

JÉNI CARINA FERNANDES DA COSTA

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO
POSITIVE AND NEGATIVE SUICIDE IDEATION NUMA
AMOSTRA DE JOVENS ADULTOS PORTUGUESES**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

JÉNI CARINA FERNANDES DA COSTA

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO
POSITIVE AND NEGATIVE SUICIDE IDEATION NUMA
AMOSTRA DE JOVENS ADULTOS PORTUGUESES**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

**Estudo das Características Psicométricas do *Positive and Negative
Suicide Ideation* numa Amostra de jovens-adultos**

Declaração de auditoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Jéni Carina Fernandes da Costa)

Copyright ®, por Jéni Carina Fernandes da Costa

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido critério ao autor e editor respetivos.

“Procure ser um homem de valor, em vez de ser um homem de sucesso.”

Albert Einstein

Agradecimentos

Primeiramente, devo o meu agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Marta Brás! Obrigada, professora, por ter estado de mão dada comigo desde o início. Obrigada pelo apoio constante que me forneceu, pelos princípios e valores que me transmitiu, e por ter acreditado nas minhas capacidades. Muito obrigada!!

Não podia deixar de agradecer também à Professora Doutora Cláudia Carmo que também fez com que este trabalho fosse concluído com sucesso! Muito obrigada pelo apoio que sempre me deu desde o início!

A si mãe e pai, obrigada pela educação, respeito e princípios que me transmitiram! Sou o que sou, devido a vocês, a tudo o que me ensinaram! Obrigada por tudo, e por acreditarem sempre em mim e por estarem orgulhosos de mim! Obrigada por tudo! Amo-vos!

A ti mano, Jhony, único e verdadeiro irmão que tenho. Obrigada por tudo! Pelos conselhos, apoio, carinho, amizade e proteção que sempre esteve presente na nossa relação! Obrigada por acreditares em mim! Gosto muito de ti!

Obrigada a ti, Dilan Vieira, o meu parceiro e companheiro de vida! Obrigada por estes quatro anos deste amor único, verdadeiro e leal! Obrigada pelo apoio constante, pelo carinho, conselhos, amizade e por acreditares em mim! Foste e és um dos pilares mais importantes na minha vida! Amo-te para sempre, obrigada por tudo!

Quero expressar o meu agradecimento às minhas amigas da vida: a vocês, Mariana Raposo, Liliana Ferreira, Jenifer Mata, Carolina Mesquita, Daniela Rosa, Mónica Letícia, Analita Freitas e Jéni Matos: o meu enorme obrigada! Obrigada pela amizade, e pelo constante apoio que me forneceram durante estes longos anos de amizade, mas também pelo apoio nesta última etapa do curso. Gosto muito de vocês, e sabem que a nossa amizade será para a vida!

E por fim, não menos importantes, obrigada a si avô, avó, tia Sara e demais família que já não se encontra cá presente, mas tenho a certeza de que estão cheios de orgulho em mim! Saudades são imensas! Amo-vos! Beijinho daqui ao céu!

Obrigada a todos que contribuíram para que esta etapa fosse um sucesso! Mil vezes, obrigada!

Resumo

O suicídio apresenta-se como sendo a segunda principal causa de morte nos jovens-adultos, dos 15 aos 29 anos, tendo como antecedente a ideação suicida. Avaliar a ideação suicida é fundamental para identificar precocemente o risco de suicídio. Todavia, os instrumentos de avaliação com características psicométricas adequadas nesta população são escassos. O Inventário de Ideação Suicida Negativa e Positiva (PANSI; Osman et al., 1998) é um instrumento que avalia a ideação suicida positiva e negativa, no entanto, não se encontra adaptado para a população portuguesa.

A presente investigação tem como objetivo principal o estudo das características psicométricas do PANSI numa amostra de jovens adultos portugueses. A amostra foi constituída por 123 jovens adultos, de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos (80.5% do sexo feminino) e com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 23.56$, $DP = 2.87$).

Através da análise fatorial confirmatória, conclui-se que o Modelo Bifatorial de Osman et al. (1998), apresenta índices de ajustamento adequado. Através da análise de consistência interna foi possível concluir que o instrumento apresenta bons indicadores de fidelidade (Subescala Ideação Negativa: $\alpha = .97$ e subescala Ideação Positiva $\alpha = .84$), e verificou-se também a presença de validade convergente, discriminante e concorrente.

Os resultados obtidos permitiram reproduzir a estrutura do estudo original (2 fatores: Ideação Negativa e Ideação Positiva e 14 itens) e em concluir que o PANSI detém boas características psicométricas, podendo ser um instrumento fiável e validado para o estudo da ideação suicida em Portugal.

Palavras-Chave: ideação suicida; suicídio; jovens adultos; propriedades psicométricas; análise fatorial confirmatória;

Abstract

Suicide is the second leading cause of death in young adults aged 15 to 29, having suicidal ideation as a background. Assessing suicidal ideation is critical to early identification of suicide risk.

However, assessment instruments with adequate psychometric characteristics in this population are scarce. The Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory (PANSI; Osman et al., 1998) is an instrument that assesses positive and negative suicidal ideation, however, it is not adapted for the Portuguese population.

The main objective of the present investigation is to study the psychometric characteristics of the PANSI in a sample of young Portuguese adults. The sample consisted of 123 young adults of Portuguese nationality of both sexes (80.5% female) and aged between 18 and 30 years ($M = 23.56$, $SD = 2.87$).

Through confirmatory factor analysis, it is concluded that the Bifactorial Model by Osman et al. (1998), presents adequate adjustment indices. Through the analysis of internal consistency, it was possible to conclude that the instrument presents good indicators of fidelity (Negative Ideation Subscale: $\alpha = .97$ and Positive Ideation Subscale $\alpha = .84$), and the presence of convergent, discriminant and concurrent validity was also verified. .

The results obtained allowed us to reproduce the structure of the original study (2 factors: Negative Ideation and Positive Ideation and 14 items) and to conclude that the PANSI has good psychometric characteristics, being able to be a reliable and validated instrument for the study of suicidal ideation in Portugal.

Keywords: suicidal ideation; suicide; young adults; psychometric properties; confirmatory factor analysis.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1. Suicídio	2
2.2. Processo Suicidário	3
2.3. Fatores de Risco	4
2.3.1. Fatores de Risco Psicológicos	5
2.4. Fatores Protetores	6
2.5. Ideação Suicida em jovens adultos	7
2.6. Avaliar a ideação suicida em jovens adultos	8
2.7. <i>Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI)</i>	12
2.7.1. A ideação suicida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas .	15
2.7.1.1. A ideação suicida em função do sexo	15
2.7.1.2. A ideação suicida associada à sintomatologia depressiva	15
3. Objetivos	17
4. Metodologia	18
4.1. <i>Design</i> do Estudo	18
4.2. Amostra	18
4.3. Instrumentos	18
4.3.1. Questionário Sociodemográfico	18
4.3.2. Inventário da Ideação Suicida Negativa e Positiva (PANSI)	18
4.3.3. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)	19
4.4. Procedimento de Recolha de Dados	19
4.5. Procedimento de Tratamento de Dados	19
5. Resultados	21
5.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	21
5.2. Análise Descritiva do Instrumento	24
5.3. Análise da Estrutura Interna	25
5.3.1. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)	25
5.4. Análise da Fiabilidade	26
5.4.1. Análise da Consistência Interna	26
5.5. Análise da Validade	27
5.5.1. Validade Convergente	27
5.5.2. Validade Discriminante.....	28

5.5.3. Validade Concorrente.....	28
5.5. Diferenças entre grupos	29
6. Discussão	31
7. Conclusão	35
8. Referências Bibliográficas	36
9. Anexos	43

Índice de Tabelas

Tabela 1. Síntese dos Estudos das Propriedades Psicométricas do PANSI.....	13
Tabela 2. Dados Sociodemográficos dos Participantes.....	21
Tabela 3. Estatística Descritiva dos Itens do PANSI	24
Tabela 4. Índices de Ajustamento para os Modelos Testados.....	25
Tabela 5. Correlações (r) entre as Subescalas do PANSI	26
Tabela 6. Consistência Interna das Subescalas do PANSI comparativamente à Versão Original	27
Tabela 7. Variância Extraída Média (VEM) do PANSI.....	27
Tabela 8. Variância Partilhada (r^2) entre os fatores do PANSI.....	28
Tabela 9. Correlações entre as Subescalas do PANSI e as EADS	28
Tabela 10. Diferenças entre Sexos nas Subescalas do PANSI.....	29

Índice de Anexos

Anexo A. Questionário Sociodemográfico.....	43
Anexo B. Inventário de Ideação Suicida Negativa e Positiva (PANSI).....	44
Anexo C. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS).....	45

Listas de abreviaturas, siglas e símbolos

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

APA - *American Psychiatric Association*

ASIQ - Questionário de Ideação Suicida de Adultos

AVN – Acontecimentos de vida negativos

BSI - Escala de Ideação Suicida de Beck

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção

C-SSRS - Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Colômbia

DGS- Direção-Geral da Saúde

ETIIS - Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PANSI- *Positive and Negative Suicide Ideation*

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

QCS-R-Questionário de Comportamentos Suicidários-Revisto;

QIS-Questionário de Ideação Suicida

SIS-Escala de Ideação Suicida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SSI-M- Escala Modificada de Ideação Suicida

1. Introdução

O Suicídio, no ramo da Psicologia, é visto como uma consequência de uma dor psíquica intensa que se relaciona, na maioria das vezes, com a psicopatologia (Macedo & Werlang, 2007). É considerado como um fenómeno complexo, com uma multiplicidade de causas, resultante da interação de inúmeros fatores, quer psicológicos, biológicos, filosóficos e sociais.

Pelo facto, de o suicídio ser considerado das principais causas de morte nos jovens adultos, esta investigação, terá como foco, avaliar a ideação suicida especificamente nesta faixa etária. Deste modo, os jovens adultos são considerados um grupo de risco (Lee & Oh, 2012), vivenciando diversas mudanças na sua vida, que poderão eventualmente não conseguir lidar de forma satisfatória, gerando consequências negativas, como a ideação suicida (Gonçalves et al., 2011).

Neste sentido, importa referir, que a ideação suicida, é um fenómeno que integra o processo suicidário e que inclui intenções, ameaças e outros atos não físicos (Kessler et al., 2005). Podem existir desejos e planos para o suicídio, sem realizar o ato propriamente dito (Saraiva & Gil, 2014). A ideação suicida é considerada por diversos autores, como a fase mais precoce da conduta suicida, sendo importante quer o desenvolvimento de instrumentos avaliativos do construto em questão, com características psicométricas adequadas, quer a elaboração de programas de prevenção (Silva et al., 2006).

Inicialmente, será apresentado o Enquadramento teórico, que por sua vez, se encontra dividido em diversos subtemas, que posteriormente serão abordados. De seguida serão abordados os Objetivos do Estudo, nomeadamente o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos, que orientam a presente investigação. Posteriormente, será descrito o Método, em que será abordado os participantes, os instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha e de tratamento de dados, tais como a Análise Descritiva do Instrumento, Análise da sua Estrutura Interna, a Análise Fatorial Confirmatória, Análise da Validade, entre outras. Seguidamente serão mencionados os resultados obtidos e posteriormente a sua discussão. Por fim, serão abordadas as conclusões finais, as limitações que foram detetadas no decorrer deste trabalho, como também as potencialidades desta investigação e sugestões para futuros estudos realizados dentro desta temática exposta.

2. Enquadramento Teórico

Através do presente enquadramento teórico pretende-se analisar a literatura existente sobre os comportamentos suicidários, com maior foco na ideação suicida.

Neste sentido, o enquadramento teórico encontra-se dividido em diversos subtemas. Inicialmente, é abordado o tema do suicídio, a sua definição e os dados epidemiológicos, tanto a nível mundial e europeu, como em Portugal. Posteriormente, são explicados os fatores de risco sociais e psicológicos associados ao desenvolvimento do comportamento suicida. De seguida, são abordados os diferentes fenómenos pertencentes ao processo suicidário, tomando maior atenção à ideação suicida, explorando o mesmo nos jovens-adultos e na importância em avaliar a mesma.

2.1.Suicídio

O suicídio é definido como um ato de autodestruição fatal provocado pela própria pessoa, que apresenta sentimento de frustração com a sua vida (DGS, 2013). O suicídio envolve diversos fatores explicativos e determinantes psicológicos, biológicos, genéticos, socioculturais e económicos (Nunes, 2018). O termo “suicídio” é derivado do latim, das palavras – *sui* - de si mesmo, e - *cidium* - matar, ou seja, o suicídio é considerado o ato de matar-se a si próprio. Pode ocorrer de forma ativa (e.g., envenenamento) ou de forma passiva (e.g., greve de fome), tendo como intenção acabar com a própria vida (Pereira & Cardoso, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) são contabilizados por ano cerca de oito mil mortes por suicídio, ocorrendo cerca de 10,7 mortes por 100 mil habitantes. Em 2016, o suicídio foi referido como a décima oitava principal morte do mundo, e nas últimas décadas aumentou cerca de 60%. Apesar de a taxa de suicídio tradicionalmente ser maior na faixa etária mais idosa, tem vindo a aumentar entre os jovens (OMS, 2021). É considerado como a segunda principal causa de morte nos indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e 29 anos (OMS, 2018).

A Europa é o continente com uma taxa de mortalidade mais elevada devido a lesões autoprovocadas intencionalmente, com cerca de 14.1 suicídios por cada 100 mil habitantes, no ano de 2015 (OMS, 2018).

Entre 2019 e 2021, em Portugal ocorreram cerca de 9.7 suicídios por 100 mil habitantes (INE, 2021). Em relação ao ato suicida, em indivíduos portugueses com

idade inferior a 65 anos, é responsável por seis mortes por cada 100 mil habitantes, o que corresponde a 570 óbitos (INE, 2018).

Em 2020, com o surgimento da pandemia COVID-19, os jovens adultos, com idade superior a 20 anos recorreram em maior número, ao Centro de Apoio Psicológico e Intervenção (CAPIC), do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Estes indivíduos, em comparação com os sujeitos de faixas etárias mais altas, sentiram uma maior preocupação e ansiedade no que diz respeito às suas rotinas diárias (Gaspar, 2020).

Em abril do mesmo ano, verifica-se que houve cerca de 258 comportamentos suicidários, sendo a maior parte destes casos de ideação suicida. No ano de 2019, na mesma altura do ano, foram registados cerca de 340 comportamentos suicidários. O número destes comportamentos no ano de 2020 foi elevado, no entanto, demonstrou-se menor do que no ano anterior, visto que as pessoas estariam mais focadas em questões de sobrevivência, como por exemplo, a nível de alimentação e financeiro, do que propriamente a nível emocional. Gaspar (2020), refere que no ano de 2020 somente após a situação pandémica se se apresentasse como mais controlada é que surgiriam reações emocionais à situação e veríamos que os valores poderiam alterar. Neste caso, o Covid-19 fez com que houvesse um número de comportamentos suicidários elevado, podendo ser considerado como fator de risco. Há fatores assim múltiplos fatores de risco que podem estar na base do desenvolvimento de um determinado comportamento suicidário, os quais serão melhor explicados na secção seguinte.

2.2. Processo Suicidário

O processo suicidário engloba diferentes tipos de fenómenos, nomeadamente os comportamentos autolesivos, a ideação suicida e os atos suicidas (tentativa de suicídio e o suicídio consumado). Assim sendo, apresenta como antecedente a ideação suicida, e como fase final a morte por suicídio (DGS, 2013; Lewinsohn et al., 1996).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) define os comportamentos autolesivos como aqueles que não apresentam propósito suicida, mas são considerados como atos autolesivos intencionais (e.g., cortar-se, ingerir fármacos em doses superiores às posologias reconhecidas, ingerir drogas ilícitas ou substâncias psicoativas) (DGS, 2013). A ideação suicida corresponde aos pensamentos e planos que o sujeito tem acerca do fim da sua vida e do comportamento suicida, mesmo que este não seja consumado. Pode ser considerada como um precursor dos comportamentos autolesivos

ou do ato suicida (DGS, 2013). A ideação suicida pode variar entre ideação passiva (e.g., querer estar morto) e ideação ativa (e.g., querer matar-se a si próprio ou pensar num método particular para o fazer) (Cha et al., 2018), daí ser fundamental proceder à identificação precoce destas ideias, de modo a evitar possíveis tentativas de suicídio e prevenir o autodano (Borges & Werlang, 2006).

Embora cerca de 20 a 25% dos jovens que apresentam este tipo de pensamentos, não chegue a realizar o próprio ato suicida (Waldvogel et al., 2008), a presença de ideação suicida indica a presença de um grande sofrimento emocional e é vista como um dos essenciais preditores de tentativas de suicídio e suicídio consumado (Azevedo & Matos, 2014).

Segundo Ferreira e Castela (1999), a ideação suicida pode ter início nos pensamentos e cognições que um sujeito tem sobre terminar com a sua própria vida, podendo ir, assim, numa hierarquia, desde pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre formas de cometer o suicídio. Portanto, a existência desses comportamentos autodestrutivos faz parte de um continuum, que tem de ser analisado e encarado com extrema atenção. Pode verificar-se que, quando os pensamentos suicidas passam a ser percebidos como problemas para o indivíduo, desenvolve-se um grande risco de tentativa de suicídio ou de cometer o ato propriamente dito (OMS, 2000). A intensidade e a profundidade de como surgem esses pensamentos, como também o contexto onde surgem e a dificuldade de o sujeito desligar-se deles, são fatores próprios de um sujeito que se encontre numa fase onde se aproxima uma crise suicida (Borges et al., 2008). Em relação à última fase do processo suicidário, os atos suicidas, estes dividem-se em tentativas de suicídio (ato conduzido pelo indivíduo, que visa a sua morte, mas que por razões diversas, resulta frustrado), e o suicídio consumado, que é visto como a morte provocada pelo indivíduo, com o objetivo que pôr termo à vida (DGS, 2013). Os comportamentos autolesivos e os atos suicidas são uma forma de o sujeito pedir ajuda para ultrapassar um obstáculo que não consegue sozinho, e uma forma de receber atenção dos demais (Saraiva et al., 2014).

2.3. Fatores de Risco

A presença de fatores de risco reflete uma maior probabilidade de o indivíduo cometer uma tentativa de suicídio ou de vir a consumir o ato. Podem estar relacionados com acontecimentos de vida do sujeito, como determinadas condições, doenças, quer físicas como psicológicas e traços de personalidade (DGS, 2013). Os fatores de risco

dos comportamentos suicidários podem igualmente despoletar sentimentos de desvalorização, autocrítica, sobressaindo-se atitudes e pensamentos que levam a que o sujeito se compare aos outros (Barbosa et al., 2018).

Por exemplo, no que diz respeito aos acontecimentos de vida negativos (AVN), quando estes estão presentes, leva ao surgimento de consequências para a saúde mental, levando ao desenvolvimento de ideação suicida (Enns et al., 2006). Não são os acontecimentos de vida que por si só podem levar a alterações emocionais, mas sim a forma como estes são percebidos pelo sujeito. Quanto mais intensos e frequentes do ponto de vista negativo forem os acontecimentos de vida para o indivíduo, maior será o risco de o mesmo desenvolver alguma sintomatologia depressiva que levará ao risco de suicídio (Sobrinho & Campos, 2016).

2.3.1. Fatores de Risco Psicológicos

De modo a melhor compreender os fatores de risco psicológicos que podem estar na origem da ideação suicida, vale ressaltar a existência do Modelo Cognitivo de Beck que foi construído com o objetivo de explicar os processos psicológicos na depressão. A depressão era vista por Beck (1979) como uma “tríade cognitiva”, que era constituída pela visão negativa de si mesmo (o indivíduo considera-se sem valor, incompetente, atribuindo as suas experiências negativas a defeitos pessoais, levando assim, à autocrítica) do seu mundo (vê o mundo como exigente, colocando obstáculos que o impedem de alcançar suas metas pessoais) e do seu futuro (perceciona que as suas dificuldades se irão manter durante algum tempo, assim como o seu sofrimento). Assim, o indivíduo que se encontra deprimido, tem uma percepção do seu mundo distorcida negativamente (Rehm, 2020). Esta forma distorcida de ver o meio, influencia deste modo, o seu comportamento e as suas emoções (Deminco, 2011).

O modelo cognitivo, é composto pela situação inicial, pelo pensamento automático que a pessoa apresenta perante essa mesma situação, e posteriormente haverá uma reação, quer seja emocional (tristeza), fisiológica (desconforto) ou comportamental (evitamento). Os pensamentos automáticos dizem respeito às cognições distorcidas e negativas que o sujeito apresenta numa situação, em que estas não são reconhecidas pelo mesmo, mas sim, as consequências emocionais que estes pensamentos causam (Rehm, 2020).

De acordo com Rush e Beck (1978), a ideação suicida que um sujeito apresenta, deriva da existência da tríade cognitiva negativa, ou seja, da presença de sintomatologia

depressiva. Sendo assim, a existência de sintomas depressivos está ligada com a presença de ideação suicida.

Com base no modelo supracitado, os fatores de risco psicológicos, que poderão estar na origem da ideação suicida, são a desesperança (Brás et al., 2016), elevados níveis de neuroticismo, baixa autoestima (Waldvogel et al., 2008), a falta de vontade, a desvalorização de si mesmo (Beck et al., 1997).

No que diz respeito à desesperança, esta é vista como a percepção da falta de controlo pessoal sobre acontecimentos de vida futuros, e pelo sentimento que o indivíduo apresenta de que vai falhar, ou que os seus comportamentos levarão a consequências negativas no seu futuro. O sujeito sente-se assim, impotente para resolver os seus problemas (Gonçalves et al., 2011). Em relação a indivíduos com elevados níveis de neuroticismo, estes são considerados preocupados, inseguros emocionalmente, nervosos, sentimentos de incompetência, ideias irrealistas e estratégias de *coping* inadequadas (Lima, 1997).

A falta de vontade que o indivíduo apresenta para realizar uma determinada tarefa ou objetivo, resulta da desesperança e do pessimismo que este sente, isto é, se o sujeito espera um resultado negativo (atitude pessimista), não se irá comprometer com o objetivo. O sujeito tem tendência a se ver como inapto, desamparado, levando a que este se desvalorize na realização das tarefas, apresentando tendência a buscar apoio e conforto dos outros, para se sentir com maior competência e utilidade (Beck et al., 1997).

A autoestima pode ser vista como um sentimento de aprovação ou desaprovação que a pessoa apresenta de si própria, resultado de uma autoavaliação. Está de tal forma, relacionada com o estabelecimento dos nossos objetivos, as nossas expectativas, com a autoaceitação e com a confiança, visto que, se uma pessoa apresentar uma maior autoestima, possivelmente se sentirá mais confiante perante as decisões que poderá tomar. (Andrade et al., 2009). Assim, a presença de baixa autoestima, poderá levar ao risco de um comportamento suicida.

2.4.Fatores Protetores

É fundamental explorar os fatores de risco para compreender qual a probabilidade de o sujeito desenvolver um comportamento suicida, mas de igual modo, é relevante analisar os fatores protetores, que podem contribuir para promover a saúde

mental dos jovens adultos (Beaudoin et al., 2018). Os fatores protetores se definem como sendo características individuais, socioculturais ou coletivas que se associam à prevenção do comportamento suicida (DGS, 2013). É assim, importante aumentar o número de fatores protetores para diminuir o risco de suicídio (Borowsky et al., 1999).

Um dos fatores mais fulcrais face à ideação suicida relaciona-se com as crenças que os jovens apresentam em determinadas situações adversas. Isto é, jovens que apresentam fortes razões para viver, apresentam maior resistência a sentimentos de desesperança, diminuindo assim, a probabilidade de desenvolver um comportamento suicida. De forma contrária, se os jovens não têm estas crenças, apresentam uma maior dificuldade em encontrar o significado para a vida, levando assim, a uma maior predisposição para a ideação suicida (Cassaretto & Martínez, 2012).

A presença de uma vinculação segura entre os membros de uma família, a responsividade emocional materna, o suporte parental, o calor afetivo e a comunicação entre os membros, são vistos como fatores protetores para o suicídio (Waldvogel et al., 2008). De igual modo, uma relação funcional com familiares e amigos melhora a saúde mental do sujeito, levando a que este encontre melhores soluções para lidar com situações de stress e evitar o isolamento social (Beaudoin et al., 2018).

Assim, o apoio familiar, as relações de amizade que são formadas, como também outros relacionamentos que se apresentam significativos para o sujeito, as crenças tanto religiosas, como culturais, a vida social satisfatória e sua boa integração na sociedade, o bom acesso a serviços e cuidados de saúde mental, são fatores considerados protetores, que poderão reduzir o risco de suicídio (OMS, 2013).

2.5. Ideação Suicida em jovens adultos

A adultez emergente decorre entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, nomeadamente entre os 18 e os 25 anos (APA, 2014). É uma etapa que envolve diversos processos, sendo eles, a exploração da identidade (a nível amoroso e profissional, aquando do estabelecimento de compromissos), a experimentação (o sujeito busca diversas oportunidades e experiências), instabilidade (desafios e obstáculos vividos pelo sujeito), sentimento de ambiguidade (sujeito toma uma perceção ambígua de si mesmo, sentindo que não se sente adolescente nem adulto), e comportamento autocentrado (surgimento da independência no pensamento e ação) (Arnett, 2011).

A presença de acontecimentos de vida negativos na vida de um jovem adulto, tais como um fim de uma relação amorosa, separação dos pais, e a forma como cada sujeito

interpreta e vive esse acontecimento, influencia negativamente a satisfação de necessidades emocionais essenciais e, conseqüentemente, conduz ao suicídio (Gonçalves et al., 2011). Quanto maior a tendência para o indivíduo interpretar como negativo um acontecimento da sua vida, maior o risco de o mesmo estar exposto ao desenvolvimento de uma depressão. A ocorrência de acontecimentos de vida negativos, acarreta assim, diversas conseqüências negativas para a vida do sujeito, levando ao desenvolvimento de ideação suicida (Enns et al., 2006).

O suicídio é uma das primeiras causas de morte nesta faixa etária, sendo esta população considerada um grupo de risco (Lee & Oh, 2012). Os jovens adultos têm de lidar com inúmeras mudanças psicossociais e psicológicas que se associam à fase de desenvolvimento onde se encontram, marcada por incertezas e desafios que pode acarretar diversos problemas de saúde mental, nomeadamente comportamentos suicidários (Gonçalves et al., 2011).

Uma grande maioria dos jovens adultos frequentam o ensino superior, sendo um processo de transição para o mercado de trabalho e para a autonomia do próprio indivíduo. Nesta fase, os sujeitos passam por diversas incertezas, sentimentos de solidão, e adaptação a uma nova vida, local e a novas relações sociais (Gonçalves et al., 2011). Portanto, a frequência de ideação suicida em estudantes universitários pode estar relacionada com as mudanças que ocorrem no desenvolvimento do indivíduo, na formação universitária e no começo da idade adulta, isto é, quando se deparam com novas responsabilidades e incertezas (Arria et al., 2009).

A percepção que o sujeito tem acerca da sua vida académica e profissional, sendo ela negativa ou positiva, leva ao aumento de níveis de stresse, o que leva a que o sujeito seja resiliente e apresente capacidade de adaptação, para garantir o seu bem-estar físico e psicológico (Allam, 2011). Se estas capacidades estão ausentes ou reduzidas, levará ao risco de suicídio perante estes acontecimentos, devido a dificuldade de o indivíduo corresponder aos objetivos previamente estabelecidos a nível profissional e académico (Hamilton & Schweitzer, 2000; Heikkinen et al., 2007).

2.6. Avaliar a ideação suicida em jovens adultos

Como referido nos tópicos anteriores, o suicídio é visto como uma das principais causas de morte nos jovens adultos, pertencendo estes a um grupo de risco. Por esta razão, torna-se relevante avaliar a ideação suicida nesta faixa etária (Lee & Oh, 2012). Nesta fase de desenvolvimento, os sujeitos depararam-se com diversas mudanças e

alterações nas suas vidas, em que muitas das vezes não conseguem lidar de forma adequada, o que traz consequências negativas, como os comportamentos suicidários (Gonçalves et al., 2011).

A ideação suicida tem sido avaliada por diversos instrumentos, dos quais se destacam: a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI; Beck et al., 1997; Beck, et al., 1979), a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Colômbia (C-SSRS; Posner, 2007), a Escala Modificada de Ideação Suicida (SSI-M; Miller et al., 1986), a Escala de Ideação Suicida (SIS; Rudd, 1989), o Questionário de Ideação Suicida de Adultos (ASIQ; Reynolds, 1991b), o Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988), cuja versão portuguesa foi desenvolvida por Ferreira e Castela (1999), o Questionário de Comportamentos Suicidários-Revisto (QCS-R; Osman et al., 2001; versão portuguesa de Campos et al., 2013), e a Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS; Pocinho & Dias, 2005).

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI; Beck et al., 1997; Beck et al., 1979) é de autorrelato e tem como destinatários os adolescentes. Apresenta como objetivo avaliar os planos para o suicídio e o desejo suicida ativo e passivo (Rodas-Vera et al., 2021). Este instrumento foi adaptado, e foi realizada uma versão brasileira, por Cunha em 2001 (Borges et al., 2008). Em relação à consistência interna, o valor alfa revelou-se satisfatório, sendo de .94 (Borges & Werlang, 2006).

A Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Colômbia (C-SSRS), foi desenvolvido por Kelly Posner e colaboradores em Nova York, no ano de 2007. Apresenta como destinatários adolescentes e adultos. São medidos quatro construtos: a ideação suicida, através de 5 perguntas, numa escala de 1 a 5; a intensidade de ideação, com o mesmo número de perguntas e mesma escala de numeração que o construto anterior; a efetividade do comportamento suicida, avaliada através de uma escala nominal; e a escala de letalidade que avalia as tentativas reais (danos físicos e letalidade efetiva), avaliada com escala ordinal de 5 pontos, e a letalidade potencial com 3 pontos. A subescala de intensidade de ideação demonstrou uma consistência interna moderada a forte, com valor alfa de .73 (Posner et al., 2011).

A Escala Modificada de Ideação Suicida (SSI-M; Miller et al., 1986) é uma versão revisada da Escala de Ideação Suicida de Beck (SSI; Beck et al., 1979) entrevista semiestruturada, destinada a adolescentes e adultos. Apresenta como objetivo avaliar a gravidade da ideação suicida nos últimos dois dias com base na duração, intensidade e frequência dos pensamentos, razões para viver / morrer, sentir-se competente / capaz de

fazer uma tentativa, planejamento, preparação, intenção e comunicação relacionada ao suicídio. A escala tem uma boa consistência interna com valores alfa de variam entre .87 (Clum & Yang, 1995) e .94 (Miller et al., 1986).

A Escala de Ideação Suicida (SIS; Rudd, 1989) é uma escala de triagem e avaliação que fornece informações acerca da presença ou ausência de pensamentos suicidas, a sua intensidade e a existência de tentativas prévias de suicídio. É uma escala que apresenta como destinatários os jovens adultos. A avaliação é feita através de uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 (nunca ou nenhuma vez) a 5 (sempre ou muitas vezes) com base em informações referentes ao último ano (Rudd, 1989). Esta escala apresenta uma consistência interna alta (alfa de *Cronbach* = .86).

O Questionário de Ideação Suicida de Adultos (ASIQ; Reynolds, 1991b) é uma medida de autorrelato. É uma adaptação do Questionário de Ideação Suicida, focada para avaliação na população adulta. Apresenta como objetivo avaliar a ideação e o comportamento suicida na faixa etária em questão. A escala varia de 0 (“nunca pensei”) a 6 (“quase todos os dias”). Esta medida apresenta uma alta consistência interna com valores que variam de 0,96 a 0,98 em amostras clínicas e não clínicas (Reynolds, 1991^a, 1991b; Osman et al., 1999).

O Questionário de Ideação Suicida (QIS), em que a versão original *The Suicidal Ideation Questionnaire* foi desenvolvida por Reynolds, em 1988, é destinada a adolescentes e jovens adultos. Este questionário tem como objetivo avaliar o nível de gravidade dos pensamentos suicidas (Reynolds, 1991). Esta medida encontra-se adaptada para a população adolescente portuguesa por Ferreira e Castela (1999), mais especificamente para adolescentes. O valor de consistência interna foi cerca de .76.

O Questionário de Comportamentos Suicidários-Revisto (QCS-R) foi desenvolvido por Osman e colaboradores, em 2001, e apresenta como destinatários adolescentes e adultos. É um instrumento de autorrelato e tem como objetivo avaliar a frequência e severidade dos comportamentos suicidários, tal como a história passada de ideação e tentativas de suicídio (Osman, et al., 2001). Este questionário está adaptado para a população adulta portuguesa por Campos e colaboradores, em 2013. No que concerne à consistência interna, o valor do alfa foi de .71.

A Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS) é uma escala de heteroadministração, composta por duas subescalas: a Ideação Suicidária (IDS) e a Intenção Suicidária, sendo desenvolvida por Margarida Pocinho e Amaral Dias em 2005. Destina-se à população jovem, adulta e sénior. Tem como objetivo verificar a

existência ou inexistência da ideação e/ou intenção suicida. O valor referente à consistência interna foi cerca de .80.

Quanto às limitações do BSI (1979), aponta-se o facto de se restringir somente à faixa etária correspondente aos adolescentes e não estar adaptado à população portuguesa. A C-SSRS (2007) e a SSI-M (1986), dirigem-se apenas para adolescentes e adultos, e não se encontram adaptadas para Portugal. No que concerne às limitações da SIS (1989), esta apesar de estar destinada a jovens adultos, não está adaptada para a população portuguesa. O ASIQ (1991b) destina-se apenas a adultos e não está adaptado para a população portuguesa. Em relação ao QIS (1988), este só está adaptado para a população adolescente (Ferreira & Castela, 1999) e o QCS-R (2001) está adaptado, apenas para adolescentes e adultos. No que concerne às limitações da ETIIS (2005) seria que, por se tratar de uma escala dicotómica, oferece uma experiência simples ao indivíduo, restringindo-se somente àquela resposta e limitando o tratamento de dados a ser feito. A ETTIS (2005) apenas está desenvolvida para a população jovem, adulta e sénior.

Nos instrumentos referidos anteriormente, não existe um foco específico de avaliação do construto em estudo nos jovens adultos, isto é, apresentam um foco entre jovens e séniores (e.g., Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS; 2005), em adolescentes (e.g., BSI; Beck et al., 1997; Beck et al., 1979) Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Colômbia (C-SSRS; Posner, 2007), Escala Modificada de Ideação Suicida (SSI-M; Miller et al., 1986) Questionário de Ideação Suicida (QIS) Questionário de Comportamentos Suicidários-Revisto (QCS-R; Osman et al., 2001), ou em adultos (e.g., Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Colômbia (C-SSRS; Posner, 2007.), Escala Modificada de Ideação Suicida (SSI-M; Miller et al., 1986), Questionário de Ideação Suicida de Adultos (ASIQ; Reynolds, 1991b), Questionário de Comportamentos Suicidários-Revisto (QCS-R; Osman et al., 2001), e não se centram atenciosamente nos jovens adultos. A Escala de Ideação Suicida (SIS; Rudd, 1989) e o Questionário de Ideação Suicida (QIS) apresenta como destinatários os jovens adultos, no entanto, a primeira, não está adaptada para a população portuguesa. E o questionário tem maior foco na avaliação de adolescentes. Os instrumentos apresentados não são específicos para avaliar a ideação suicida nos jovens-adultos portugueses. Este facto pode representar uma grande limitação, justificando uma adaptação portuguesa de um instrumento que avalie a ideação suicida, especificamente, em jovens adultos.

2.7. Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI)

O *Positive and Negative Suicide Ideation*, desenvolvido por Osman e colaboradores, em 1988, é um instrumento que permite avaliar a ideação suicida em jovens-adultos. Esta escala encontra-se subdividida em dois fatores, nomeadamente a ideação negativa, composta por oito itens (1,3,4,5,7,9,10,11) e a ideação positiva com seis itens (2,6,8,12,13,14). Relativamente aos índices de fiabilidade, verifica-se que, no estudo original, foram obtidos valores satisfatórios (Ideação Negativa: $\alpha = .91$ e $.93$; Ideação Positiva: $\alpha = .80$ e $.82$) (Osman et al., 1998).

O fator de Ideação suicida positiva diz respeito à presença de pensamentos protetores, tais como a autoconfiança, as expectativas positivas, a satisfação com a vida, a alegria e o sentido de controlo. Já o fator de Ideação suicida negativa está relacionado com os pensamentos que a pessoa apresenta face ao ato suicida, e as razões que o justificariam, como por exemplo, a desesperança, a baixa autoeficácia, a frustração, a tristeza e o fracasso (Villalobos-Galvis, 2009).

O PANSI foi adaptado noutros idiomas, nomeadamente na Nigéria (Aloba et al., 2017), na Colômbia (Villalobos-Galvis, 2009), no Paquistão (Yasien & Ahmad, 2015), na Malásia (Sinniah et al., 2015), na China (Chang et al., 2009), em Espanha (Prieto et al., 2017) e em Taiwan (Lin, 2015).

As principais características das diferentes adaptações deste instrumento encontram-se sistematizadas na Tabela 1. No que diz respeito ao intervalo de idades mais visível, centram-se de um modo global, entre os 14 e os 20 anos à exceção do estudo realizado na Colômbia (Villalobos-Galvis, 2009) e do realizado na Malásia (Sinniah et al., 2015).

De um modo geral, existe consistência em relação ao número de itens, visto que, a maioria dos estudos utilizou como base catorze itens, à exceção do estudo realizado na Espanha, que utilizou 13 itens (Prieto et al., 2017). Em relação aos índices de fiabilidade, são bastante satisfatórios em todos os estudos, uma vez que os valores variam entre $.76$ e $.96$.

Para avaliar a estrutura fatorial foram realizadas análises estatísticas, nomeadamente a análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC). Na AFC, a maioria dos estudos sugerem que os dados se ajustam melhor a uma solução bifatorial, conforme sugerido pelos índices: SB- χ^2 ; df; χ^2 ; NFI; NNFI =; R-CFI; RMSEA; RMR; GFI; AGFI; CFI; TLI e o SRMR (Tabela 1).

Tabela 1 – Síntese dos Estudos das propriedades psicométricas do PANSI

Autores (data)	Língua/País	Amostra	Nº de itens	Estrutura Fatorial	Fatores	Fiabilidade Alpha de Cronbach	Variáveis/instrumentos para avaliar a validade convergente e divergente
Osman et al., (1998)	Inglês/EUA	Estudo 1: N=450 (66.7% ♀) Estudantes universitários Estudo 2: N=286 estudantes universitários (70.6% ♀) Intervalo de idades:15-25 anos	Estudo 1: 20 Estudo 2:14	Estudo 1: AFE (rotação varimax) Estudo 2: AFC (one-factor model) (SB-x2 = 243.95, df = 77, p < .001; NFI = .76, NNFI = .74, R-CFI = .71, and RMSR= .12) AFC (two-factor oblique model) (SB-x2 = 91.71, df = 75, p = .09, ns). NFI= .92, NNFI= .94, R-CFI= .97, and RMSR= .03)	2	Estudo 1: NSI:.91; PI:.80 Estudo 2: NSI:.93; PI:.82	SBQ SPS BHS BSI
Osman et al., (2002)	Inglês/EUA	N= 195(45.1% ♀) Adolescentes psiquiátricos internados Idades: 14-17 anos	14	AFC (SB-x2/df = 1.36; RCFI = .980; NFI= .976; RMSEA= .043 (90% confidence interval [CI] = .017, .062).	2	NSI: .96 PI: .89	SBQ-R BHS PANAS-PA PANAS-NA RFL-A
Osman et al., (2003)	Inglês/EUA	N=217 (47.5% ♀) adolescentes de escolas do secundário Idades: 14-19 anos N=30 (66.7% ♀) adolescentes psiquiátricos Idades:14-17 anos	14	AFC (SB-x2 = 94.28, df =76, p = .08, ns.)	2	NSI: .94 PI:.81	BDI-II SBQ-R PANAS SWLS RFL-YA
Muehlenkamp et al., (2005)	Inglês/EUA	N=398(61.7% ♀) Estudantes universitários	14	AFC (SB-x2= 93.33, df =76, p = .09; NNFI =.96, R-CFI=.97, RMSEA=.033 , e 95% confidence interval [CI] = .000,.054)	2	< .70	SBQ-R BHS PANAS RFL-YA
Villalobos Galvis (2009)	Espanhol/Colômbia	N=643(50.2% ♀) estudantes de escolas e universidades Idades: 10-30 anos	14	AFC (Rotação oblíqua)	2	NSI: .93 PI: .84	CESD BHS AER IS_CESD

Chang et al., (2009)	Chinês/ China	N=2341 (52% ♀) jovens Idades: 12-19 anos	14	AFE (Correlation matrix e KMO value) AFC (SB-x2= 1191.71, d.f. = 76, P < 0.001, SB-x2 /d.f. = 15.68, CFI = 0.950, NFI = 0.947, GFI = 0.933, RMSEA = 0.078 e RMR = 0.052)	2	NSI: .94 PI:.86	CDI CTI-C SCS
Yasien e Ahmad (2015)	Urdu/ Paquistão	N=300 (52.7% ♀) adolescentes Idades:16-19 anos	14	AFE (Rotação Varimax)	2	NSI:.89 PI:.73	AKUADS BHS
Sinniah et al., (2015)	Malaio/Malásia	N=483(61% ♀) Pacientes psiquiátricos Idades: 16 a 75 anos	14	AFC (x2/df = 2.451, CFI = 0.963; GFI = 0.925, AGFI = 0.894, , RMSEA = 0.0680)	2	NSI:.93 PI:.84	DASS-21 RFL BHS PSR SWLS RSES ATHS
Lin (2015)	Mandarim/Taiwan	N=814(68.2% ♀) Estudantes universitários Média de idades: 20.13 anos	14	AFE AFC (x2= 398.62 (df = 59,p < 0.001) CFI = 0.98 GFI = 0.93 SRMR = 0.06 AGFI = 0.89, RMSEA = 0.084 NFI = 0.98, NNFI = 0.9)	2	NSI: .95 PI:.85	RSES CESD-10
Aloba et al., (2017)	Inglês/Nigéria	N=530(54.2% ♀) estudantes universitários	14	AFE (Rotação oblíqua) AFC (C2=93.8; df=67; x2/df=1.400; p=0.17; GFI= 0.951; TLI=0.964; CFI=0.974; RMSEA=0.040)	2	NSI:.76 PI:.77	QHQ-12 BDI-II
Avendaño-Prieto et al., (2017)	Espanhol/ Espanha	N=1318 (42.8% ♀) estudantes Idades: 13-19 anos	13	AFE (Rotação Oblíqua) AFC (x2/g1=3.585; GFI=.95; CFI=.96 RMSEA= .06)	2	NSI: .89 PI:.77	Informação inexistente
Rodas-Vera, et al., (2021)	Peru	Estudo 1: N= 306 Idades:17-32 (52.6% Sexo Masculino) Estudo 2: N= 205 Idades: 15-53 (80.7%♀)	14	AFE AFC x2=171.41;df=76;CFI=.988; SRMR=.045; RMSEA=.078	2	NSI: .95 PI: .85	Informação Inexistente

Nota: AFC = Análise Fatorial Confirmatória; AFE = Análise Fatorial Exploratória. PANSI-NSI = PANSI Negative; PANSI-P = PANSI Positive; SB-x2=Satorra-Benter x2; df=degrees of freedom; x2=chi-square; NFI = Normed Fit Index; NNFI = NonNormed Fit Index; R-CFI =Robust Comparative Fit Index; RMSEA =root mean square error of approximation; RMR= root-mean-squared residual; GFI =Goodness-of-Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness-of-Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; TLI=Tucker-Lewis Index; SRMR=Standardized Root Mean Squared Residual.SBQ :Sedentary Behavior Questionnaire; SPS: Suicide Probability Scale; BHS: Beck Hopelessness Scale BSI: Brief Symptom Inventory; SBQ-R: Sedentary Behavior Questionnaire – Second Edition; SWLS: Satisfaction With Life Scale; RFL-A: Reasons for Living Inventory for Adolescents; RFL-YA: Reasons for Living Inventory for Young Adults; PANAS: Positive and Negative Affect Schedule; PANAS-NA: Positive and Negative Affect Schedule-Negative Scale; PANAS-PA: Positive and Negative Affect Schedule-Positive Scale; DASS-21:Depression, Anxiety and Stress Scale; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D-10:Center of Epidemiologic Studies Depression Scale, 10-item version; GHQ-12:The 12-Item General Health Questionnaire ; CDI: Children's Depression Inventory; AER: Escala de Autoestima de Rosenberg; IS-CESD: Escala de Ideação Suicida; CTI-C: Cognitive Triad for Children; SCS: Self-control Schedule; AKUADS: Aga Khan Anxiety Depression; PSR: Provision of Social Relations; RDES: Rosenberg Self Esteem Scale; ATHS:The Adult Trait Hope Scale

2.7.1. A ideação suicida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas

Com a finalidade de melhor compreender quais as variáveis que estão presentes no desenvolvimento da Ideação Suicida, e em que variáveis foram encontradas diferenças significativas no PANSI, foram realizadas pesquisas que melhor explicassem essa associação.

2.7.1.1. A ideação suicida em função do sexo

O primeiro estudo a realçar é da autoria de Siabato e colaboradores (2017), que utilizou como amostra indivíduos adolescentes (entre os 14 e os 17 anos). Nas comparações realizadas entre a Ideação suicida negativa e positiva em função do sexo dos participantes jovens, constata-se que o sexo feminino apresenta tanto uma maior ideação suicida positiva como negativa comparativamente com o sexo masculino.

A maior prevalência da ideação suicida no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino é igualmente comprovada noutras investigações, nomeadamente de Schaffer et al., 2008; Arria et al., 2009; Roberto, 2009). Em acréscimo, é de realçar o estudo de Borges e Werlang (2006), em que constataram uma probabilidade duas vezes superior do sexo feminino, em comparação com o sexo masculino.

2.7.1.2. A ideação suicida associada à sintomatologia depressiva

Ainda no que concerne ao estudo de Siabato e colaboradores (2007), é pertinente sublinhar as variáveis responsáveis por avaliar a sintomatologia depressiva, nomeadamente o estado de ânimo negativo, os problemas interpessoais, a ineficácia, a anedonia, a autoestima negativa e a depressão total. Em primeiro lugar, o estado de ânimo diz respeito à forma como nos sentimos, como se encontra o nosso nível de motivação e o nosso estado de humor. Seguidamente, os problemas interpessoais são vistos como as dificuldades que a pessoa apresenta em situações sociais, no relacionamento com outras pessoas. Relativamente ao fator ineficácia, este consiste no sentimento de inutilidade, no sentido em que o sujeito sente que não é capaz de realizar uma determinada tarefa. Quanto à variável anedonia, esta trata-se da perda da satisfação e interesse em realizar atividades, que antes eram consideradas agradáveis. Por último, a autoestima negativa, esta diz respeito à visão negativa que temos de nós próprios.

Foram analisadas no estudo anteriormente referido, as correlações existentes (e respetiva significância), compreendendo qual o sexo com maior predominância. Neste sentido, verificou-se que as mulheres apresentam valores significativamente mais

elevados na correlação entre a variável de estado de ânimo negativo e a ideação suicida positiva e negativa ($r=.49^{**}$) (Siabato et al., 2017). Observou-se, assim, que mulheres que se sentem desanimadas, e com um humor mais deprimido, estão propensas a desenvolver ideação suicida.

No que concerne à correlação entre a Ideação suicida positiva e negativa com a variável de problemas interpessoais, os homens apresentam valores mais elevados do que as mulheres ($r= .19$) (Siabato et al., 2017), no entanto não são valores significativos.

Na correlação entre a ideação suicida e o sentimento de inutilidade, verifica-se que as mulheres apresentam um maior valor ($r=.58^{**}$) em comparação com os homens ($r=.38^{**}$). Assim sendo, uma mulher que se sinta insuficiente, inútil a realizar as coisas, apresenta uma maior probabilidade de vir a desenvolver ideação suicida.

No que é respeitante à correlação entre a ideação suicida positiva e negativa e a anedonia, as mulheres apresentaram significativamente pontuações mais altas ($r= .43^{**}$) (Siabato et al., 2017). Posto isto, mulheres que se sentem insatisfeitas, e sem interesse em realizar atividades que anteriormente achavam agradáveis, têm mais tendência a apresentar uma maior ideação suicida.

No que diz respeito à correlação entre a baixa autoestima e a Ideação suicida negativa e positiva, as mulheres apresentam significativamente maiores valores comparativamente aos homens ($r= .58^{**}$) (Siabato et al., 2017). Se uma mulher olha para si de uma forma negativa, não se valorizando, com falta de autoconfiança, têm uma maior probabilidade de desenvolver ideação suicida.

Em geral, existe então, uma correlação positiva significativa entre as variáveis da sintomatologia depressiva e a ideação suicida, com maior acento no sexo feminino. Assim, as mulheres que apresentem algum tipo de sintomatologia depressiva, tendem com maior probabilidade a desenvolver ideação suicida (Siabato et al., 2017).

Azevedo e Matos (2014) desenvolveram uma outra investigação que se centrou igualmente na avaliação da relação entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva. A principal conclusão dela retirada envolveu a existência de uma correlação significativa entre as duas variáveis numa amostra de adolescentes.

De acordo com o estudo de Arria e colaboradores (2008), a ideação suicida revela uma forte associação com a depressão numa amostra de estudantes universitários.

Em acréscimo, Eisenberg e colaboradores (2007), verificaram que 67% da população universitária que indicava apresentar ideação suicida, evidenciava igualmente uma perturbação depressiva.

3. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo analisar as características psicométricas da versão portuguesa do inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI) numa amostra de jovens adultos portugueses.

Os objetivos específicos incluem: (1) analisar a estrutura interna do instrumento; (2) analisar a fiabilidade das medidas proporcionadas pelo PANSI; (3) analisar a sua validade convergente, discriminante e concorrente; (4) explorar os valores do PANSI em função do sexo dos participantes.

4. Metodologia

4.1. Design do Estudo

Trata-se de um estudo psicométrico, descritivo-correlacional e transversal.

4.2. Amostra

O presente estudo foi composto por 123 participantes, de nacionalidade portuguesa com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, ($M = 23.56$, $DP = 2.869$). Em relação ao sexo dos participantes, 99 (80.5%) eram do sexo feminino e 24 (19.5%) do sexo masculino.

4.3. Instrumentos

De acordo com os objetivos propostos, procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: o Questionário Sociodemográfico, o Inventário de Ideação Negativa e Positiva (PANSI; Osman et al., 1998) e a Versão Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS; Pais-Ribeiro, 2004).

4.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico, composto por questões acerca das variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade, o género, o local de residência, estado civil, habilitações literárias e a situação profissional atual do indivíduo. Permite também a recolha de informação sobre a ocorrência de tentativas de suicídio ou comportamentos autolesivos.

4.3.2. Inventário da Ideação Suicida Negativa e Positiva (PANSI)

O inventário da Ideação Suicida Negativa e Positiva (PANSI; Osman et al., 1998) tem como objetivo avaliar os pensamentos positivos e negativos da ideação suicida. É constituído por 14 itens, dos quais 6 são de ideação suicida positiva (fatores protetores) e os restantes 8 de ideação negativa (fatores de risco). A escala tipo *Likert* é composta por cinco pontos que variam entre 0 (*nunca*) e 4 (*sempre*). Em relação à consistência interna, os valores revelam-se satisfatórios (Ideação Negativa: $\alpha = .91$ e $.93$; Ideação Positiva: $\alpha = .80$ e $.82$), com uma amostra de 450, participantes com idades compreendidas entre 15 e os 25 anos (Osman et al., 1998).

Na presente amostra, o valor da consistência interna do Inventário de Ideação Positiva e Negativa (PANSI) foi calculado através dos valores do alfa de Cronbach das

subescalas Ideação Negativa ($\alpha = .97$) e Ideação Positiva ($\alpha = .84$) o que significa que o instrumento em questão apresenta, de forma geral, bons indicadores de fidelidade.

4.3.3. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

As Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) foram criadas em 1995, por Lovibond e Lovibond (1995). Foi realizada uma versão portuguesa deste instrumento por Pais-Ribeiro e colaboradores em 2004. É constituída por três escalas (Depressão, Ansiedade e Stress) com sete itens cada, existindo no total 21 itens. Cada item consta numa afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Cada frase exhibe quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert* (Lovibond & Lovibond, 1995). No que concerne à consistência interna, os valores do alfa da escala de Depressão são de .85, da Ansiedade .74 e de Stress .81, para uma amostra de 200 participantes, entre os 18 e 23 anos (Pais-Ribeiro et al., 2004). Na presente amostra, os valores do alfa da escala de Depressão são de .93, da Ansiedade, .90 e de Stress .91.

4.4. Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada em formato online, com recurso à plataforma digital *Google Forms*. O link de acesso aos questionários estava anexado em e-mail e foi enviado para diversas instituições de ensino superior de Portugal continental e ilhas, e ainda, partilhado em grupos informais de jovens-adultos através das redes sociais, ambos acompanhados de uma breve explicação do objetivo da investigação em questão. Para a recolha de dados foi realizado um consentimento informado de participação no estudo.

4.5. Procedimento de Tratamento de Dados

A análise dos dados foi realizada através de uma base de dados de um programa informático de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* (versão 26.0) para Windows e o *SPSS Amos* (versão 26.0) para realizar a análise fatorial confirmatória. Os dados estatísticos foram examinados tendo em conta as propriedades da amostra e os objetivos do estudo. Vinte e sete respondentes foram excluídos inicialmente do estudo pelo facto de não se inserirem na faixa etária desejada.

Primeiramente, procedeu-se à avaliação descritiva das respostas aos itens de modo a identificar os que são potencialmente problemáticos (avaliando a dispersão, a assimetria, os *outliers*, *missing values*, curtose, desvio padrão e média).

Procedeu-se também à análise factorial confirmatória, avaliando os índices: Teste de ajustamento de qui-quadrado (χ^2), Graus de liberdade (gl), Índice de ajustamento comparativo (Comparative Fit Index, CFI), Índice de bondade do ajustamento (Goodness of Fit Index, GFI), Raiz da média quadrática do erro de aproximação (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index, TLI), Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (Parsimonious Normed Fit Index, PNFI), Raiz da média quadrática residual (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR), Índice esperado de validação cruzada (Expected Cross-validation Index, ECVI), Critério de informação de Akaike (Akaike Information Criterion, AIC) e o intervalo de confiança. Posteriormente, foi avaliada a consistência interna da medida proporcionada pelo instrumento (*Alpha* de *Cronbach*).

De seguida, procedeu-se à avaliação da validade convergente, discriminante e concorrente, em que esta última referida, foi avaliada através das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS; Lovibond & Lovibond, 1995).

Por último, explorou-se se existiam diferenças significativas no PANSI em função do sexo dos participantes através do teste t de student para amostras independentes. Analisou-se ainda a relação entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva.

5. Resultados

5.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

De seguida são apresentados os dados sociodemográficos da amostra da presente investigação, abordando medidas de tendência central (i.e., média), de dispersão (i.e., desvio-padrão), a mediana e os valores mínimos e máximos relativamente à idade.

Tabela 2

Dados Sociodemográficos dos Participantes

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Min-Máx</i>
Idade				
Homens	23.54	2.87	24.00	18-30
Mulheres	23.57	2.88	23.00	18-30
	<i>N</i>	<i>%</i>		
Sexo				
Feminino	99	80.5		
Masculino	24	19.5		
Nacionalidade				
Portuguesa	119	96.7		
Naturalidade				
Norte	10	8.1		
Centro	29	23.6		
Sul	57	46.3		
Ilhas	22	17.9		
Estado Civil				
Solteiro	116	94.3		
Casado	1	0.8		
União de Facto	6	4.9		
Habilitações Académicas				
3ºCiclo	3	2.4		
Ensino Secundário	31	25.2		
Ensino Superior	88	71.5		
Acompanhamento Psicológico				

Sim	49	39.8
Não	74	60.2
Diagnóstico Psicológico/Psiquiátrico		
Sim	39	31.7
Não	84	68.3

Nota. $N = 123$; $M =$ Média; $DP =$ Desvio-padrão; $Md =$ Mediana; $Mín - Máx =$ Mínimo e Máximo.

A amostra total utilizada neste estudo foi constituída por um total de 123 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos ($M = 23.56$, $DP = 2.87$). A amostra foi composta por 99 participantes do sexo feminino (80,5%) e 24 participantes do sexo masculino (19.5%). Em relação à nacionalidade dos participantes, 119 são de nacionalidade portuguesa (96.7%), sendo que os restantes 4 participantes são de nacionalidades brasileira, francesa, venezuelana e dupla nacionalidade venezuelano-português (0.8% cada). Relativamente à naturalidade, 57 participantes são do Sul (46.3%), 29 são do Centro (23.6%), 22 são das Ilhas (17.9%) e 10 são do Norte (8.1%). Quanto ao estado civil, 116 participantes são solteiros (94.3%), 1 encontra-se casado (0.8%) e 6 participantes em união de facto (4.9%).

Quanto às habilitações académicas, a amostra contém 88 participantes com o Ensino Superior (71.5%), 31 com o Ensino Secundário (25.2%) e 3 possuem o 3º ciclo (2.4%). Os 4 restantes participantes apresentam Licenciatura (0.8%), o primeiro ano de Universidade (0.8%), o Ensino Secundário e profissional (0.8%) e Mestrado (0.8%),

Relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico, 74 dos participantes (60.2%) referiram que não foram ou não estão a ser acompanhados por um profissional. Os restantes 49 participantes (39.8%) responderam que já foram ou estão a receber acompanhamento. Quanto aos sujeitos diagnosticados com um problema psicológico ou psiquiátrico, 84 participantes (68.3%) não apresentam esta condição; em contrapartida, 39 participantes (31.7%) responderam ter um diagnóstico.

Quanto à questão “Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?”, 68 participantes (55.3%) responderam “não” e 55 responderam “sim” (44.7%). Relativamente à autolesão intencional, 92 participantes (74.8%) referiram não se ter autoprejudicado e 31 participantes (25.2%) referiram ter esse comportamento. Por fim, no que concerne à tomada de decisão de retirar a própria vida, 103 sujeitos (83.7%)

responderam que nunca tentaram, sendo que os restantes 20 (16.3%) arriscaram pôr fim à mesma.

Relativamente aos participantes que responderam “sim” às últimas duas questões acima referidas, foram direcionados a responder às quatro questões seguintes: quanto à primeira pergunta “Quantas vezes realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídios?”, 1 participante (21.4%) respondeu seis vezes, 2 participantes (14.3%) responderam 4 vezes, sendo que os restantes sujeitos deram respostas variadas, desde “algumas”, “mais de duas vezes”, e “muitas”, todas elas correspondendo a 3.6%. No que concerne à segunda questão (“Indique que idade tinha quando realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio pela primeira vez”), 6 participantes (20.6%), responderam “15 anos” e 5 (17.2%) responderam “16 anos”. De seguida, parece existir uma descida na prevalência de tais comportamentos em idades dos 12 (10.3%), 13 (13.7%) e 14 anos (13.8%). Acompanhando ainda esta diminuição, estão presentes idades compreendidas entre os 17 e os 26 anos, cometendo esse comportamento apenas uma vez (3.4%). Posteriormente, na questão “Indique que idade tinha quando realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio pela última vez”, 5 sujeitos responderam “14 anos” (16.6%), sendo a percentagem mais elevada. Abaixo dessa percentagem, estão presentes três participantes de 20 anos (10%) e três de 21 anos (10%). Relativamente aos restantes participantes, cada um obteve uma contagem nas idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos (6.7%).

Relativamente ao método de autolesão utilizado, o que apresentou maior incidência foi a opção “cortes na pele com objeto cortante” (50%) respondida por 15 participantes. Seguidamente, 11 sujeitos (36.7%) relataram utilizar “intoxicação medicamentosa”. Por fim, 6 sujeitos responderam “cortes/contusão/flebotomia” (20%) e 4 participantes responderam “queimaduras na pele” (13.3%).

Na questão “Conhece familiares próximos que tentaram suicídio?”, 81 sujeitos (65.9%) responderam “não”; os restantes 42 participantes (34.1%) referiram “sim”. Quanto à pergunta “Conhece amigos que tenham tentado suicídio?”, 63 sujeitos relataram que “sim” (51.2%) e outros 60 que “não” (48.8%).0

5.2. Análise Descritiva do Instrumento

A Tabela 3 apresenta a análise descritiva dos itens do PANSI, abordando medidas de tendência central (i.e. média), de dispersão (i.e., desvio-padrão) e de distribuição (i.e., assimetria e curtose).

Tabela 3

Estatística Descritiva dos Itens do PANSI

Item	M	DP	A	C
1. Considerou, seriamente, terminar com a sua própria vida porque sentiu que não conseguiu corresponder às expectativas de outros?	1.65	1,12	1.61	1.43
2. Sentiu que estava no controlo da maioria das situações na sua vida?	3.20	1.01	-.02	-.67
3. Sentiu desesperança face ao futuro e ponderou terminar com a sua própria vida?	1.86	1.35	1.31	.29
4. Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?	1.59	1.10	1.78	2.03
5. Pensou em terminar com a sua própria vida porque não conseguiu alcançar algo de importante?	1.64	1.17	1.65	1.31
6. Sentiu-se esperançoso face ao futuro porque as coisas estavam a correr bem para si?	3.56	1.04	-.76	.24
7. Pensou em terminar com a sua própria vida porque não conseguia encontrar solução para um problema pessoal?	1.68	1.24	1.74	1.79
8. Sentiu-se entusiasmado porque estava a ter sucesso na escola ou no trabalho?	4.01	0.84	-.59	.25
9. Pensou em terminar com a sua própria vida porque se sentiu como um falhado?	1.80	1.36	1.46	.61
10. Pensou que os seus problemas eram de tal modo avassaladores que o suicídio era a sua única opção?	1.68	1.23	1.68	1.51
11. Sentiu-se de tal modo sozinho ou triste que quis terminar com a sua própria vida para acabar com a sua dor?	1.83	1.34	1.47	.84
12. Sentiu-se confiante na sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas na sua vida?	3.20	0.98	-.42	-.31
13. Sentiu que a vida valia a pena?	3.93	1.14	-.79	-.42
14. Sentiu-se confiante com os seus planos para o futuro?	3.66	0.99	-.09	-.84

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; A=Assimetria; C=Curtose

A média das frequências situou-se de forma global entre 1 e 4. O item 4 (“Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?”) apresentou a média mais baixa ($M = 1.59$, $DP = 1.10$). Em contrapartida, o item 8 (“Sentiu-se entusiasmado porque estava a ter sucesso na escola ou no trabalho?”) foi o item com média mais elevada ($M = 4.01$, $DP = 0.84$).

Relativamente aos valores do desvio-padrão, os itens demonstraram de forma global, um valor superior a 1, revelando assim uma dispersão dos valores em relação à média. Neste sentido, os itens 3 ($DP = 1.35$), 7 ($DP = 1.24$), 9 ($DP = 1.36$) e 11 ($DP = 1.34$) foram os itens que se afastaram mais da média, ou seja, existe uma maior dispersão nestas respostas. Em contrapartida, o item 8 ($DP = 0.84$), 12 ($DP = 0.98$) e 14 ($DP = 0.99$) apresentam valores de desvio-padrão mais próximos da média, demonstrando, deste modo, uma menor dispersão de respostas.

No que concerne às medidas de distribuição, a assimetria oscilou entre -0.79 (item 13: “Sentiu que a vida valia a pena?”) e 1.78 (“item 4: Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?”). Na sua globalidade, os itens do PANSI apresentaram uma assimetria positiva e apenas os itens 2 ($A = -0.02$), 6 ($A = -0.76$), 8 ($A = -0.59$), 12 ($A = -0.42$) 13 ($A = -0.79$) e 14 ($A = -0.09$) apresentaram distribuição assimétrica negativa.

No que concerne à curtose, os valores variaram entre -0.84 e 2.03 . Os itens demonstraram, maioritariamente, uma distribuição mesocúrtica.

5.3. Análise da Estrutura Interna

5.3.1. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A análise do modelo com dois fatores foi realizada com a amostra total ($N = 123$) e com os 14 itens que compõem o instrumento.

Tabela 4

Índices de Ajustamento para os Modelos Testados

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	RMSEA		SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI	AIC	90% CI	
				(IC) 95%									LL	UL
Modelo 1	74.305	65	1.143	.035	.046	.046	.924	.992	.994	.683	1.297	154.305		
(2 fatores)													.000	.067

$N = 278$; χ^2 = Qui-quadrado; gl = Graus de liberdade; RMSEA = Raiz da média quadrática do erro de aproximação; SRMR = Raiz da média quadrática residual; GFI = Índice de bondade do ajustamento; TLI = Índice Tucker-Lewis; CFI = Índice de ajustamento comparativo; PNFI = Índice de ajustamento normalizado de parcimónia; ECVI = Índice esperado de validação cruzada; AIC = Critério de informação de Akaike.

Através da Tabela 4, conclui-se que na razão do qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl), apresentam um valor adequado (inferior a 2). O valor de SRMR, apresenta-se, de igual modo, adequado, sendo que quanto menor for o valor melhor será o ajustamento. O GFI, revelou um bom ajustamento (entre 0.9 e 0.95). O valor de CFI, indica um ajustamento muito bom (superior ou igual a 0.95), tal como o valor de TLI (valor próximo de 1) e o RMSEA (inferior a 0.05). Já o PNFI obteve um valor de ajustamento razoável (entre 0.6 e 0.8) (Marôco, 2010).

Assim, de acordo com a interpretação dos resultados, é possível verificar que o modelo revelou uma qualidade de ajustamento adequada: $\chi^2 (65) = 74.305$; $p < .001$; $\chi^2/gl = 1.143$; $CFI = .994$; $RMSEA = .035$.

Tabela 5

Correlações (r) entre as subescalas do PANSI

	Ideação Positiva	Ideação Negativa
Ideação Negativa	-.62**	-
Ideação Positiva	-	-.62**

Nota. PANSI = Positive and Negative Suicide Ideation

Foi possível verificar, através do cálculo e da posterior interpretação do Coeficiente de Pearson, que a relação entre as subescalas Ideação Negativa e Ideação Positiva, se revela negativa, moderada e significativa ($r = -.62$, $p < .05$).

5.4. Análise da Fiabilidade

5.4.1. Análise da Consistência Interna

Com o intuito de confirmar se todos os itens do PANSI avaliam efetivamente o construto em estudo, foi realizada uma análise da consistência interna do instrumento, através do cálculo do alfa de *Cronbach*. A subescala Ideação Negativa obteve um valor bastante satisfatório ($\alpha = .97$) assim como a subescala Ideação Positiva ($\alpha = .84$).

A análise comparativa dos valores do alfa obtidos no estudo original (Osman et al., 1998) com os obtidos na presente amostra possibilita-nos constatar que os autores originais alcançaram valores de consistência interna inferiores. Na Tabela 6 encontra-se

representada a consistência interna total do instrumento em estudo e das suas respectivas escalas, comparativamente à versão original do instrumento.

Tabela 6

Consistência Interna das Subescalas do PANSI comparativamente à Versão Original

<i>Subescalas do PANSI</i>	<i>Versão Portuguesa (N=123)</i>	<i>Estudo Original (Osman et al.,1998) (N=736)</i>
	<i>alfa de cronbach</i>	<i>alfa de cronbach</i>
Ideação Negativa	.97	Estudo 1: .91 Estudo 2: .93
Ideação Positiva	.84	Estudo 1: .80 Estudo 2: .82

Nota. PANSI: Positive and Negative Suicide Ideation

5.5. Análise da Validade

5.5.1. Validade Convergente

Pode-se verificar a existência de validade convergente quando os itens de um determinado instrumento saturam no fator a que pertencem e não em outro. Para tal, para avaliar a validade convergente do PANSI calculou-se o índice de Variância Extraída Média (*VEM*) (Tabela 7) para estimar o grau em que a variância dos itens de um fator é explicada por esse mesmo fator (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 7

Variância Extraída Média (VEM) do PANSI

<i>Subescalas</i>	<i>VEM</i>
F1: Ideação Negativa	.82
F2: Ideação Positiva	.48

Nota. VEM: Variância Extraída Média

Através dos resultados obtidos, os fatores Ideação Negativa (*VEM* = .82) e Ideação Positiva (*VEM* = .48), revelam, de forma geral, valores satisfatórios, porém, o último fator frisado, apesar de não evidenciar um valor superior a .5, que é o valor de referência (Fornell & Larcker, 1981), situa-se muito perto e, se arredondado,

corresponderia. Desta forma, o PANSI, revela uma validade convergente satisfatória, isto é, os itens saturam nos fatores a que pertencem.

5.5.2. Validade Discriminante

A validade discriminante consiste no grau em que os itens de um fator se correlacionam com o próprio, e não com outro fator existente. Por outras palavras, este tipo de validade refere o grau em que uma medida não se correlaciona com outras medidas com as quais supostamente deve divergir (Sánchez, 1999). Assim sendo, esta validade é garantida a partir do momento em que a *VEM* (Variância Extraída Média) de cada fator é superior à variância partilhada entre os mesmos (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 8

Variância Partilhada (r^2) entre os fatores do PANSI

	r^2
Subescalas	Ideação Negativa
F1: Ideação Negativa	-
F2: Ideação Positiva	.38

Nota. $N=123$; $F1$ =Fator 1; $F2$ = Fator 2.

Através da Tabela 8, é possível verificar que a variância partilhada pelos fatores foi inferior à variância extraída média de cada fator (valores apresentados na Tabela 8), o que indica a existência de validade discriminante, isto é, o PANSI consegue diferenciar de forma clara, as duas subescalas que o pertencem.

5.5.3. Validade Concorrente

O estudo da validade concorrente foi realizado através da análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre o instrumento total em estudo e as suas subescalas, e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) como é possível observar na Tabela 9.

Tabela 9

Correlações entre as Subescalas do PANSI e as EADS

	Ideação Positiva	Ideação Negativa	EADS Total	EADS Ansiedade	EADS Depressão	EADS Stresse
Ideação Negativa	-.62**	-	.53**	.43**	.64**	.39**

Ideação Positiva	-	-.62**	-.46**	-.39**	-.56**	-.33**
-------------------------	---	--------	--------	--------	--------	--------

Nota. PANSI: Positive and Negative Suicide Ideation; EADS: Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse.

Respetivamente à subescala Ideação Negativa, esta apresenta uma relação positiva, moderada e significativa com a EADS total ($r = .53, p < .05$) e com as subescalas EADS Ansiedade ($r = .43$) e EADS Stresse ($r = .39$), enquanto apresentou uma relação positiva, forte e significativa com a subescala da EADS Depressão ($r = .64$).

Em relação à subescala Ideação Positiva, esta apresenta uma relação negativa, moderada e significativa com a EADS total ($r = -.46, p < .05$) e com as subescalas da EADS: EADS Depressão ($r = -.56, p < .05$); e com a EADS Stresse ($r = -.33, p < .05$); Já com a EADS Ansiedade ($r = -.39, p < .05$), obteve uma relação negativa, fraca e significativa.

5.5. Diferenças entre grupos

De modo a avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias do Inventário de Ideação Negativa e Positiva (PANSI) no sexo feminino e no sexo masculino, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Na Tabela 10 encontram-se apresentados os valores médios, desvios-padrão e a distribuição por sexos da amostra, para as subescalas do PANSI.

Tabela 10

Diferenças entre Sexos nas Subescalas do PANSI

	Amostra		Sexo Feminino		Sexo Masculino		d	t	p
	Total	(N=123)	(N=99)		(N=24)				
PANSI	M	DP	M	DP	M	DP			
Ideação Negativa	1.72	1.13	1.69	1.17	1.84	0.96	0.14	.612	.542
Ideação Positiva	3.59	0.75	3.61	0.79	3.54	0.55	0.10	-.468	.642

*Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; d = d de Cohen; t = Teste t de Student para amostras independentes; PANSI = Positive and Negative Suicide Ideation * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.*

De acordo com os valores obtidos torna-se possível concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nas respostas apresentadas no PANSI, obtendo valores superiores a .05 no parâmetro da significância. A média para os participantes do sexo feminino na subescala Ideação Negativa foi de $M = 1.69$ ($DP = 1.17$) e para o sexo masculino foi de $M = 1.84$ ($DP = 0.96$). Já na subescala Ideação Positiva, a média para os participantes do sexo feminino foi de $M=3.61$ ($DP= 0.79$), e para o sexo masculino foi de $M =3.54$ ($DP = 0.55$). Relativamente à magnitude da diferença entre as três subescalas, esta apresentou um efeito reduzido (d de Cohen ≤ 0.3).

6. Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal a análise das características psicométricas do Inventário de Ideação Negativa e Positiva (PANSI), numa amostra de jovens adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos.

Tal como referido ao longo deste trabalho, o suicídio é considerado umas das principais causas de morte nos jovens adultos, levando estes a pertencerem a um grupo de risco, por isso ser relevante a existência de instrumentos que avaliem o construto em estudo, a ideação suicida nesta faixa etária (Lee & Oh, 2012). A nível nacional, essa existência é escassa, para tal é fundamental o desenvolvimento de instrumentos com validade e fiabilidade adaptados à população portuguesa, para jovens adultos.

Nesta etapa do trabalho, serão discutidos, os resultados obtidos no presente estudo realizado, com o objetivo de responder aos objetivos que foram traçados previamente.

De modo inicial, foi realizada a caracterização sociodemográfica da amostra ($N=123$), relativamente à idade, sexo, nacionalidade, naturalidade, estado civil, habilitações académicas, acompanhamento psicológico / psiquiátrico e diagnóstico psicológico/psiquiátrico.

De seguida procedeu-se à análise das estatísticas descritivas do instrumento, nomeadamente, medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão) e distribuição (assimetria e curtose) de cada item do instrumento em estudo.

Relativamente aos valores da média, estes situaram-se, de forma global, entre 1 e 4, em que o item 4 (“Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?”) evidenciou um valor médio mais baixo ($M=1.59$, $DP=1.10$) e o item 8 (“Sentiu-se entusiasmado porque estava a ter sucesso na escola ou no trabalho?”) um valor mais elevado ($M=4.01$, $DP=0.84$).

Os valores de desvio-padrão revelaram-se, de forma geral, superiores a 1, indicando alguma dispersão relativamente à média. Deste modo, os itens que mais se afastaram da média, foram os itens 3 ($DP=1.35$), 7 ($DP=1.24$), 9 ($DP=1.36$) e 11 (DP

=1.34). Em contraste, os itens com valores mais próximos da média, foram, o item 8 ($DP = 0.84$), 12 ($DP = 0.98$) e 14 ($DP = 0.99$).

Em relação aos valores da assimetria, estes situaram-se entre -0.79 (item 13: “Sentiu que a vida valia a pena?”) e 1.78 (“item 4: Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?”). De uma forma geral, os itens do PANSI evidenciaram uma assimetria positiva, e apenas os itens 2 ($A = -0.02$), 6 ($A = -0.76$), 8 ($A = -0.59$), 12 ($A = -0.42$) 13 ($A = -0.79$) e 14 ($A = -0.09$) uma distribuição assimétrica negativa. Relativamente aos valores da curtose, estes oscilaram entre -0.84 e 2.03 , demonstrando, na grande maioria dos itens, uma distribuição mesocúrtica. Alguns itens revelaram valores de assimetria e de curtose superiores a 1, no entanto, nenhum item obteve um valor superior a 3 na assimetria nem superior a 10 na curtose, significando este facto, que a distribuição dos itens indica normalidade (Kline, 2016).

Para analisar a estrutura interna do instrumento, procedeu-se à análise fatorial confirmatória (AFC), testando o modelo de dois fatores (Ideação Negativa e Ideação Positiva) de Osman e colaboradores (1998), e a mesma, obteve uma qualidade de ajustamento adequada: $\chi^2(65) = 74.305$; $p < .001$; $\chi^2/df = 1.143$; CFI = .994; RMSEA = .035. De acordo com a revisão de literatura realizada, (exposta na Tabela intitulada *Síntese dos Estudos das propriedades psicométricas do PANSI*), o valor de RMSEA no estudo de Lin (2015), situou-se entre .08 e .10, revelando-se medíocre. Em contrapartida, nos estudos de Chang et al. (2009), Sinniah et al. (2015) e Avendaño-Prieto et al. (2017), o valor demonstrou-se adequado (entre .05 e .08). Relativamente ao índice PNFI, os valores apresentam-se, de modo geral, satisfatórios (superior a .08). Quanto aos índices CFI e GFI, é possível referir que, quando comparadas as adaptações evidenciadas na Tabela 1 com a presente investigação, os valores revelam-se bastante adequados. O valor de SRMR, demonstrou-se adequado nos estudos de Chang et al., (2009), Lin (2015) e Rodas-Vera et al., (2021), destacando-se este último com um valor similar ao presente estudo. Desta forma, a estrutura final da versão portuguesa do PANSI compreende um total de 2 fatores: Ideação Negativa (8 itens: 1,3,4,5,7,9,10,11) e Ideação Positiva (6 itens: 2,6,8,12,13,14), correspondendo assim, à sua versão original (Osman et al., 1998) e a outros estudos de adaptação (Osman et al., 2002; Osman et al., 2003; Muehlenkamp et al., 2005; Villalobos Galvis, 2009; Chang et al., 2009; Yasien & Ahmad, 2015 ; Sinniah et al., 2015; Lin, 2015; Aloba et al., 2017 e Rodas-Vera et al., 2021).

Foi analisada também a correlação entre as duas subescalas, verificando-se assim a existência de uma relação negativa, moderada e significativa, o que significa que à medida que uma delas se evidencia com maior intensidade, a outra acaba por diminuir. Isto deve-se ao facto, de avaliarem dois tipologias de pensamentos diferentes, sendo que a Ideação Suicida Negativa avalia a presença de pensamentos relacionados com o suicídio e, em contrapartida, a Ideação Suicida Positiva avalia os pensamentos protetores (autoconfiança, entusiasmo). Assim, se um indivíduo apresentar uma maior concentração de pensamentos protetores (Ideação Suicida Positiva), apresentará um menor número de pensamentos suicidas (Ideação Suicida Negativa).

Com o intuito de avaliar a fiabilidade do PANSI, realizou-se uma análise da consistência interna, através do coeficiente alfa de *Cronbach*, às suas subescalas. A subescala Ideação Negativa revelou um valor bastante satisfatório ($\alpha = .97$) assim como a subescala Ideação Positiva ($\alpha = .84$). Comparando estes valores, com os obtidos no estudo original (Osman et al., 1998) é possível concluir que os autores originais alcançaram valores de consistência interna inferiores.

De igual modo, foram analisadas as validades convergente, discriminante e concorrente do instrumento. A validade convergente, foi avaliada através do cálculo da Variância Extraída Média (*VEM*), evidenciando que, as subescalas Ideação Negativa ($VEM = .82$) e Ideação Positiva ($VEM = .48$), apresentam, valores satisfatórios.

Relativamente à validade discriminante, a variância partilhada pelos fatores foi inferior à variância extraída média de cada fator, o que revela a presença de validade discriminante, salientando assim, a diferenciação entre os fatores que pertencem o PANSI.

A última validade analisada, foi a validade concorrente, através da correlação do PANSI com as EADS (Tabela 10), analisando assim, a relação entre a ideação suicida e a sintomatologia depressiva. Relativamente à subescala Ideação Positiva, esta revelou uma relação negativa, moderada e significativa, com a EADS total e com as subescalas EADS Depressão e a EADS Stresse; em contrapartida com a EADS Ansiedade, apresenta uma relação negativa, fraca e significativa. Isto significa que, quanto maior a existência de pensamentos protetores, tais como a autoconfiança, as expectativas positivas, a satisfação com a vida, a alegria e o sentido de controlo (Ideação Positiva), menor estará propenso à presença de sintomatologia depressiva. Em relação à subescala Ideação Negativa, esta apresentou uma relação positiva, moderada e significativa com a EADS total e com as subescalas EADS Ansiedade e EADS Stresse, enquanto

apresentou uma relação positiva, forte e significativa com a subescala da EADS Depressão. Assim, quem apresenta mais sintomatologia depressiva, será, com maior probabilidade, propenso a desenvolver ideação suicida. Os resultados obtidos nesta presente investigação, vão ao acordo com os estudos de Eisenberg et al., (2007), Arria et al., (2008), Azevedo e Matos (2014), Siabato et al. (2017), que verificaram uma associação forte entre as variáveis da sintomatologia depressiva e a ideação suicida.

Por último, com o objetivo de avaliar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre grupos (sexo), procedeu-se à realização de um teste *t* de *Student* para amostras independentes, concluindo-se que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p > .05$).

Os resultados obtidos, permitem concluir que a versão portuguesa do PANSI, revela boas propriedades psicométricas, nomeadamente, fiabilidade (níveis de consistência interna) e validade adequados. Assim sendo, o PANSI, apresenta-se como um instrumento válido e fiável para avaliar a ideação suicida em jovens adultos, em Portugal.

7. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo o estudo das características psicométricas do Inventário de Ideação Negativa e Ideação Positiva, numa amostra de jovens adultos portugueses.

Através da AFC, conclui-se que o Modelo Bifatorial (Osman et al., 1998), apresentou índices de ajustamento adequada. Desta forma, a estrutura final da versão portuguesa do PANSI compreende um total de 2 fatores (Ideação Negativa e Ideação Positiva) e 14 itens, o que corresponde à sua versão original (Osman et al., 1998) e a outros estudos de adaptação que estão descritos na Tabela 1 (Osman et al., 2002; Osman et al., 2003; Muehlenkamp et al., 2005; Villalobos-Galvis, 2009; Chang et al., 2009; Yasien & Ahmad, 2015 ; Sinniah et al., 2015; Lin, 2015; Aloba et al., 2017 e Rodas-Vera et al., 2021).

De acordo com os resultados obtidos nos estudos realizados, conclui-se que o PANSI, demonstra boas características psicométricas, nomeadamente, bons indicadores de fidelidade (Subescala Ideação Negativa $\alpha = .97$ e Subescala Ideação Positiva $\alpha = .84$), e uma validade convergente, divergente e concorrente com valores satisfatórios.

Como limitações do presente estudo, indica-se o facto de o número de participantes ser reduzido ($N=123$), o que nos impossibilita a generalização dos resultados a toda a população, o que levou à não realização do teste-reteste, impedindo assim, a análise da estabilidade temporal dos resultados, tendo sido este um objetivo inicialmente proposto. Por fim, a desigualdade relativamente ao género dos participantes, o facto de o número de participantes ter sido mais elevado no sexo feminino ($N = 99$) do que no sexo masculino ($N = 24$), havendo assim uma discrepância da amostra no que diz respeito ao género.

Para estudos futuros, existe a necessidade de aumentar a amostra para ver se os resultados se mantinham ou se haveria alguma alteração, e definir, previamente à

recolha de dados, grupos de sujeitos com características sociodemográficas específicas, bem como as suas proporções.

8. Referências Bibliográficas

- Allam, Z. (2011). Stressful life events, vulnerable to stress and depression among Eritrean high school students. *IFE Psychologia: An International Journal*, 19(2), 380-393. <https://hdl.handle.net/10520/EJC38872>
- Aloba, O., Adefemi, S., & Aloba, T. (2018). Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: initial psychometric properties as a suicide risk screening tool among Nigerian university students. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.1177/1179557317751910>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM— - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- Andrade, E. R., Sousa, E. R. D., & Minayo, M. C. D. S. (2009). Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 275-285.
- Arria, A. O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of suicide research*, 13(3), 230-246.: <https://doi.org/10.1080/13811110903044351>
- Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In L.A. Jensen (Ed.), *Bridging cultural and developmental psychology: New syntheses in theory, research, and policy* (pp. 255-275). Oxford University Press
- Avendaño-Prieto, B., Pérez-Prada, M., Vianchá-Pinzón, M., Martínez-Baquero, L. (2017) Propiedades psicométricas del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI. *Revista Evaluar*, 18(1). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n1.19767>
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(1), 180-191.
- Barbosa, J. S., Mendes, G., Oliveira, M., Corrêa, M., Shimabukuro, N., & Amorim, C. (2018). Séries e internet: Até que ponto elas interferem na ideação suicida? In *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 467-474). ISPA–Instituto Universitário.
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective factors in the Inuit population of Nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people

who never attempted suicide. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 144.

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva de depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 195-209. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36270204>
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G., & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 109-123. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.192>
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 573-580
- .Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação Suicida em Adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(2), 132-149.
- Campos, R.C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, selfcriticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 58 - 74. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748416>
- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*, 30(1), 170–188.
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Psychiatry*, 59(4), 460–482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chang, H. J., Lin, C. C., Chou, K. R., Ma, W. F., & Yang, C. Y. (2009). Chinese version of the positive and negative suicide ideation: instrument development. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1485-1496. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05005.x>
- Clum, G. A., & Yang, B. (1995). Additional support for the reliability and validity of the Modified Scale for Suicide Ideation. *Psychological Assessment*, 7(1), 122-125.
- Demingo, M. (2012). As Principais Influências Orientais Utilizadas Nas Abordagens Da Terapia Cognitivo-Comportamental Contemporânea. *Psicologia Pt. O Portal Dos Psicólogos*, 1–12.
- DGS (Direção-Geral de Saúde). (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/planonacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542.

- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological medicine*, 36(12), 1769-1778. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008646>
- Ferreira, J. A. & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). Em Simões, M. R., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S., *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (123-130). Braga: APPORT/SHO
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (SAGE (ed.); (3ª Ed.)).
- Forero, I. Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), pp. 431-442. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1512729042016>
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Gaspar, A. (2020, 11 de maio). Há mais jovens adultos a pedir ajuda ao INEM. *Jornal de Notícias*. Acedido em 9 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.jn.pt/nacional/há-mais-jovens-adultos-a-pedir-ajuda-ao-inem—12177183.html>
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Baker, M. T., & Haraburda, C. M. (2002). Development of the Reasons for Living Inventory for Young Adults. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 339-357
- Hamilton, T. K. & Schweitzer, R. D. (2000). The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 829-835. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x>
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 65-72. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x>
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2018). *Causas de morte 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2021). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (Suicídio) por 100 000 mil habitantes (N.º) por local de residência (NUTS-2013), Sexo e Grupo Etário; Anual*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=PT
- Kessler, R., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-

2003. *Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2487-2495. Doi: 10.1001/jama.293.20.248
- Kline, R. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Lee, Y., & Oh, K. J. (2012). Validation of reasons for living and their relationship with suicidal ideation in Korean college students. *Death studies*, 36(8), 712-722. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584011>
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25-46. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00056.x>
- Lima, M. (1997). *NEO-PI-R. Contextos teóricos e psicométricos “OCEAN” ou “ICEBERG”?* Dissertação de Doutorado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Coimbra da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lin, C. C. (2015). The relationships among gratitude, self-esteem, depression, and suicidal ideation among undergraduate students. *Scandinavian journal of psychology*, 56(6), 700-707. <https://doi.org/10.1111/sjop.12252>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 10, 86-106. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006>
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações*. ReportNumber.
- Miller, I.W., Norman, W.H., Bishop, S.B., Dow, M.G.(1986). The modified scale for suicidal ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 pp. 724-725. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.724>
- Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M., Osman, A., & Barrios, F. X. (2005). Validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory in a diverse sample of young adults. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 431-445. <https://doi.org/10.1002/jclp.20051>
- Nunes, A. M. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro*, 67(1), 25-33. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000180>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2000). Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. *Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf;jsessionid=79E11B1323A70F227FD044767FAFD12D?sequence=5
- OMS (2013). World Suicide prevention day. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological reports*, 82(3), 783-793. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.3.783>
- Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11, 115-223. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.2.115>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios F. X. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454. <https://doi.org/10.1177/1073191101008004>
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S., & Linden, S. C. (2002). The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of personality assessment*, 79(3), 512-530. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7903_07
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C., & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of clinical psychology*, 59(4), 493-512. <https://doi.org/10.1002/jclp.10154>
- Pereira, A. & Cardoso, F. (2015). Ideação suicida na população universitária: uma revisão da literatura. *Revista E-Psi*, 5(2), 16-34.
- Pocinho, M., Loureiro, M., & Anjos, V. N. (2015, outubro.) *Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária: um contributo para a sua aferição* [Apresentação de poster]. 1ª Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo, Coimbra.
- Polit, D. F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International journal of nursing studies*, 52(11), 1746-1753. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L. Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American journal of psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Rehm, L. P. (2020). Cognitive and Behavioral Theories of Depression. *Depression in Children and Adolescents*, 27–44. <https://doi.org/10.4324/9781315667447-9>
- Reynolds, W. M. (1991a). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_9
- Reynolds, W. M. (1991b). *Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric Characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in College Students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289–307. Doi: [10.1207/s15327752jpa5602_9](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_9)
- Roberto, A. (2009). *A saúde mental dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Rodas-Vera, N. M., Toro, R., & Flores-Kanter, P. E. (2021). Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Neurociencias*. Disponível em: <http://ri.itba.edu.ar/handle/123456789/3506>
- Rudd, M. D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 173–183. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb01031.x>
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of psychotherapy*, 32(2), 201–219. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1978.32.2.201>
- Saraiva, C., & Gil, N., (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio (Coords.), *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp.41-54). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica*. LIDEL- Edições Técnicas, Lda.
- Siabato M. E. F., Forero M. I. X., & Salamanca C. Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento psicológico*, 15(1), 51-61. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS>.
- Silva, V., Oliveira, H., Botega, N., Marín-León, L., Barros, M., & Dalgarrondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controlado. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1835-1843.
- Sinniah, A., Oei, T. P., Chinna, K., Shah, S. A., Maniam, T., & Subramaniam, P. (2015). Psychometric properties and validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory in an outpatient clinical population in Malaysia. *Frontiers in psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01934>
- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., & Mesquita, C. (2013). Acontecimentos de vida negativos e suicidalidade em jovens adultos. *Livro de Atas*, 179.
- Sobrinho, A. T., & Campos, R., C., (2016). Perceção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 1, 47-59 <https://doi.org/10.14417/ap.1061>
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa–PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/243/470>

- Waldvogel, J. L., Rueter, M., & Oberg, C. N. (2008). Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38, 110–125. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2008.01.003>
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases covering the period 2013 to 2020 (zero draft)*. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/2012/action_plan_20120726.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2012). *European Mental Health Action Plan and the Global Mental Health Action Plan (zero draft)*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/norway/sections/news/2012/08/who-holds-consultation-on-the-europeanmental-health-action-plan-and-the-global-mental-health-action-plan>
- Organização Mundial da Saúde (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Suicide*. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organização Mundial da Saúde (2019). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Yasien, S., & Ahmad, Z. R. (2015). Adaptation and psychometrics of positive and negative suicide ideation inventory. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 14(1). Disponível em: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/adaptation-psychometrics-positive-negative/docview/1738072620/se-2?accountid=192066>.

9. Anexos

Anexo A - Questionário Sociodemográfico

Dados Pessoais

Data de preenchimento ___ / ___ / 21

Quatro últimos dígitos do Bilhete de Identidade

Data de nascimento	
Género	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Outra
Habilitações literárias	<input type="checkbox"/> 1.º Ciclo (4.º classe) <input type="checkbox"/> 2.º Ciclo (6.º ano) <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo (9.º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12.º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Outra
Atualmente está a receber algum tratamento psicológico / psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Anexo B - Inventário de Ideação Suicida Negativa e Positiva (PANSI)

PANSI

(Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998)

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações que podem, ou não, aplicar-se a si. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo à volta do número apropriado, que se encontra no espaço à direita de cada afirmação.

Durante as **últimas duas semanas**, incluindo hoje, com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Considerou, seriamente, terminar com a sua própria vida porque sentiu que não conseguiu corresponder às expectativas de outros?	1	2	3	4	5
2. Sentiu que estava no controlo da maioria das situações na sua vida?	1	2	3	4	5
3. Sentiu desesperança face ao futuro e ponderou terminar com a sua própria vida?	1	2	3	4	5
4. Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?	1	2	3	4	5
5. Pensou em terminar com a sua própria vida porque não conseguiu alcançar algo de importante?	1	2	3	4	5
6. Sentiu-se esperançoso face ao futuro porque as coisas estavam a correr bem para si?	1	2	3	4	5
7. Pensou em terminar com a sua própria vida porque não conseguia encontrar solução para um problema pessoal?	1	2	3	4	5
8. Sentiu-se entusiasmado porque estava a ter sucesso na escola ou no trabalho?	1	2	3	4	5
9. Pensou em terminar com a sua própria vida porque se sentiu como um falhado?	1	2	3	4	5
10. Pensou que os seus problemas eram de tal modo avassaladores que o suicídio era a sua única opção?	1	2	3	4	5
11. Sentiu-se de tal modo sozinho ou triste que quis terminar com a sua própria vida para acabar com a sua dor?	1	2	3	4	5
12. Sentiu-se confiante na sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas na sua vida?	1	2	3	4	5
13. Sentiu que a vida valia a pena?	1	2	3	4	5
14. Sentiu-se confiante com os seus planos para o futuro?	1	2	3	4	5

Anexo C – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)

EADS-21

Nome _____ Data ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3