nos iremos focalizar.

No que diz respeito à **primeira hipótese** em estudo, verificámos que, de facto, os sujeitos com comportamentos suicidários evocam diferenças significativas no número de memórias autobiográficas de conteúdo negativo ( $X= 15,87$ ) comparativamente a memórias autobiográficas de conteúdo positivo ( $X= 7,07$ ), independentemente da valência do estímulo, o que confirma a nossa hipótese ( $p=0,00$ ). Neste sentido, foi concluído que o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários evoca um número significativamente maior de memórias de conteúdo negativo do que positivo.

Este resultado é corroborado com alguns estudos apresentados anteriormente no enquadramento teórico acima exposto (Power e Dalgleish, 1997; Kaviani et al, 2005), que afirmavam que os sujeitos deprimidos ou sujeitos com ideação suicida apresentavam uma maior tendência para recordar memórias negativas em detrimento das positivas. Neste sentido, o estado do humor facilitaria o processo selectivo de toda a informação que é afectivamente congruente com o mesmo estado emocional (Bower, 1981 in Cláudio, 2004). Uma justificação possível para isso prende-se com o facto de nestes sujeitos haver uma preferência

de aspectos negativos e de uma constante presença das experiências passadas avaliadas pelo sujeito como negativas. Neste sentido, o viés da memória aparece associado às representações prévias dos modelos esquemáticos dominantes, sendo que, ao verem-se afectadas essas representações, a memória exerceria um efeito facilitador para a recuperação de informação negativa sobre o *self*, o mundo e os outros, existindo tal como Cláudio (2004) refere, um filtro selectivo.

Relativamente à **segunda hipótese**, verificámos que o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários evoca um número significativamente superior de memórias autobiográficas quando a valência do estímulo é negativa, do que quando é positiva ou neutra ( $p=0,001$ ), apresentando uma média de memórias autobiográficas quando o estímulo é de valência negativa de 8,67, contra 7,27 e 7,00, correspondentes às médias do número de memórias quando a valência da palavra é positiva ou neutra, respectivamente.

Estes resultados podem ser compreendidos fazendo uma comparação com o BDI onde, embora nenhum dos sujeitos do grupo experimental tivesse um diagnóstico de depressão clínica, há presença de um quadro depressivo, caracterizado por severidade média ou grave, em cerca de metade dos sujeitos. No seguimento desta ideia, e tal como foi acima referido aquando da exposição da primeira hipótese, os resultados alcançados vão ao encontro de alguns modelos teóricos sobre a facilitação da evocação de acontecimentos negativos aquando da exposição a estímulos negativos, devida à congruência entre os esquemas do *self* e o estado de humor (Clark e Teasdale, 1985, Brewin, 1988; Hammen, Marks, Mayo & Mayol, 1985, in Cláudio, 2004).

Neste sentido, e numa ligação ao estudo elaborado por Cláudio (2004), podemos referir que os esquemas dos sujeitos com comportamentos suicidários estariam enviesados no sentido de uma maior percepção de informação negativa relevante para o próprio, o que causaria a activação de esquemas negativos. Constatamos, pois, que o processamento de informação nos sujeitos com comportamentos suicidários ocorre sobretudo a um nível pré-consciente, sendo dominado pelo modo primário que, ao ser activado, tem precedência sobre as necessidades subjacentes ao processamento secundário, predominando uma maximização da eficiência e velocidade do pensamento em detrimento de uma flexibilidade e elaboração do mesmo. Como consequência desta situação, estes sujeitos realizam mais erros de processamento de informação que se manifestam sob a forma de pensamentos automáticos negativos que estão na origem das avaliações e interpretações negativas sobre o próprio, o mundo e o futuro (Clark et al., 1999).

Este facto também pode ser analisado de acordo com a teoria de Moore, Watts e Williams (1988) que referiram, em relação aos sujeitos deprimidos, que a dificuldade em aceder a memórias positivas poderia estar relacionada com um uso inapropriado de estratégias de evocação da memória: quando os sujeitos procuram aceder a recordações mais específicas do seu passado, as suas cognições vêm-se dominadas não pelos episódios específicos pretendidos, mas sim por representações abstractas passadas. Estas representações abstractas, se fossem negativas, facilmente seriam reforçadas em termos do seu realismo para o próprio, devido à facilidade de evocação de acontecimentos negativos específicos que as consubstanciassem, ao passo que se fossem positivas, pareceriam irreais e incharacterísticas do próprio, por ser difícil corroborá-las com episódios positivos específicos.

No seguimento desta ideia, e explorando os nossos resultados de uma forma mais geral, concluímos que no nosso estudo não há diferenças no total de acontecimentos evocados com os substantivos de valência negativa entre os dois grupos, mas que há diferenças no total de acontecimentos evocados com substantivos de valência positiva e neutra. É de notar que, quando a valência das palavras é positiva ou neutra, é o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários que relata um maior número de memórias autobiográficas.

Estes resultados podem ser interpretados não só pelo estudo de Moore, Watts e Williams (1988), acima referido, como também de acordo com a perda do enviesamento mnésico positivo nos sujeitos com comportamentos suicidários, referido no enquadramento teórico. De acordo com os estudos de Denny e Hunt (1992, in Cláudio, 2004), podemos referir que o que acontece no grupo experimental (sujeitos com comportamentos suicidários) é uma perda na capacidade em evocar acontecimentos positivos, uma vez que, tal como referimos anteriormente, as memórias positivas são sentidas como incongruentes face ao estado emocional do sujeito.

A **terceira hipótese** foi confirmada, sendo que os sujeitos com comportamentos suicidários apresentavam diferenças relativamente à estrutura das memórias evocadas ( $p=0,000$ ), com uma prevalência de memórias categóricas. As memórias categóricas tiveram uma média de 14,80, superiores à de memórias alargadas de 8,27. No grupo de controlo também se encontram diferenças significativas ( $p=0,025$ ), existindo uma prevalência das memórias alargadas ( $X= 15,33$ ) sobre as memórias categóricas ( $X= 14,03$ ).

Podemos interpretar estes resultados de acordo com a teoria de Williams (1992). O autor afirma que estes resultados são congruentes com a literatura existente acerca do tipo de memórias predominantemente evocadas pelos sujeitos com perturbações afectivas, mais



especificamente, sujeitos deprimidos. É defendido que este tipo de sujeitos possui um estilo de evocação geral, pois quando um estímulo de memória activa descrições categoriais intermédias que “ameaçam” recuperar os fragmentos de um episódio de cariz emocional, a pesquisa mnésica é abortada. Com o abortar da pesquisa mnésica, não há um acesso às memórias específicas, o que leva a que o processo de recuperação de informação tente estabelecer outras interacções com descrições intermédias, resultando numa exagerada elaboração de memórias categóricas.

Neste sentido, propomos que a presença de memórias categóricas no processo de evocação, nos sujeitos com comportamentos suicidários, esteja relacionada com um esforço da parte dos sujeitos para evitar e suprimir memórias passadas específicas e desagradáveis, interrompendo a evocação mnésica no momento de procura de memórias generalizáveis. Tal como os autores Kuyken e Brewin, (1995) referiram no seu estudo sobre mulheres deprimidas vítimas de abuso sexual infantil (mencionado no nosso enquadramento teórico), esta seria uma forma adoptada por estes indivíduos para conseguirem lidar com material emocional potencialmente doloroso.

Por último, em relação à **quarta hipótese**, podemos concluir que o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários evoca mais memórias categóricas do que alargadas, quando comparado com o grupo de controlo, pelo que esta hipótese é confirmada. Fazendo a análise dos diferentes tipos de memória evocados, podemos concluir que, independentemente do substantivo apresentado (positivo, negativo ou neutro), os sujeitos com comportamentos suicidários apresentam um número significativamente mais elevado ( $p=0,00$ ) de memórias categóricas ( $X=14,80$ ), quando comparados com o grupo de controlo ( $X=14,03$ ). No caso das memórias alargadas, também se encontram diferenças significativas nos dois grupos ( $p=0,00$ ), sendo que o valor mais elevado foi encontrado no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários ( $X=15,33$ ;  $X=8,27$ ). Isto denota, de acordo com Cláudio (2004), uma preferência para a generalização pelo processamento e evocação da informação negativa, independentemente da valência do estímulo. Este facto pode ser explicado, partindo da ideia que, no momento de evocação de memórias autobiográficas específicas, o sujeito com comportamentos suicidários acede primeiramente a memórias de nível superior generalizadas, utilizando-as como intermediárias para o acesso a memórias de nível inferior mais específicas (Reiser, Black & Kalamarides, 1989). De forma geral, os sujeitos sem alterações psicopatológicas, conseguem-se movimentar nos diversos níveis de memórias, de forma a responder de forma adequada ao contexto. Estes sujeitos evocam também memórias

autobiográficas maioritariamente positivas, o que lhes permite uma manutenção da auto-estima, com um enviesamento favorável ao próprio sujeito. Nos sujeitos com comportamentos suicidários, observam-se dificuldades de movimentação nos níveis de memória, a evocação de memórias específicas é impedida, durante o processo de evocação de memórias generalizadas e descritivas (Williams, Seagal, Teasdale & Soulsby, 2000b).

No entanto, segundo Williams (1992), as falhas ao nível dos processos de evocação e codificação, não serão as únicas responsáveis pelo fenómeno de generalização das memórias. Outra das situações que poderia ser responsável por este fenómeno seria a existência, nos sujeitos com perturbações emocionais, de um foco ruminante sobre o *self*. Este foco ruminante mais não seria do que um enfoque crónico por parte do sujeito no seu *self*, numa tendência neurótica para deambular passivamente sobre os seus aspectos indesejáveis, e seria responsável por uma redução da capacidade da memória de trabalho e por encorajar a que os eventos fossem codificados em descrições demasiado inclusivas, negativas e referentes ao próprio, formando-se assim um laço mnemónico (*mnemonic interlock*) que levava a que os sujeitos deprimidos evocassem sobretudo memórias gerais.

Neste sentido, e pensando agora nos comportamentos suicidários, tema do nosso trabalho, parece que a dificuldade que estes sujeitos têm em evocar memórias autobiográficas específicas se relaciona, não só com um foco ruminante do *self* (Williams, 1992), mas também com um défice ao nível da resolução de problemas, sendo que se denota, assim, uma dificuldade na recordação de memórias pessoais específicas (Evans et al., 1992; Sidley et al., 1997; Pollock e Williams, 2001).

Após a análise dos nossos resultados, podemos afirmar que todas as nossas hipóteses foram corroboradas, e que todos os instrumentos auxiliares serviram para validar estes mesmos resultados. Desta forma, observou-se nos sujeitos com comportamentos suicidários, uma predominância não só de evocação de acontecimentos negativos, que revela uma incapacidade para bloquearem acesso à informação negativa, como também evocação de memórias categóricas. Estas parecem funcionar como um mecanismo defensivo da parte do sujeito, que visa evitar o fenómeno depressivo. Assim sendo, as memórias gerais permanecem isoladas de traços episódicos específicos como uma estratégia de regulação do afecto, pois apesar destas memórias também terem consequências emocionais dolorosas, o episódio específico em si seria bastante mais doloroso para o sujeito (Williams, Stiles & Shapiro, 1999). Em virtude desta situação, os sujeitos desenvolveriam um método de evocação

predominantemente geral, que seria útil no controlo dos afectos, mas prejudicial pela incapacidade de criação de soluções que gera.

## CAPÍTULO VII

### Conclusão

*“Se o encorajamento for suficientemente persistente  
– e o apoio igualmente comprometido e apaixonado –  
a pessoa em perigo pode quase sempre ser salva”*

William Styron

(in Soeiro, 2006)

Pretendemos com este trabalho estudar os processos de evocação mnésica, mais especificamente, a evocação de memórias autobiográficas, em jovens adultos com comportamentos suicidários.

Em função dos resultados obtidos no presente estudo, verificámos que os sujeitos com comportamentos suicidários apresentam uma média de evocação de acontecimentos negativos significativamente superior à média de evocação de acontecimentos positivos, confirmando-se assim, a nossa primeira hipótese.

Relativamente à evocação de acontecimentos em função da valência das palavras estímulo verificámos que existe um predomínio da evocação em função de estímulos com valência negativa no grupo de sujeitos com comportamentos suicidários, pelo que confirmámos a nossa hipótese número dois.

No que concerne ao tipo de memórias evocadas, categóricas ou alargadas, verificámos que o grupo com comportamentos suicidários forneceu significativamente mais memórias categóricas do que alargadas, pelo que se confirmou a nossa terceira hipótese.

No mesmo sentido, o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários forneceu significativamente mais memórias categóricas do que os sujeitos sem este tipo de comportamentos, que apresentaram um valor significativamente superior de memórias alargadas. Nesta forma confirmou-se a quarta e última hipótese.

Reverendo o trabalho realizado, e baseando-nos nos pressupostos teóricos apresentados ao longo do mesmo, e em particular no primeiro capítulo, verificamos que o presente estudo permitiu explorar novas questões relacionadas com as memórias, e apesar do reduzido número da amostra limitar a extrapolação dos resultados para um nível mais global, ficaram fortes indícios que, de facto, as memórias autobiográficas nos jovens com comportamentos suicidários sofrem um viés, em que a evocação de memórias de situações negativas é superior à de situações positivas e onde a generalização na evocação de memórias autobiográficas resulta de falhas nos processos de codificação e evocação da informação. Importa referir que estes resultados parecem estar interligados com sintomatologia depressiva apurada e possíveis sentimentos de desesperança presente nos sujeitos com comportamentos suicidários que, neste caso, parece facilitar o acesso à experiência passada negativa, havendo portanto uma predominância para o processo e evocação de informação negativa. No presente trabalho, o facto de termos tido o cuidado de não englobar diagnósticos de depressão com os sujeitos com comportamentos suicidários leva-nos a crer que o facto de estes jovens terem este tipo de comportamento poderá estar relacionado, por si, com a distorção cognitiva mencionada e, por consequência, com a perda de enviesamento mnésico positivo da informação.

Um outro aspecto considerado importante para a manutenção deste viés na memória autobiográfica dos sujeitos com comportamentos suicidário parece prender-se com aspectos intrínsecos à própria personalidade do sujeito. No primeiro capítulo foram mencionados o perfeccionismo e a desesperança como sendo factores de risco para futuros comportamentos suicidários. Destes factores, resulta numa incapacidade para perceber aspectos positivos para o futuro e, conseqüentemente, numa dificuldade em termos de estratégias de *coping* e resolução de problemas. Ora, estando estas dificuldades presente no sujeito com comportamentos suicidários, parece-nos razoável afirmar que isto terá impacto no humor actual do sujeito e, tornando-se mais negativo e criando esquemas do *self* que parecem ser mais complexos, rígidos, absolutistas e impermeáveis por comparação com os esquemas de *self* negativos dos sujeitos sem comportamentos suicidários, irá criar um impacto no próprio processo de codificação e evocação das suas memórias autobiográficas.

Ainda neste sentido, o facto de os sujeitos com comportamentos suicidários terem propensão para evocar memórias categóricas parece agravar a sua dificuldade nas estratégias de resolução de problemas, e, conseqüentemente, afectar a sua capacidade para pensar no futuro em termos positivos, reforçando o sentimento de desesperança e dando lugar ao

aparecimento de possíveis sentimentos depressivos. Isto torna claro a existência de um ciclo que se auto-alimenta e que reforça as distorções cognitivas no sujeito.

Desta forma, enquanto os sujeitos sem comportamentos suicidários têm a capacidade para se mover fluentemente entre os vários níveis da hierarquia, seleccionando o nível de especificidade mnésica necessária para responder apropriadamente a um determinado contexto, os sujeitos com comportamentos suicidários não são capazes de se mover tão facilmente nesta hierarquia da memória.

Posto isto, podemos afirmar que as dificuldades que os sujeitos com comportamentos suicidários têm em integrar os aspectos positivos do *self* e em bloquear o acesso à informação negativa, faz com que a reparação do processamento e evocação da informação negativa se torne difícil e a recuperação de memórias específicas positivas complicada.

Deste modo, analisando os resultados alcançados, e os números alarmantes do relatório da Organização Mundial de Saúde, 2006, referente ao suicídio, e aos comportamentos suicidários, gostaríamos de sublinhar a importância por nós dada a este assunto, e a necessidade de uma terapia estruturada e eficaz com estas pessoas, porque, e de acordo com o que as estimativas sugerem, em 2020 o número de suicídios pode alcançar 1,5 milhões de pessoas.

Desta forma, e baseado na teoria de Weisharr & Beck, 1999 (in Saraiva, 2006), o processo terapêutico para estes sujeitos deve englobar oito pontos: (1) Identificação da relação entre pensamentos automáticos negativos e atitudes, e entre sintomas afectivos e comportamentais; (2) Identificação das sequências entre pensamentos e motivações que podem conduzir a um comportamento suicidário; (3) Exploração dos pensamentos depressivos e suicidários e do significado relacionado com o acontecimento de vida; (4) Exame, pelo teste da realidade, e revisão das cognições distorcidas usando evidências lógicas e empíricas; (5) Consideração de explicações alternativas para os acontecimentos; (6) Propostas de trajectos alternativos como resposta a stresses psicológicos e ambientais; (7) Identificação, exame e avaliação de conceitos subjacentes acerca do *self*, do outro, do mundo e do futuro; (8) Ensaio cognitivo, visualizando o espaço necessário para estabelecer um plano.

Neste sentido, e após a elaboração do nosso trabalho, torna-se claro para nós que trabalhar a evocação de memórias autobiográficas poderá constituir uma forma de intervenção terapêutica em sujeitos com comportamentos suicidários, acreditando que se trabalhássemos os conteúdos positivos do *self*, tornando os negativos secundários, poderíamos levar o sujeito

a encontrar contradições nas suas conclusões do *self*. Desta forma poderíamos criar uma dissonância cognitiva no sujeito, que poderia abalar o seu sistema de crenças mal adaptativas e, deste modo, criar novas estratégias de *coping* e novos mecanismos adaptativos, levando a que tal tivesse repercussão no processo de codificação e, conseqüentemente, evocação da memórias autobiográficas nos sujeitos.

Já tendo sido explorados os resultados obtidos neste trabalho, importa referir as limitações do mesmo.

Em primeiro lugar, o facto de as amostras de ambos os grupos serem constituídas por apenas quinze sujeitos parece-nos ser uma limitação muito importante. Este número de quinze participantes é o mínimo exigível para que os resultados obtidos possam ser extrapolados para as populações representadas na amostra. Como tal, tem que existir, forçosamente, algum cuidado na aplicação dos resultados e conclusões obtidas, às populações em geral. Com apenas quinze sujeitos a caracterizarem a população de sujeitos com comportamentos suicidários e sem comportamentos suicidários, não foi surpreendente que muitas das variáveis dependentes estudadas seguissem distribuições não normais, pois é sabido que quanto menor a amostra, maior a influência da variabilidade individual. Por este motivo, parece-nos de grande importância que, no futuro, possam ser efectuados estudos semelhantes ao nosso, que explorem as relações entre os processos mnésicos e os comportamentos suicidários, mas com amostras em maior número das populações estudadas.

Uma outra limitação do presente trabalho está relacionada com o processo de recolha de dados, já acima referida. A recolha dos dados de quinze participantes ocorreu no hospital, tendo, no entanto, existido outros quinze participantes cujos dados foram recolhidos em circunstâncias diferentes. Estas diferenças quanto ao local de recolha da amostra podem ter tido influência no processo de evocação mnésica dos sujeitos, pois é possível que, ao evocarem memórias num local familiar onde viveram parte desta, o processo de evocação tenha sido facilitado, como já referimos na nossa análise de resultados. Em função desta situação, pensamos que seria de extrema utilidade que, no caso da realização de trabalhos semelhantes no futuro, a recolha de dados dos diferentes sujeitos possam ocorrer num mesmo local, o mais emocionalmente neutro possível, por forma a que esta possível fonte de enviesamento dos resultados seja controlada.

O terceiro ponto que gostaríamos de referir centra-se com uma maior imprecisão no nosso trabalho ao nível da avaliação clínica, que pode ter condicionado os resultados deste estudo,

no que se refere ao estudo da depressão e da desesperança. Consideramos que teria sido importante, de modo a poder fazer uma avaliação mais objectiva da depressão, utilizar a Escala da Depressão de *Hamilton*, e da desesperança, utilizando a Escala da Desesperança de Beck, se esta estivesse aferida para a população portuguesa. Devemos referir ainda que não optámos por este meio de trabalho, devido aos condicionalismos impostos pelo tempo limitado que possuímos para o trabalho, tanto no serviço em que o fizemos, como no ISPA.

Antes de terminarmos as nossas conclusões gostaríamos de propor alguns estudos que poderão eventualmente surtir algum interesse para realização futura: A) replicar este mesmo estudo, mas com uma amostra maior, tornando os resultados mais fidedignos e passíveis de extrapolações seguras; B) compreender se os resultados alcançados neste estudo podem estar enviesados com possível perturbação depressiva. No futuro, seria muito interessante fazer um estudo com três grupos: (1) grupo de sujeitos com comportamentos suicidários e depressão major; (2) grupo de sujeitos só com comportamentos suicidários; e (3) grupo de sujeitos só com depressão major. Este trabalho teria o objectivo de conseguir destrinçar a possibilidade de se encontrar características únicas em grupos de sujeitos diferentes, e compreender as suas diferenças, nomeadamente o viés que a própria depressão influencia nos comportamentos suicidários.

Em último lugar, gostaríamos de partilhar algumas reflexões pessoais sobre a experiência de realização deste trabalho.

Tendo como base de formação outro modelo teórico, desde cedo que a realização deste trabalho se tornou para nós um grande desafio. Acreditámos, inicialmente, que o facto de trabalharmos com sujeitos com comportamentos suicidários, grupo que despoleta um grande interesse e curiosidade pessoal, tornaria o percurso mais fácil de ser feito. Não aconteceu. Porém, à medida que fomos destrinçando o conceito de memória autobiográfica, e tecendo o fio que liga estas memórias aos comportamentos suicidários, uma curiosidade maior se apoderou de nós e começámos a caminhar com mais facilidade.

Consideramos de extrema importância a possibilidade que este trabalho nos forneceu, alcançando uma maneira mais integrativa e completa de reflectir sobre o outro, os seus pensamentos, emoções e comportamentos. Com esta investigação, podemos alargar o nosso conhecimento e, ao tendo uma visão mais ampla das diferentes abordagens existentes, acreditamos que é no conhecimento dos diferentes prismas da concepção psicológica que se encontra a razão para compreensão da pessoa.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares* (3ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, N. P. (2006). O Jovem adulto e o suicídio. *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp.231-246). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Asen, K. E. (1998). On the Brink – Managing Suicidal Teenagers (pp. 129-151). In P. Sutcliffe, G. Tufnell, & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and Bereaved*. London: MacMillan Press.
- Baddeley, A. (1997). Recollection and Autobiographical Memory. In A. Baddeley (Ed.), *Human Memory: theory and practice* (pp. 211-228). Hove: Psychology Press.
- Barclay, C. (1986). Schematization of Autobiographical Memory. In Rubin, C. (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp.82-99). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A., Minkoff, K., Beck, R., & Bergman, E. (1973). Hoplessness, depression and attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Beck, A., & Lester, D. (1973). Components of depression in attempted suicide. *Journal of Psychology*, 85, 257-260.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.



- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000a). O tempo dos inquéritos. In *As Mil Faces da Adolescência* (M. M. C. Fernandes, trad.) (pp. 29-38). Lisboa: Climepsi Editores. (obra original publicada em 1998)
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000b). A adolescência e a sociedade. In *As Mil Faces da Adolescência* (M. M. C. Fernandes, trad.) (pp. 39-48). Lisboa: Climepsi Editores. (obra original publicada em 1998)
- Borges, V., Werlang, B., & Paranhos, M. (2004). Ideação suicida em adolescentes fora de um contexto clínico. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (2004). *5ª Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A psicologia da Saúde num mundo de mudança*. Lisboa: ISPA
- Brewer, W. (1986). What is Autobiographical Memory? In Rubin, C. (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp.25-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley and sons.
- Cláudio, V. (2004). *Da Trama das Minhas Memórias o Fio que Tece a Depressão: Esquecimento Dirigido e Memória Autobiográfica na Depressão Major*. Lisboa: ISPA.
- Conway, M. (2001). Sensory-Perceptual Episodic Memory and its Context: Autobiographical Memory. In Baddeley, A., Aggleton, J. & Conway, M. (Eds.), *Episodic Memory: New Directions in Research* (pp.53-70). Oxford: Oxford University Press.
- Conway, M., & Rubin, D. (1993). The structure of autobiographical memory. In Collins, A., Gathercole, S., Conway, M, & Morris, P. (Eds.), *Theories of memory* (pp. 103-137). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates
- Crepet, P. (2002). *A Dimensão do Vazio – os jovens e o suicídio*. Porto: Ambar.
- Cruz, D., Sampaio, D., Santos, N., & Narciso, I. (2007). Comportamentos auto-

destrutivos na adolescência: experiência de avaliação clínica por uma equipa hospitalar, *Saúde Mental*, IX, 10-23.

Davidoff, L. (2001). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: MaKron Books (Obra original publicada em 1987)

Dias Cordeiro, J.C. (1986). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Eccles, J., Templeton, J., Barber, B., & Stone, M. (2003). Adolescence and emerging adulthood: the critical passage ways to adulthood. In M.H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. A. Moore (Eds.), *Well Being: Positive Development Across the Life Course* (pp. 383-406). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2003). The relative contribution of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicidal ideation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2, 386-395.

Evans, J., Williams, J.M.G., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.

Fernandes, M., (2001). Condutas auto-destrutivas do adolescente: o corpo que clama por ajuda. *Psiquiatria Clínica*, 22, 113-116.

Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer*. Porto: Edições Afrontamento.

Frazão, P. (2003). De Dido a Dédalo: reflexões sobre o mito do suicídio romântico na adolescência. *Análise Psicológica*, 4, 453-464.

Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609-616.

- Gonçalves, D. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Grotevant, H. D. & Cooper, C. R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56, 415-428.
- Gutman, L. M. & Eccles, J. S. (2007). Stage-environment fit during adolescence: trajectories of family relations and adolescent outcomes. *Developmental Psychology*, 43, 522-537.
- Güete Tur, O. (2006). Comportamentos suicidários nas Perturbações da Ansiedade. *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Harrington, R. (1995). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57, 47-60.
- Henriques, L. L. (2006). Comportamentos suicidários e modelos sociológicos: alguns pressupostos teóricos. Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. *Comportamentos suicidários em Portugal (pp.75-102)*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Hughes, B. J. (1999). A plan for promoting the resiliency of suicidal adolescents. Retirado de [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) a 2 de Fevereiro de 2008.
- Johnson, J., Tarrier, N., & Gooding, P. (2008). An investigation of aspects of the cry of pain model of suicide risk: the role of defeat in impairing memory. *Behaviour research and therapy*, 46, 968-975.

- Kaviani, H., Rahimi-Darabad, P., & Naghavi, H.R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients who attempt suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 39–44.
- Kirkcaldy, B. D., Eysenck, M. W., & Siefen, G. R. (2004). Psychological and social predictors of suicidal ideation among young adolescents. *School Psychology International*, 25, 301-316.
- Kuyken, W., & Brewin, C.R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585–591.
- Laufer, M. (2000). Compreender o suicídio: tem um significado especial na adolescência? In Laufer, M. (Ed.), *O Adolescente Suicida* (C. Mortágua, trad.) (pp. 69-85). Lisboa: Climepsi Editores. (obra original publicada em 1995)
- Leibetseder, M., Rohrer, R., Mackinger, H., & Fartacek, R. (2006). Suicide attempts: Patients with and without an affective disorder show impaired autobiographical memory specificity. *Cognition and Emotion*. 20. 516-526.
- Lopes, P., Barreira, D. P., & Pires, A. M.(2001). Tentativa de Suicídio na Adolescência: Avaliação do Efeito de Género na Depressão e Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 47-57.
- Marcelli, D. (2002). Clínica dos estados depressivos. In *Os estados depressivos na adolescência* (O. Santos, trad.) (pp. 43-70). Lisboa: Climepsi Editores. (obra original publicada em 1990).
- Marcelli, A., & Braconnier, D. (2005). A consulta terapêutica. In *Adolescência e Psicopatologia* (F. Fonseca & R. Rocha, trads.) (pp. 598-616). Lisboa: Climepsi Editores. (obra original publicada em 2004).
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Melo, A. C., & Saraiva, C. B. (2006). Intervenção cognitivo-comportamental nos comportamentos para-suicidário. Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. *Comportamentos suicidários em Portugal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Moor, R. G., Watts, F. N. & Williams, J. M. G. (1988). The stability of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 275-276.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D.(2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 503-522.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção para o suicídio: um recurso para conselheiros*. Retirado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_por.pdf) a 29 de Agosto de 2008
- Peixoto, B., & Azenha, A. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-54). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Pergher, G., Steins, L., & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a teoria cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 82-90.
- Pollock, L., & Williams, J. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 31, 386-396.
- Power, M. & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove: Psychology Press Ltd.

- Rasmussen, S., Connor, R., & Dallas, B. (2008). The role of perfectionism and autobiographical memory in a sample of parasuicide patients. *Crisis*, 29, 64-72
- Reiser, B., Black, J. & Kalamarides, P. (1986). Strategic Memory Search Processes. In Rubin, C. (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp.100-121). Cambridge: Cambridge University Press.
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento
- Rubin, C., Wetzler, S. & Nebes, R. (1986). Autobiographical Memory Across the Lifespan. In Rubin, C. (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp.202-224). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sampaio, D. (2000). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio* (10ª Ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002a). Intervenção familiar em adolescentes suicidas. *Psychologica*, 31, 85-92.
- Sampaio, D. (2002b). Suicídio e para-suicídio. In Cordeiro, J. C. (Org. 2002). *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª Ed.) (pp. 395-403). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Santos, N. & Neves, E. L. (2006). Entrevista e intervenção em crise. In Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D. (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 257-273). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (1997). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrente*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte*. Redhorse – Indústria Gráfica, Lda: Coimbra.

- Serra, A. V., Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, *coping* e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22, 9-21.
- Sidley, L., Calam, R., Wells, A., Hughes, T., & Whitaker, K. (1999). The prediction of parasuicide repetition in a high-risk group. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 375-386.
- Silva, D. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. & Machado, C. (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp.45-60). Coimbra: Quarteto.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Soeiro, P. (2006). Modelos psicológicos do suicídio. In *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 123-136). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente* (3ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Startup, M., Heard, H., Swales, M., Jones, B., Williams, J., & Jones, R. (2001). Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 113-120.
- Swales, M., & Williams, J. (2001). Specificity of autobiographical memory and mood disturbance in adolescents. *Cognition and Emotion*, 15, 321-331.
- Tijus (2001). *Introdução à Psicologia Cognitiva*. Lisboa: Climepsi Editores
- Vaz-Serra, A. (1972). Considerações gerais sobre o suicídio. *Coimbra Médica*, 18, 683-704

- Weiner, I. B. (1995). Perturbações afectivas. In *Perturbações Psicológicas na Adolescência* (F. Andersen, trad.) (pp. 117-171). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (obra original publicada em 1992)
- Wetzel, R. (1976). Hoplessness, depression and suicide intent. *Arch Gen Psychiatry*, 33, 1069-1074.
- Williams, J., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- Williams, J. M. G. (1992). *The psychological treatment of depression* (2nd ed.). London: Routledge.
- Williams, J., Ellis, N., Tyers, C., & Healy, H. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, 24, 116-125.
- Williams, J., Stile, B. & Sphapiro, A. (1999). Cognitive mechanisms in the avoidance of painful and dangerous thoughts: elaborating the assimilation model. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 285-306.
- Williams, J., Watts, F., Macleod & C., Mathews, A. (2000a). *Psicologia Cognitiva e Perturbações Emocionais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000b). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of abnormal psychology*, 114, 421-431.
- Zal, H. M., (1993). Adolescentes com problemas. In *A Geração Sanduíche – Entre Filhos Adolescentes e Pais Idosos* (pp. 55-73). Lisboa: Difusão Cultural. (obra original publicada em 1992)



**ANEXOS**

**ANEXO A:**  
**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A INVESTIGAÇÃO**

**ANEXO B:**  
**Carta de Consentimento informado**

Eu certifico em participar voluntariamente no estudo que se encontra a efectuar no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, num estudo sobre memórias autobiográficas em sujeitos com comportamentos suicidários.

Fui antecipadamente informado(a) de que, durante aproximadamente uma hora e meia, a participação neste estudo engloba responder a um questionário e a três escalas sobre características individuais e a realização de uma tarefa sobre memórias pessoais, cujas respostas serão gravadas em suporte áudio.

Toda a informação obtida neste estudo será mantida confidencial e anónima. Apenas o técnico envolvido neste estudo terá acesso aos meus resultados individuais.

A minha participação neste estudo é voluntária. Mesmo que, inicialmente, decida participar, é-me possível mudar de opinião e terminar a minha participação em qualquer altura que desejar, sendo que esta decisão não afectará de forma alguma a minha relação com os técnicos e/ou instituições envolvidas na investigação.

Quaisquer questões que eu possa eventualmente colocar ser-me-ão respondidas quando eu assim o desejar. Caso eu o deseje, ser-me-à entregue uma cópia desta carta de consentimento.

Participante

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO C:**  
**Questionário Sócio-Demográfico**

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

1. Solteiro
2. Casado
3. Divorciado

**Habilitações Literárias:**

1. Ensino Primário (até à 4ª classe)
2. Segundo Ciclo (até ao 6º ano)
3. Terceiro Ciclo (até ao 9º ano)
4. Ensino Secundário (até ao 12º ano)
5. Superior (Licenciatura)

**Situação Profissional**

1. Estudante  Ano: \_\_\_\_\_
2. Empregado  Profissão: \_\_\_\_\_
3. Desempregado

**Informação Clínica:**

1. Medicação: Sim  Não  Duração: Inferior a 3 meses  Superior a 3 meses
2. Psicoterapia: Sim  Não  Duração: Inferior a 2 anos  Superior a 2 anos

**ANEXO D:****Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

---

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

---

**1.**

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

**2.**

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

**3.**

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

**4.**

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

**5.**

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

**6.**

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

**7.**

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

**8.**

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

**9.**

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

**10.**

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

**11.**

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

**12.**

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

**13.**

- 0 Tomo decisões tão bem como antes
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão

**14.**

- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente
- 3 Considero-me feio(a)

**15.**

- 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho

**16.**

- 0 Durmo tão bem como habitualmente
- 1 Não durmo tão bem como costumava
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

**17.**

- 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual
- 1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa

**18.**

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior
- 3 Perdi completamente o apetite

**19.**

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
  - 1 Perdi mais de 2,5 Kg
  - 2 Perdi mais de 5 Kg
  - 3 Perdi mais de 7,5 Kg
- Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim\_\_ Não\_\_

**20.**

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, más disposições do estômago ou prisão de ventre
- 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa
- 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

**21.**

- 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual
- 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava
- 2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual
- 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual



## ANEXO E:

### QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

#### STAI Forma Y-1

INSTRUÇÕES: Em baixo encontrará uma série de frases que algumas pessoas utilizaram para se descrever. Leia cada uma delas e então assinale com uma cruz (X) o número à direita que indica a **forma como se sente agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada frase, e dê a resposta que lhe pareça descrever melhor os seus sentimentos actuais.

	DE MODO ALGU M	U M PO UCO	MOD ERA- DAME NTE	BASTA NTE
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me pressionado	1	2	3	4
5. Sinto-me descansado	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. De momento estou demasiadamente preocupado com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me autoconfiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou relaxado	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

### STAI Forma Y-2

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontrará uma série de frases que algumas pessoas utilizaram para se descrever. Leia cada uma delas e então assinale com uma cruz (X) o número à direita que indica a **forma como geralmente se sente**. Não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada frase, e dê a resposta que lhe pareça descrever como se sente **geralmente**.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Sou “calmo, seguro e confiante”	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de um modo que não as consigo superar	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que de facto não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos perturbadores	1	2	3	4
32. Falta-me autoconfiança	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Alguns pensamentos sem importância passam-me pela cabeça e isso incomoda-me	1	2	3	4
38. Levo as contrariedades tão a sério que não as consigo afastar do meu pensamento	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico num estado de tensão e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

**ANEXO F:**  
**SUB- TESTE VERBAL DA ESCALA DE WECHSLER PARA ADULTOS**

WAIS vocabulário

Instruções: Colocar a lista de palavras diante do examinado e dizer: *Vou apresentar-lhe uma série de palavras e quero que me diga o que querem dizer.*

Começar com a palavra 4 (esmola), a não ser que o examinado obtenha 0 ou 1 nas palavras 4 ou 5, nesse caso aplicar os elementos de 1 a 3 por ordem descendente bastando obter dois acertos consecutivos. Interrompe-se a prova depois de 6 pontuações consecutivas de 0. Com os examinados sem muitas dificuldades, a pergunta formal e o apontar pode ser omitido depois da terceira ou quarta palavra; a palavra deve ser dita claramente e aplicada uma pronúncia padrão. Verificar se o testado encontrou a palavra na lista.

Ocasionalmente é difícil determinar se um examinado conhece ou não o significado duma palavra. Nesses casos, o examinador pode dizer *Diga-me um pouco mais ou Explique-me um pouco mais*, ou qualquer outra expressão neutra.

Princípios gerais de classificação

Cada uma das questões é classificada com 2, 1 ou 0. Atribuir 6 pontos aos examinados a quem não forem aplicadas as palavras 1-3. Classificação máxima – 80 pontos.

Lista de palavras

Cadeirão	Perecer
Broa	Perseverar
Arbusto	Sanção
Esmola	Contemplativo
Edifício	Vacilar
Arrancar	Logro
Cutelo	Caduco
Mel	Falsificar
Casebre	Monopólio
Agrupar	Hipócrita
Reparar	Lesto
Empunhar	Parangona
Instruir	Heterogéneo
Prevenir	Incinerar
Porção	Conjectura
Antro	Apologia
Clausura	Alardear
Benefício	Emulação
Insípido	Anacoreta
Caluniar	Celonia

**ANEXO G:****Tarefa De Memória Autobiográfica**

Esta prova consiste numa exposição oral de 35 substantivos de valência variável (5 de treino e 30 de prova), sendo que para cada estímulo será solicitado ao sujeito experimental que narre um acontecimento de vida relacionado com esse estímulo.

Os substantivos de treino serão:

1. Sala
2. Prateleira
3. Cabelo
4. Bola
5. Escova

Os substantivos que constituirão a prova propriamente dita serão:

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. Alegria      | 18. Caneta       |
| 2. Solidão      | 19. Sapato       |
| 3. Chão         | 20. Felicidade   |
| 4. Tristeza     | 21. Egoísmo      |
| 5. Simpatia     | 22. Mentira      |
| 6. Cadeira      | 23. Amor         |
| 7. Incolor      | 24. Mesa         |
| 8. Sinceridade  | 25. Parede       |
| 9. Medo         | 26. Inteligência |
| 10. Honestidade | 27. Cinismo      |
| 11. Inveja      | 28. Amizade      |
| 12. Água        | 29. Dor          |
| 13. Tempo       | 30. Janela       |
| 14. Maldade     |                  |

15. Solidariedade (Os substantivos serão apresentados através do monitor de um computador. Será utilizado o programa Power Point, sendo que os substantivos surgirão a letras pretas sobre fundo branco).
16. Doenças
17. Lealdade

## ANEXO H:

### Tabelas da Análise Estatística

#### I. WAIS

**Quadro 1.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
WAIS SujeitosCompAutoDest	,188	15	,160	,938	15	,356
SujeitosSemCompAutoDest	,103	15	,200*	,983	15	,984

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 1.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
WAIS Based on Mean	,012	1	28	,913
Based on Median	,005	1	28	,943
Based on Median and with adjusted df	,005	1	27,778	,943
Based on trimmed mean	,008	1	28	,931

**Quadro 1.III.** Teste de t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
WAIS									
Equal variance assumed	,012	,913	-1,384	28	,177	-6,200	4,478	-15,374	2,974
Equal variance not assumed			-1,384	28,000	,177	-6,200	4,478	-15,374	2,974

## 2. BDI

**Quadro 2.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SomaBDI	SujeitosCompAutoDest	,244	15	,016	,915	15	,162
	SujeitosSemCompAutoDest	,183	15	,190	,906	15	,117

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 2.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SomaBDI	Based on Mean	30,042	1	28	,000
	Based on Median	10,254	1	28	,003
	Based on Median and with adjusted df	10,254	1	15,164	,006
	Based on trimmed mean	28,608	1	28	,000

**Quadro 2.III.** Teste de Mann-Whitney da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	SomaBDI
Mann-Whitney U	27,000
Wilcoxon W	147,000
Z	-3,554
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 <sup>a</sup>
Exact Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000
Point Probability	,000

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo

**3.STAI****STAI Estado**

**Quadro 3.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SomaSTAI1 SujeitosCompAutoDest	,127	15	,200*	,933	15	,303
SujeitosSemComp AutoDest	,132	15	,200*	,942	15	,403

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 3.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SomaSTAI1 Based on Mean	,498	1	28	,486
Based on Median	,587	1	28	,450
Based on Median and with adjusted df	,587	1	26,025	,450
Based on trimmed mean	,522	1	28	,476



**Quadro 3.III.** Teste t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Grupo	16,155	29	,000	1,500	1,31	1,69
SomaSTAI1	30,613	29	,000	41,700	38,91	44,49

**STAI Traço**

**Quadro 3.IV.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SomaSTAI2 SujeitosCompAutoDest	,136	15	,200*	,947	15	,475
SujeitosSemComp AutoDest	,091	15	,200*	,985	15	,992

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 3.V.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SomaSTAI2	Based on Mean	,011	1	28	,918
	Based on Median	,003	1	28	,959
	Based on Median and with adjusted df	,003	1	27,406	,959
	Based on trimmed mean	,009	1	28	,924

**Quadro 3.VI.** Teste t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
SomaSTAI2									
Equal variance assumed	,011	,918	4,269	28	,000	9,133	2,140	4,751	13,516
Equal variance not assumed			4,269	27,853	,000	9,133	2,140	4,750	13,517

### *Tarefa de Memória Autobiográfica*

#### *4. Análise do Total de Memórias Evocadas*

**Quadro 4.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalAcontecimentos Evocados						
SujeitosCompAutoDest	,171	15	,200*	,895	15	,081
SujeitosSemCompAutoDest	,146	15	,200*	,933	15	,305

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 4.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TotalAcontecimentos Evocados	Based on Mean	,336	1	28	,567
	Based on Median	,321	1	28	,576
	Based on Median and with adjusted df	,321	1	20,690	,577
	Based on trimmed mean	,373	1	28	,546

**Quadro 4.III.** Teste t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for equality of Variance	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TotalAcontecimento Evocados	Equal variance assumed	,336	,567	-3,784	28	,001	-4,533	1,198	-6,987	-2,080
	Equal variance not assumed			-3,784	24,357	,001	-4,533	1,198	-7,004	-2,063

### 5. Análise das Valências das Memórias Evocadas

#### Total de Acontecimentos Negativos

**Quadro 5.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalAcontecimentos Negativos	SujeitosCompAutoDe	,116	15	,200*	,956	15	,632
	SujeitosSemComp AutoDest	,128	15	,200*	,956	15	,631

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 5.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TotalAcontecimentos Negativos	Based on Mean	3,158	1	28	,086
	Based on Median	3,089	1	28	,090
	Based on Median and with adjusted df	3,089	1	21,809	,093
	Based on trimmed mean	3,171	1	28	,086

**Quadro 5.III.** Teste t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TotalAcontecimentos Negativos	Equal variance assumed	3,158	,086	2,263	28	,032	2,533	1,119	,241	4,826
	Equal variance not assumed			2,263	22,613	,034	2,533	1,119	,216	4,851

Total de Acontecimentos Positivos

**Quadro 5.IV.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

Tests of Normality							
Grupo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalAcontecimentos Positivos	SujeitosCompAutoDes	,129	15	,200*	,941	15	,393
	SujeitosSemCompAutoDest	,214	15	,064	,924	15	,221

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 5.V.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TotalAcontecimentos Positivos	Based on Mean	,578	1	28	,454
	Based on Median	,713	1	28	,405
	Based on Median and with adjusted df	,713	1	27,809	,406
	Based on trimmed mean	,596	1	28	,447

**Quadro 5.VI.** Teste t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
TotalAcontecimentos Positivos	12,907	29	,000	10,767	9,06	12,47

Grupo com Comportamentos Suicidários

**Quadro 5. VII.** Teste t de student da comparação dos totais de memórias negativas e positivas no grupo de sujeitos com comportamentos suicidários

**Paired Samples Test**

Pair	TotalAcontecimentos Negativos - TotalAcontecimentos Positivos	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
1		8,800	5,722	1,477	5,631	11,969	5,956	14	,000

Grupo sem Comportamentos Suicidários

**Quadro 5. VII.** Teste t de student da comparação dos totais de memórias negativas e positivas no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	TotalAcontecimentos Negativos - TotalAcontecimentos Positivos	-1,133	3,871	,999	-3,277	1,010	-1,134	14	,276

**6. Análise das Memórias Evocadas por Agrupamento de Palavras em Valências**

Valência das Palavras Negativas

**Quadro 6.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

Grupo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalAcontecimentos	SujeitosCompAutoDest	,219	15	,051	,927	15	,242
PalavrasNegativas	SujeitosSemCompAutoDest	,228	15	,034	,872	15	,036

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 6.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TotalAcontecimentos	Based on Mean	,006	1	28	,939
PalavrasNegativas	Based on Median	,000	1	28	1,000
	Based on Median and with adjusted df	,000	1	27,920	1,000
	Based on trimmed mean	,006	1	28	,941

**Quadro 6.III.** Teste de Mann-Whitney da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Total Aconteciment osPalavras Negativas
Mann-Whitney U	84,500
Wilcoxon W	204,500
Z	-1,185
Asymp. Sig. (2-tailed)	,236
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,250 <sup>a</sup>
Exact Sig. (2-tailed)	,245
Exact Sig. (1-tailed)	,122
Point Probability	,002

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo



Valência das Palavras Positivas

**Quadro 6.IV.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalAcontecimentos	SujeitosCompAutoD	,238	15	,022	,903	15	,107
PalavrasPositivas	SujeitosSemComp AutoDest	,203	15	,096	,941	15	,393

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 6.V.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TotalAcontecimentos	Based on Mean	,159	1	28	,693
PalavrasPositivas	Based on Median	,175	1	28	,678
	Based on Median and with adjusted df	,175	1	27,951	,678
	Based on trimmed mean	,170	1	28	,683

**Quadro 6. VI.** Teste t de student da comparação dos totais de memórias negativas e positivas no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
TotalAcontecimentos PalavrasPositivas	23,263	29	,000	8,267	7,54	8,99

Valência das Palavras Neutras

**Quadro 6.VII.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalAcontecimentos	SujeitosCompAutoDest	,233	15	,027	,877	15	,043
PalavrasNeutras	SujeitosSemComp AutoDest	,233	15	,027	,901	15	,100

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 6.VIII.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TotalAcontecimentos	Based on Mean	1,355	1	28	,254
PalavrasNeutras	Based on Median	1,355	1	28	,254
	Based on Median and with adjusted df	1,355	1	27,290	,255
	Based on trimmed mean	1,282	1	28	,267

**Quadro 6.IX.** Teste de Mann-Whitney da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Total Aconteciment osPalavras Neutras
Mann-Whitney U	33,000
Wilcoxon W	153,000
Z	-3,385
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 <sup>a</sup>
Exact Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000
Point Probability	,000

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo

### Grupo de Sujeitos com Comportamentos Suicidários

**Quadro 6. X.** Teste de Friedman para comparação das três valências de palavras no grupo de sujeitos com comportamentos suicidários

**Test Statistics<sup>a</sup>**

N	15
Chi-Square	12,245
df	2
Asymp. Sig.	,002
Exact Sig.	,001
Point Probability	,000

a. Friedman Test

Grupo de Sujeitos sem Comportamentos Suicidários

**Quadro 6. XI.** Teste de Friedman para comparação das três valências de palavras no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test Statistics<sup>a</sup>**

N	15
Chi-Square	,591
df	2
Asymp. Sig.	,744
Exact Sig.	,774
Point Probability	,058

a. Friedman Test

**7. Análise dos Diferentes Tipos de Memória Evocadas**

Memórias Categóricas

**Quadro 7.I.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MemoriasCategorica SujeitosCompAutoDe	,128	15	,200*	,968	15	,824
SujeitosSemComp AutoDest	,162	15	,200*	,921	15	,200

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 7.II.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MemoriasCategoricas	Based on Mean	2,311	1	28	,140
	Based on Median	2,036	1	28	,165
	Based on Median and with adjusted df	2,036	1	26,659	,165
	Based on trimmed mean	2,068	1	28	,162

**Quadro 7.III.** Teste de t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
MemoriasCategoricas	29,406	29	,000	13,867	12,90	14,83

### Memórias Alargada

**Quadro 7.IV.** Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Tests of Normality**

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MemoriasAlargadas SujeitosCompAutoDes	,205	15	,088	,917	15	,173
SujeitosSemComp AutoDest	,152	15	,200*	,919	15	,189

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Quadro 7.V.** Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MemoriasAlargadas	Based on Mean	,004	1	28	,949
	Based on Median	,008	1	28	,929
	Based on Median and with adjusted df	,008	1	25,117	,929
	Based on trimmed mean	,006	1	28	,941

**Quadro 7.VI.** Teste de t de student da comparação entre o grupo de sujeitos com comportamentos suicidários com o grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
MemoriasAlargadas	13,902	29	,000	11,800	10,06	13,54

Grupo de Sujeitos com Comportamentos Suicidários

**Quadro 7. VII.** Teste de t de Student para comparação das memórias categóricas e alargadas no grupo de sujeitos com comportamentos suicidários

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	MemoriasCategoricas MemoriasAlargadas	6,533	4,422	1,142	4,085	8,982	5,722	14	,000

Grupo de Sujeitos sem Comportamentos Suicidários

**Quadro 7. VIII.** Teste de t de Student para comparação das memórias categóricas e alargadas no grupo de sujeitos sem comportamentos suicidários

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	MemoriasCategoricas MemoriasAlargadas	-2,400	3,699	,955	-4,449	-,351	-2,513	14	,025